
Saúde reprodutiva e direitos humanos

Integrando medicina, ética e direito

REBECCA J. COOK,
BERNARD M. DICKENS,
e
MAHMOUD F. FATHALLA

cepia

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

Edição em português

Coordenação Editorial
Jacqueline Pitanguy

Edição
Maria Elvira Vieira de Mello

Tradução
Andrea Romani
Renata Perrone e equipe

Estudos de caso no contexto do Brasil
Miriam Ventura

Editoração eletrônica
Sonia Goulart

Apoio
Hewlett Foundation
*International Programme on Reproductive
and Sexual Health Law*
Faculty of Law
University of Toronto

CEPIA
Cidadania, Estudo, Pesquisa,
Informação e Ação
Rua do Russel 694/201 Glória
22210-010 Rio de Janeiro RJ Brasil
Tel 55 21 22052136 / 25586115
cepia@cepia.org.br
www.cepia.org

Rio de Janeiro, agosto de 2004
Edições Cepia

Edição original em inglês

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Great Clarendon Street, Oxford OX2 6DP

A Oxford University Press é um
departamento da Universidade de Oxford.
Perpetuando o objetivo da Universidade
de excelência em pesquisa e educação.

Oxford é a marca registrada da Oxford
University Press no Reino Unido e em
alguns outros países

Publicado nos Estados Unidos
pela Oxford University Press Inc.,
Nova Iorque

© Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens,
e Mahmoud F. Fathalla 2003

Base de dados Oxford University Press

Primeira edição: 2003

British Library Cataloguing in
Publication Data

Data available

Library of Congress Cataloging in
Publication Data

Data available

ISBN 0-19-924132-5

ISBN 0-19-924133-3 (pbk.)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Ficha catalográfica

Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito / Rebecca J.
Cook, Bernard M. Dickens, Mahmoud F. Fathalla; tradução
de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe – Rio de Janeiro : CEPIA, 2004.

608 p.

ISBN 85-88222-13-2

Título original: "Reproductive health and human rights: integrating medicine,
ethics and law"

I – Saúde reprodutiva II – Saúde sexual III – Direitos humanos

IV – Cook, Rebecca J. VI – Dickens, Bernard M. VI – Fathalla, Mahmoud F.

Catálogo – Sandra Infurna – CRB-7 4607

Prefácio da edição em português

O reconhecimento das conexões entre saúde e direitos humanos e de seus efeitos no estado de bem-estar físico e mental da população é ainda tímido, pouco enfatizado na literatura médica e, freqüentemente, ausente nas práticas dos serviços de saúde.

Ao salientar estas conexões, este livro, escrito pelos professores Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens e Mahmoud F. Fathalla, cujo sólido conhecimento e experiência nestas áreas são amplamente reconhecidos, constitui um grande aporte para aprofundar o debate sobre medicina, ética e direito. Apoiados em um minucioso trabalho de pesquisa, estes autores evidenciam as interações entre estes campos no âmbito da saúde reprodutiva e ressaltam seus efeitos tanto na esfera individual, quanto nas decisões relativas às leis e políticas públicas vigentes nesta área.

A afirmação de que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são inerentes à cidadania perpassa esta obra. O livro é dividido em três partes. Inicialmente, os autores fornecem um panorama dos princípios jurídicos, médicos e éticos que devem nortear a prática daqueles envolvidos com questões de direitos sexuais e de direitos reprodutivos. Na segunda parte, os autores ressaltam, através de 15 estudos de caso, as conseqüências, para a saúde das mulheres, do fato de que, por razões que se situam fora do campo da tecnologia médica, os direitos das mulheres não são efetivamente exercidos. A terceira parte do livro contém dados e fontes que irão instrumentar a ação de profissionais de saúde, operadores do direito e defensores da saúde das mulheres.

A Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, sente-se honrada com a confiança nela depositada pelos autores para coordenar a edição em português de *Saúde reprodutiva e direitos humanos*. Esta versão destina-se tanto ao público brasileiro quanto aos integrantes da comunidade lusófona de outros países, particularmente da África. Esta obra é de grande utilidade para o trabalho que a Cepia vem desenvolvendo, no sentido de buscar uma aproximação entre saúde e direitos humanos. Este empreendimento se dá no âmbito da formação universitária em medicina e enfermagem, na capacitação de profissionais de saúde e de segurança na atenção a mulheres e meninas vítimas de violência sexual e na sensibilização de juristas e operadores do direito.

Nesta edição em português a Cepia apresenta mais dois estudos de caso, elaborados pela advogada Miriam Ventura, com ampla experiência em direitos sexuais e direitos reprodutivos. Estes estudos tratam de duas situações que afetam significativamente a saúde e a dignidade das mulheres, em nosso país: o abuso sexual de menores, onde é enfatizada a necessidade de garantir o acesso à contracepção de

iv *Prefácio da edição em português*

emergência e a interrupção da gravidez, em que são discutidas a criminalização do aborto e a atenção médica às mulheres nesta circunstância. A advogada Leila Linhares Barsted, diretora da Cepia, também contribuiu com sua sólida experiência neste campo para esta versão, que contou ainda com a eficiente tradução de Andréa Romani, Renata Perrone e equipe e com o zelo editorial de Maria Elvira Vieira de Mello, advogada que integra a equipe da Cepia.

Jacqueline Pitanguy
Coordenação editorial

Julho de 2004

QUESTÕES DE ÉTICA BIOMÉDICA

Saúde reprodutiva e direitos humanos

O conceito de saúde reprodutiva promete cumprir um papel crucial na melhoria das condições de saúde das mulheres e de seus direitos mundo afora. Tal conceito foi endossado internacionalmente por uma Conferência das Nações Unidas em 1994, mas ele permanece controverso devido ao desafio que apresenta para as agências conservadoras: o desafio diante de políticas que suprimem a discussão pública sobre a sexualidade humana e que regulam suas expressões privadas. *Saúde reprodutiva e direitos humanos* é desenhado para equipar profissionais de saúde a integrarem princípios de ética, direito e direitos humanos na proteção e na promoção da saúde reprodutiva, e para informar operadores do direito e defensores da saúde das mulheres sobre os aspectos de medicina e dos sistemas de saúde que afetam a reprodução.

Rebecca Cook, Bernard Dickens, e Mahmoud Fathalla, autoridades internacionais de ponta em medicina reprodutiva, direitos humanos, direito da medicina, e bioética, integram suas disciplinas para fornecer uma introdução acessível e compreensiva à saúde sexual e reprodutiva. Eles analisam quinze estudos de caso sobre problemas recorrentes, concentrando-se particularmente em cenários de recursos escassos. Abordagens para a solução são consideradas sob o ponto de vista clínico e dos sistemas de saúde. Eles também consideram tipos e mudanças sociais que aliviariam as condições subjacentes dos dilemas de saúde reprodutiva. Apoiando os capítulos explanatórios e os estudos de caso, o livro inclui extensa lista de fontes de dados epidemiológicos, documentos de direitos humanos e materiais de pesquisa e *sites* de saúde sexual e reprodutiva.

Ao explicarem ética, direito e direitos humanos para profissionais de saúde e saúde reprodutiva para operadores do direito e para defensores da saúde das mulheres, os autores exploram e ilustram as limitações e as disfunções dos sistemas de saúde prevaletentes e sua regulamentação legal, mas também propõem oportunidades para a reforma. Eles desenham os valores e os princípios da ética e dos direitos humanos reconhecidos em sistemas nacionais e internacionais, para guiar profissionais de saúde, operadores do direito, governos, agências nacionais e internacionais e tribunais.

Saúde reprodutiva e direitos humanos será uma fonte inestimável de informações para todos aqueles que trabalham para melhorar os serviços e a proteção legal para as mulheres de todo o mundo.

QUESTÕES DE ÉTICA BIOMÉDICA

Editores gerais da edição original

John Harris e Søren Holm

Editores consultores da edição original

Raanan Gillon and Bonnie Steinbock

O século XX testemunhou um dramático desenvolvimento tecnológico na ciência bioética e no fornecimento de serviços de saúde e esses desenvolvimentos trouxeram consigo importantes mudanças sociais. Com frequência, a análise ética não acompanhou estas mudanças. O propósito desta série é o de fornecer estudos dinâmicos e atuais para o cada vez maior e mais diverso número de leitores interessados em questões de ética biomédica — não somente estudantes da área da saúde e profissionais de saúde, como também filósofos, cientistas sociais, operadores do direito, assistentes sociais e legisladores. A série irá apresentar tanto livros de um só autor, como livros elaborados por diversos autores, suficientemente acessíveis para uma ampla gama de leitores, sendo cada livro focalizado numa questão atual de suma importância e interesse. Filósofos, médicos e advogados de diversos países encontram-se entre os autores selecionados para esta série.

Prefácio da edição original

O conceito de saúde reprodutiva é um dos marcos da história social do século XX. Desenvolvido como resultado da experiência das décadas de 1970 e 1980, o consenso alcançado, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento concedeu-lhe validade universal. A grande diferença entre mulheres de países ricos e mulheres de países pobres está no seu *status* de saúde reprodutiva. Saúde reprodutiva — um componente importante do ‘estado de bem-estar físico, mental e social’ que define a saúde — está em risco quando falta às mulheres o poder de realizar seus objetivos reprodutivos, bem como seus outros objetivos na vida. Como o capítulo 2 deste livro conclui, a ‘falta de poder das mulheres é um sério risco à saúde’.

O risco à saúde reprodutiva das mulheres vem de múltiplas opressões e negações de oportunidades e escolhas em suas famílias, comunidades, culturas e sistemas de política nacionais. Alívio para esse problema tornou-se um compromisso de direitos humanos para sistemas legais e sistemas práticos de ética.

Este livro, o trabalho de três *experts* em avanços médicos, legais e éticos dos direitos humanos para os cuidados com a saúde, em geral, e com a saúde reprodutiva das mulheres, em particular, estabelece os elementos do sistema médico de saúde e das dimensões éticas, legais e de direitos humanos da saúde sexual e reprodutiva. Segue, analisando quinze estudos de caso, oriundos de diferentes regiões do mundo, representativos de experiências que as mulheres enfrentam com frequência na vida real. A ênfase é dada à cenários de recursos escassos, onde os prestadores de serviços têm pouco apoio.

Os autores examinam o *background* médico, e os aspectos éticos, legais e de direitos humanos de cada caso, indicando opções de resposta nos níveis de cuidados clínicos e de desenvolvimento dos sistemas de saúde. Além disso, sugerem maneiras para que prestadores de serviços de saúde, trabalhando em conjunto como profissionais e em colaboração com outros em suas comunidades, abordem os fatores sociais que criam desvantagens e sofrimento. Os autores tomam cuidado para não serem definitivos, convidando os leitores a compreenderem seu raciocínio e se tornarem engajados, eles próprios, em determinar como analisar questões médicas, éticas, legais e de direitos humanos.

O livro é, ao mesmo tempo, um texto acadêmico e uma ferramenta de treinamento, desenhada para equipar prestadores de serviços de saúde no apoio e no avanço dos princípios de direitos humanos dos quais a saúde sexual e reprodutiva depende. Ele irá, também, ajudar operadores do direito, analistas éticos, administradores de políticas de saúde e legisladores a compreenderem como leis apropriadas para o passado podem criar dificuldades práticas e éticas nos dias de hoje. Tais

viii *Prefácio da edição original*

leis muitas vezes falham em promover a saúde reprodutiva das mulheres. Falham em proteger famílias, que só podem florescer quando mães, esposas e mulheres desfrutam de saúde, auto-estima e poder de escolha reprodutiva.

Este livro será também uma fonte para aqueles que desejam se aprofundar em pesquisas. Ele inclui gráficos estatísticos de saúde reprodutiva, de compromissos assumidos pelos países nos tratados de direitos humanos e textos e resumos de documentos internacionais e referências chave, incluindo uma tabela anotada de casos jurídicos, um capítulo de bibliografia selecionada e uma lista anotada de *sites* relevantes.

Eu acredito que o livro irá inspirar seus leitores e espero que ele se torne um trampolim para que alguns deles mergulhem na promoção dos direitos das mulheres, em geral, e dos direitos reprodutivos, em particular.

Dr. Nafis Sadik

Consultor Especial sobre Questões de Gênero da Secretaria Geral das Nações Unidas e ex-Diretor Executivo do Fundo das Nações Unidas para a População

Setembro de 2002

Agradecimentos

Os autores são gratos a muitas pessoas por fornecerem inestimáveis explicações das diferentes dimensões da saúde sexual e reprodutiva, revisando seções de rascunhos prévios e fornecendo dados para a Parte III, leis, políticas e decisões de tribunais e muitas vezes, traduções. Dentre tais pessoas encontram-se Dina Bogecho, Anne Carbert, Beatriz Galli, Noah Gitterman, Jaya Sagade, Julie Stanchieri, Kibrom Teklehaimanot, nossos alunos na Faculdade de Direito da Universidade de Toronto durante os últimos cinco anos, e Marilyn Raisch, o Bibliotecário de Direito Internacional e Comparativo de nossa Biblioteca de Direito. O reitor da faculdade, Ron Daniels, facilitou este projeto de inúmeras maneiras, dentre elas liberando horas de aula de dois dos autores. Nossas colegas no *Center for Reproductive Law and Policy* em Nova Iorque, incluindo Anika Rahman, Kathy Hall Martinez, Luisa Cabal, Monica Roa e Julia Zajkowski, forneceram inestimável assistência, encontrando leis e dando explicações de como elas são implementadas em certos contextos nacionais. Nós agradecemos nossas colegas no Ipas, incluindo Charlotte Hord, Liz MacGuire, e Barbara Crane, por garantirem que os estudos de caso pudessem realmente fazer diferença na prática.

Nossas colegas do Profamilia na Colômbia e seus Serviços Jurídicos para Mulheres, Maria Isabel Plata e Maria Christina Calderon, foram incansáveis em seu apoio a esse projeto e superaram nossa incapacidade de ler espanhol, como fez nosso colega Pedro Morales, no México. Charles Ngwena na África do Sul forneceu *insights* e erudição que se mostraram inestimáveis, e Ken Wafula no Quênia forneceu informações que nos deram *insight* sobre as vidas de meninas adolescentes que enfrentam a mutilação genital feminina. Um dos autores é grato ao projeto ReproCen da Universidade das Filipinas pelo convite para uma série de conferências baseadas num rascunho prévio do livro nas Escolas de Direito e Medicina.

Somos todos gratos ao Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres, à Federação Internacional de Ginecologia e obstetria (Figo) por testarem as idéias e os *insights* refletidos neste livro em encontros do Comitê. Agradecemos aos nossos colegas na Organização Mundial da Saúde, Paul Van Look, Iqbal Shah e Jane Cottingham, que revisaram rascunhos, e Jelka Zupan e Carla Maklouf Obermeyer, que forneceram informações e *insights*, tal como Wariara Mbugua e Wilma Doedens do Fundo de População das Nações Unidas. Vasantha Kandiah da Divisão de População das Nações Unidas foi mais que generosa com seu tempo e suas explicações sobre os dados das Nações Unidas que nos ajudaram a preparar o gráfico dos dados sobre os países e indicadores reprodutivos na Parte III.

Tracey Pegg, a coordenadora do Programa Internacional em Direito da Saúde Sexual e Reprodutiva da Faculdade de Direito, foi firme e forte na sua gerência do

x *Agradecimentos*

projeto ao longo dos anos de seu desenvolvimento, exercendo a função de preparar o texto e torná-lo prazeroso. Jeanette Williams respondeu de imediato aos nossos inúmeros chamados por ajuda, digitando e re-digitando manuscritos. Agradecemos, ainda, a Peter Momtchilo, nosso editor na Oxford University Press (OUP), com suas sugestões para o livro, e John Harris da Universidade de Manchester, o co-editor geral da série da qual este livro faz parte, que foi infinitamente paciente. Nós somos gratos aos revisores anônimos, à quem a OUP submeteu o texto, por suas observações e recomendações.

Dois dos autores puderam trabalhar no livro, por um mês, no Centro de Estudos e Conferências de Bellagio da Fundação Rockefeller, na Itália, e serão sempre gratos pela serenidade e inspiração que obtiveram por ocasião da estadia de que desfrutaram com tanta hospitalidade. Os três autores devem muito aos financiadores, Ford Foundation, Hewlett Foundation, e UNFPA. Eles forneceram os meios, e ainda mais importante, a compreensão, para conduzir a pesquisa e escrever o texto e também proporcionaram a oportunidade de os três se encontrarem pessoalmente, por pelo menos três vezes ao ano, durante quatro anos, para a discussão de rascunhos, desenho de estudos de caso e planejamento dos rascunhos futuros.

Versões preliminares de seções de capítulos na Parte I já apareceram em publicações anteriores e foram revisadas para os capítulos 2, 3, 5 e 7. Versões preliminares de seções dos capítulos 2 e 3 apareceram em M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997). Versões preliminares de seções dos capítulos 5 e 7 apareceram em R. J. Cook e B. M. Dickens, *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws* (Geneva: World Health Organization, 2000) e versões preliminares de partes do capítulo 6 apareceram em R. J. Cook e B. M. Dickens, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* (Geneva: World Health Organization, 2001).

Sumário

<i>Índice detalhado</i>	xiii
<i>Lista de tabelas</i>	xxv
<i>Siglas</i>	xxvi
<i>Notas Biográficas</i>	xxviii

PARTE I Princípios médicos, éticos e legais

1. Introdução e visão geral	3
2. Saúde sexual e reprodutiva	8
3. Sistemas de saúde	35
4. Ética	63
5. Origens e princípios legais	98
6. Princípios de direitos humanos	152
7. Implementação dos princípios legais e de direitos humanos	221

PARTE II Do princípio à prática

1. Visão geral	261
2. Incisão genital feminina (circuncisão/mutilação)	268
3. Uma jovem adolescente à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva	282
4. Agressão sexual e contracepção de emergência	293
5. Reconstituição do hímen	304
6. Em busca de serviços de reprodução assistida	311
7. Esterilização feminina involuntária	321
8. Orientação e assistência à uma mulher portadora de HIV	329
9. Pesquisas e testes com drogas anti-HIV	342
10. Resposta a um pedido de interrupção de gravidez	351
11. Diagnóstico genético pré-natal e de pré-implantação para o risco de herança disgênica	362
12. Aborto seletivo	369
13. Tratamento de uma mulher com diagnóstico de aborto incompleto	378
14. Confidencialidade e aborto inseguro	384

xii	<i>Sumário</i>	
15.	Violência doméstica	391
16.	Uma morte materna	399
17.	Prisão de uma mulher por aborto e denúncia médica	408
18.	Resposta a um pedido de uma adolescente de tratamento de contracepção de emergência	423
PARTE III Dados e fontes		
1.	Dados de saúde reprodutiva	441
2.	Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a pesquisa médica em seres humanos	464
3.	Tratados de direitos humanos e documentos de conferências das Nações Unidas	469
4.	Direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva	473
5.	Estados-partes em tratados de direitos humanos	481
6.	Comitês dos tratados de direitos humanos: Recomendações Gerais/comentários	499
7.	Resumo das diretrizes internacionais sobre HIV/AIDS e direitos humanos (1996)	546
8.	Modelo de petição a órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos	549
	<i>Ementas dos casos</i>	553
	<i>Bibliografia selecionada por capítulo</i>	562
	<i>Lista anotada de sites relevantes</i>	568

Índice detalhado

<i>Lista de tabelas</i>	xxv
<i>Siglas</i>	xxvi
<i>Notas Biográficas</i>	xxviii

PARTE I. Princípios médicos, éticos e legais

1. Introdução e visão geral	3
2. Saúde sexual e reprodutiva	8
1. Visão geral	8
2. Saúde reprodutiva	11
2.1 Conceito	11
2.2 Definição	12
2.3 Uma preocupação mundial	13
3. Saúde sexual	14
4. Saúde reprodutiva: uma preocupação das mulheres	14
4.1 Diferenciais na saúde em função do gênero	14
4.2 O peso injusto sobre as mulheres na esfera da saúde reprodutiva	15
4.3 A saúde das mulheres vai além da saúde reprodutiva	17
5. Os homens também têm necessidades de saúde reprodutiva	18
6. Determinantes da saúde reprodutiva	18
7. Indicadores de saúde reprodutiva	20
8. Uma perspectiva global da saúde reprodutiva	22
8.1 Maternidade segura	22
8.1.1 Disponibilidade de serviços essenciais de atenção básica e de atenção integral	22
8.1.2 Partos realizados por pessoal capacitado	23
8.1.3 Acesso das mulheres grávidas aos cuidados pré-natais	23
8.1.4 Mortalidade materna	24
8.1.5 Mortalidade perinatal	25
8.1.6 Anemia	25
8.2 Fecundidade por escolha	26
8.2.1 Taxa total de fecundidade	26
8.2.2 A prevalência de uso de métodos contraceptivos	26
8.3 Aborto	27

xiv	<i>Índice detalhado</i>	
	8.4 Infecções sexualmente transmissíveis	29
	8.4.1 Sem incluir HIV	29
	8.4.2 Infecção por HIV	29
	8.5 Incisão genital feminina (circuncisão/mutilação)	30
	8.6 Infertilidade	31
	8.7 Câncer cervical	31
	9. Progressos e desafios	32
3.	Sistemas de saúde	35
	1. Visão geral	35
	2. O sistema de saúde e o direito à saúde	37
	3. Considerações especiais na atenção à saúde reprodutiva	39
	3.1 Lidando com pessoas saudáveis	39
	3.2 Lidando com mais de um ‘cliente’	40
	3.3 Lidando majoritariamente com mulheres	40
	3.4 Lidando com a sociedade	41
	4. Carências no desempenho do sistema de atenção à saúde reprodutiva	41
	4.1 Desequilíbrio no sistema de saúde	42
	4.1.1 Unidades de saúde	42
	4.1.2 Recursos humanos	42
	4.1.3 Leitos hospitalares	43
	4.2 A ineficiência no sistema de saúde	44
	4.3 Respostas inadequadas às expectativas e perspectivas das mulheres	45
	4.3.1 Um sistema de saúde que cuida	45
	4.3.2 As mulheres como fins e não como meios	47
	4.3.3 Respostas fragmentadas para a totalidade das necessidades	48
	5. Generalizando as perspectivas de gênero no sistema de saúde	50
	6. Desafios na implementação da atenção à saúde reprodutiva	50
	7. O sistema de saúde e o direito	51
	7.1 Princípios legais que orientam a prestação dos serviços de saúde	51
	7.2 Leis obstrutivas	52
	7.3 As profissões da área da saúde e as leis de direitos humanos	54
	7.3.1 Educação em legislação de direitos humanos	54
	7.3.2 Obediência às leis de direitos humanos	54
	7.3.3 Advocacy para os direitos humanos	55
	8. A questão dos recursos	56
	8.1 Os recursos em geral	56
	8.2 Justa alocação de recursos	58
	8.3 Prioridades na alocação de recursos	59

8.4 A saúde reprodutiva é especial	59
8.5 O custo de não prover serviços na área da saúde reprodutiva	60
9. O compromisso	61
4. Ética	63
1. Visão geral	63
2. As origens da bioética	65
3. O papel da bioética	67
4. Correntes bioéticas	68
4.1 Bioética baseada no dever	68
4.2 Bioética consequencialista ou utilitarista	69
4.3 Bioética feminista	69
4.4 Outras correntes bioéticas	70
5. Princípios da bioética	71
5.1 Respeito pelas pessoas	71
5.1.1 Autonomia de pessoas capazes	72
5.1.2 Proteção de pessoas incapazes	72
5.2 Beneficência	72
5.3 Não-maleficência	73
5.4 Justiça	75
6. Níveis de análise bioética	76
6.1 O nível microético	77
6.2 O nível macroético	77
6.3 O nível mesoético	78
6.4 O nível megaético	79
7. Ética da saúde sexual e reprodutiva	80
8. Ética em pesquisas	85
9. Ética e direito	90
10. Ética e direitos humanos	93
11. Reflexão ética	95
5. Origens e princípios legais	98
1. Visão geral	98
2. O papel do direito e dos advogados	100
3. Reforma legal para a saúde reprodutiva	103
4. A evolução do direito de saúde reprodutiva	105
4.1 Da moralidade à democracia	106
4.2 Do crime e da punição à saúde e ao bem-estar	107
4.3 Da saúde e do bem-estar aos direitos humanos	108

xvi	<i>Índice detalhado</i>	
5.	Princípios legais que governam a atenção à saúde reprodutiva	110
6.	Tomada de decisão	112
6.1	Tomada de decisão consciente	112
6.2	Livre tomada de decisão	116
6.3	O papel de terceiros	118
6.3.1	Autorização de parceiros	118
6.3.2	Consentimento dos pais	120
6.3.3	Substituto na tomada de decisão	122
7.	Regulamentação da informação	123
7.1	Privacidade	123
7.2	Confidencialidade	124
7.2.1	Revelações não autorizadas	125
7.2.2	Revelações aos pacientes	127
7.2.3	Revelações autorizadas	128
7.2.4	Preocupações interligadas	129
7.2.4.1	Interesses de terceiros	129
7.2.4.2	Risco para terceiros	130
8.	Prestação competente de serviços e a lei de negligência	132
8.1	Relação entre padrões legais e profissionais	134
8.2	Padrões para determinar a competência profissional	136
8.3	Autoridade delegada	139
8.4	Evidências para a determinação de competência profissional	140
8.5	Má conduta sexual	141
9.	Objeção consciente	144
10.	Segurança e eficácia de produtos	147
11.	Direito criminal	149
6.	Princípios de direitos humanos	152
1.	Visão geral	152
2.	Fontes e natureza dos direitos humanos	154
3.	Direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva	158
3.1	Evolução dos direitos reprodutivos	158
3.2	Deveres na implementação dos direitos reprodutivos	160
3.3	Restrições e limitações de direitos	161
4.	A aplicação dos direitos humanos na saúde sexual e reprodutiva	162
4.1	Direitos relativos à vida, à sobrevivência, à segurança e à sexualidade	163
4.1.1	O direito à vida e à sobrevivência	164
4.1.1.1	Cuidados obstétricos essenciais	165
4.1.1.2	Tratamentos anti-retrovirais e tratamentos correlatos	166

4.1.2	O direito à liberdade e à segurança pessoal	168
4.1.2.1	Aborto inseguro	168
4.1.2.2	Mutilação genital feminina	169
4.1.2.3	Confidencialidade	170
4.1.2.4	Testagem diagnóstica compulsória	172
4.1.3	O direito de ser livre de tratamento desumano e degradante	174
4.1.3.1	Estupro e subseqüente negação de justiça	174
4.1.3.2	Negação de serviços de aborto (incluindo aborto por estupro)	175
4.1.3.3	Esterilização involuntária	176
4.1.3.4	Negação de tratamento médico adequado	177
4.1.3.5	Sexualidade	177
4.2	Direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva e à livre escolha da maternidade	179
4.2.1	O direito de decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles e o direito à vida privada e em família	179
4.2.1.1	Negação de esterilização contraceptiva	180
4.2.1.2	A escolha de interromper a gravidez não planejada	181
4.2.1.3	Veto do suposto pai	181
4.2.1.4	Intimidade entre pessoas do mesmo sexo	182
4.2.2	O direito de se casar e constituir família	183
4.2.2.1	'A família tem o direito de proteção da sociedade e do Estado'	185
4.2.2.2	Idade para o casamento	186
4.2.2.3	Saúde e os efeitos sociais de casamentos envolvendo crianças	186
4.2.2.4	Consentimento livre e integral	188
4.2.3	O direito à proteção da maternidade	189
4.2.4	O direito à proteção da maternidade durante o emprego	190
4.3	Direitos relativos à saúde e aos benefícios do progresso científico	191
4.3.1	O direito ao mais alto padrão de saúde alcançável	191
4.3.1.1	Recursos disponíveis e sua justa alocação	194
4.3.1.2	Reforma do setor de saúde	196
4.3.2	O direito aos benefícios do progresso científico	198
4.4	Direito à não-discriminação e direito ao devido respeito pelas diferenças	200
4.4.1	Sexo e gênero	202
4.4.1.1	Não-discriminação de sexo e gênero na família	204
4.4.1.2	Não-discriminação de sexo e gênero na saúde	205
4.4.2	Estado civil	207
4.4.3	Idade	207
4.4.4	Raça e etnia	210
4.4.5	Status de saúde/deficiência	212
4.4.6	Orientação sexual	213

xviii	<i>Índice detalhado</i>	
	4.5 Direitos relativos à informação, à educação e à tomada de decisão	214
	4.5.1 O direito de receber e compartilhar informações	214
	4.5.2 O direito à educação	215
	4.5.3 O direito à liberdade de pensamento, consciência e religião	217
	5. Progressos e desafios	219
7.	Implementação de princípios legais e de direitos humanos	221
	1. Visão geral	221
	2. Avaliação das necessidades dos direitos humanos	222
	2.1 Atenção clínica	223
	2.2 Sistemas de saúde	223
	2.3 Condições subjacentes, incluindo condições sociais, econômicas e legais	224
	3. Desenvolvimento de queixas legais	226
	3.1 Identificação da ofensa, de suas causas e do transgressor	226
	3.2 Documentação das ofensas alegadas	227
	3.3 Determinação das leis pertinentes	229
	3.4 Identificação de padrões para determinar a violação de leis	230
	3.5 Avaliação sobre como buscar reparações eficazes	233
	3.6 Determinação das entidades ou pessoas obrigadas a prover reparações	234
	4. Promoção de queixas legais	235
	4.1 Procedimentos nacionais	235
	4.1.1 Implementação de princípios legais e de direitos humanos	236
	4.1.2 Cortes de direito	240
	4.1.3 Abordagens de direito criminal	242
	4.1.4 Abordagens de direito civil (não criminal)	244
	4.1.5 Resolução alternativa de conflitos	246
	4.1.6 Enfoques reguladores e disciplinares	248
	4.1.7 A exceção internacional	249
	4.1.8 Enfoques legislativos	252
	4.1.9 Comissões de direitos humanos	253
	4.1.10 <i>Ombudsmen</i> (ouvidorias)	253
	4.2 Enfoques regionais e internacionais	254
	4.2.1 Procedimentos para a elaboração de relatórios	255
	4.2.2 Procedimentos para a apresentação de queixas	256
	4.2.3 Procedimentos de investigação e de comunicação	257

PARTE II. Do princípio à prática	259
1. Visão geral	261
1. Metodologia	262
2. Escolha e seqüência dos estudos de caso	265
2. Incisão genital feminina (circuncisão/mutilação)	268
1. Histórico	268
2. Aspectos médicos	270
3. Aspectos éticos	272
4. Aspectos legais	274
5. Aspectos de direitos humanos	276
6. Abordagens	278
6.1 Deveres clínicos	278
6.2 Obrigações dos sistemas de saúde	279
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	279
6.3.1 A abordagem da saúde	279
6.3.2 A abordagem cultural	279
6.3.3 A abordagem do empoderamento feminino ou de desenvolvimento/gênero	280
6.3.4 A abordagem ética/legal e de direitos humanos	280
3. Uma jovem adolescente à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva	282
1. Histórico	282
2. Aspectos médicos	284
2.1 Considerações gerais	284
2.2 Sexualidade	284
2.3 Infecções sexualmente transmissíveis e a contraceção para adolescentes	285
2.4 Gravidez na adolescência	285
3. Aspectos éticos	287
4. Aspectos legais	288
5. Aspectos de direitos humanos	289
6. Abordagens	290
6.1 Deveres clínicos	290
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	291
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	292
4. Agressão sexual e contraceção de emergência	293
1. Histórico	293
2. Aspectos médicos	295

xx	<i>Índice detalhado</i>	
	3. Aspectos éticos	296
	4. Aspectos legais	297
	5. Aspectos de Direitos Humanos	299
	6. Abordagens	301
	6.1 Deveres clínicos	301
	6.2 Obrigações dos sistemas de saúde	301
	6.3 Ação social frente as condições subjacentes	303
	5. Reconstituição do hímen	304
	1. Histórico	304
	2. Aspectos médicos	305
	3. Aspectos éticos	305
	4. Aspectos legais	306
	5. Aspectos de direitos humanos	307
	6. Abordagens	308
	6.1 Deveres clínicos	308
	6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	309
	6.3 Ação social frente as condições subjacentes	309
	6. Em busca de serviços de reprodução assistida	311
	1. Histórico	311
	2. Aspectos médicos	312
	3. Aspectos éticos	314
	4. Aspectos legais	315
	5. Aspectos de direitos humanos	317
	6. Abordagens	318
	6.1 Deveres clínicos	318
	6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	319
	6.3 Ação social frente as condições subjacentes	320
	7. Esterilização feminina involuntária	321
	1. Histórico	321
	2. Aspectos médicos	322
	3. Aspectos éticos	323
	4. Aspectos legais	324
	5. Aspectos de direitos humanos	325
	6. Abordagens	326
	6.1 Deveres clínicos	326
	6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	326
	6.3 Ação social frente as condições subjacentes	327

8. Orientação e assistência à uma mulher portadora de HIV	329
1. Histórico	329
2. Aspectos médicos	330
3. Aspectos éticos	331
4. Aspectos legais	334
5. Aspectos de direitos humanos	334
6. Abordagens	335
6.1 Deveres clínicos	335
6.2 Obrigações dos sistemas de saúde	337
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	338
9. Pesquisas e testes com drogas anti-HIV	342
1. Histórico	342
2. Aspectos médicos	343
3. Aspectos éticos	343
4. Aspectos legais	345
5. Aspectos de direitos humanos	346
6. Abordagens	348
6.1 Deveres clínicos	348
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	349
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	349
10. Resposta a um pedido de interrupção de gravidez	351
1. Histórico	351
2. Aspectos médicos	353
3. Aspectos éticos	354
4. Aspectos legais	356
5. Aspectos de direitos humanos	357
6. Abordagens	359
6.1 Deveres clínicos	359
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	359
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	360
11. Diagnóstico genético pré-natal e de pré-implantação para o risco de herança disgênica	362
1. Histórico	362
2. Aspectos médicos	363
3. Aspectos éticos	363
4. Aspectos legais	364

xxii	<i>Índice detalhado</i>	
5.	Aspectos de direitos humanos	365
6.	Abordagens	366
6.1	Deveres clínicos	366
6.2	As obrigações dos sistemas de saúde	367
6.3	Ação social frente as condições subjacentes	367
12.	Aborto seletivo	369
1.	Histórico	369
2.	Aspectos médicos	370
3.	Aspectos éticos	371
4.	Aspectos legais	373
5.	Aspectos de direitos humanos	374
6.	Abordagens	375
6.1	Deveres clínicos	375
6.2	As obrigações dos sistemas de saúde	376
6.3	Ação social frente as condições subjacentes	377
13.	Tratamento de uma mulher com diagnóstico de aborto incompleto	378
1.	Histórico	378
2.	Aspectos médicos	379
3.	Aspectos éticos	380
4.	Aspectos legais	380
5.	Aspectos de direitos humanos	380
6.	Abordagens	381
6.1	Deveres clínicos	381
6.2	As obrigações dos sistemas de saúde	382
6.3	Ação social frente as condições subjacentes	383
14.	Confidencialidade e aborto inseguro	384
1.	Histórico	384
2.	Aspectos médicos	385
3.	Aspectos éticos	386
4.	Aspectos legais	387
5.	Aspectos de direitos humanos	387
6.	Abordagens	388
6.1	Deveres clínicos	388
6.2	As obrigações dos sistemas de saúde	389
6.3	Ação social frente as condições subjacentes	390

15. Violência doméstica	391
1. Histórico	391
2. Aspectos médicos	392
3. Aspectos éticos	393
4. Aspectos legais	394
5. Aspectos de direitos humanos	395
6. Abordagens	396
6.1 Deveres clínicos	396
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	397
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	397
16. Uma morte materna	399
1. Histórico	399
2. Aspectos médicos	400
3. Aspectos éticos	401
4. Aspectos legais	403
5. Aspectos de direitos humanos	404
6. Abordagens	405
6.1 Deveres clínicos	405
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	406
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	406
17. Prisão de uma mulher por aborto e denúncia médica	408
1. Histórico	409
2. Aspectos médicos	411
3. Aspectos éticos	413
4. Aspectos legais	415
5. Aspectos de direitos humanos	417
6. Abordagens	418
6.1. Deveres clínicos	418
6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	419
6.3 Ação social frente as condições subjacentes	420
18. Resposta a um pedido de uma adolescente de tratamento de contracepção de emergência	423
1. Histórico	423
2. Aspectos médicos	425
3. Aspectos éticos	426
4. Aspectos legais	428
5. Aspectos de direitos humanos	431
6. Abordagens	432

xxiv	<i>Índice detalhado</i>	
	6.1 Deveres clínicos	432
	6.2 As obrigações dos sistemas de saúde	433
	6.3 Ação social frente as condições subjacentes	434
	Anexo	435
	PARTE III. Dados e fontes	439
	1. Dados de saúde reprodutiva	441
	2. Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a pesquisa médica em seres humanos	464
	3. Tratados de direitos humanos e documentos de conferências das Nações Unidas	469
	1. Tratados Internacionais de Direitos Humanos	469
	2. Tratados Regionais de Direitos Humanos	470
	3. Documentos de Conferências das Nações Unidas	472
	4. Direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva	473
	5. Estados-partes em tratados de direitos humanos	481
	6. Comitês dos tratados de direitos humanos: Recomendações Gerais/comentários	499
	1. Comitê para a Eliminação de Discriminação Contra as Mulheres, Recomendação Geral 19: Violência Contra as Mulheres	499
	2. Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, Recomendação Geral 24: Mulheres e Saúde (Artigo 12)	505
	3. Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral 14: O Direito ao Mais Alto Padrão Disponível de Saúde (Artigo 12)	513
	4. Comitê de Direitos Humanos, Comentário Geral 28: Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres (Artigo 3º)	535
	5. Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial, Recomendação Geral 25: Dimensões da Discriminação Racial Relacionadas a Gênero	544
	7. Resumo das Diretrizes Internacionais sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos (1996)	546
	8. Modelo de petição a órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos	549
	<i>Ementas dos casos</i>	553
	<i>Bibliografia selecionada por capítulo</i>	562
	<i>Lista anotada de sites relevantes</i>	568

Lista de tabelas

I.2.1	Maiores ônus de doenças, 1993	15
I.2.2	Uso de contraceptivos, 1999	16
I.2.3	Mortalidade global e regional decorrentes de abortos inseguros, 1995-2000	28
I.2.4	Incidência anual de doenças sexualmente transmissíveis	29
I.2.5	Epidemia de HIV/AIDS, 2001	30
III.1.1	Dados sobre indicadores selecionados de saúde reprodutiva, por país	442
III.1.2	Mutilação genital feminina (MGF), prevalência estimada	457
III.1.2.1	Estimativas mais confiáveis: censos nacionais	457
III.1.2.2	Outras estimativas	458
III.1.2.3	Estimativas questionáveis	
III.1.3	Complicações e mortalidade relacionadas ao aborto	460
III.1.3.1	Incidência de abortos inseguros e mortalidade resultante de abortos inseguros, estimativas globais e regionais, 1995–2000	460
III.1.3.2	Medidas de indução de aborto e hospitalizações por complicações relacionadas ao aborto em alguns países selecionados da América Latina	462
III.1.3.3	Jovens hospitalizadas por complicações relacionadas ao aborto em alguns países selecionados da América Latina e África	463
III.4	Direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva	474
III.5.1	Estados-partes em tratados de direitos humanos Dados atualizados em 8 de fevereiro de 2002	482
III.5.2	Estados-partes na Convenção Européia e Carta Social Européia Dados atualizados em 30 de abril de 2002	494
III.5.3	Estados-partes nos Tratados Interamericanos Dados atualizados em 30 de junho de 2001	496
III.5.4	Estados-partes nas Cartas Africanas Dados atualizados em 2002	497
III.5.5	Carta Árabe dos Direitos Humanos	498

Siglas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (EAOG – Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas)
AGI	Alan Guttmacher Institute
AIDS	Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
CATWAP	Coalisão Contra o Tráfico de Mulheres – Asia Pacific
CCT	Comitê Contra a Tortura
CDC	Comitê sobre os Direitos da Criança
CDESC	Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CDH	Comitê de Direitos Humanos
CE	Contracepção de Emergência
CEDAW	Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres
CEDR	Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial
CIOMS	Council for International Organizations of Medical Sciences (COICM – Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas)
CIPD	Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento
CLADEM	Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
ComMAT	Commonwealth Medical Association Trust
CRI	Conselho de Revisão Institucional
CRLP	Center for Reproductive Law and Policy
DALY	Disability-adjusted Life Year
DHS	Demographic and Health Survey
DST	Doença sexualmente transmissível (STD – Sexually Transmitted Disease)
FCI	Family Care International
FHI	Family Health International
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
FRV	Fístula reto-vaginal
FRVV	Fístula reto-vesico-vaginal
FVV	Fístula vesico-vaginal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
ICASO	International Council of AIDS Services Organizations

IGF	Incisão Genital Feminina
ILO	International Labour Organization (OIT – Organização Internacional do Trabalho)
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IRB	Institutional Review Board
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IWRAW	International Women’s Rights Action Watch
MGF	Mutilação Genital Feminina (FGM – Feminine Genital Mutilation)
ONG	Organização Não Governamental (NGO – Non Governmental Organization)
PAHO	Pan American Health Organization (OPAS – Organização Pan-americana de Saúde)
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PHMWG	Population and Health Materials Working Group
PHR	Partners for Health Reform
RA	Reprodução Assistida
RAD	Resolução Alternativa de Disputas
SMI	Saúde Materna e Infantil
TCII	Tribunal Criminal Internacional para a ex-Iugoslávia
TCIR	Tribunal Criminal Internacional para Ruanda
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
UN	United Nations (ONU – Organização das Nações Unidas)
UNDP	United Nations Development Programme (PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas)
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNGASS	Assembléia Geral das Nações Unidas
UNHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights
UNICEF	United Nations Children’s Emergency Fund
URD	Unité de Recherche Démographique
WHO	World Health Organization (OMS – Organização Mundial da Saúde)
WHRR	Women’s Human Rights Resources
WMA	World Medical Association (AMM – Associação Médica Mundial)

Notas Biográficas

REBECCA J. COOK AB (Barnard), MA (Tufts), MPA (Harvard), JD (Georgetown), LL M (Columbia), JSD (Columbia), membro da Ordem dos Advogados de Washington, DC, professora titular da Cadeira de Direitos Humanos Internacionais da Faculdade de Direito da Universidade de Toronto e é professora na Faculdade de Direito, na Faculdade de Medicina e no Centro Integrado de Bioética da Universidade de Toronto; co-diretora, do Programa Internacional de Direito da Saúde Sexual e Reprodutiva da Universidade de Toronto. Co-editora para questões legais e de ética do periódico *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, e faz parte do conselho editorial das publicações *Human Rights Quarterly* e *Reproductive Health Matters*. Suas publicações incluem mais de 150 livros, artigos e relatórios nas áreas dos direitos humanos internacionais, da legislação relativa à saúde das mulheres e da ética feminista. Recebeu o Certificado de Reconhecimento pela Eminente Contribuição à Saúde das Mulheres, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e membro da Sociedade Real do Canadá.

BERNARD M. DICKENS LL B, LL M, Ph.D. (Criminologia), LL D (Jurisprudência Médica) (Londres); membro da Ordem Inglesa de Advogados e membro da Ordem dos Advogados de Ontário (Canadá), é professor de Direito da Saúde e Políticas na Faculdade de Direito, na Faculdade de Medicina e no Centro Integrado de Bioética da Universidade de Toronto. Co-editor para questões legais do periódico *Journal of Law, Medicine and Ethics*, co-editor para questões legais e de ética da publicação *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, e membro de conselhos editoriais de diversos periódicos incluindo o *American Journal of Law and Medicine* e *Medicine and Law*. Seus escritos incluem cerca de 350 publicações, incluindo livros, capítulos de livros, artigos e relatórios, principalmente no campo do Direito Médico e de Saúde. Membro do Conselho Dirigente da Sociedade Americana de Direito, Medicina e Ética, e ex-presidente da Sociedade. Atualmente, é membro do Conselho Dirigente da Associação Mundial de Direito da Medicina, e vice-presidente da Associação. Membro da Sociedade Real do Canadá.

MAHMOUD F. FATHALLA MD (Cairo), Ph.D. (Edimburgo); membro honorário do *American College of Obstetricians and Gynecologists*; membro *ad eund* do *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*; Dr. *Honoris Causa* (Uppsala, Suécia); Dr. *Honoris Causa* (Helsinki, Finlândia); Dr. *Honoris Causa* (Toronto, Canadá); Professor de Obstetrícia e Ginecologia e ex-reitor da Escola de Medicina da Universidade de Assiut, Egito; ex-diretor do Programa Especial de Pesquisa,

Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa de Reprodução Humana do UNDP/UNFPA/OMS/Banco Mundial; ex-consultor senior da Pesquisa em Saúde Reprodutiva e Biomédica da Fundação Rockefeller; presidente do Comitê Consultivo Global sobre Pesquisas em Saúde da OMS; ex-presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO); ex-presidente do Painel Médico Consultivo Internacional da International Planned Parenthood Federation; autor de mais de 150 publicações científicas; co-editor da publicação *Teaching Manual in Human Reproduction* da Figo (disponível em inglês, francês e espanhol); editor do primeiro Relatório Mundial sobre a Saúde das Mulheres, de 1994; autor de *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health — The Road Ahead* (Nova Iorque, Londres: Parthenon, 1997).

PARTE I

Princípios médicos, éticos e legais

1

Introdução e visão geral

A compreensão sobre a saúde reprodutiva avançou de forma significativa na última década. O campo da saúde reprodutiva difere de outros campos da saúde. As contribuições oferecidas pela sociedade, e as suas conseqüências variam muito de outros campos da medicina e da saúde, sobretudo pelo fato de que a reprodução humana é o meio pelo qual a sociedade se perpetua, assim como as suas tradições. Nenhuma sociedade, religião, cultura ou sistema legal tem sido neutro em questões ligadas à reprodução humana. Os avanços na saúde reprodutiva, muito mais do que em outros campos da saúde, exigem contribuições de profissionais de saúde, de pessoas responsáveis pela elaboração de políticas públicas para a área da saúde, de legisladores, advogados, ativistas de direitos humanos, grupos de mulheres e da sociedade como um todo.

Os profissionais de saúde tendem a ser relativamente desinformados sobre como as leis às quais eles estão sujeitos se desenvolveram, e sobre a gama de argumentos legais a que eles podem recorrer em defesa de seus propósitos. Da mesma forma, leis relacionadas à saúde reprodutiva foram com freqüência elaboradas com base em posições ideológicas, que não levam em conta seus efeitos obstrutivos sobre os cuidados clínicos necessários para os pacientes e para o bem-estar reprodutivo das comunidades. O gerenciamento legal de questões que afetam a reprodução e a escolha reprodutiva, seja por legisladores, gestores legais, advogados ou juízes, é feito a partir de uma percepção limitada sobre as implicações médicas ou sociais para a saúde reprodutiva. Além disso, os provedores e gestores de saúde, e os legisladores tendem a trabalhar dentro de perspectivas locais da lei e das políticas de saúde, sem considerar especificamente o significado dos princípios de direitos humanos, aplicáveis à saúde reprodutiva que foram ratificados por seus países.

Os provedores de serviços de saúde, os responsáveis pela elaboração de políticas públicas para a área da saúde e os advogados tratam da questão da saúde reprodutiva a partir de perspectivas diferentes. A principal razão para escrever este livro é explicar estas diferentes perspectivas de forma a facilitar o diálogo e a cooperação entre diversos grupos, a fim de intensificar a formulação de leis e políticas públicas na área da saúde reprodutiva, e de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços prestados nesta área.

Este livro tem como objetivo capacitar profissionais de uma vasta gama de

4 *Princípios médicos, éticos e legais*

disciplinas que afetam a saúde, quanto à compreensão sobre como o conhecimento médico, a ética e o direito, incluindo a parte que trata dos valores dos direitos humanos, podem interagir entre si para melhorar a saúde reprodutiva e sexual. A proposta não é tanto aprofundar a compreensão sobre as origens e as respostas a enfermidades reprodutivas e sexuais, mas sim ampliá-la.

A identificação da saúde reprodutiva e sexual como um tópico que mereça atenção e como uma meta que se deva buscar tem origem recente. A primeira definição internacional de saúde reprodutiva data de 1994, elaborada durante a Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo. Este livro promove a visão de que a saúde reprodutiva e sexual é um tema, não apenas legítimo, mas que merece a atenção imediata de profissionais de saúde e de aliados de outros campos comprometidos com a conquista da saúde individual e coletiva em sociedades justas e humanas. Pretende informar aqueles familiarizados com os aspectos médicos e de saúde da reprodução e da sexualidade humana, que trabalham em organizações governamentais e não governamentais e em serviços de saúde privados sobre as dimensões éticas, legais e de direitos humanos ligadas à prática de saúde. Visa informar advogados, ativistas de direitos humanos, estudiosos da ética, e outras pessoas sobre os aspectos médicos relevantes na proteção e na promoção da saúde reprodutiva e sexual.

Não há uma única disciplina, perspectiva, padrão de prática, ou ética capaz de resolver os vários dilemas, que freqüentemente resultam em crises, quanto à proteção da saúde reprodutiva e sexual. A gravidez não desejada na adolescência, por exemplo, não pode se limitar à educação sexual e ao acesso à contracepção, caso as jovens corram o risco de abuso sexual praticado por homens, como aqueles que exercem autoridade familiar, institucional ou de outro tipo sobre elas. Da mesma forma, não há um único nível de abstração que possa fundamentar políticas abrangentes. As falhas na área da saúde reprodutiva e sexual devem ser abordadas em todos os níveis, incluindo o atendimento clínico individual, o sistema de saúde, os níveis da saúde pública e o nível subjacente das condições e recursos socioeconômicos. Também existe uma abordagem em nível internacional, por meio de políticas de agências intergovernamentais e internacionais preocupadas, em especial, com a atenção à saúde e com a igualdade econômica, ambiental e demais igualdades universais, em geral. E ainda, a promoção da saúde reprodutiva e sexual envolve instrumentos de setores da administração pública nacional e internacional, mas também concerne agências do setor privado de todos os níveis, desde profissionais de clínicas de saúde particulares até corporações comerciais multinacionais envolvidas em pesquisa, desenvolvimento e comercialização de serviços e produtos de saúde.

Um aspecto que motivou a produção deste livro é o reconhecimento de que a saúde reprodutiva e sexual não se dá em um vácuo, mas é condicionada por culturas, leis e valores. Este livro não se propõe a apresentar soluções para problemas transcendentais de injustiça social, mas sim preparar os leitores para identificar as

principais questões e contribuir com respostas que levem a melhorias na saúde reprodutiva e sexual dos pacientes e das comunidades atendidas.

A parte I deste livro é introdutória, e aborda elementos básicos da atenção médica à saúde reprodutiva e sexual, a operacionalização de sistemas de saúde, análises éticas, a origem e o funcionamento das leis, análises dos direitos humanos e o cumprimento de princípios legais e de direitos humanos para melhorar a saúde e o bem-estar. Como este livro é voltado para um uso multidisciplinar, muitos leitores estarão familiarizados com o material de um ou mais de seus capítulos. Desta forma, cada capítulo busca ser independente, pois o leitor pode preferir acessar primeiro o material com o qual ele está menos habituado. O livro não é como um romance, a ser lido desde o início, em seqüência. Os leitores podem iniciar sua leitura a partir de qualquer um dos capítulos da Parte I, e depois avançarem para outros de sua escolha, antes de entrar nos estudos de caso da Parte II, que reúnem os elementos da Parte I, consolidados pelos dados e elementos apresentados na Parte III.

O Capítulo 2 da Parte I discute como o conceito de saúde reprodutiva vem sendo moldado em resposta à fragmentação dos serviços de saúde reprodutiva disponíveis e aos aspectos médicos da sexualidade. O seu foco é de que a saúde reprodutiva envolve a possibilidade de as pessoas terem uma vida sexual satisfatória e segura, reproduzirem, e terem liberdade de escolha sobre se querem, quando querem e com que freqüência querem manter relações sexuais. O capítulo subsequente define o sistema de saúde como o mecanismo, presente em qualquer sociedade, que transforma ou metaboliza fontes de conhecimento e de recursos humanos e financeiros em serviços relevantes às preocupações de saúde das sociedades. Ele enfatiza o fato de que a promoção da saúde não diz respeito apenas ao campo do sistema de saúde, uma vez que outros sistemas sociais também influenciam a operacionalização eficiente, humana e igualitária do sistema de saúde em cada sociedade.

O Capítulo 4 apresenta materiais básicos para as análises éticas, tratando das origens do conceito moderno de bioética pluralista e das orientações, princípios, níveis e análises das correntes da bioética. O uso das considerações éticas está relacionado à aplicação da lei e de princípios dos direitos humanos. O Capítulo 5, que trata de origens e princípios legais, extraídos, em grande parte, de materiais de maior familiaridade dos autores, oferece uma base para análises e percepções legais que podem ser utilizadas pelos leitores na realização de comparações e na identificação de diferenças entre os sistemas legais por eles conhecidos. Por exemplo, a contribuição de advogados e análises legais para a promoção da saúde reprodutiva e sexual pode ser comparável através de diferentes jurisdições, apesar de a matéria-prima da lei poder diferir, algumas vezes, de forma significativa.

Os princípios dos direitos humanos são abordados no Capítulo 6. Inicialmente são identificadas as origens e a natureza dos direitos humanos, em especial daqueles mais relevantes para a saúde reprodutiva e sexual. Em seguida, são especifica-

6 *Princípios médicos, éticos e legais*

dos e ampliados os direitos humanos fundamentais, com base em interpretações fundamentadas, incluindo considerações de como eles podem ser aplicados à saúde reprodutiva e sexual. O capítulo final da Parte I, o sétimo capítulo, discute como princípios legais e de direitos humanos podem ser utilizados, especialmente na esfera nacional mas também na internacional. O objetivo não é apenas elaborar demandas legais para, por meio de conflitos, superar adversidades, mas sim alcançar o sucesso através do incentivo e da facilitação quanto ao respeito pelos direitos humanos e por meio da cooperação com agências governamentais e outras, no emprego de seus recursos para o progresso equitativo da saúde reprodutiva e sexual.

A Parte II do livro trabalha com uma série de estudos de caso representativos, com os quais os profissionais de saúde podem se defrontar, especialmente em ambientes carentes de recursos. Os estudos identificam aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos dos casos, demonstrando como uma análise destes aspectos pode gerar enfoques através de cuidados clínicos, do gerenciamento de sistemas de saúde e de ações sociais, para tratar as condições subjacentes de onde emergem os casos. A intenção destes exercícios não é a de apresentar análises e soluções definitivas, mas de disponibilizar ao leitor métodos de análise que ilustrem a aplicação médica, ética, legal e de direitos humanos dos materiais esboçados na Parte I. O intuito é guarnecer os leitores para que levem adiante as suas próprias análises de circunstâncias, e desenvolvam aproximações, em diferentes níveis, que considerem possíveis e convenientes para as suas localidades. Isto pressupõe que o leitor tenha capacidade de admitir análises e sugestões diferentes das apresentadas nos estudos de caso.

Por trás da aproximação ao estudo de caso está a esperança de que os leitores tenham melhores condições de diagnosticar as incidências e as condições das doenças reprodutivas e sexuais com as quais se confrontam, por meio (1) da compreensão dos fatores de risco que levaram à doença; (2) da compreensão da natureza e da extensão dos problemas; (3) da compreensão das causas condicionantes da enfermidade, incluindo causas médicas, causas advindas dos sistemas de saúde, causas jurídicas e de políticas públicas, e causas subjacentes, incluindo as sociais, culturais e econômicas. O entendimento destes elementos contribui para a realização de uma avaliação local adequada sobre por que e como surgiram situações específicas de doenças, e dos meios pelos quais elas podem ser resolvidas e sua repetição prevenida.

Pelo fato de este livro ter sido elaborado para apresentar aos profissionais de saúde visões gerais das perspectivas éticas, legais e de direitos humanos das condições da saúde reprodutiva e sexual, ele tem um caráter um tanto abstrato. Os estudos de caso apresentados na Parte II podem descrever ambientes, em geral escassos em recursos, e sem a profundidade de detalhes de casos da vida real. Os estudos propõem abordagens que, em princípio, são justificáveis, mas que podem ser confundidas pelos detalhes da prática que não podem ser descritos em estudos de caso breves. Os leitores devem considerar as análises e as abordagens propostas

contrapondo-as às realidades de suas circunstâncias locais, e desenvolver suas próprias análises e abordagens condicionadas por estas circunstâncias distintas. As propostas apresentadas para a solução de problemas abstratos podem ocorrer de forma diferente na prática. As realidades locais podem impossibilitar a aplicação de algumas aproximações teóricas, exigindo, assim, que aqueles que se defrontam com estas situações sejam diligentes de várias formas. Eles também devem oferecer oportunidades que possam ser reconhecidas na circunstância imediata, por aqueles com a visão de percebê-las e a inspiração de abraçá-las. O desafio de escrever este livro será superado pelo desafio que, esperamos, seja aceito pelos leitores, de utilizar as sínteses e explicações em seus casos reais, para melhorar a saúde reprodutiva e sexual daqueles que eles podem influenciar.

A Parte III do livro apresenta dados e fontes selecionadas de relevante importância. A intenção é familiarizar os leitores, de todas as formações e interesses, com informações sobre saúde, tratados e compromissos de direitos humanos e recomendações fundamentais, propostas por agências de monitoramento dos direitos humanos relacionadas à questões de saúde e ao acesso equitativo aos serviços.

A ênfase central do livro diz respeito à saúde das mulheres, apesar de ele não subestimar ou desvalorizar a preocupação com a saúde reprodutiva e sexual dos homens. As disciplinas médicas comumente mais envolvidas com questões de saúde reprodutiva e sexual são a obstetrícia e a ginecologia, cujos pacientes são mulheres. Neste sentido, o livro trata das relações entre mulheres e homens, referindo-se às diferenças naturais, biológicas e às diferenças socialmente construídas que associam certas características, capacidades e papéis sociais às mulheres e aos homens. Frequentemente, as construções sociais se apóiam em profundas tendências culturais, religiosas e sociais que condicionam as atitudes fazendo com que elas pareçam verdades inquestionáveis ou leis da natureza que não necessitam de análise. Os diferentes papéis desempenhados por pessoas dos dois sexos podem ser considerados não apenas características de uma dada sociedade, mas a simples condição de existência da sociedade. Ou seja, pode ser considerado fundamental por uma sociedade que os homens, enquanto líderes, sejam os protetores físicos e provedores de suas famílias, que as mulheres ofereçam atenção aos filhos e aos membros familiares idosos e deficientes e que os homens, enquanto responsáveis pelos recursos econômicos das famílias e por outros recursos, tomem as decisões críticas. Não obstante, quase sempre as práticas sociais divergem destes estereótipos de gênero. Diversas famílias, por exemplo, incluindo aquelas com companheiros de ambos os sexos, dependem das mulheres para desempenhar a função masculina de prover sustentação e orientação à família, e dos homens para exercer a função feminina de dar atenção. Neste sentido, o livro tende a centrar-se nas mulheres e a refletir as desigualdades por elas frequentemente vivenciadas. No entanto, seu objetivo é demonstrar como a incorporação de princípios de direitos humanos pode facilitar a luta pela saúde reprodutiva e sexual em condições de justiça social e equidade.

2

Saúde sexual e reprodutiva

1. Visão geral

O conceito de saúde reprodutiva é recente e surgiu como resposta à fragmentação dos serviços de saúde que atuam na área da saúde reprodutiva. A saúde é definida como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Com base nesta definição, a saúde reprodutiva deveria ser compreendida como sendo a possibilidade de as pessoas manterem uma vida sexual satisfatória e segura, com condições de se reproduzirem e o direito à liberdade de decidir se, quando e com que frequência serão mantidas as relações sexuais.

A saúde reprodutiva não é uma questão importante apenas na área da saúde, ela também envolve aspectos ligados ao desenvolvimento e aos direitos humanos. Por seu impacto, sua urgência e por estar associada a injustiças sociais, a saúde reprodutiva é uma preocupação mundial.

A definição de saúde sexual, por sua vez, deve incluir a possibilidade de as pessoas desfrutarem, mutuamente, de relações sexuais, da proteção contra o abuso e a coerção sexual contra doenças sexualmente transmissíveis DSTs e do sucesso na concepção ou na prevenção da gravidez.

A saúde reprodutiva é um elemento importante na saúde das mulheres e dos homens, mas ela é mais crítica para as mulheres. Um grande número de doenças que afetam as mulheres está relacionado às suas funções e ao seu potencial reprodutivo e ao modo como as sociedades, influenciadas por questões de gênero, cuidam ou deixam de cuidar delas.

A saúde das mulheres vai além de aspectos ligados exclusivamente à saúde reprodutiva. A própria condição feminina tem implicações para a saúde. As mulheres precisam de cuidados de saúde específicos, relativos às suas funções sexuais e reprodutivas, que dizem respeito ao campo da saúde reprodutiva. O sistema reprodutivo das mulheres é complexo e está sujeito a disfunções ou doenças que podem se manifestar antes do início do seu amadurecimento ou mesmo depois que ele deixe de funcionar. As mulheres estão sujeitas às mesmas doenças sistêmicas que os homens, mas nelas a manifestação das patologias é, em vários casos, diferente devido a fatores como a sua constituição genética e hormonal ou pela influência de comportamentos sociais ligados a questões de gênero. Dependendo do estado em que se encontra o sistema reprodutivo da mulher, doenças de outros

sistemas podem interagir com ele ou com suas funções. Porque são mulheres, estão sujeitas a disfunções sociais que podem produzir um impacto em sua saúde física, mental ou social. Alguns exemplos são a incisão genital feminina (mutilação), o abuso sexual e a violência doméstica. Os homens se preocupam com sua saúde reprodutiva, mas o seu estado de saúde e os seus comportamentos sexuais afetam a saúde reprodutiva das mulheres.

Neste sentido é importante perceber que a determinação do estado de saúde, em geral, e da saúde reprodutiva, em particular, depende de outros fatores que vão além dos serviços de saúde propriamente ditos. Estilo de vida, comportamentos sociais e condições socioeconômicas exercem um papel fundamental na promoção ou no comprometimento da saúde reprodutiva. Além disso, a saúde é definida, até certo ponto, por nossa formação genética.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma curta lista de indicadores da saúde reprodutiva que podem ser utilizados, tanto na esfera nacional, como na global, incluindo:

- Taxa de fecundidade total.
- Taxa de prevalência de uso de métodos contraceptivos.
- Taxa de mortalidade materna.
- Percentagem de mulheres grávidas atendidas por profissionais capacitados, pelo menos uma vez, durante a gravidez.
- Percentagem de partos acompanhados por pessoal de saúde capacitado.
- Número de estabelecimentos com serviços obstétricos primários essenciais para cada 500.000 habitantes.
- Número de estabelecimentos com serviços obstétricos integrais essenciais para cada 500.000 habitantes.
- Taxa de mortalidade perinatal.
- Percentagem de nascidos vivos com peso abaixo da média.
- Prevalência de sorologia positiva para sífilis em adolescentes grávidas atendidas no acompanhamento pré-natal.
- Percentagem de mulheres em idade reprodutiva que, pelos níveis de hemoglobina, são classificadas como anêmicas.
- Percentagem de admissões obstétricas e ginecológicas por aborto.
- Prevalência de mulheres com incisão genital feminina (mutilação).
- Percentagem de mulheres em idade reprodutiva que estão tentando engravidar há dois anos ou mais.
- Incidência registrada de uretrite em homens (idade entre 15 e 49 anos), e de prevalência de HIV em mulheres grávidas.

(Vide a Tabela III.1.1 para dados de alguns destes indicadores por país.)

Uma visão global da saúde reprodutiva alerta para a magnitude do problema e para os cuidados que se deve ter com a saúde. No mundo, apenas 46 % dos partos

10 *Princípios médicos, éticos e legais*

ocorrem em instalações médicas, sendo que 57% deles são acompanhados por equipes médicas capacitadas, e em torno de 68% das mulheres grávidas recebem atendimento pré-natal. A cada ano morrem no mundo aproximadamente 515.000 mulheres de complicações durante a gravidez e o parto. Nos países em desenvolvimento, a maternidade é listada como sendo a primeira causa de problemas de saúde entre mulheres jovens adultas (com idade entre 15 e 44 anos) representando 18% do total de doenças neste grupo. A mortalidade materna varia mais entre países do que qualquer outro indicador de saúde pública. Nos países africanos, por exemplo, uma em cada 16 mulheres corre o risco de morrer por causas ligadas à maternidade durante a sua vida. Por outro lado, para sua irmã vivendo em um país desenvolvido, este risco cai para 1 em cada 2.500 mulheres. Em torno de dois terços dos 8 milhões de casos de mortalidade infantil registrados no mundo anualmente ocorrem antes do primeiro mês de vida da criança. Aproximadamente 3,4 milhões destas mortes neonatais acontecem durante a primeira semana após o parto. Estas mortes são provocadas, em grande parte, pela falta de cuidados durante a gravidez e o parto, ou pela ausência de cuidados adequados para o bebê durante as primeiras horas críticas de vida. Além disso, muitos dos bebês que sobrevivem ao parto estão tão debilitados que os cuidados que necessitam passam a ser um grande ônus para a mãe. A cada ano, nascem em torno de 25 milhões de bebês com baixo peso. Estima-se que nos países em desenvolvimento 58% das mulheres grávidas e 31% das crianças com menos de 5 anos de idade sejam anêmicas.

A expectativa do número de filhos que as mulheres têm durante sua vida decresceu, reduzindo assim a sua exposição ao risco da gravidez e do parto. Calcula-se que, em termos de média mundial, as mulheres terão menos de três filhos durante a idade reprodutiva. Em 1965, nos países em desenvolvimento apenas 9% das mulheres casadas em idade reprodutiva, ou seus parceiros, usavam um método contraceptivo confiável. Já em 1998, as Nações Unidas estimaram que nos países menos desenvolvidos, o uso de métodos contraceptivos era de 55%. Ainda hoje existem vários segmentos da população mundial que não tiveram as suas necessidades de regulação de fecundidade atendidas pelos métodos e serviços disponíveis. Calcula-se que pelo menos 100 a 120 milhões de casais não usem nenhum método de contracepção apesar de desejarem espaçar a gravidez ou mesmo limitar a sua fecundidade. Milhões de mulheres no mundo colocam em risco suas vidas e sua saúde para interromper uma gravidez não desejada. A cada dia, 55.000 abortos são realizados de forma insegura — 95% deles ocorrem em países em desenvolvimento — e provocam a morte de mais de 200 mulheres por dia (vide a Tabela III.1.3 para informações sobre aborto, discriminadas por país e região).

A OMS estima que mais de 380 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs (sem incluir HIV) ocorram a cada ano. O vírus da imunodeficiência humana/HIV continua se espalhando pelo mundo, surgindo em comunidades que antes tinham sido pouco afetadas pela epidemia e fortalecendo-se em regiões onde a AIDS é a primeira causa de morte em adultos. Calcula-se que, em

2001, 5 milhões de pessoas foram infectadas, 40 milhões viviam com a infecção e 3 milhões morreram pela contaminação por HIV (vide a Tabela III.1.1 para dados sobre a percentagem de mulheres grávidas com HIV/AIDS por país).

As estimativas mundiais de prevalência de incisão genital feminina (mutilação) giram entre 85 e 114 milhões, com uma taxa de crescimento de aproximadamente 2 milhões por ano. Em torno de 6.000 meninas são ‘circuncidadas’ a cada dia (vide Tabela III.1.2).

A infertilidade é um problema mundial de saúde pública. Estimativas mais amplas indicam que entre 8 a 12% dos casais sofrem de algum tipo de infertilidade involuntária durante a sua vida reprodutiva. Transferindo estes dados para o cenário da população mundial, conclui-se que entre 50 a 80 milhões de pessoas podem apresentar algum tipo de problema de infertilidade.

A OMS acredita que, a cada ano, 425.000 novos casos de câncer cervical sejam diagnosticados no mundo, sobretudo em países em desenvolvimento. Anualmente, 195.000 pessoas morrem desta doença de fácil prevenção. O câncer cervical, além de ser causado por uma infecção sexualmente transmissível, através do papilomavírus humano, é uma doença de fácil prevenção, quando as mulheres têm acesso ao exame de saúde preventivo periódico.

Apesar de alguns progressos já terem sido alcançados na área da saúde sexual e reprodutiva, ainda existem preocupações e deficiências importantes, como por exemplo, a falta de fontes de recursos. Uma das áreas de maior preocupação é a permanente violação dos direitos humanos das mulheres, incluindo os seus direitos sexuais e reprodutivos. O principal desafio com que nos defrontamos e que deve pesar em nossa consciência social é a tragédia negligenciada da mortalidade materna. Frequentemente, o comprometimento da saúde reprodutiva não está na falta de conhecimento médico, mas sim nas transgressões aos direitos humanos das mulheres. A falta de poder das mulheres é um sério risco à saúde.

2. Saúde reprodutiva

2.1 Conceito

Durante a segunda metade do século XX, diversos avanços tecnológicos na área da saúde e ampliações dos serviços possibilitaram a conquista de melhorias na área da saúde reprodutiva. Entretanto, estes serviços eram oferecidos de forma fragmentada e não estavam orientados para atender a todas as demandas.

O conceito de saúde reprodutiva surgiu recentemente como uma resposta à fragmentação dos serviços existentes na área da saúde reprodutiva e ao encaminhamento dos mesmos. O conceito de ‘saúde reprodutiva’ oferece uma abordagem completa e integrada dos cuidados com a saúde relacionados à reprodução. Ele situa as mulheres no centro do processo e reconhece, respeita e atende às necessidades das mulheres e não apenas às necessidades das mães.

12 *Princípios médicos, éticos e legais*

O conceito de saúde reprodutiva foi amplamente discutido durante a Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. Este conceito foi visto como um meio de ampliar as visões limitadas dos programas de planejamento familiar.

2.2 *Definição*

Mahmoud F. Fathalla, durante trabalhos desenvolvidos junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1987, elaborou uma definição de ‘saúde reprodutiva’ que acabou sendo publicada em 1988. A definição foi a seguinte:¹

A saúde é definida pela Constituição da OMS como sendo o ‘estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade’. A saúde reprodutiva, no contexto desta definição positiva, seria formada por uma série de elementos fundamentais. Pressuporia a possibilidade de as pessoas reproduzirem e regularem sua fecundidade; pressuporia também que as mulheres tenham uma gestação e parto seguros; e que aquele processo reprodutivo resultasse em bebês e crianças com expectativa de sobrevivência e bem-estar. A isso se poderia acrescentar a possibilidade de as pessoas manterem relações sexuais seguras e prazerosas.

Esta definição foi adotada e ampliada no Programa de Ação elaborado na CIPD realizado no Cairo, em 1994², e na Conferência Internacional sobre Mulheres realizada em Pequim, em 1995. A definição afirma que:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável.³

Na mesma linha da definição acima, define-se a área da saúde reprodutiva como sendo o conjunto de métodos, técnicas e serviços que influenciam a saúde

Obs.: A edição em português manteve as referências bibliográficas na língua original.

¹ M.F. Fathalla, ‘Promotion of Research in Human Reproduction: Global Needs and Perspectives’, *Human Reproduction*, 3(1988), 7–10.

² UN, *Population and Development, i. Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994) (hereinafter Cairo Programme), para. 7.2.

³ UN, Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995* (New York: UN, 1995), para. 94.

reprodutiva e o bem-estar das pessoas através da prevenção e solução de problemas de saúde. O conceito de saúde reprodutiva também inclui a saúde sexual, cujo propósito é a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das relações pessoais, e não apenas a orientação e o tratamento de questões ligadas à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.

2.3 Uma preocupação mundial

A saúde reprodutiva não é apenas uma preocupação de saúde. Ela também deve ser tratada como uma questão de desenvolvimento e de direitos humanos.

O *impacto* da saúde reprodutiva não se limita ao indivíduo, à família ou à sociedade como um todo. Ele perpassa fronteiras nacionais atingindo o mundo todo. Estes impactos são provocados, sobretudo, por dois aspectos da saúde reprodutiva: a capacidade de regular a fecundidade e a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A inabilidade de pessoas e, especialmente, de mulheres em países em desenvolvimento de regular e controlarem sua fecundidade não afeta apenas a saúde das pessoas diretamente envolvidas. Ela também afeta o equilíbrio mundial e a relação entre a população e os recursos naturais disponíveis e entre as pessoas e o meio ambiente, e deve ser considerada uma violação dos direitos humanos das mulheres. Doenças contagiosas produzem impactos que transcendem as fronteiras nacionais. Dentre todas as doenças contagiosas, as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por HIV, são as mais difíceis de serem controladas por meio de barreiras entre os países. As pessoas portadoras de outras doenças contagiosas têm a tendência de viajar com uma frequência menor do que as portadoras de DSTs, que são descritas algumas vezes como doenças transmitidas pelo ar para indicar a importância de viagens aéreas na disseminação transnacional. Esta situação só poderá ser controlada com um esforço de coordenação mundial.

Existem diferentes modos de definir *urgência*. Neste contexto, ela é utilizada para indicar um problema que ganhará proporções muito maiores com a demora de reação, podendo até se tornar irreversível. Esta noção de urgência é muito clara nos casos de regulação da fecundidade e das DSTs. Por sua própria natureza, tais casos não podem ser vistos apenas como casos que continuarão a existir, mas sim como problemas que serão amplificados. Qualquer criança oriunda de uma gravidez não desejada que não pôde ser evitada, poderá gerar uma nova gravidez não desejada no futuro. Qualquer pessoa portadora de uma DST tem o potencial de infectar várias outras pessoas. Assim, nossas ações ou ausência de medidas para assegurar os direitos das mulheres, incluindo o direito delas à saúde, será um fator decisivo no futuro do mundo.

A *iniquidade* na área da saúde reprodutiva é a terceira causa de preocupação mundial no campo das injustiças sociais. Não há nenhuma outra área da saúde em que a desigualdade seja tão evidente como no campo da saúde reprodutiva.

3. Saúde sexual

Durante a evolução do *Homo sapiens*, a relação temporal entre sexo e reprodução era desvinculada. Provavelmente custou muito aos nossos ancestrais estabelecer a relação entre o ato sexual e a fecundidade que resultava no nascimento; possivelmente esta relação foi identificada com a observação do comportamento de animais domésticos. Entre nossos companheiros mamíferos, a fêmea só se torna atrativa ao macho e receptiva às suas investidas quando ela está em período de ovulação e pronta para engravidar. No caso dos primatas, a fêmea nunca falha em anunciar o início do período de ovulação. Seus órgãos sexuais externos passam por mudanças de tamanho e coloração, tornando-se visíveis e deixando-as sexualmente atraentes para os machos. Em outros períodos, ela praticamente não desperta sua atenção. A receptividade sexual das mulheres se emancipou completamente do controle hormonal. Inclusive, durante o período evolutivo, a mulher teve sucesso em esconder evidências externas da ovulação. A dissociação entre o ato sexual e a reprodução aparenta ser um gesto intencional da natureza para fortalecer o vínculo dos casais. O sexo foi criado pela natureza por si só, e não como uma ferramenta para a reprodução.⁴

Com as tendências mundiais de formação de famílias pequenas, a reprodução passa a ter um espaço secundário, enquanto o papel do sexo em nossas vidas vem ganhando mais importância. Ele passará de um ato de instinto reprodutivo para uma expressão de amor e para a confirmação do vínculo humano. Neste sentido o sexo passará a ser um componente de importância crescente na determinação de nosso bem-estar físico-social e orientado de forma decrescente para a reprodução.

Com base na definição positiva de saúde como sendo um estado de bem-estar físico, mental e social pleno e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, a definição de saúde sexual deve conter os seguintes componentes:⁵

- capacidade de obter satisfação mútua nas relações sexuais;
- proteção contra abuso sexual, coerção e assédio;
- proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, e
- sucesso no alcance ou prevenção da gravidez.

4. Saúde reprodutiva: uma preocupação das mulheres

4.1 Diferenciais na saúde em função do gênero

A saúde reprodutiva é um componente da saúde muito importante para as mulheres e para os homens, mas ela é mais crítica para as mulheres. Uma grande parte das doen-

⁴ M. F. Fathalla, 'Introduction', in J. Becker and E. Leitman, *Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV/STD Prevention Projects from Latin America and the Caribbean* (Quality/Candidad/Qualité. 8:1-2; New York: Population Council, 1997).

⁵ M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: the Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997), 33-48.

Tabela I.2.1. Maiores ônus de doenças, 1993

Classificação	Femininas	Masculinas
1	Maternidade	Infecção por HIV
2	Doenças sexualmente transmissíveis	Tuberculose
3	Tuberculose	Acidentes com veículos motorizados
4	Infecção por HIV	Homicídio e violência
5	Doenças depressivas	Guerra

ças que afetam as mulheres está relacionada à função, ao potencial reprodutivo e ao modo como a sociedade trata ou deixa de tratar as mulheres em função do gênero. Enquanto os homens são mais suscetíveis a morrerem de causas ligadas ao que poderíamos chamar de seus 'vícios', as mulheres, em geral, são mais afetadas por seu papel fisiológico natural na sobrevivência da espécie, e pelas tarefas ligadas a este papel. Um estudo elaborado pelo Banco Mundial sobre os investimentos em saúde classificou as cinco principais causas de incidência de doenças entre adultos jovens (15 a 44 anos) de países em desenvolvimento. A Tabela I.2.1.⁶ apresenta as diferenças de gênero encontradas.

4.2 O peso injusto sobre as mulheres na esfera da saúde reprodutiva

A maternidade pode ser um motivo de grande alegria, mas também pode se tornar uma carga para as mulheres. Mesmo em alguns aspectos da saúde reprodutiva, onde existe uma distribuição das responsabilidades entre o homem e a mulher, por razões biológicas e sociais o ônus recai mais sobre as mulheres. Isto se aplica às DSTs, à regulação da fecundidade, à infertilidade, e também, à amamentação e à educação primária.

Segundo o estudo do Banco Mundial, que quantificou a incidência de enfermidades, as DSTs são a segunda maior causa de doenças entre jovens adultas de países em desenvolvimento, contribuindo para 8,9% do peso total de doenças neste grupo etário.⁷ Já entre os homens do mesmo grupo etário, as DSTs (excluindo a infecção sexualmente transmitida por HIV) não estão incluídas entre as dez primeiras causas e respondem apenas por 1,5% do peso das doenças. As mulheres, por razões biológicas e sociais, correm um risco maior de serem infectadas, são menos propensas a buscarem ajuda, são mais difíceis de serem diagnosticadas, têm maior risco de permanecerem com seqüelas de doenças, e estão mais sujeitas a discriminações sociais e as suas conseqüências.

⁶ World Bank, *World Development Report: Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993), p. 223.

⁷ *Ibid.*

16 *Princípios médicos, éticos e legais*

Tabela I.2.2. Uso de contraceptivos, 1999

Contraceptivo	Porcentagem de uso
Esterilização feminina	19
Dispositivo intra-uterino	13
Pílula	8
Esterilização masculina	4
Preservativo masculino	4
Outros métodos comercializados	3
Outros métodos não comercializados	8

O método de proteção mais eficaz contra as DSTs disponível no mercado é o preservativo masculino, cujo uso é controlado pelos homens. Ainda não existe nenhum método de proteção que seja simples e eficaz e que a mulher possa usar sem a cooperação de seu companheiro.

A moderna revolução no campo da contracepção disponibilizou para as mulheres métodos de controle da natalidade que elas podem usar independente do apoio de seus companheiros. Mas as mulheres pagaram um preço por esta independência. Elas tiveram que assumir as inconveniências envolvidas, como o fato de o companheiro transferir para a mulher o papel e a responsabilidade da contracepção, que passou a ser considerado um assunto de mulher. A Tabela I.2.2⁸ apresenta estimativas dos métodos contraceptivos utilizados no mundo entre casais em idade reprodutiva elaboradas pelas Nações Unidas.

Nota-se que as mulheres assumem uma responsabilidade pela contracepção desproporcional à assumida pelos homens. Não apenas elas arcam de forma excessiva com a responsabilidade pela regulação da fecundidade, como os métodos disponíveis para serem por elas utilizados têm o potencial de colocar em perigo a sua saúde. A importância da participação e do envolvimento do homem se tornou ainda mais evidente com a incidência da pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e do aumento dos casos de infecções sexualmente transmitidas, quando a única estratégia eficaz de proteção é o uso do preservativo, além da abstinência sexual.

Como demonstrado na análise dos dados reunidos em um amplo estudo internacional realizado pela OMS,⁹ a responsabilidade pela infertilidade é comumente compartilhada pelo casal. Porém, por razões biológicas e sociais, o ônus da infertilidade não é compartilhado de forma igualitária. Os levantamentos clínicos sobre a infertilidade da companheira são mais elaborados do que os do companheiro. Além disso, estes levantamentos estão associados a graus de risco e de inconveniência

⁸ UN, *World Contraceptive Use 1998* (New York: Population Division, Department for Economic and Social Affairs, 1999), ST/ESA/SER.A/175.

⁹ P.J. Rowe and T. M. M. Farley, 'The Standardized Investigation of the Infertile Couple', in P. J. Rowe and E. M. Vikhlyaeva (eds.), *Diagnosis and Treatment of Infertility* (Berne: Hans Huber, 1988), 15-40.

mais elevados. O ônus do tratamento também recai muito mais sobre a parceira. Mesmo no caso da infertilidade masculina, a perspectiva de tratamentos bem sucedidos está, atualmente, deslocando-se para tecnologias de reprodução assistida, tal como a injeção intracitoplasmática de espermatozóides, em que a mulher assume o maior ônus. Na maioria das sociedades, a responsabilidade psicológica e social pela infertilidade é muito mais direcionada para as mulheres. Em muitos casos, a condição da mulher está diretamente ligada à sua fecundidade, e a incapacidade de ter filhos pode ser interpretada como uma desgraça ou mesmo razão para o divórcio. O sofrimento vivenciado por mulheres inférteis ou por mulheres que estejam em casamentos inférteis pode ser muito real.

A morbidade e a mortalidade perinatal (fetal e neonatal) devem ser reconhecidas como uma causa de doença entre as mulheres. Estatísticas de saúde classificam a mortalidade perinatal como uma categoria própria, que afeta a homens e mulheres. A mortalidade e a morbidade perinatal são conseqüências da gravidez e do parto e, neste sentido, devem ser adicionadas adequadamente ao peso das enfermidades das mulheres. Durante a gestação e o parto, elas investem muito de si mesmas e os resultados perinatais de uma gravidez desfavorável podem levar à frustração ou a uma carga adicional resultante dos cuidados com um bebê e uma criança com saúde debilitada.

4.3 A saúde das mulheres vai além da saúde reprodutiva

A mulher não é um útero mas possui um. Para as mulheres, a saúde vai além da saúde reprodutiva. O fato de ser mulher traz implicações para a saúde. As necessidades de saúde das mulheres podem ser classificadas em quatro categorias gerais.¹⁰ Primeiramente, elas têm necessidades específicas relacionadas às suas funções sexuais e reprodutivas que se expressam no campo da saúde reprodutiva. Em segundo lugar, as mulheres possuem um sistema reprodutivo complexo, que é vulnerável a disfunções e a doenças, mesmo antes do início de seu funcionamento ou após o seu término. Em terceiro lugar, as mulheres estão também sujeitas a doenças provenientes de outros sistemas do corpo humano que podem afetar os homens, mas o seu padrão de adoecimento freqüentemente difere daquele do homem por sua constituição genética, por fatores hormonais ou por comportamentos e estilos de vida ligados ao gênero. Algumas doenças provenientes de outros sistemas do corpo humano, ou mesmo o seu tratamento podem interagir com condições ou funções do sistema reprodutivo. Em quarto lugar, pelo simples fato de serem mulheres, elas estão sujeitas a disfunções sociais que afetam a sua saúde física, mental e social. Alguns dos exemplos incluem a incisão genital feminina, freqüentemente descrita como mutilação, o abuso sexual, e a violência doméstica.

¹⁰ Fathalla, *From Obstetrics*.

18 *Princípios médicos, éticos e legais*

5. Os homens também têm necessidades de saúde reprodutiva

O objetivo é promover a igualdade de gênero em todas as esferas da vida, incluindo a vida familiar e em comunidade, e encorajar e habilitar os homens a que se responsabilizem por seus comportamentos sexuais e reprodutivos e pelo papel social e familiar que desempenham.

(Programa de Ação das Nações Unidas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994, parágrafo 4.25)¹¹

Os homens não só se preocupam com sua saúde reprodutiva, mas o seu estado de saúde e o seu comportamento também afetam a saúde reprodutiva das mulheres. As necessidades dos homens no campo da saúde reprodutiva incluem a sexualidade, a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, a prevenção e o tratamento contra a infertilidade e a regulação da fecundidade. Outras preocupações abrangem a proteção contra a hipertrofia e o câncer de próstata. Os homens podem contribuir para a promoção da saúde reprodutiva das mulheres dividindo a responsabilidade no planejamento familiar, usando métodos contraceptivos masculinos e apoiando suas parceiras no uso de contraceptivos femininos. Também contribuem decidindo sobre o tamanho adequado da família e através de um comportamento sexual responsável, incluindo o uso de preservativos para proteger suas parceiras. Os jovens devem ser educados para respeitar as mulheres e tratá-las com igualdade, e para defender os esforços de melhoria da condição feminina e de prevenção da violência de gênero.

6. Determinantes da saúde reprodutiva

Pode-se dizer que a saúde, em geral, e a saúde reprodutiva, em particular, são determinadas por quatro fatores (conhecidos como os quatro Ps): providência, pessoas, políticos e profissionais de saúde.¹²

A providência define a nossa formação genética, incluindo as doenças a que somos mais suscetíveis. A presença de dois cromossomos X, ou um X e um Y, determinará o nosso sexo. O gênero desempenha um papel significativo na determinação de nossa saúde.¹³

Por outro lado, o estilo de vida das pessoas pode contribuir ou prejudicar a sua saúde e os comportamentos de uma pessoa podem afetar a saúde de outras.

As condições socioeconômicas da sociedade em que nascemos e vivemos é outro determinante de nossa saúde. Os políticos e os legisladores desempenham

¹¹ Cairo Programme.

¹² Fathalla, 'Promotion of Research'.

¹³ World Health Organization, *Gender and Health: Technical Paper* (Geneva: WHO, 1998) WHO/FRH/WHD/98.16.

um papel importante na configuração de nossas sociedades pois, ao controlarem os recursos que podem ser alocados na saúde, eles estão, de forma consciente ou inconsciente, tomando decisões sobre quem vai viver e quem vai morrer. As leis e políticas podem, tanto garantir os direitos e a saúde das mulheres, como também afetar a sua autonomia e a sua possibilidade de escolha no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Até o século passado, os profissionais de saúde não dispunham de muitos meios para recuperar a saúde. Mas os avanços na área médica permitiram que as equipes de saúde alcançassem meios de proteger, manter e recuperar a saúde, em proporções jamais vistas.

As melhorias na área da saúde reprodutiva necessitam da compreensão sobre estas determinantes que atuam, diferentemente, nos diversos problemas reprodutivos e nas diferentes comunidades. Os profissionais de saúde não deveriam restringir as suas preocupações aos seus deveres clínicos e às relações médico-paciente. Eles deveriam olhar para as responsabilidades do sistema de saúde e avaliar como estas obrigações vêm sendo cumpridas. E também participar de ações sociais que tratem das condições subjacentes.

Freqüentemente, as barreiras contra o avanço na melhoria da saúde das mulheres são fundamentadas em condições sociais, econômicas, culturais, legais e demais condições co-relacionadas que transcendem considerações de saúde. Aspectos sociais, como o analfabetismo ou o baixo nível educacional ou a falta de oportunidades profissionais não deixam outra alternativa para as mulheres jovens que o casamento e a maternidade precoces. Estes fatores também fazem com que elas não tenham os meios econômicos e outros de acesso à contracepção. A vulnerabilidade das mulheres a abusos sexuais e a outros tipos de agressão dentro e fora do casamento aumenta o risco da incidência de gravidez não desejada e a realização de abortos inseguros. O que se observa é o respaldo legal para costumes sociais, religiosos e econômicos que, historicamente, têm sido usados como justificativa para as discriminações contra as mulheres. Estudos e pesquisas realizados na área das ciências sociais e do direito, especialmente aqueles que incorporam uma perspectiva de gênero, ajudam a entender como estas questões sociais e legais afetam e prejudicam a condição e a autonomia das mulheres, gerando, conseqüentemente, impactos em sua saúde reprodutiva.

Estudos no campo jurídico podem analisar as leis existentes na área da saúde reprodutiva e avaliar o grau em que elas vêm sendo implementadas ou não. Estes estudos também podem ajudar a avaliar como a legislação pode fortalecer ou comprometer os interesses pessoais, familiares e públicos das mulheres, com efeitos na sua saúde reprodutiva.

Os estudos de caso descritos na Parte II serão úteis para demonstrar como, em situações específicas, é importante utilizar diversas abordagens para garantir melhorias na área da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

7. Indicadores de saúde reprodutiva

A Organização Mundial da Saúde propõe a seguinte lista de indicadores nacionais e mundiais na área da saúde reprodutiva:¹⁴

1. Taxa total de fecundidade: número total de filhos que a mulher teria até o final de seu período reprodutivo, caso ela tivesse vivenciado ao longo de sua vida reprodutiva as taxas prevalentes específicas correspondentes a cada grupo etário.

2. Prevalência de uso de métodos contraceptivos: percentagem de mulheres em idade reprodutiva (15–49 anos) que usem, ou que tenham parceiros que usem algum método contraceptivo em um determinado momento.

3. Taxa de mortalidade materna: número anual de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. A morte materna é definida como: ‘a morte de uma mulher durante a gravidez ou nos primeiros 42 dias após o término da gravidez, independente da duração e do local de implante do feto, decorrente de qualquer situação relacionada ou agravada pela gravidez ou por sua condução, sem considerar casos acidentais ou incidentes’. A taxa de mortalidade materna (número anual de mortes maternas por cada 100.000 mulheres em idade reprodutiva) é uma outra medida que reflete o risco de morte entre mulheres grávidas no início ou final da gestação e a proporção de todas as mulheres que engravidam em um determinado ano. Esta taxa pode, portanto, ser reduzida, tornando tanto o parto mais seguro (como é verdade no caso da taxa acima) e/ou diminuindo o número de gestações indesejadas.

4. Nível de atendimento pré-natal: percentagem de mulheres atendidas por profissionais capacitados (excluindo assistentes tradicionais treinados ou não), pelo menos uma vez, durante o período de gestação e por razões relacionadas à gravidez.

5. Partos acompanhados por pessoal capacitado: percentagem dos partos acompanhados por grupo capacitado (excluindo assistentes tradicionais treinados ou não).

6. Disponibilidade de serviços obstétricos primários essenciais: número de estabelecimentos com serviços básicos de obstetrícia em funcionamento para cada 500.000 pessoas. Os serviços primários essenciais em obstetrícia devem incluir antibióticos parenterais, ocitocinas (drogas que estimulam a contração uterina usadas na prevenção e no tratamento de hemorragias após o parto), sedativos para eclâmpsia (convulsões), e a remoção manual da placenta e de outras substâncias.

7. Disponibilidade dos serviços obstétricos essenciais de nível terciário: número de estabelecimentos/leitos com serviços obstétricos essenciais de nível terciário em funcionamento para cada 500.000 pessoas. Estes serviços obstétricos devem incluir os serviços obstétricos primários essenciais além de cirurgia, anestesia e transfusão de sangue.

¹⁴ WHO, *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring* (Geneva: WHO, 2001), WHO/RHR/01.19, 1-51.

8. Taxa de mortalidade perinatal: número de mortes perinatais para cada 1.000 nascimentos. A morte perinatal ocorre durante o final da gestação (a partir da 22ª semana completa de gestação), durante o parto e até os sete primeiros dias de vida do bebê.

9. Prevalência de nascidos com peso baixo: percentagem de nascidos vivos com peso baixo (<2.500 g).

10. Prevalência de sorologia positiva para sífilis em mulheres grávidas: percentagem de mulheres grávidas, entre 15 e 24 anos, atendidas em clínicas pré-natais, cujos exames de sangue foram positivos para a sorologia de sífilis.

11. Prevalência de anemia entre as mulheres: percentagem de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que, pelos níveis de hemoglobina, são classificadas como anêmicas (com níveis abaixo de 110g/l em gestantes e abaixo de 120g/l em mulheres que não estão grávidas).

12. Percentagem de admissões/internações por causas obstétricas ou ginecológicas em decorrência de abortos: percentagem de todos os casos de internação em unidades de saúde que oferecem serviços ginecológicos e obstétricos, resultantes de abortos espontâneos ou induzidos, excluindo os casos de interrupção planejada da gravidez.

13. Prevalência de casos registrados de mulheres que sofreram mutilação genital feminina (MGF): percentagem de mulheres entrevistadas em uma pesquisa na comunidade que declararam ter sofrido MGF.

14. Prevalência de infertilidade entre as mulheres: percentagem de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) com risco de engravidar (não estando grávidas, sendo sexualmente ativas, não usando contraceptivos nem amamentando) e que estejam tentando engravidar há dois anos ou mais.

15. Incidência registrada de uretrite entre os homens: percentagem de homens com idade entre 15 e 49 anos que durante entrevistas relataram episódios de uretrite nos últimos 12 meses.

16. Prevalência de HIV em mulheres grávidas: percentagem de mulheres grávidas com idade entre 15 e 24 anos, que freqüentam clínicas pré-natais, cujo exame de sangue tenha dado positivo para HIV.

17. Conhecimento de práticas de prevenção de infecção por HIV: percentagem de pessoas em todo o grupo entrevistado que tenham identificado os três modos mais importantes de prevenir a transmissão sexual do HIV e o número de pessoas que tenham rejeitado três importantes percepções equivocadas sobre a transmissão ou prevenção contra o HIV.

Na escolha dos indicadores, a OMS levou em consideração o fato de que um bom indicador deve ser ético, aplicável nas esferas nacionais e internacionais, ser cientificamente sólido, ser representativo, compreensível e acessível. A ética do indicador está relacionada ao modo como os dados serão levantados. Eles devem

22 *Princípios médicos, éticos e legais*

ser coletados, processados e apresentados de forma ética, respeitando os direitos individuais de confidencialidade, a livre escolha sobre a disponibilização de dados que podem ser identificados, e o consentimento esclarecido quanto aos dados solicitados. Um indicador que possa ser adotado nas esferas nacionais e internacionais deve ser considerado um ‘sinal de progresso’ na conquista de melhorias da condição da saúde reprodutiva. A robustez científica se refere à necessidade de o indicador refletir de forma válida, específica, sensível e confiável o que se deseja mensurar. No caso da representatividade, o indicador deve abranger adequadamente todas as questões ou grupos populacionais que se desejam avaliar, incluindo minorias e adolescentes. A compreensão do indicador diz respeito à facilidade de defini-lo e de interpreta-lo, em termos da condição da saúde reprodutiva. Um indicador acessível é aquele cujos dados já estão disponíveis ou são facilmente obtidos.

A lista de indicadores proposta não é completa. Ainda é necessário identificar aqueles que possam ser usados para avaliar outras áreas, como a qualidade dos serviços prestados, e os que monitorem o cumprimento das metas definidas na CIPD, no que diz respeito à garantia dos cuidados com a saúde reprodutiva e sexual.

8. *Uma perspectiva global da saúde reprodutiva*

8.1 *Maternidade segura*

8.1.1 *Disponibilidade de serviços essenciais de atenção básica e de atenção integral*

A experiência dos últimos 20 anos sugere, de forma aproximada, que pelo menos 15% dos partos deverão ocorrer em estabelecimentos de saúde básicos ou integrais.¹⁵ Além disso, a eficácia do serviço deveria ser tal que a proporção de casos fatais entre mulheres com complicações obstétricas não exceda 1%. De acordo com dados reunidos pela Organização Mundial da Saúde, 46% de todos os partos realizados no mundo ocorrem em estabelecimentos de saúde.¹⁶ Nas regiões menos desenvolvidas este dado gira em torno de 40% com flutuações entre regiões de 26 a 78%.

Na maioria dos casos, os estabelecimentos de saúde existem, mas nós nos defrontamos com três problemas. Primeiro: estes estabelecimentos são mal distribuídos. Vários países apresentam regiões sem acesso a estes serviços. Segundo: frequentemente, dentre os 40% de mulheres que realizam seus partos nestes locais, não estão incluídas todas, ou a maioria das 15% que realmente necessitam de cuidados obstétricos emergenciais. Ou seja, estes estabelecimentos são super utilizados por aquelas que não os necessitam e subutilizados pelas mulheres que de fato precisam

¹⁵ United Nations Children’s Emergency Fund (UNICEF), WHO and UN Population Fund, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (New York: UNICEF, 1997), 25.

¹⁶ WHO, *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information* (Geneva: WHO, Family and Reproductive Health, 4 ed., 1997) WHO/RHT/MSM/96.28 p. 10.

deles. Terceiro: a qualidade do serviço, tanto em equipamentos como em recursos humanos, deixa muito a desejar. Tornar a emergência obstétrica acessível a todas as mulheres não é uma missão impossível. Na maioria das vezes isso não implica na construção de novas instalações, mas sim no uso mais racional dos recursos disponíveis, dando mais àquelas em maior necessidade e aplicando novos recursos para melhorar os estabelecimentos, facilitar o transporte, e aperfeiçoar as habilidades e o desempenho do pessoal de saúde.

8.1.2 Partos realizados por pessoal capacitado

Por pessoal capacitado nos referimos àqueles profissionais de saúde que apresentam os conhecimentos e as habilidades necessários para identificar e diagnosticar precocemente complicações que envolvam risco de vida e que, quando necessário, encaminhem as mulheres aos serviços e profissionais onde elas possam receber a ajuda e o tratamento necessário. A Organização Mundial da Saúde estima que, atualmente, em torno de 57% dos partos realizados no mundo são acompanhados por pessoal capacitado.¹⁷ Estes dados sobem para 99% nas regiões mais desenvolvidas. Porém, nos países em desenvolvimento 53% dos partos já são realizados por pessoal habilitado, sendo que estes dados variam entre 34 e 86%, dependendo da região. As variações são ainda mais significativas entre alguns países e dentro de um mesmo país. Provavelmente, nunca haverá um número suficiente de obstetras para atender a todos os partos — não que isso seja necessário ou mesmo desejável. Mas, em situações de carência de assistentes capacitados é importante que os obstetras assumam a liderança da equipe, delegando responsabilidades a outras categorias de profissionais de saúde e oferecendo os treinamentos, apoios e supervisões necessários.¹⁸ As parteiras exercem um importante papel ao tornar a maternidade segura para todas as mulheres. A Tabela III.1.1, na Parte III do livro, apresenta dados de partos acompanhados por pessoas capacitadas por país.

8.1.3 Acesso das mulheres grávidas aos cuidados pré-natais

Segundo dados da OMS, em média 68%, ou mais de dois terços, das mulheres grávidas recebem cuidados pré-natais.¹⁹ Em regiões menos desenvolvidas, os números giram em torno de 65%, com variações por regiões entre 52 e 73%. Muitas práticas tradicionais de cuidados pré-natais não são baseadas em evidências. Caso os cuidados pré-natais fossem limitados a intervenções baseadas em evidência, haveria liberação de recursos para serem empregados na expansão da disponibilidade dos serviços e para torná-los mais eficazes quanto a custo. A Tabela III.1.1 inclui dados da abrangência de serviços pré-natais em diferentes países.

¹⁷Ibid.

¹⁸ M. F. Fathalla, 'The Hubert de Watteville Memorial Lecture, Imagine a World Where Motherhood is Safe for All Women: You can Help Make it Happen', *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 72 (2001), 207–13.

¹⁹ WHO, *Coverage of Maternity Care*.

8.1.4 Mortalidade materna

Apesar de os casos de mortalidade materna terem se tornado muito raros nos países desenvolvidos, infelizmente, eles ainda são muito freqüentes em países em desenvolvimento. Estimativas de 1995 sobre mortalidade materna, que foram revistas, indicam que, a cada ano, em torno de 515.000 mulheres morrem de complicações durante a gravidez e o parto, o que corresponde a 1.400 mortes maternas por dia, e pouco menos de uma morte por minuto.²⁰ Um relatório de 1993 do Banco Mundial situava a maternidade como sendo a primeira causa de problemas de saúde entre mulheres adultas jovens (entre 15 e 44 anos) de países em desenvolvimento, representando 18% do total de doenças neste grupo.²¹ As mulheres mortas estavam em um momento primordial de suas vidas. Na condição de mães, suas mortes causam sérios impactos sociais e de saúde em suas famílias. Além disso, a mortalidade materna deveria ser vista como apenas a ponta de um *iceberg* de morbidade materna e de sofrimentos crônicos. Para cada morte materna, um grande número de mulheres sobrevive a sérias doenças, mas segue sofrendo, como é o caso dos problemas relacionados à fistula obstétrica.

Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna também é uma tragédia em termos de equidade e justiça social. Dos 515.000 casos anuais de mortalidade materna, apenas 2.800 ocorrem em países desenvolvidos, enquanto 512.000 casos são registrados nos países em desenvolvimento. Mais da metade destes casos de mortalidade materna, 273.000 casos, ocorrem na África, enquanto apenas 2.200 ocorrem na Europa.

Estimativas atualizadas da OMS sugerem que a proporção de mortalidade materna no mundo (número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) é de 400.²² Quando as análises são feitas em países, estes números variam de taxas abaixo de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (em países como Austrália, Canadá, Espanha e Suécia) a taxas acima de 1.500 (em países como Burundi, Etiópia, Ruanda, Serra Leoa e Somália). A proporção da mortalidade materna varia mais entre países do que qualquer outro indicador de saúde pública.

Esta disparidade é ainda mais dramática quando se analisa a chance de mortalidade materna durante o ciclo de vida. A mortalidade materna é um risco recorrente. A probabilidade de uma mulher comum morrer, durante o seu período reprodutivo, de causas ligadas à maternidade expressa o risco ao longo de sua vida. Neste caso, semelhante ao cálculo da taxa de mortalidade materna, considera-se tanto o risco da mulher morrer por causas relacionadas à gravidez, como também a probabilidade de ela engravidar. Este cálculo também pondera o acúmulo de risco com cada gravidez. Para uma mulher na África, o risco total é de 1 em 16, para mulheres na Ásia é de 1 em 110, para mulheres na América Latina e no Caribe a relação é de 1

²⁰ WHO, *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA* (Geneva: WHO, 2001), 2, 42-7. WHO/RHR/01.9.

²¹ World Bank, *World Development Report* (1993).

²² WHO, *Maternal Mortality*.

para 160, e para mulheres em países desenvolvidos a relação é de 1 para 2.500.²³ Uma mulher do hemisfério Sul percorre a jornada da gravidez e do parto carregando uma pesada bagagem de injustiças sociais. Estas injustiças começam a se acumular desde cedo. Na infância, ela não era considerada semelhante a seu irmão, quando mulher, ela teve negado o controle da fecundidade e, enquanto gestante, os seus interesses passam a ser considerados secundários por sua família, pela comunidade e mesmo pelos profissionais de saúde que priorizam os interesses do feto.²⁴ A Tabela III.1.1 apresenta dados da taxa de mortalidade materna por país.

8.1.5 Mortalidade perinatal

Apesar de a mortalidade infantil ter sofrido uma redução significativa durante o início dos anos 1980 e final dos 1990, a maioria dos avanços se deu no caso de crianças mais velhas. Entre os 8 milhões de casos de morte infantil registrados anualmente, em torno de dois terços ocorrem durante o período neonatal, antes de completarem um mês de vida, e 3,4 milhões destas mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida.²⁵ Ainda, para cada recém-nascido que morre, pelo menos um outro feto é natimorto. Estas mortes são, em grande parte, conseqüência de cuidados inapropriados durante os períodos de gestação, do parto e das primeiras horas críticas após o parto. Além disso, muitos dos milhões de bebês que sobrevivem ao parto saem tão debilitados que os cuidados que demandam representarão um grande ônus para as mães. A cada ano, em torno de 25 milhões de bebês nascem com peso abaixo de 2.500g.²⁶ Bebês com peso baixo correm sérios riscos de infecção, hipotermia e asfixia e têm seu crescimento e desenvolvimento prejudicados, demandando assim cuidados especiais das mães.

A Tabela III.1.1 apresenta dados sobre as taxas de mortalidade perinatal e a proporção de bebês que nascem com peso baixo, discriminadas por país.

8.1.6 Anemia

A deficiência em ferro e a anemia são dois fatores que contribuem para o aumento dos casos de mortalidade materna e de recém-nascidos. Além disso, também prejudicam o crescimento e o desenvolvimento das crianças, provocam limitações do aprendizado, afetam o sistema imune e reduzem a capacidade produtiva das crianças. Estima-se que em países em desenvolvimento, 58% das mulheres grávidas e 31% das crianças com menos de 5 anos são anêmicas.²⁷ Apesar da anemia não ser

²³ Ibid.

²⁴ M. F. Fathalla, 'The Long Road to Maternal Death' *People*, 14 (1987), 8-9.

²⁵ WHO, *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement* (Geneva: WHO, 1999), 18.

²⁶ WHO, *Low Birth Weight: A Tabulation of Available Information* (Geneva: WHO, 1992), WHO/MCH/92.2, 12.

²⁷ WHO, *Evaluation of the Implementation of the Global Strategy for Health for All by 2000, 1979-1996. A Selective Review of Progress and Constraints* (Geneva: WHO, 1998) WHO/HST/98.2, pp. 166, 174.

26 *Princípios médicos, éticos e legais*

a causa direta de morte materna, ela aumenta os riscos de morte por outras causas. Mulheres anêmicas, por exemplo, não têm a mesma resistência à perda de sangue que mulheres saudáveis. Em mulheres grávidas com anemia falciforme a morte pode resultar do efeito de embolismo, ou de infecções bacterianas, durante as últimas quatro semanas da gestação, o trabalho de parto, e a primeira semana após o parto. A Tabela III.1.1 apresenta dados sobre a ocorrência de anemia em mulheres grávidas, diferenciados por país.

8.2 *Fecundidade por escolha*

8.2.1 *Taxa total de fecundidade*

É importante que toda gravidez seja desejada. A opção pela fecundidade se dá graças à revolução das tecnologias contraceptivas que já provocou uma redução significativa nas taxas de fecundidade total e na estimativa do número de filhos que a mulher terá durante a sua vida reprodutiva. Conseqüentemente, houve também uma diminuição do risco que a mulher corre durante a gravidez e o parto. Estima-se que no mundo, em média, as mulheres tenham menos de três filhos (2,9) durante a sua vida.²⁸ Em regiões menos desenvolvidas, esta estimativa se eleva para 3,2 (3,7 excluindo a China). Em áreas mais desenvolvidas, a média é de 1,5.²⁹

A Tabela III.1.1 apresenta a taxa de fecundidade total, em diferentes países.

8.2.2 *A prevalência de uso de métodos contraceptivos*

Em 1965, nos países em desenvolvimento, apenas 9% das mulheres casadas ou seus parceiros em idade reprodutiva usavam algum método contraceptivo seguro. Em 1998, as Nações Unidas estimaram que o uso de contraceptivos no mundo era de 58%, 55% em regiões menos desenvolvidas e 70% em regiões mais desenvolvidas³⁰. Existem, porém, variações significativas de região para região que vão desde 20% na África, 66% na América Latina e no Caribe a 83% na China. Diversos segmentos da população ainda não tiveram suas necessidades de regulação de fecundidade supridas pelos métodos contraceptivos e serviços disponíveis atualmente. Calcula-se que em torno de 100 a 120 milhões de casais não usem nenhum método contraceptivo, mesmo desejando espaçar a gravidez ou limitar a sua fecundidade.³¹

A Tabela III.1.1 inclui dados sobre a prevalência do uso de métodos contraceptivos, com distinções por país.

²⁸ Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet: Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2000).

²⁹ Ibid.

³⁰ UN, *World Contraceptive Use*.

³¹ WHO, *Evaluation*.

8.3 Aborto

Milhões de mulheres no mundo inteiro colocam em risco as suas vidas e a sua saúde para interromper uma gravidez não desejada. De acordo com a OMS, a cada dia são realizados 55.000 abortos inseguros — 95% deles ocorrem em países em desenvolvimento — e provocam a morte de mais de 200 mulheres diariamente.³²

As controvérsias morais e religiosas sobre o aborto tendem a ocultar as dimensões clínicas e de saúde pública envolvidas. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, pelo menos 70.000 mulheres morrem anualmente em decorrência de complicações com abortos inseguros.³³ Em todo o mundo, os abortos inseguros contribuem para 13% das mortes maternas, sendo que, em alguns países, 60% dos casos de mortalidade materna são resultantes de abortos inseguros. A OMS acredita que mais da metade das mortes decorrentes de abortos induzidos ocorrem nos países do Sul e no sudeste asiático, seguido da África Subsaariana. A Tabela I.2.3 mostra estimativas da OMS durante o período de 1995 a 2000 envolvendo mortalidades globais e regionais causadas por abortos inseguros. Os dados da OMS mostram que, no mundo, a taxa de fatalidades associadas a abortos inseguros é provavelmente 700 vezes maior do que aquelas registradas nos EUA, e estão ligadas à prática de abortos legais e induzidos; em algumas regiões esta proporção cresce para 1.000. Mesmo nos países desenvolvidos esta proporção é oito vezes maior para abortos inseguros do que para procedimentos legais de aborto. A Tabela III.1.3, na Parte III do livro, apresenta dados de abortos inseguros por região e por país.

A melhor estratégia para diminuir o número de gravidezes não desejadas, e por conseguinte, o número de abortos induzidos, é tornar os métodos contraceptivos amplamente disponíveis e acessíveis. Deve-se lembrar, porém, que a eficácia dos contraceptivos é variada. À exceção da abstenção completa de sexo, todos os métodos estão associados a taxas de falhas. Estas falhas são responsáveis por uma parcela significativa dos casos de aborto induzido. Com base nas estimativas do intervalo de falha dos diferentes métodos contraceptivos e nas estimativas do número de usuários no mundo, o número anual de gravidezes acidentais está entre 8.860.000 e 30.310.000.³⁴

As mulheres expostas ao risco de doenças sexualmente transmissíveis se deparam com o dilema da escolha do método contraceptivo. Os métodos contraceptivos eficazes não oferecem proteção contra infecções. Ao mesmo tempo, aqueles que protegem contra infecções são menos confiáveis. O uso de dois métodos é uma opção a ser considerada, mas muitas vezes ele se torna muito caro

³² WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (Geneva: WHO, 3 ed., 1997), WHO/RHT/MSM/97.16,3-14.

³³ Ibid.

³⁴ S. J. Segal e K. D. LaGuardia, 'Termination of Pregnancy: A Global View' *Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol.* 4 (1990), 235-47.

28 Princípios médicos, éticos e legais

Tabela I.2.3 Mortalidade global e regional decorrentes de abortos inseguros, 1995-2000

Área/Região	Nº estimado de abortos inseguros	Nº estimado de mortes decorrentes de abortos inseguros	Taxa de casos fatais (mortes por 100 abortos inseguros)
Total mundial	20.000	78.000	0,4
Regiões mais desenvolvidas	900	500	<0,1
Regiões menos desenvolvidas	19.000	77.500	0,4

e pouco prático. A disponibilidade de serviços seguros de interrupção da gravidez pode permitir que um número maior de mulheres use métodos de proteção confiáveis contra doenças sexualmente transmissíveis.

A contracepção de emergência vem sendo muito subutilizada. Este método poderia, provavelmente, prevenir pelo menos 75% das gravidezes não desejadas.³⁵ Até 72 horas após uma relação sexual sem proteção a mulher pode fazer uso de pílulas anticoncepcionais de uso oral, em dose dupla, para evitar a gravidez. No período de cinco dias após a relação sexual é possível inserir no útero da mulher um dispositivo intra-uterino de cobre.

Do ponto de vista médico, é clara a diferença entre contracepção e aborto. A gravidez só está estabelecida com a implantação completa do óvulo no revestimento do útero. Uma mulher que esteja com um óvulo fertilizado boiando em suas trompas de Falópio ou no útero não está grávida. Desta forma, do ponto de vista médico, um método que atue antes da implantação completa do óvulo é considerado um método contraceptivo. Já o método que atua após a implantação completa do óvulo é considerado abortivo. As pessoas movidas por visões ideológicas argumentam sobre quando, de fato, a vida tem início. A vida é uma continuação, sendo assim, só pode se originar da vida, incluindo os gametas e outras células.

Este argumento depende de onde se deseja traçar a linha divisória e com que propósito ela é traçada. Argumentos semelhantes são utilizados para discutir o início da condição e da identidade humana, das singularidades genéticas e da individualidade. O potencial teórico da clonagem das células humanas para produzir tecido humano, órgãos e seres vivos confere novas dimensões à discussão sobre a natureza da vida humana.

³⁵WHO, *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (Geneva: WHO, 1998), WHO/FRH/FPP/98.19, 1-59.

Tabela I.2.4 Incidência anual de doenças sexualmente transmissíveis

Doenças sexualmente transmissíveis	Milhões
Sífilis	12
Infecção gonocócica (gonorréia)	62
Infecção por clamídia (incluindo linfogranuloma venéreo)	89
Cancróide	2
Tricomoníases	170
Herpes anogenital	20
Verruga anogenital	30

8.4 Infecções sexualmente transmissíveis

8.4.1 Sem incluir HIV

A Tabela I.2.4 apresenta os dados para o ano de 1996, coletados pela OMS sobre a incidência (em milhões) das doenças sexualmente transmissíveis.³⁶ O padrão de prevalência das DSTs para a sífilis em países em desenvolvimento é mais de 100 vezes maior do que em países desenvolvidos. Para a gonorréia, a relação de prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é 10 a 15 vezes maior nos países em desenvolvimento, e três vezes maior no caso de infecções por clamídia. Entre os países africanos em desenvolvimento as taxas são geralmente mais elevadas do que na Ásia e na América Latina.

8.4.2 Infecção por HIV

Durante a 26ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS), realizada em junho de 2001, governantes de vários países expressaram a sua profunda preocupação sobre a epidemia de HIV/AIDS que, por sua escala e impacto devastador, se constitui em uma emergência global e apresenta o maior desafio à vida e à dignidade humana e ao exercício efetivo dos direitos humanos. Consideraram também que este desafio afeta o desenvolvimento social e econômico em nível mundial, impactando, ainda, os diferentes níveis da sociedade — nacional, comunitária, familiar e individual. Os governantes destacaram com grande preocupação que, ao final do ano 2000, 36,1 milhões de pessoas no mundo eram portadoras de HIV/AIDS, sendo que 90% delas se concentravam em países em desenvolvimento, com 75% dos casos localizados na África Subsaariana. Eles perceberam, também, que os portadores de HIV são pessoas de todos os níveis socioeconômicos, idade, gênero e raça, sendo que as pessoas de países em desenvolvimento são as

³⁶ WHO, *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century. A Vision for All* (Geneva: WHO, 1998), 45–6, 78–9.

30 Princípios médicos, éticos e legais

Tabela I.2.5 Epidemia de HIV/AIDS, 2001 (em milhões)

Pessoas afetadas	Pessoas recentemente infectadas com HIV em 2001	Pessoas vivendo com HIV em 2001	Mortes causadas por AIDS em 2001	Número total de mortes por AIDS
Total	5,0	40,0	3,0	18,8
Adultos	4,3	37,2	2,4	15,0
Mulheres	1,8	17,6	1,1	7,7
Crianças <15 anos	0,8	2,7	0,5	3,8

mais afetadas e os grupos mais vulneráveis são as mulheres, os jovens adultos e as crianças, sobretudo as meninas.³⁷

A tabela I.2.5 apresenta uma estimativa global (em milhões) da epidemia de HIV/AIDS, em dezembro de 2001.³⁸ A AIDS já deixou pelo menos 10,4 milhões de crianças com menos de 15 anos órfãs (crianças que, em decorrência da epidemia perderam as suas mães ou o pai e a mãe). Calcula-se que o número total de crianças órfãs, até 2010, mais que duplique.

A diversidade de casos de HIV espalhados pelo mundo é surpreendente. Mas, em diversas regiões do mundo, a epidemia de HIV/AIDS ainda está em estágios menos avançados. Enquanto 16 países da África Subsaariana registraram uma prevalência de HIV em adultos de mais de 10% em 1999, os outros 119 países do mundo registraram uma prevalência de menos de 1%. Contudo, as prevalências nacionais baixas podem ser mal interpretadas. Frequentemente, elas mascaram epidemias sérias que estão concentradas, inicialmente, em regiões ou grupos populacionais específicos que podem atingir toda a população. A Tabela III.1.1 inclui dados da infecção de HIV, em alguns países.

8.5 Incisão genital feminina (circuncisão/mutilação)

As estimativas sobre a prevalência mundial de incisão ou mutilação genital feminina (MGF) giram entre 85 a 114 milhões, com uma taxa de crescimento anual aproximada de 2 milhões. Diariamente, em torno de 6.000 meninas são circuncidadas.³⁹

De uma forma ou de outra a prática da mutilação genital feminina continua a existir em, aproximadamente, 40 países, sobretudo no leste e oeste africano e em partes da Península Árabe. A variação de prevalência entre os países vai de 5 a

³⁷ UN, *Final Declaration of Commitment on HIV/AIDS: United Nations General Assembly Twenty-Sixth Special Session, Adopted 27/6/2001* (New York: UN, 2001), Doc. A/s-26/L2.

³⁸ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Geneva: UNAIDS, 2001), UNAIDS/01.74E-WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2, 1-29.

³⁹ N. Toubia, 'Female Genital Mutilation and the Responsibility of Reproductive Health Professionals', *Int. J. Gynecol. Obstet.* (46) (1994), 127-35.

quase 98%. Devido aos movimentos migratórios, esta prática agora também é desenvolvida na Europa e na América do Norte. O estudo de caso da Parte II do Capítulo 2 deste livro apresenta dados mais detalhados sobre a incisão genital feminina.

A tabela III.1.2 apresenta dados sobre a incisão genital feminina em alguns países.

8.6 Infertilidade

As definições de infertilidade são muito variadas; algumas delas tomam como base o período de 12 meses de tentativas sem sucesso de engravidar, sem o uso de nenhum contraceptivo durante o ato sexual. Já outras definições têm como referência o período de 24 meses de tentativas. Uma estimativa geral indica que, entre 8 e 12% dos casais passam por algum tipo de problema de infertilidade durante a sua vida reprodutiva.⁴⁰ Extrapolando para a população mundial, significa que de 50 a 80 milhões de pessoas estão sujeitas a algum tipo de problema de infertilidade.

Provavelmente, sempre existirão alguns casais que irão sofrer de infertilidade por razões que não se podem prevenir, tratar ou mesmo por causas desconhecidas. Estas situações são conhecidas como o núcleo da infertilidade e representam menos de 5% dos casos, podendo ser ainda menores. Caso a prevalência de infertilidade seja superior a 5% considera-se que a mesma seja adquirida, o que indica a existência de causas no âmbito da comunidade que estariam contribuindo para tornar outros casais inférteis. Em alguns locais da África Subsaariana, a prevalência de infertilidade pode ser superior a 30%. A principal causa de infertilidade adquirida é a infecção pélvica resultante de doenças sexualmente transmissíveis (como a clamídia e a gonorréia), de abortos inseguros ou de infecção puerperal (após o parto).

8.7 Câncer cervical

A inclusão do câncer cervical nesta visão geral sobre saúde reprodutiva (e a não-inclusão dos outros tipos de câncer genital) pode ser facilmente justificada. A grande maioria dos casos de câncer cervical se dá por infecções transmitidas nas relações sexuais, através do papilomavírus humano (HPV). Em geral a infecção é assintomática e de fácil transmissão. Quase sempre, as mulheres são infectadas ainda jovens, em um período que vai da adolescência até os seus 30 anos. Estudos indicam que o risco de contrair de HPV é duas vezes maior em mulheres que tiveram a sua primeira relação sexual aos 15 anos, quando comparado ao risco para aquelas cuja primeira relação ocorreu após os 20 anos de idade.⁴¹

⁴⁰ J. J. Sciarra. 'Infertility: An International Health Problem' *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46 (1994), 155.

⁴¹ WHO, *World Health Report 1998*.

32 *Princípios médicos, éticos e legais*

A doença demora 20 anos ou mais para se desenvolver. Durante este longo intervalo, lesões pré-cancerígenas podem ser identificadas e fácil e eficazmente tratadas, prevenindo o desenvolvimento do câncer cervical. A Organização Mundial da Saúde estima que 425.000 novos casos de câncer cervical sejam diagnosticados anualmente, sendo que a grande maioria ocorre em países em desenvolvimento. A cada ano em torno de 195.000 mulheres morrem em decorrência desta doença de fácil prevenção.⁴²

O rastreamento e o tratamento de lesões pré-cancerígenas são intervenções eficazes e de alto custo/benefício. O custo dos exames de rastreamento do câncer cervical (realização de exames a cada cinco anos, com o acompanhamento dos casos identificados) é em torno de US\$ 100 por DALY (ou seja, ano de vida ajustado à invalidez ou, em inglês, *disability-adjusted life year*) ganho, comparado com US\$ 2.600 por DALY para tratamentos invasivos do câncer ou cuidados paliativos.⁴³

Os métodos clássicos de rastreamento de lesões pré-cancerígenas consistem em retirar uma amostra citológica do colo do útero e examiná-la junto com a colposcopia (visualização do colo do útero em alta resolução). Algumas alternativas de exames preventivos vêm sendo testadas para situações de escassez de recursos. O exame visual do colo do útero com o uso de ácido acético e o teste de HPV são algumas das alternativas que vêm sendo adotadas. Novos métodos também estão sendo testados no tratamento de lesões pré-cancerígenas, como a crioterapia e o procedimento de excisão por cauterização eletrocirúrgica. Estes métodos possibilitam o tratamento imediato de lesões suspeitas e eliminam a necessidade de se esperar pelo resultado dos exames patológicos da amostra citológica e da biópsia do tecido. A possibilidade de confecção de uma vacina contra o HPV também está sendo considerada.

9. *Progressos e desafios*

Desde que foi firmado um compromisso internacional com a saúde reprodutiva, em 1994, no Cairo, pode-se afirmar que alguns progressos foram feitos nesta área, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido.⁴⁴ Os programas de planejamento familiar, por exemplo, se distanciaram de abordagens com ênfase em quotas demográficas, orientando-se mais em uma perspectiva que contempla as necessidades, colocando a mulher no centro da questão e adotando definições mais amplas de saúde reprodutiva. Finalmente, o silêncio sobre aspectos sensíveis, mas

⁴² Ibid.

⁴³ J. Sherris and C. Herdman, 'Preventing Cervical Cancer in Low-Resource Settings', *Outlook*, 18 (Set. 2000), 1–8.

⁴⁴ UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, A/S-21/5/Add.1 (New York: UN, 1999), 1–23.

vitais da saúde reprodutiva vem sendo quebrado. Sexo e sexualidade estão deixando de ser tabus. O sexo vem sendo reconhecido pelo que é, um componente psicossocial fundamental do bem-estar das mulheres e dos homens. Os adolescentes estão fazendo suas vozes serem ouvidas e estão expressando suas necessidades. A incisão genital feminina não é mais mantida atrás de paredes a prova de som, nem protegida por questões culturais e de tradição. O aborto inseguro, uma questão primordial de saúde pública, vêm sendo amplamente discutido e ações vem sendo tomadas. Mesmo respeitando a diversidade de opiniões sobre o aborto, não é possível que esta questão permaneça embaixo do tapete quando, a cada ano, 20 milhões de mulheres estão colocando em risco a sua saúde e as suas vidas no processo de abortamento.⁴⁵ Outro exemplo de quebra de silêncio é a inclusão da violência contra as mulheres nas agendas nacionais e internacionais que reúnem esforços para preveni-la.

Apesar do progresso feito, ainda existem aspectos de grande importância a serem resolvidos. Os recursos necessários não estão acessíveis. Os registros feitos nos países têm sido desiguais. É deplorável que os conflitos armados ou mesmo a sua ameaça desviem recursos de países mais carentes para a destruição humana pela própria humanidade. Existe uma preocupação genuína quanto ao impacto de reestruturações econômicas, sobretudo os programas de ajuste estrutural em setores da saúde que vêm deixando os mais pobres e vulneráveis, especialmente mulheres e crianças, sem uma rede segura.

Uma outra área que desperta grande preocupação é a contínua violação dos direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos.⁴⁶ As mulheres estão sujeitas a discriminação mesmo antes de nascerem e, como garotas inocentes, começam a se defrontar com a dura realidade de sua desigualdade diante dos meninos.

Um dos maiores desafios a nossa frente e que deve pesar em nossa consciência coletiva é a tragédia negligenciada da mortalidade materna. A mortalidade materna não deve ser acrescentada nem comparada a outros problemas de saúde. A maternidade não é uma doença. Ela é sim, o meio pelo qual a espécie humana se propaga. Neste sentido, a sociedade tem uma obrigação maior de prevenir as mortes maternas do que prevenir a morte causada por doenças. A trágica negligência da mortalidade materna levanta a questão fundamental sobre o valor que a sociedade dá à vida de uma mulher.⁴⁷ Se lembrarmos que as sociedades investem menos nas meninas do que nos meninos, subestimando a contribuição econômica das mulheres, e que apenas uma pequena parte delas está em posição de decisão, não deveríamos nos surpreender em saber que, em regiões carentes de recursos, é atribuída baixa

⁴⁵ WHO, *Unsafe Abortion*.

⁴⁶ R. J. Cook and M. F. Fathalla 'Advancing Reproductive Rights beyond Cairo and Beijing', *International Family Planning Perspectives*, 22 (1996), 115–21.

⁴⁷ M. F. Fathalla, 'How Much are Mothers Worth?' *International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Proceedings of the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics, Singapore, 15–20 Setembro 1991* (London: Parthenon, 1992), 203–9.

34 *Princípios médicos, éticos e legais*

prioridade à alocação de recursos para salvar a vida das mães. É importante que as mulheres, em todo o mundo, se unam pelo direito à maternidade segura, basicamente pelo direito das mulheres à vida.⁴⁸ No caso da região Norte, a maioria das mulheres já esqueceu o que significa mortalidade materna. Mas para suas irmãs dos países do Sul, a jornada da gravidez e do parto ainda é perigosa e muitas delas nem sequer retornam.

As deficiências na área da saúde reprodutiva e sexual não podem ser solucionadas apenas pelos profissionais de saúde. A melhoria nestas áreas demanda o envolvimento de outros setores e ações que vão além do setor de saúde. A nobre incumbência das mulheres de reproduzir nossa espécie não tem sido recompensada pela sociedade. Ao contrário, é freqüente vê-las subordinadas e expostas a práticas de discriminação de gênero que, como conseqüência, provocam impactos adversos a sua saúde. A maioria das mulheres e meninas do mundo ainda vive em condições que prejudicam seu desempenho acadêmico, restringem a sua participação econômica, e falham em garantir que usufruam os mesmos direitos e liberdades que os homens.

O Relatório Mundial sobre a Saúde das Mulheres, de 1994, elaborado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) concluiu que a melhoria na saúde das mulheres não dependia apenas de investimentos no setor da ciência e da saúde.⁴⁹ Ela só será alcançada com a tomada de ações por parte dos Estados, há muito prometidas, para corrigir injustiças cometidas contra as mulheres. Muitas vezes, a saúde reprodutiva está comprometida por razões de violações dos direitos humanos das mulheres e não pela falta de conhecimentos médicos. A falta de poder das mulheres é um sério risco à saúde.

⁴⁸ M. F. Fathalla, 'Imagine a World'.

⁴⁹ M. F. Fathalla, 'Women's Health: An Overview' *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46 (1994), 105-18.

3

Sistemas de saúde

1. Visão geral

O sistema de saúde pode ser definido como o mecanismo, presente em qualquer sociedade, que transforma ou metaboliza fontes de conhecimento e de recursos humanos e financeiros em serviços relevantes às preocupações com saúde naquela sociedade. A saúde não faz parte, apenas, do campo do sistema de saúde. Outros sistemas (ou setores) presentes em todas as sociedades apóiam a saúde da população, e eles podem ser, e de fato, o são em vários casos, mais importantes do que o próprio sistema de saúde. A sociedade concede ao sistema de saúde a ‘legitimidade’ para atuar e os recursos necessários para operar. Neste ‘contrato social’, a sociedade espera algo em troca. A maior expectativa é com o direito à saúde, ‘o direito de todos de desfrutarem dos melhores padrões de saúde física e mental’.

A saúde reprodutiva é uma parte da atenção à saúde geral. No entanto, algumas considerações e desafios especiais diferenciam-na da atenção à saúde geral. Os profissionais de saúde atendem, sobretudo, pessoas saudáveis, especialmente mulheres e, com frequência, eles têm que levar em consideração o interesse de mais de um ‘cliente’ e devem lidar e interagir com a sociedade.

Apesar das significativas ampliações e avanços no campo da atenção à saúde e do desenvolvimento, os sistemas de saúde não têm tido condições de suprir as necessidades de saúde de grandes segmentos da população do mundo. As deficiências dos sistemas de saúde variam de país para país e mesmo dentro de um mesmo país. Entre as deficiências que devem ser abordadas, está a distribuição desigual dos serviços disponíveis, a utilização ineficiente e a falta de receptividade em função das expectativas e perspectivas das mulheres. Basicamente, pode-se identificar três padrões de ineficiência: deficiência, subutilização e super medicalização. Estes padrões de inadequação se aplicam a todo o campo da saúde, mas eles são mais proeminentes na área da saúde reprodutiva.

A falta de consciência ou de consideração pelas questões de gênero acaba frequentemente fazendo com que haja um viés no sistema de saúde, priorizando os interesses dos homens, nos momentos de decisão. A generalização das preocupações de gênero é fundamental na formulação de políticas públicas, no planejamento da saúde e na prestação dos serviços, no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde.

36 *Princípios médicos, éticos e legais*

Para implementar a saúde reprodutiva, o sistema de saúde precisa ter um olhar mais detalhado neste campo. Isto deve ser feito de forma cuidadosa, pois alguns dos componentes da saúde reprodutiva são frágeis e mais sensíveis do que outros. Além disso, a implementação de cada componente envolve desafios diferentes. O sistema é desafiado a atender necessidades novas e emergentes, a atender clientes novos e a desenvolver intervenções eficazes quanto ao custo, em substituição a serviços atuais, mais caros e menos acessíveis.

As leis e as políticas públicas podem facilitar ou inibir o acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva. Os sistemas de leis e políticas na área da saúde que restringem o acesso das mulheres às escolhas reprodutivas estão, em geral, fundamentados em relações históricas entre sexualidade e moral. Diversas políticas restritivas refletem a idéia de que a sexualidade das mulheres e o acesso ao controle da natalidade colocam em risco a moral e a segurança familiar. Os profissionais e as suas associações podem acessar leis, especialmente leis de direitos humanos, para, em nome de seus pacientes, reivindicarem serviços de saúde de melhor qualidade.

Atualmente os sistemas de saúde representam um dos maiores setores da economia mundial. Mas, os recursos a eles destinados são distribuídos de forma muito desigual, e a distribuição dos problemas de saúde não é proporcional. A falta de recursos nem sempre é uma argumentação aceitável para que os governos justifiquem a falta de investimentos em saúde. Não há nenhum país que seja tão pobre a ponto de não poder fazer nada para melhorar a saúde reprodutiva de seu povo. Considerando cada dólar aplicado em saúde, os países estão longe de atingir o seu potencial de desempenho. O resultado é um grande número de mortes evitáveis e de vidas definhadas por deficiências. O impacto das carências sobrecarrega desproporcionalmente sob os pobres. A definição de prioridades entre os problemas de saúde não é tarefa fácil. A classificação das prioridades deve levar em consideração não apenas a magnitude da doença, mas também a disponibilidade das intervenções custo-eficazes. Ao definir as prioridades deve-se considerar que a saúde reprodutiva é especial e não pode ser apenas posicionada junto aos problemas de saúde. Embora não se tenha uma idéia exata sobre quanto custaria oferecer serviços de saúde reprodutiva a todos, tem-se uma idéia mais clara das conseqüências para a vida e a para a saúde das mulheres, caso a atenção com a saúde reprodutiva não se torne universal.

Em 1999, as Nações Unidas reafirmaram que os governos deveriam trabalhar para assegurar que, em 2015, todas as instalações primárias e de planejamento familiar estejam aptas a oferecer, diretamente ou através de encaminhamentos, a mais ampla gama disponível de métodos seguros e eficazes de planejamento familiar e de contracepção; os cuidados obstétricos essenciais; prevenção e administração de infecções do aparelho reprodutivo, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, e métodos de barreira (como os preservativos masculinos e femininos e os microbicidas, caso se encontrem disponíveis) para prevenir as

infecções.¹ Espera-se que, até 2005, 60% destas instalações estejam em condição de oferecer esta gama de serviços, passando para 80% em 2010.²

2. O sistema de saúde e o direito à saúde

A origem dos sistemas de saúde se encontra nos primórdios místicos da medicina. Em todos os registros históricos, as sociedades sempre buscaram o alívio para sofrimentos físicos e mentais na institucionalização de papéis e de funções voltadas para o controle do sofrimento. O pessoal e as instalações de saúde atuam no contexto de um 'sistema de saúde'. Desta forma, este sistema de saúde pode ser definido como o mecanismo, presente em qualquer sociedade, que transforma ou metaboliza fontes de conhecimento, e de recursos humanos e financeiros, em serviços compatíveis com as preocupações de saúde naquela sociedade.

O sistema de saúde é um dos vários sistemas diferenciados que atende às necessidades das sociedades. Neste sentido, ele compete com estes outros sistemas por recursos, freqüentemente escassos. A competição não ocorre apenas no nível dos governos (e doadores), no momento da alocação de recursos aos diferentes setores, mas ela também se dá no nível das famílias e indivíduos quando da decisão de quanto gastar com a saúde.

A saúde não se limita apenas ao sistema de saúde. Outros sistemas (ou setores), presentes em todas as sociedades, afetam a saúde da população e podem ser, e de fato o são, em vários casos, mais importantes do que o próprio sistema de saúde. A agricultura (alimentação), a educação, a moradia, o transporte e o nível econômico geral, entre outros fatores, afetam a saúde.

Como reconhecimento do papel de outros sistemas na saúde, a Organização Mundial da Saúde adota o termo 'sistema de saúde' para abranger todas as atividades cujos principais objetivos sejam a promoção, o reestabelecimento ou a manutenção da saúde.³ Os serviços de saúde se encaixam nesta categoria, assim como os atendimentos médicos domiciliares de doentes, que representam entre 70 e 90% dos acompanhamentos médicos a doentes. Outras intervenções, como melhorias na segurança de estradas e segurança ambiental também fazem parte do sistema. Fora dos limites desta definição estão as atividades cujo objetivo principal é outro que não a saúde — educação, por exemplo — mesmo que elas apresentem um benefício secundário para a melhoria na saúde.

¹ UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, A/S — 21/5/Add. 1 (New York: UN, 1999), para. 53.

² Ibid.

³ WHO, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000), p. 5.

38 *Princípios médicos, éticos e legais*

A sociedade concede ao sistema de saúde a ‘legitimidade’ para atuar e os recursos necessários para operar. As pessoas estão investindo no sistema, seja diretamente, através da efetivação de pagamentos, indiretamente, pelo pagamento de seguros e de contribuições para a previdência, ou de forma quase inconsciente quando as taxas que pagaram são usadas para financiar o sistema. Neste ‘contrato social’, a sociedade espera algo em troca. As expectativas sociais com o sistema de saúde variam e são influenciadas pelo sistema de valores da sociedade. A maior expectativa é o direito do ser humano à saúde.

O direito à saúde é reconhecido em diversos instrumentos internacionais (Parte III, Cap.4). O Artigo 25.1, da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que: ‘todos têm direito a um padrão de vida adequado para a sua saúde e de sua família, incluindo alimentação, vestimenta, moradia e cuidados médicos e serviços sociais necessários’. De acordo com o Artigo 12.1, do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (o Pacto Econômico), os Estados-partes reconhecem ‘o direito de todos ao gozo do mais elevado padrão de saúde física e mental passível de ser alcançado’.

O direito à saúde é um direito inclusivo, que se estende não apenas aos cuidados de saúde oportunos e apropriados, mas também aos elementos subjacentes, como o acesso à água potável e confiável e ao saneamento adequado, ao abastecimento apropriado de alimentos, à nutrição e à moradia, a condições ambientais e ocupacionais de saúde, e ao acesso à educação e a informações ligadas a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Outro aspecto importante é a participação da população em todas as tomadas de decisão relacionadas a saúde nas esferas comunitária, nacional e internacional.

O direito à saúde não deve ser compreendido como o direito a *gozar de saúde*. O direito à saúde envolve tanto liberdades como titularidades. As *liberdades* compreendem o direito da pessoa de controlar a sua saúde e seu corpo, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, e o direito de ser livre de interferências, como o direito de ser livre de tortura e de tratamentos e experiências médicas que não tenham sido consentidas. Por outro lado, a *titularidade* inclui o direito a um sistema de proteção de saúde que ofereça igualdade de oportunidades para que as pessoas gozem dos melhores níveis de saúde (ver Parte III, Cap. 6, Seção 3).

O sistema de saúde tem obrigações para com o direito das pessoas à saúde. Ele tem a obrigação de respeitar, proteger e satisfazer o direito à saúde. Ele deve respeitar e proteger as ‘liberdades’ e satisfazer as ‘titularidades’ inseridas no direito humano à saúde. O sistema de saúde pode violar o direito à saúde através de *ações de outorga* e por meio de *ações de omissão*. A obrigação de respeitar exige a não-interferência direta ou indireta do sistema no gozo do direito à saúde. A obrigação de proteger demanda que o sistema previna a interferência de terceiros na liberdade das pessoas de gozarem de seu direito à saúde. Já a obrigação de cumprir exige que o sistema garanta que as pessoas tenham acesso a um sistema de saúde que ofereça oportunidades iguais a todos.

Discussões adicionais sobre as implicações dos direitos humanos ao mais elevado padrão de saúde passível de ser alcançado estão presentes no Capítulo 6, da Parte I.

3. Considerações especiais na atenção à saúde reprodutiva

A saúde reprodutiva faz parte da saúde geral. Existem, porém, considerações especiais que distanciam a saúde reprodutiva da saúde geral. Os profissionais de saúde atendem, em geral, pessoas saudáveis, sendo a maioria mulheres e, freqüentemente, eles têm que levar em consideração o interesse de mais de um ‘cliente’ e devem lidar e interagir com a sociedade. Estas considerações especiais têm implicações éticas, legais e de direitos humanos.

3.1 Lidando com pessoas saudáveis

Os profissionais de saúde respondem pelas necessidades de pessoas saudáveis, relacionadas às suas funções fisiológicas, sexuais e reprodutivas (incluindo a prevenção de gravidez não desejada e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis). Isto tem uma série de implicações.

Diferente de outras disciplinas médicas, a saúde reprodutiva é mais direcionada para a saúde do que para a doença. A promoção e a prevenção da saúde são importantes componentes da saúde reprodutiva.

Lidar com pessoas saudáveis significa uma mudança na relação profissional-paciente, de doador-receptor, para um tipo de abordagem mais participativa. Orientação é a descrição de boa parte da atenção com a saúde reprodutiva. Não há nenhuma outra área da medicina em que a participação do ‘paciente’ nas decisões relacionadas à saúde seja tão desejada e praticada. O princípio ético de respeito, um padrão mínimo de conduta ética, inclui a autonomia de pessoas consideradas capazes. Enquanto em outros campos da medicina os *pacientes* devem dar o seu *consentimento esclarecido* sobre o tratamento proposto pelo profissional de saúde, sem sofrerem e estando livres de pressões ou induções, no caso da saúde reprodutiva os *clientes* devem *fazer escolhas e tomar decisões esclarecidas*.

Quando um medicamento ou um dispositivo é utilizado em uma pessoa saudável para preveni-la de uma condição que pode, ou não, se manifestar a proporção risco/benefício é diferente de quando o medicamento ou o dispositivo é adotado em uma pessoa que sofra de uma doença que, em si só, já represente um risco. Esta proporção risco/benefício também é diferente por um outro aspecto. Freqüentemente, um grande número de pessoas se submete a tratamentos médicos fazendo com que os efeitos adversos mais raros ganhem maior importância. A segurança e a eficácia de medicamentos e dispositivos são reguladas pelas agências do governo e são submetidas a legislações que determinam a confiabilidade dos produtos. Em termos de regulamen-

40 *Princípios médicos, éticos e legais*

tação e legislação, os produtos voltados para a área da saúde reprodutiva são considerados diferentes dos produtos desenvolvidos e comercializados para o tratamento de pacientes doentes. No caso de pessoas saudáveis, a tentação de supermedicalização para fenômenos normais da vida seria ressentida, mas no campo da saúde reprodutiva das mulheres, isto ocorre com frequência, sendo que algumas vezes o profissional de saúde não dispõe de evidência científica válida sobre o tratamento.

3.2 *Lidando com mais de um 'cliente'*

Diferentemente de outros profissionais de saúde, os profissionais que atuam na área da saúde reprodutiva lidam muitas vezes com mais de um 'cliente' ao mesmo tempo. Esta outra parte envolvida na decisão de um tratamento pode ser o parceiro da mulher, ou o seu feto. Os interesses das diferentes partes podem coincidir e podem divergir, ou mesmo conflitar. A beneficência, o dever ético de fazer o bem e de maximizar o bem, justifica a disponibilização de vários tratamentos médicos e de cuidados com a saúde. Como será discutida no Capítulo 4, a beneficência representa um desafio ético, quando o que uma pessoa considera benéfico para si pode ter conseqüências adversas para outras pessoas.

3.3 *Lidando majoritariamente com mulheres*

Os profissionais que atuam na área da saúde reprodutiva lidam, sobretudo, com mulheres, que têm sido muitas vezes subordinadas às necessidades da sociedade e desvalorizadas. Estes profissionais, que são em grande parte homens, devem estabelecer um modelo masculino de respeito às mulheres tratando-as com igualdade. Eles não devem apenas respeitá-las, mas também devem ser sensíveis às suas preocupações e percepções. A formação profissional deve incentivar e promover a participação das mulheres nos cuidados com sua saúde, e levar em consideração as suas percepções. O respeito às mulheres deve ser demonstrado na confidencialidade, na privacidade e no acesso a todas as informações de que necessitam para tomar decisões conscientes sobre a sua saúde. Apesar de a maioria das mulheres de várias regiões do mundo ser analfabeta, elas têm plena condição de tomar decisões fundamentadas. Um analfabeto em uma sociedade rica é uma pessoa que, apesar da oportunidade, não pode ler nem escrever. Em sociedades pobres, os analfabetos são aqueles a quem não foi dada a oportunidade de aprender a ler e escrever. As pessoas pobres têm uma margem muito restrita de segurança para cometer erros nas decisões sobre suas vidas e, consciente ou inconscientemente, elas sabem disso. As mulheres, analfabetas ou não, ricas ou pobres, que tenham a informação e o direito de escolher e de decidir tomarão as decisões corretas para si próprias e para as suas famílias, e para a comunidade como um todo.

Como explicado na Recomendação Geral sobre Mulheres e Saúde, do Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, a falta de respeito pela confidencialidade das mulheres que buscam atenção na área da saúde reprodutiva pode intimidá-las na busca de orientações e tratamento, afetando, assim, a sua saúde e o seu bem-estar de forma adversa (ver Parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 12(d)). As mulheres vão estar menos dispostas, por não confiarem na confidencialidade, a recorrer a serviços médicos para tratamento de doenças do trato genital, para a contracepção, ou para realizar abortos incompletos e em casos de terem sofrido violência sexual ou física.

As mulheres têm sido historicamente excluídas de fontes de autoridade moral, e têm sido sub-representadas em profissões, como a medicina e o direito, assim como em assembleias legislativas. Frequentemente, as vozes das mulheres e suas perspectivas não são levadas em consideração na elaboração de leis, políticas e regulamentos que regem a sua saúde sexual e reprodutiva.

3.4 Lidando com a sociedade

Os profissionais da área da saúde reprodutiva devem lidar e interagir com a sociedade de forma ampla. Nenhuma sociedade teve uma postura neutra com relação a questões sexuais e reprodutivas. Nenhuma outra área da saúde tem que lidar com temas de saúde tão carregados de emoção, como a sexualidade e o aborto. Com o desenvolvimento de novas tecnologias, surgem novas questões para as quais a sociedade pode, ou não, estar bem preparada. O fortalecimento de interesses da sociedade pode violar os direitos humanos das mulheres. A regulação da fecundidade é um destes casos.

4. Carências no desempenho do sistema de atenção à saúde reprodutiva

Na última década, reformas no setor da saúde vêm sendo realizadas em vários países. Isto aconteceu em resposta à insatisfação geral com o desempenho do sistema. Em países que passaram por ajustes estruturais, o grande incentivo foram restrições de gastos governamentais e as condições impostas por órgãos doadores. Em países de economias em transição, os sistemas de saúde estão sendo reestruturados para responder à liberalização econômica e à necessidade de se afastar de modelos administrativos de comando e controle. Em geral, houve uma redefinição do papel dos governos, caminhando em direção à descentralização administrativa e à ênfase na recuperação de gastos, e à ampliação do poder do setor privado. O impacto da reforma do setor da saúde nos serviços de saúde reprodutiva é preocupante⁴ e as implicações nos direitos humanos são discutidas no Capítulo 6 da Parte I.

⁴ H. Standing, 'Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review', *Health Policy and Planning*, 12 (1997), p. 1-18.

42 *Princípios médicos, éticos e legais*

Um sistema que funcione bem deve responder, de forma adequada, às necessidades de saúde da população. Apesar de grandes avanços e melhorias na área da saúde e do desenvolvimento, os sistemas de saúde têm sido incapazes de atender às necessidades de saúde de grandes segmentos da população mundial. As deficiências dos sistemas variam de país para país e também dentro de um mesmo país. Entre as carências que devem ser abordadas está a distribuição desigual dos serviços, a utilização ineficiente, e a falta de receptividade pelas expectativas e perspectivas das mulheres.

4.1 *Desequilíbrio no sistema de saúde*

4.1.1 *Unidades de saúde*

Existe um consenso crescente da necessidade de um melhor equilíbrio entre as unidades de saúde em vários níveis. Nas províncias ou distritos, as instalações consistem basicamente em um sub-centro (uma clínica ou um dispensário), localizado na periferia, um centro de saúde e um hospital distrital (rural) ou provincial. Em vários países, no topo do sistema estão os grandes hospitais urbanos, que atendem uma parcela pequena e relativamente afluyente da população. Esta parcela da população é claramente beneficiada e, de forma injusta, exerce um verdadeiro monopólio dos recursos.⁵ Esta situação torna praticamente impossível a implantação equilibrada de um número maior de instalações de serviços básicos de saúde. As pessoas preocupadas com a universalização dos serviços de saúde solicitam que se acabe com esta tendência a construir grandes hospitais. Estes recursos poderiam, assim, ser utilizados na rápida expansão de uma rede de centros básicos de saúde de menor porte.

A área da saúde reprodutiva é a mais afetada por este desequilíbrio na estrutura do sistema. Os serviços na área da saúde reprodutiva diferem de outros tipos de serviços médicos, na medida em que eles não atendem a necessidades ocasionais de uma pequena parcela desafortunada da população. Ao contrário, todas as pessoas saudáveis necessitam de serviços que permitam a regulação da fecundidade, a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, e uma maternidade segura. Para oferecer o acesso universal a estes cuidados, é necessária uma estrutura mais balanceada nos sistemas de saúde.

4.1.2 *Recursos humanos*

Em termos de recursos humanos para a saúde, existem quatro tipos de desequilíbrios que podem ser encontrados nos sistemas de saúde:⁶

⁵ WHO, *Evaluation of the Implementation of the Global Strategy for Health for All by 2000, 1979–1996: A Selective Review of Progress and Constraints* (Geneva: WHO, 1998), WHO/HST/98.2. 64–76, 168–77.

⁶ Ibid.

1. Carência (ou excesso) de pessoal de uma categoria específica para suprir as necessidades de saúde do país.
2. Desproporção entre a formação profissional e as exigências do trabalho, especialmente o treinamento inadequado dos profissionais sobre o papel potencial que desempenharão na promoção da saúde.
3. Uma proporção inadequada das diferentes categorias (em geral poucos enfermeiros para cada médico).
4. Distribuição geográfica deficiente dos profissionais, vista como uma profunda disparidade no acesso a serviços básicos, não apenas entre áreas e/ou populações menos providas de um mesmo país, mas também entre países, e entre especialidades médicas.

De acordo com estimativas da OMS, durante o período de 1994 a 1996, o número de médicos para cada 10.000 habitantes era:⁷

- 13,2 no mundo;
- 24,6 em economias de mercado desenvolvidas;
- 34,6 em economias em transição;
- 7,4 em todos os países em desenvolvimento;
- 1,0 nos países menos desenvolvidos; e
- 8,9 nos outros países em desenvolvimento.

Igualmente, para cada 10.000 habitantes o número de enfermeiros era:

- 36 no mundo;
- 81,8 em economias de mercado desenvolvidas;
- 87,7 em economias em transição;
- 7,2 em todos os países em desenvolvimento;
- 2,7 nos países menos desenvolvidos; e
- 8,5 nos outros países em desenvolvimento.

4.1.3 Leitos hospitalares

Existe uma disparidade muito grande na disponibilidade de leitos hospitalares, tanto dentro de um país, sendo a disponibilidade muito maior nas cidades maiores do que na maioria das áreas rurais, e entre países em níveis de desenvolvimento econômico diferentes. Segundo estimativas da OMS, calculadas em 1994, o número de leitos hospitalares para cada 10.000 habitantes era:⁸

⁷ Ibid.

⁸ WHO, *Evaluation of the Implementation of the Global Strategy for Health for All by 2000, 1979–1996: A Selective Review of Progress and constraints* (Geneva: WHO, 1998), WHO/HST/98.2. 64–76, 168–77.

44 *Princípios médicos, éticos e legais*

- 37 no mundo;
- 96 em países desenvolvidos;
- 15 em países em desenvolvimento, e
- 7 em países menos desenvolvidos.

4.2 *A ineficiência no sistema de saúde*

Em geral, pode-se diferenciar três padrões de ineficiência: *deficiência*, *sub-utilização* e *super medicalização*.⁹ Estes padrões de inadequabilidade se aplicam a todo o campo de saúde, mas eles são mais evidentes na área da saúde reprodutiva.

A deficiência é apenas parcialmente resultante da falta de recursos. Ela também é causada pela ineficiência na alocação de recursos. De acordo com uma avaliação feita pela OMS sobre a implantação da estratégia global de oferecer saúde a todos, em países em desenvolvimento a cobertura dos serviços de saúde é deficiente e tem um viés evidente para as áreas urbanas. Os níveis de cobertura dos serviços de saúde materna permanecem inadequados na maioria dos países em desenvolvimento. Em países de economia de mercado e de economia em transição, mais de 90% das mulheres grávidas recebem atendimento pré-natal e são acompanhadas por uma pessoa treinada para ser parteira durante o parto.¹⁰ Nos países menos desenvolvidos, apenas 50% das grávidas recebem atenção pré-natal, e somente 30% dão à luz com a ajuda de um assistente de parto qualificado. Em outros países em desenvolvimento, estas percentagens giram em torno de 70 e 60% respectivamente. Os níveis de cobertura pós-parto são especialmente baixos: abaixo de 30% para vários países em desenvolvimento.

Em 1965, nos países em desenvolvimento, apenas 9% das mulheres casadas em idade reprodutiva, ou os seus parceiros, usavam um método contraceptivo confiável. Atualmente, estes valores se aproximam dos 60%.¹¹ Apesar deste aumento mundial da regulação da fecundidade nos últimos trinta anos, ainda existem diferenças marcantes entre as áreas desenvolvidas e as em desenvolvimento do mundo, e entre regiões da área em desenvolvimento. Ainda existem amplos segmentos da população mundial que não tiveram as suas necessidades de regulação da fecundidade supridas pelos métodos e serviços atualmente disponíveis. Em 1990, estimou-se que 200 milhões de casais usavam métodos de planejamento familiar considerados por eles insatisfatórios ou inseguros. Isto contribui para as estimadas 30 milhões de gravidezes não planejadas que ocorrem, a cada ano, entre pessoas que fazem uso de contraceptivo.¹² Além disso, pelo menos outros 100–200 milhões de casais não estavam usando nenhum método contraceptivo apesar de desejarem

⁹ M. F. Fathalla, 'Health Needs and Problems of Women of the World and the Present Inadequate Health Care System', in H. Ludwig and K. Thomsen (eds.), *Gynecology and Obstetrics: Proceedings of the XIth World Congress of Gynecology and Obstetrics* (Berlin e Heidelberg: Springer-Verlag, 1986), 33–6.

¹⁰ WHO, *Evaluation*.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

espaçar as gravidezes ou limitar a sua fecundidade. Ainda, as opções contraceptivas disponíveis nos países em desenvolvimento são freqüentemente limitadas, com uma pesada confiança nos métodos permanentes (esterilização masculina e feminina), que corresponde a 50% dos métodos usados.

A *sub-utilização* do sistema de saúde é um fenômeno aflitivo em alguns países em desenvolvimento. Culturalmente inapropriados, estranhos, e sem relevância social, os serviços de saúde estão destinados à rejeição. A introdução de conceitos e tecnologias da medicina científica moderna, quando as diferentes sociedades têm as suas próprias tradições de prevenção e tratamento de doenças, será mais eficiente, apenas, se ela se adaptar e se ajustar a estes sistemas existentes. Os profissionais de saúde não vacilam em culpar os pacientes pela falta de utilização dos serviços, e reivindicam uma melhor educação para os pacientes. É menos aceitável para os profissionais de saúde, porém mais verdadeiro, culpar o sistema de saúde. A pergunta não deve ser a razão por que os pacientes não fazem uso dos serviços que eles oferecem, mas sim por que os profissionais de saúde não oferecem aos pacientes os serviços que eles irão aceitar.

A *super medicalização* do sistema de saúde está se tornando comum em sociedades afluentes. A utilização de tecnologia está deixando de ser apropriada para ser indiscriminada. A sede por tecnologia e pelo consumo médico excessivo vem elevando os custos da atenção à saúde em proporções desconcertantes. As mulheres também vêm manifestando as suas preocupações com esta super medicalização de fenômenos fisiológicos de suas vidas. Há uma necessidade de que se continue a considerar o parto normal algo natural.¹³

4.3 *Respostas inadequadas às expectativas e perspectivas das mulheres*

4.3.1 *Um sistema de saúde que cuida*

Não é suficiente que o sistema de saúde esteja bem instalado e ofereça serviços modernos. A percepção e as expectativas da população sobre os serviços também devem ser consideradas.

Entre os outros critérios importantes a serem considerados na avaliação do desempenho de um sistema de saúde e de sua postura com relação ao direito à saúde, estão o respeito pela dignidade humana, não humilhar e rebaixar as pessoas, garantir a confidencialidade ou o direito de determinar quem pode ter acesso a informações pessoais de saúde, o acesso a redes de apoio social — família e amigos —

¹³ M. F. Fathalla, 'Health Care Systems: The Seven Sins', in P. Belfort, J. A. Pinotti, e T. K. A. B. Eskes (eds.), *Advances in Gynecology and Obstetrics: The Proceedings of the XIIth World Congress of Gynecology and Obstetrics, Rio de Janeiro, October 1988*, iv. *Maternal Physiology and Pathology* (New York and London: Parthenon, 1988), 3–13.

46 *Princípios médicos, éticos e legais*

para pessoas que estejam em tratamento e a autonomia para participar de decisões sobre a própria saúde. Não é a percepção geral que importa, mas cada momento da atenção. Pode ocorrer de algumas pessoas serem tratadas com educação, enquanto outros grupos da população são humilhados.

A maior parte destes elementos não implica em custos financeiros. Há, assim, espaço para melhorar estes aspectos do desempenho do sistema de saúde, sem a necessidade de injeção muito significativa de novos recursos.

A Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em 1995, comenta que:

A qualidade dos serviços de saúde das mulheres é freqüentemente deficiente em vários aspectos, dependendo de circunstâncias locais. Muitas vezes, as mulheres não são tratadas com respeito, não lhes são garantidas a privacidade e nem a confidencialidade, e nem sempre recebem informações completas sobre as opções e serviços disponíveis. Além disso, em alguns países, é comum supermedicalizar fenômenos próprios à vida das mulheres, levando a intervenções cirúrgicas desnecessárias e a medicações inapropriadas.¹⁴

Na história da humanidade, a medicina tem sido olhada como uma profissão voltada para a proteção e a cura. Este era o caso quando o médico ou médica também era o guia religioso ou espiritual e/ou o mago da comunidade. Isto também continuou quando a profissão médica divergiu da religião e da magia. Um leitor da história da medicina perceberia que os nossos ancestrais médicos, em grande parte da história da humanidade, dispunham realmente de muito pouco para, de fato, influenciar o progresso das doenças ou a prevenção da morte. Os seus tratamentos tinham a mesma chance, e em muitos casos, mais do que a mesma chance, de serem mais nocivos do que profícuos. Apesar do desempenho grosseiro de nossos ancestrais médicos no exercício da cura, eles continuaram a despertar respeito e prestígio nas sociedades por eles atendidas, e estas continuaram a investir em suas atividades. Isto porque eles exerciam muito bem a função de oferecer atenção. O papel pastoral/assistencial que exerciam pode ser descrito como uma oferta de ajuda psicológica e de ‘atenção carinhosa e afetuosa’ aos pacientes ansiosos. Este apoio e esta confiança psicoemocional mais do que compensavam as carências do tratamento.

Infelizmente, os aspectos pastorais de apoio personalizado da atenção médica tendem a ser esmagados por nossa sede por tecnologia. O ‘orgulho’ de utilizar conhecimentos científicos e tecnologia biomédica está agora provocando um ‘vazio emocional’ no cuidado de pacientes. Hoje, as máquinas se colocam entre os médicos e seus pacientes¹⁵.

¹⁴ UN, Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration: Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4–15 September 1995* (New York: UN, 1995), para. 103.

¹⁵ M. F. Fathalla, ‘When Medicine Rediscovered its Social Roots’, *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (2000), 677–8.

A perda da função médica de cuidar não é tão evidente quanto no campo da saúde reprodutiva. Ao exercerem funções normais, as mulheres freqüentemente precisam mais de cuidados do que de cura. Mas elas estão recebendo, ao contrário, serviços médicos impessoais, mecanizados e misteriosos. As mulheres vêm protestando quanto a serem vistas como objetos em questões ligadas ao papel fisiológico fundamental que desempenham, e elas estão certas em fazer isto.

4.3.2 As mulheres como fins e não como meios

Uma das maiores falhas da atenção à saúde reprodutiva no sistema de saúde estava na filosofia com a qual os serviços eram prestados. As mulheres eram consideradas como meios no processo reprodutivo e como alvos no processo de controle da fecundidade. Os serviços não eram prestados às mulheres como uma finalidade em si mesmas. As mulheres se beneficiavam do processo, mas não ocupavam seu centro. Elas eram objetos e não sujeitos.

Tradicionalmente, as necessidades das mulheres na área da reprodução têm sido abordadas dentro do conceito de saúde materna e infantil (SMI). As necessidades das mulheres se diluem em suas necessidades como mães. Os programas e serviços na área da SMI desempenharam, e seguem desempenhando, um papel importante na promoção, prevenção e cura de questões ligadas à saúde de mães e crianças. Os serviços de SMI tendem a considerar o bebê saudável como o resultado desejado. Ao mesmo tempo que as mães compartilham desta preocupação com a saúde de seus bebês, devido ao investimento que fazem no processo reprodutivo, o que ocorre é uma ênfase menor na atenção aos riscos de saúde a que as mães estão sujeitas, durante a gravidez e o parto, e na disponibilização de serviços e instalações essenciais de obstetrícia, para lidar com estes riscos. Como conseqüência, a tragédia da mortalidade materna nos países em desenvolvimento está alcançando dimensões que não podem mais ser ignoradas.

Apesar de todos os benefícios na qualidade de vida das mulheres, proporcionados pelos programas de planejamento familiar, eles deixaram as mulheres com algumas preocupações genuínas, assim como com necessidades não atendidas. As mulheres têm mais riscos na regulação da fecundidade do que os homens. Pretendia-se que os contraceptivos fossem usados pelas mulheres para que elas pudessem controlar ao máximo suas escolhas, sua fecundidade, sua sexualidade, sua saúde, e conseqüentemente e suas vidas. Contudo, o planejamento familiar pode ser, e vem sendo usado por governos e por outros atores, como um meio de controlar e não de empoderar as mulheres. O movimento de planejamento familiar tem sido largamente orientado por questões demográficas. Para os responsáveis pela elaboração de políticas, as mulheres eram freqüentemente vistas como futuros alvos. Alguns governos tinham uma visão tão limitada que não percebiam que quando é dada às mulheres a possibilidade real de escolha, e as informações

48 *Princípios médicos, éticos e legais*

e meios para implementá-la, elas tomam as decisões mais razoáveis para elas mesmas, para as suas comunidades e, definitivamente, para o mundo.¹⁶

Com as mulheres apenas como meios e não como fins, a atenção à saúde ligada à área da reprodução se fragmentou, e importantes necessidades de saúde não foram atendidas. O conceito de SMI confere atenção especial às mulheres quando estão reproduzindo, para garantir que a sociedade receba uma criança saudável, mas quase sempre negligencia outras de suas necessidades ligadas à saúde reprodutiva. A infertilidade pode não ser um sério risco com relação à saúde física, mas ela pode ser uma das principais causas de doença mental e social. Assim, a infertilidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é inconciliável com a 'saúde'. Não é justo que a sociedade tenha que oferecer proteção às mulheres capazes de reproduzir, mas não alivie a dor daquelas incapazes de conceber. A relação sexual expõe as mulheres ao risco de uma gravidez não desejada. Ela também expõe muitas mulheres a outro risco sério, ou a um risco ainda mais sério: o das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por HIV. Caso um programa de planejamento familiar tenha um foco exclusivamente demográfico, ele pode não perceber a importância de suprir esta necessidade essencial de proteção das mulheres. As necessidades de saúde das mulheres ligadas a sua saúde reprodutiva não se limitam aos anos reprodutivos de suas vidas. A criança menina, a adolescente, a adulta madura e a mulher idosa apresentam necessidades de saúde ligadas às suas funções reprodutivas futuras ou passadas. Os homens também têm as suas necessidades de saúde reprodutiva e a participação e a responsabilidade masculina são importantes para a saúde das mulheres.

O comportamento social de considerar a mulher como um meio de gerar filhos e não como um fim em si é ainda mais difuso. Muitas vezes, a qualidade dos serviços disponibilizados às mulheres lembram a de serviços 'veterinários'. Alguns defendem a educação das meninas, como um meio de aumentar as chances que os seus futuros filhos terão de sobreviver e de desfrutar de uma vida saudável, e o impacto que a educação terá na redução das taxas de natalidade. A preocupação com a alimentação das mulheres se justifica pelas necessidades do feto e da criança ao ser amamentada. Mesmo diante da tragédia da mortalidade materna, a justificativa utilizada para os investimentos que garantem a sobrevivência das mães passa pelo papel crucial que estas desempenham na sobrevivência de seus filhos.

4.3.3 Respostas fragmentadas para a totalidade das necessidades

O conceito de saúde reprodutiva deixa clara a idéia de que a saúde reprodutiva é um conjunto. A pessoa não pode ser saudável se ela possuir um elemento da saúde mas não obter outro. Além disso, os vários elementos da saúde reprodutiva são fortemente inter-relacionados. A melhoria de um elemento pode resultar no poten-

¹⁶ M. F. Fathalla, 'The Impact of Reproductive Subordination on Women's Health-Family Planning Service', *American University Law Review*, 44 (1995), 1179-90.

cial de melhoria de outros. Igualmente, a falta de melhorias em um elemento pode impedir o progresso de outros.

A infecção pélvica, por exemplo, contribui com aproximadamente um terço dos casos de infertilidade no mundo, e com uma percentagem muito mais elevada na África Subsaariana.¹⁷ A infertilidade resultante é também mais difícil de ser tratada. A magnitude do problema de infertilidade só poderá ser melhorada com a redução das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), com partos seguros que evitem as infecções pós-parto, e com a diminuição do número de abortos inseguros.

A sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento de bebês e crianças não podem ser melhorados sem uma boa atenção à maternidade. O planejamento adequado dos nascimentos, incluindo o espaçamento apropriado entre os filhos, é um ingrediente fundamental de qualquer conjunto de elementos de sobrevivência da criança. A menos que elas sejam bem controladas, as DSTs, e especialmente a infecção por HIV, podem impedir futuros progressos na sobrevivência das crianças.

A regulação da fecundidade é um elemento essencial em qualquer estratégia de maternidade segura. Ela diminui o número de gravidezes não desejadas, com a conseqüente redução na exposição total aos riscos da gravidez, e do número de abortos inseguros. O planejamento adequado dos nascimentos também pode reduzir o número de gravidezes de alto risco.

As diferentes necessidades na saúde reprodutiva não estão isoladas umas das outras. Elas são necessidades simultâneas ou consecutivas. A atenção à saúde na adolescência pode ser usada como um bom exemplo ilustrativo. As adolescentes precisam receber educação sexual e, ao mesmo tempo, elas precisam se proteger contra as DSTs e contra a gravidez não desejada, enquanto preservam os seus potenciais de fecundidade. Se elas engravidarem, precisarão ser protegidas de riscos especiais da gravidez e do parto, e receber apoio nos cuidados com os seus bebês e crianças.

De acordo com uma avaliação recente da OMS, freqüentemente as intervenções na saúde reprodutiva são realizadas como atividades isoladas e discretas, e não como uma resposta integral para as necessidades das pessoas, nos diferentes estágios de suas vidas.¹⁸ Conseqüentemente, muitas clínicas de planejamento familiar costumam operar independente daquelas que suprem outros aspectos da saúde materna e infantil. Uma mulher que vá a uma consulta médica para imunização de seu filho, não pode, ao mesmo tempo, receber atenção para as suas próprias necessidades de saúde; ela será solicitada a retornar em um dia diferente, ou mesmo a ir a outro estabelecimento.

¹⁷ World Health Organization, 'Infections, Pregnancies and Infertility: Perspectives on Prevention', *Fertil. Steril.* 47 (1987), 964–8.

¹⁸ WHO, *Evaluation*.

5. Generalizando as perspectivas de gênero no sistema de saúde

O sexo é determinado pelas características genéticas do indivíduo. Gênero é o termo utilizado para distinguir as características femininas e masculinas socialmente construídas daquelas determinadas pela biologia. Mulheres e homens se diferenciam, por um lado, por características sociais e, por outro, por características biológicas. As questões de gênero não dizem respeito apenas às mulheres. A saúde dos homens também é afetada de forma positiva ou negativa por divisões de gênero. Apesar de suas semelhanças, mulheres e homens têm as suas próprias necessidades, que devem ser atendidas a partir de abordagens sensíveis às questões de gênero.

O Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), fundado a partir da Convenção da ONU sobre Mulheres, elaborou a Recomendação Geral sobre a Saúde das Mulheres, que explica como diferentes tipos de fatores de risco podem afetar as mulheres e os homens. Entre estes fatores estão:

- Fatores biológicos, que variam entre mulheres e homens, de acordo com as suas funções reprodutivas, como a gravidez e o parto.
- Fatores socioeconômicos, que podem variar de acordo com o sexo, a raça e a idade, como a ampla prevalência de casamentos de meninas adolescentes.
- Fatores psicossociais, que podem variar de acordo com o sexo, como a depressão pós-parto.
- Fatores do sistema de saúde, como a existência de barreiras legais e operacionais no acesso aos serviços e a ausência de confidencialidade, quando as mulheres recorrem aos serviços (ver Recomendações Gerais, Parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 12).

A falta de consciência, ou a cegueira diante das questões de gênero, freqüentemente acabam gerando um viés de gênero e a priorização dos interesses dos homens nas tomadas de decisão. A popularização das preocupações de gênero é fundamental na formulação de políticas públicas, no planejamento da saúde e na prestação, monitoramento e avaliação dos serviços.¹⁹

O Capítulo 6 da Parte I inclui uma discussão mais aprofundada sobre o direito humano à não-discriminação ligada a questões de sexo e gênero.

6. Desafios na implementação da atenção à saúde reprodutiva

Para a implementação da atenção à saúde reprodutiva, o sistema de saúde precisa separar cada um dos elementos que compõem a saúde reprodutiva. Isto deve ser

¹⁹ UN, *Women and Health – Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector: Report of the Expert Group Meeting September, 28th – October, 2nd 1998, Tunis* (New York: UN, 1999) UN Publication Sales No. 99.IV.4, 1–64.

feito com cuidado, pois alguns elementos são frágeis e mais sensíveis do que outros. Os diversos elementos do conjunto apresentam desafios diferentes de implantação.²⁰

Uma parte do conjunto de elementos inclui serviços tradicionais, com os quais os sistemas de saúde já têm experiência. Eles incluem cuidados com a saúde materna e infantil e o planejamento familiar. O desafio será ampliar a abrangência destes serviços e melhorar a sua qualidade.

Em outra parte do conjunto, o sistema se defronta com o desafio de responder a necessidades novas e emergentes. Entre as novas necessidades, nós devemos nos defrontar com a nova pandemia de HIV/AIDS, o dilema do aborto inseguro, a violência de gênero e o abuso sexual, em todas as suas formas de ofensa. O desafio é como lidar com questões delicadas e polêmicas, como superar a tradição e as barreiras sociais para melhorar os serviços e como influenciar o comportamento humano.

Ainda, em outra parte do conjunto, o sistema é desafiado a atender novos clientes. Entre os novos clientes que o sistema é desafiado a alcançar e a atender estão homens, adolescentes e, infelizmente, um número crescente de refugiados. Os serviços, inclusive a informação e a educação, precisam ser adaptados para atender às necessidades destes novos clientes. Atualmente, os jovens com idade entre 15 e 24 anos representam a maior geração de jovens jamais registrada, formada por 1,05 bilhão de pessoas. Este grupo etário está crescendo rapidamente em vários países.

Uma outra parte do conjunto que compõe a saúde reprodutiva se destaca pelo custo mais elevado dos serviços, que podem parecer inalcançáveis para alguns países. Eles incluem o tratamento de mulheres grávidas portadoras de HIV para evitar a transmissão da infecção a seus fetos e recém-nascidos; o tratamento da infertilidade; e o diagnóstico e tratamento de câncer ligado ao aparelho reprodutivo. Neste caso, o desafio é desenvolver e testar novas intervenções custo-eficazes que possam ser implementadas em países com escassez de recursos.

7. O sistema de saúde e o direito

7.1 Princípios legais que orientam a prestação dos serviços de saúde

As leis e as políticas públicas podem facilitar ou inibir o acesso das mulheres a cuidados com a saúde reprodutiva. Diversos sistemas são guiados por princípios fundamentais da legislação médica, que protegem o direito dos pacientes de tomar decisões livres e esclarecidas, a sua privacidade e confidencialidade, e a prestação competente dos serviços e a segurança e eficácia dos produtos. No entanto, os sistemas variam quanto à extensão da aplicação destes princípios nos serviços de

²⁰ M. F. Fathalla, 'Reproductive Health for All: A Commitment towards the New Millennium', *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care: Millennium Edition*, 4 (1999), 212–16.

52 *Princípios médicos, éticos e legais*

saúde reprodutiva, incluindo os cuidados obstétricos. Além disso, o fortalecimento das leis que garantem às mulheres o acesso a serviços obstétricos, e que obrigam agências governamentais ou outras agências a prestá-los, e a se responsabilizarem por sua ausência, também variam de forma significativa entre fronteiras nacionais. As leis podem obrigar os maridos a proverem as suas esposas com os cuidados de saúde necessários, mas estas leis são difíceis de serem impostas quando as famílias são pobres.

Os princípios fundamentais da legislação médica que orientam a prestação dos serviços de saúde são ainda mais importantes no caso da saúde reprodutiva. Algumas vezes, as mulheres se recusam a procurar os serviços médicos disponíveis, pois acreditam que a confidencialidade médica não será suficientemente respeitada. Isto pode ocorrer ainda mais em comunidades menores, onde existe uma relação social, fora do espaço clínico entre os pacientes e o pessoal de saúde. A percepção das mulheres de que a sua confidencialidade poderá ser violada pode ser tratada assegurando-se que a política do hospital sobre o dever legal de confidencialidade seja cuidadosamente explicada a todos aqueles que estão em busca de saúde. O treinamento atencioso dos profissionais de saúde no que se refere a proteger a confidencialidade, tanto por eles como por seus assistentes, especialmente nos casos mais delicados ligados à reprodução e à sexualidade, irá equipá-los para evitar violações que ocorrem por boa-fé ou por negligência. A ênfase no dever profissional de preservar a confidencialidade, através de comissões disciplinares de profissionais e/ou Cortes, poderia diminuir o risco de violações individuais, e também instruir pessoas de outras profissões sobre suas responsabilidades éticas e legais de confidencialidade. A maternidade segura seria promovida com a garantia às mães de que os serviços de saúde serão prestados no contexto da confidencialidade profissional.

Pode haver outros impedimentos para as mulheres, ou para alguns subgrupos de mulheres, em busca de serviços obstétricos. Mulheres indígenas, por exemplo, com complicações obstétricas podem se recusar a procurar hospitais do governo por medo de serem esterilizadas após o parto sem o seu consentimento. Além disso, a desconfiança e o medo de práticas nocivas podem persistir por muito tempo após sua erradicação.

7.2 *Leis obstrutivas*

As leis e as políticas podem facilitar ou dificultar o acesso das mulheres a cuidados com a saúde reprodutiva. Os profissionais de saúde devem se submeter às leis de seus países. Eles têm, neste sentido, duas obrigações. Primeiro, devem entender os limites da lei, que algumas vezes podem não ser tão restritivas quanto aparentam. Segundo, nos casos em que as leis pareçam ser disfuncionais na prática, e contribuam adversamente para a saúde das mulheres, os profissionais de saúde têm a obrigação de trabalhar com a profissão legal, com grupos de

mulheres e com outras forças progressistas da sociedade para demonstrar a necessidade de reformas legais.

As leis que governam a atenção à saúde reprodutiva em geral não estão circunscritas em um corpo separado. Nestes casos, devem ser utilizadas leis gerais. Existem exceções em que os países elaboram leis com um objetivo específico, voltado para a atenção à saúde reprodutiva. Os países podem, por exemplo, reformular leis que criminalizem o aborto e aprovar leis que proibam a incisão genital feminina. Há países que aprovaram leis e políticas para regular o acesso à reprodução assistida.

As leis que obstruem o acesso das mulheres à informação e à assistência podem ser consideradas como causadoras de mortalidade materna. A prevenção do acesso a serviços ocorre por leis que criminalizam procedimentos médicos, requisitados apenas pelas mulheres e que podem ser indicados para salvar suas vidas e garantir sua saúde, tais como as leis que regem a contracepção e o aborto. Enquanto elas são, freqüentemente, associadas a preocupações sociais ou religiosas, estas leis criminais colocam as mulheres em risco ao proibirem ou dificultarem a realização de tratamentos necessários para salvar a vida de mulheres grávidas. Quando levadas à Corte, várias destas leis, redigidas de forma restritiva, são interpretadas de forma a criar exceções, para o caso de procedimentos realizados com boa-fé, visando a preservação da vida ou da saúde das mulheres. Mas se não forem interpretadas desta forma, sua linguagem proibitiva e as punições severas aplicadas ao seu descumprimento acabam desencorajando os médicos a efetuarem as intervenções terapêuticas na gravidez. Leis que proibem intervenções médicas, mas que não tenham atestado de forma clara exceções à sua aplicação, como em casos de risco para a vida ou para a saúde física e mental das mulheres, violam os direitos humanos.

Uma outra disfunção encontrada nas leis e regulamentos ou políticas de saúde é a exigência de um nível desnecessário de qualificação dos profissionais da área da saúde reprodutiva. A necessidade de saúde reprodutiva é universal para todas as pessoas, ao contrário da atenção à saúde de outros sistemas de doença, que é solicitada por um número relativamente pequeno de pessoas. Muitas vezes, estas leis são promulgadas por parecerem necessárias para a proteção das mulheres. Mas, com freqüência, elas dificultam, sem razão, a prestação de serviços, ou os torna indisponíveis por limitações de instalações, de pessoal, ou financeiras das mulheres de pagar pelos custos desnecessariamente elevados. Estes regulamentos podem ser aplicados aos serviços de maternidade. Os requerimentos, em termos de instalações especiais ou de qualificação do pessoal, podem restringir o acesso a serviços de interrupção da gravidez, em locais onde estes não sejam contra a lei.

Alguns países codificaram leis que colocam as mulheres em papéis subservientes a seus irmãos e maridos. Tais leis exigem, por exemplo, que as mulheres em busca de serviços de saúde obtenham autorização de seus maridos, ou que as meninas adolescentes à procura de serviços de saúde obtenham consentimento de seus pais, impossibilitando assim cuidados médicos indicados e colocando as mulheres e as meninas em risco. Muitas vezes, é impossível conseguir a permissão, ou então as mulheres têm medo ou vergonha de pedi-la.

54 *Princípios médicos, éticos e legais*

As leis dos sistemas de saúde e as políticas que limitam as escolhas reprodutivas das mulheres são, freqüentemente, baseadas em relações históricas entre a sexualidade e a moralidade. Muitas políticas restritivas refletem a idéia de que a sexualidade das mulheres e o seu acesso ao controle da natalidade comprometem a moral e a segurança familiar. A legislação contra a prestação de serviços e métodos contraceptivos tem sido historicamente expressada em termos de preservação da moralidade. Algumas leis nacionais ainda caracterizam o fornecimento de informações sobre o controle da natalidade e de contraceptivos como uma ofensa contra a moral.

7.3 *As profissões da área da saúde e as leis de direitos humanos*

7.3.1 *Educação em legislação de direitos humanos*

Talvez não exista melhor lugar para iniciar a conscientização sobre os direitos humanos e a dignidade humana do que o pequeno mundo da relação médico-paciente.²¹ Muito antes dos princípios de direitos humanos terem sido articulados e adotados universalmente, desde Hipócrates, a tradição era de que os que entram na profissão de saúde deveriam se comprometer a manter os padrões mais elevados de integridade e competência pessoal e a ter compaixão por aqueles sob seus cuidados. Tradicionalmente, os estudantes de medicina, ao se formarem, devem repetir uma versão do Juramento Hipocrático.

Quando Eleanor Roosevelt discursou para as Nações Unidas, durante o décimo aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ela disse: “onde, afinal começam os direitos humanos? Em pequenos lugares, próximos de casa — tão próximos, tão pequenos que não podem ser vistos em nenhum mapa do mundo... a menos que estes direitos tenham sentido nestes locais, eles terão um significado muito limitado em outros lugares.”

As leis de direitos humanos têm sido cegas às questões de gênero. Elas têm a tendência de se voltar para a esfera pública masculina e perdem de vista a esfera privada, onde vive a maioria das mulheres, com preocupações específicas. Como será discutido no Capítulo 6 da Parte I, os direitos humanos são aplicados em situações ligadas à saúde sexual e reprodutiva.

7.3.2 *Obediência às leis de direitos humanos*

No passado, membros da profissão de saúde estiveram envolvidos em violações de direitos humanos. Apesar das práticas de eugenia serem usualmente associadas à Alemanha nazista, ela poderia ocorrer e, de fato, ocorreu em toda parte.²² O movimento eugênico, incluindo as demandas de esterilização de pessoas consideradas

²¹ J. Leaning, ‘Editorials, Human Rights and Medical Education’, *British Medical Journal*, 315 (1997), 1390–1.

²² D. J. Kevles, ‘Eugenics and Human Rights’, *British Medical Journal*, 319 (1999), 435–8.

indesejadas, propagou-se em países como os Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escandinávia, entre outros.

Membros da profissão médica estiveram envolvidos em atrocidades e torturas.²³ A Comissão da Verdade e da Reconciliação observou de modo especial o papel dos profissionais de saúde nos abusos aos direitos humanos, cometidos na África do Sul, durante o *apartheid*.²⁴ Abusos aos direitos humanos também foram praticados em nome da pesquisa médica.²⁵

7.3.3 Advocacy* para os direitos humanos

Os profissionais de saúde e suas associações profissionais podem, em nome de seus pacientes, recorrer a leis, sobretudo leis de direitos humanos, para defender melhores serviços de saúde reprodutiva. Quando os recursos requeridos pelos pacientes são negados, os profissionais de saúde devem aprender a usar os princípios de direitos humanos na argumentação coerente com agências institucionais, governamentais, seguradoras privadas, e outras agências que alocam recursos, explicando por que elas devem atender às necessidades de seus pacientes. Leis de direitos humanos podem, desta forma, ser usadas para fortalecer os sistemas de saúde.

A Assembléia Geral da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) adotou, durante a sua reunião em Washington, no dia 5 de setembro de 2000, a resolução sobre ‘os direitos das mulheres relativos à saúde reprodutiva e sexual’.

A resolução afirmou que ‘as melhorias na saúde das mulheres dependem de outros fatores além dos avanços na área da ciência e dos serviços de saúde; elas dependem da atuação dos Estados para corrigir injustiças cometidas contra as mulheres’. A resolução solicitava que os membros da FIGO disponibilizassem a sua *expertise* para associações de saúde, de educação e para associações legais profissionais e que colaborassem com grupos de mulheres e de direitos humanos, para promover uma parceria de trabalho, a fim de fomentar a obediência aos direitos humanos relacionados à saúde reprodutiva e sexual, pela:

Proposta e promoção de diretrizes para obstetras/ginecologistas para o respeito a estes direitos; Atuação ativa na educação da população, e na disponibilização de sua *expertise* a responsáveis pela elaboração de políticas públicas e legisladores, sobre a dimensão da saúde nos direitos das mulheres e o seu impacto na sociedade como um todo; e
Proposição de padrões nacionais de respeito a estes direitos.²⁶

* Estamos utilizando o termo “advocacy” como é empregado em inglês no sentido amplo de advogar por uma causa.

²³ B. Loff and S. Cordner, ‘Learning a Culture of Respect for Human Rights in Apartheid South Africa’, *Lancet*, 352 (1998), 1800, 1852–3.

²⁴ P. Sidley, ‘South African Doctors Demand Action on “Unethical” Colleagues’, *British Medical Journal*, 319 (1999), 594.

²⁵ A. M. Hornblum, ‘They are Cheap and Available: Prisoners as Research Subjects in Twentieth Century America’, *British Medical Journal*, 315 (1997), 1437–41.

²⁶ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), *FIGO Resolution on Women’s Rights Related to Reproductive and Sexual Health* (London: FIGO, 2000) em <http://www.figo.org/default.asp?id=/00006118.htm>, last accessed 14/5/2002.

56 *Princípios médicos, éticos e legais*

A resolução invoca todos os seus membros a respeitarem e protegerem os direitos das mulheres em suas práticas diárias, incluindo seus direitos sexuais e reprodutivos.

8. A questão dos recursos

8.1 *Os recursos em geral*

Atualmente, os sistemas de saúde representam um dos maiores setores da economia mundial. Estima-se que, em 1997, tenham sido gastos no mundo em torno de US\$ 2.985 bilhões com a saúde, ou quase 8% do produto interno bruto mundial.²⁷ A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que havia 35 milhões de trabalhadores da área de saúde, há uma década atrás, no mundo. Acredita-se que hoje o número de empregos no campo da saúde seja substancialmente maior.

O nível de recursos financeiros que um país destina ao setor de saúde depende de uma variedade de aspectos. Os determinantes mais importantes incluem os níveis de renda, a relativa priorização dada à saúde em comparação com outros setores, o custo de alguns elementos, como a mão-de-obra e o tamanho do setor privado.

Os recursos *per capita* destinados aos serviços de saúde refletem o nível de recursos disponibilizados para o campo da saúde. De acordo com estimativas da OMS de 1995, o gasto total *per capita* com a saúde, em US\$, era:²⁸

- 2.701 em países de economia de mercado desenvolvida;
- 122 em países de economia em transição;
- 177 em países em desenvolvimento com renda intermediária;
- 23 em países em desenvolvimento com renda baixa; e
- 8 em países menos desenvolvidos.

As estimativas, de 1995, da proporção dos gastos com a saúde sobre o total de despesas dos países era:

- 15,6 para países de economia de mercado desenvolvida;
- 3,6 para países de economia em transição;
- 5,0 para países em desenvolvimento com renda intermediária;
- 1,1 para países em desenvolvimento com renda baixa; e
- 5,5 para países menos desenvolvidos.

Os recursos destinados aos sistemas de saúde são distribuídos de forma muito desigual e não acompanham, de maneira alguma, a proporção da distribuição dos problemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde estimou que, em 1990 as economias de mercado desenvolvidas foram responsáveis por mais de 86% de

²⁷ WHO, *World Health Report 2000*.

²⁸ WHO, *Evaluation*.

todos os gastos com a saúde. Os EUA sozinhos, representando apenas 5% da população mundial, foram responsáveis por 41% destes gastos, enquanto a África Subsaariana, com 10% da população mundial, foi responsável por apenas 1%.²⁹

Nos governos, vários ministros de saúde direcionam as atenções para o setor público e, freqüentemente, desprezam o — muitas vezes maior — setor de recursos privados e de oferta de serviços. Um desafio crescente para os governos é reunir as energias dos setores privado e de voluntários, para alcançar melhores níveis de desempenho dos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que compensem as falhas dos setores privados.

A relativa combinação de recursos públicos e privados, investidos nos serviços de saúde, demonstra tanto a extensão da disponibilidade de recursos dos governos para interferir no setor de saúde, como (especialmente nas regiões mais ricas) a visão dos governos sobre o nível apropriado de envolvimento do setor público. Por exemplo, em 1995, nos EUA, 58% do total gasto com a saúde vieram de fontes privadas, enquanto, na Noruega, apenas 6% foram do setor privado.³⁰ Enquanto os EUA dão mais valor à escolha dos consumidores e aos mecanismos de mercado, deixando muitos milhões de sua população sem acesso a serviços de qualidade, a Noruega acredita que a intervenção para garantir o acesso para todos tenha prioridade. Ao contrário do que algumas pessoas possam imaginar, os países mais pobres são os que mais dependem de recursos privados, com uma média de 59% (comparada a 30% nos países de economia de mercado desenvolvida, 22% nos de economia em transição, 49% nos países de economia com renda intermediária e 46% nos países em desenvolvimento). Diante da incapacidade ou falência dos governos de financiarem serviços de saúde integrais para toda a população, o setor privado freqüentemente cresce em consequência disto. Desde a crise das dívidas do início dos anos 1980, muitos países foram forçados a cobrar taxas dos usuários por medicamentos e por consultas nas instalações públicas de saúde. A OMS estimou que, em metade dos países do mundo, os investimentos em saúde, oriundos de setores privados, passaram de 37%, em 1990, para 42%, em 1992.³¹

A falta de recursos nem sempre é uma justificativa válida dos governos para a falta de investimentos na saúde. Não há nenhum país que seja tão pobre a ponto de não poder fazer nada para melhorar a saúde reprodutiva de sua população. A avaliação dos gastos com as forças armadas demonstram como os recursos são mal alocados, mesmo nos países mais pobres. Como foi demonstrado em relatório do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), estes gastos com as forças armadas cresceu três vezes mais rápido em alguns dos países mais pobres do mundo³² do que nos países industrializados entre 1960 e 1987 —

²⁹ Ibid. ³⁰ Ibid. ³¹ Ibid.

³² UN Development Programme, *Human Development Report 1994* (New York: Oxford University Press, 1994), 47–60.

58 *Princípios médicos, éticos e legais*

passando de US\$24 bilhões para US\$145 bilhões — incluindo crescimentos absurdos de US\$95 bilhões por ano. Nos países em desenvolvimento, as chances de morrer por causas ligadas a negligência social (de desnutrição e doenças evitáveis) são 33 vezes maiores do que a chance de morte em uma guerra com ataque externo.

Em 1990, os apoios externos para o setor de saúde representaram em torno de 3% do total de despesas com a saúde nos países em desenvolvimento, com 38,5% do total (equivalente a US\$2,45 *per capita*) indo para a África.³³ Quase metade destas doações é aplicada no desenvolvimento de infra-estrutura através do repasse de recursos a hospitais e a serviços de saúde. Os outros 50% são direcionados a programas de saúde específicos, especialmente aqueles que tratam de enfermidades como lepra, oncocercose, infecção por HIV e por DSTs, e cegueira. As ajudas externas são particularmente importantes em países em conflito, ou que tenham acabado de sair desta condição, como Moçambique e Angola. No Camboja as ajudas representaram 60% do total de gastos do governo em 1990.

Ao contrário do que se pensa, a proporção de recursos oficiais de assistência ao desenvolvimento alocada em programas populares, incluindo a saúde reprodutiva, é apenas uma pequena fração do total, estimado, em 1993, em apenas 1,4%, aproximadamente.³⁴

8.2 *Justa alocação de recursos*

A avaliação crítica do desempenho do sistema de saúde de um país considera as suas conquistas relativas aos recursos. Cada sistema de saúde deveria ser avaliado, de acordo com os recursos realmente disponíveis, e não com outros recursos que poderiam ter sido disponibilizados. Considerando cada dólar aplicado em saúde, os países estão longe de atingir o seu potencial de desempenho. O resultado é um grande número de mortes evitáveis e de vidas definhadas por deficiências. O impacto das carências sobrecarrega, desproporcionalmente, sob os pobres.

O financiamento justo nos sistemas de saúde significa que os riscos que cada família corre, resultantes dos custos de saúde, são distribuídos de acordo com a capacidade destas famílias de pagar e não de acordo com o risco da enfermidade. Conforme o *Relatório Mundial de Saúde de 2000*, 'o modo como a atenção à saúde é financiada é perfeitamente justo, se a proporção entre o total de contribuições na saúde e o total aplicado em áreas que não a alimentação for idêntica para todas as famílias, independentemente de suas rendas, condições de saúde ou uso do sistema de saúde'.³⁵ Não basta que o sistema de saúde seja bom. Ele também deve ser justo.

³³ WHO, *Evaluation*.

³⁴ UN Population Fund, *Population Issues Briefing Kit 1997* (New York: Population Fund, 1997), pp. 22.

³⁵ WHO, *World Health Report 2000*, pp. 36.

8.3 Prioridades na alocação de recursos

Determinar prioridades entre os problemas de saúde para a alocação de recursos não é uma tarefa fácil. Deve-se considerar não apenas a prevalência do problema de saúde, mas também a sua gravidade. Além disso, a gravidade não significa apenas o risco de mortalidade. É preciso considerar, também, o risco de morbidade ou incapacidade no curto e longo prazos. A idade em que o problema de saúde se manifesta também deve ser contabilizada nesta equação. Um problema de saúde que afeta apenas as pessoas idosas é diferente de um problema que afeta as pessoas nos primórdios de suas vidas. Em 1993, um relatório do Banco Mundial tentou quantificar todas as considerações acima, para chegar a uma estimativa do ônus das doenças expressas como anos de vida ajustados à invalidez (o índice DALY) para cada problema de saúde.³⁶

A estimativa sobre o impacto da doença não é suficiente para que se tomem decisões sobre as prioridades de alocação de recursos. Ela irá depender muito da existência de intervenções custo-eficazes no tratamento de problemas específicos de saúde. O Banco Mundial considera que uma intervenção é custo-eficaz se ela consegue controlar substancialmente o problema a um custo menor do que US\$ 100 por DALY salva.

Para mulheres jovens (entre 15–44 anos) em países em desenvolvimento demográfico, a maternidade é classificada como causa número um dos ônus de doenças (contribui para 18% dos ônus de doenças). As DSTs são a segunda causa, contribuindo para 8,9% dos ônus de doenças. Ambas as situações podem ser controladas por meio de intervenções custo-eficazes.

8.4 A saúde reprodutiva é especial

Ao utilizar o DALY para estimar os ônus das doenças, deve-se considerar que a saúde reprodutiva é especial em uma série de aspectos. A mortalidade e a deficiência física não são os únicos preços que uma mulher pode pagar por um problema de saúde. Uma mulher carregando uma gravidez não desejada pode não morrer e nem ficar com deficiências físicas. Mas, do ponto de vista das mulheres, a situação é suficientemente séria, na medida que, a cada ano, quase 20 milhões de mulheres arriscam sua saúde e suas vidas se submetendo a abortos inseguros, resultantes de gravidezes não desejadas. Uma mulher infértil pode não ter nenhuma condição de doença, mas o seu sofrimento, em várias comunidades, é real, a julgar pelo que ela está disposta a passar, em termos de desconforto, risco, e custo para ter uma criança desejada. Uma mulher estuprada pode não apresentar injúrias ou seqüelas físicas sérias.

Freqüentemente, o impacto de um problema de saúde reprodutiva vai além das preocupações pessoais. As infecções sexualmente transmissíveis não são doen-

³⁶ World Bank, *World Development Report — Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993), 59–71, 223.

60 *Princípios médicos, éticos e legais*

ças com ônus apenas para a pessoa afetada. Elas podem ser transmitidas para outras pessoas. E também podem passar de mãe para feto. A sobrevivência e a saúde de uma mãe causam impacto na saúde e na sobrevivência de seus filhos. Uma gravidez não desejada produz impactos em toda a família, comunidade, país, e mesmo no mundo.

Na contabilização dos DALY, as condições de mortalidade e morbidade perinatal são vistas como problemas pediátricos de saúde. Contudo, elas são parte dos ônus das doenças nas mulheres que fizeram um grande investimento em si mesmas na gravidez e que irão sofrer com o cuidado de uma criança deficiente.

Concluindo, a maternidade não é uma doença a ser classificada em uma lista de prioridades junto com outros problemas de saúde. A maternidade é o meio de propagação de nossa espécie. Ela é um risco a que as mulheres se submetem. As mulheres têm o direito de serem protegidas quando elas correm estes riscos pela sobrevivência de nossa espécie.

8.5 *O custo de não prover serviços na área da saúde reprodutiva*

Apesar de não sabermos exatamente quanto custaria para oferecer os serviços de saúde reprodutiva a todos, tem-se uma idéia mais clara do quanto irá custar para a saúde e para a vida das mulheres se os serviços de saúde reprodutiva não se tornarem universalmente acessíveis. A seguir, estão alguns destes custos.³⁷

- 515.000 mulheres — praticamente uma a cada minuto — irão morrer a cada ano no mundo de causas ligadas a gravidez.
- 70.000 mulheres irão morrer por ano em conseqüência de abortos inseguros; um número desconhecido irá sofrer de infecções e de outras conseqüências adversas de saúde.
- Nos países desenvolvidos (onde o tamanho médio desejado das famílias é menor), 49% das 28 milhões de gravidezes registradas, por ano, não serão planejadas, e 36% delas terminarão em aborto. Em países em desenvolvimento (onde o tamanho médio desejado das famílias ainda é relativamente grande) estima-se que 36% das 182 milhões de gravidezes registradas anualmente não serão planejadas, com 20% delas terminando em aborto.³⁸
- Seis de cada dez mulheres, em vários países, terão uma doença sexualmente transmissível (DST). Todas elas correrão um risco maior de infertilidade, câncer cervical ou de outros problemas de saúde sérios.
- Com base em estimativas de 2001, serão registrados em torno de 5 milhões de novos casos de infecção por HIV³⁹. A cada minuto do dia, dez pessoas serão

³⁷ UN Population Fund, *The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health* (New York: UN Population Fund, 1999), 2–3.

³⁸ Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility — Women, Society and Abortion World-wide* (New York and Washington: Alan Guttmacher Institute, 1999), 1–56.

³⁹ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Geneva: UNAIDS, 2001), UNAIDS/01.74E-WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2, p. 1.

infectadas pelo HIV. Uma em cada sete das que foram infectadas em 2001 era uma criança com menos de 15 anos de idade. A grande maioria delas estava na África Subsaariana, e a maioria das crianças contraíram o vírus de suas mães.

- 2 milhões de meninas jovens estarão expostas ao risco de incisão genital feminina. A comunidade internacional e alguns governos individuais condenaram esta prática, mas ela continua disseminada em vários países, e vem sendo difundida em comunidades de imigrantes.
- O estupro e outras formas de violência sexual continuarão a crescer. Infelizmente, o estigma do estupro faz com que apenas uma pequena parcela dos casos seja registrada.
- Um número crescente de refugiados não terá acesso ao conjunto de cuidados básicos com a saúde reprodutiva.
- Em 1999, a população mundial atingiu os 6 bilhões. A população irá, com certeza, chegar aos 7 bilhões, mas as decisões políticas e as ações pessoais, dentro da abordagem da saúde reprodutiva, desenvolvidas nas próximas décadas, é que irão determinar se a população mundial chegará a 8, 10 ou 12 bilhões. Independente de seu tamanho, mais de 90% deste crescimento irá ocorrer nos países atualmente em desenvolvimento.⁴⁰

9. O compromisso

‘Todos os países devem se empenhar para tornar acessível, por meio do sistema de saúde básico, a saúde reprodutiva a todos os indivíduos em idade apropriada, o quanto antes e não depois do ano 2015.’⁴¹ O compromisso formal de tornar a saúde reprodutiva universalmente acessível, não depois de 2015, foi um consenso aprovado pelos governos de 179 países, durante reunião promovida pelas Nações Unidas, no Cairo, no período de 5–13 de setembro de 1994. Deve-se destacar que este compromisso com a saúde reprodutiva não ocorreu em uma Conferência sobre saúde. Ele foi firmado em uma conferência sobre população e desenvolvimento. A saúde reprodutiva não é apenas um sério problema de saúde, ela é uma questão de desenvolvimento.

A preocupação com a saúde reprodutiva na esfera internacional é um reflexo de nossa crescente conscientização global. Os grandes avanços tecnológicos revolucionários na área dos transportes e das telecomunicações tornaram o mundo menor e mais próximo. Além disso, nós percebemos, mais do que nunca, o quão interdependentes nós somos, e que o alcance da saúde e do desenvolvimento por pessoas de um dado país preocupa e beneficia todos os outros países.

⁴⁰ UN Population Fund, *The State of the World Population 1998: The New Generations* (New York: UN Population Fund, 1998), 1.

⁴¹ UN, *Population and Development*, i. *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994).

62 *Princípios médicos, éticos e legais*

Cinco anos após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, quando foi firmado o compromisso com a saúde reprodutiva, a Assembléia Geral das Nações Unidas discutiu, durante sua Vigésima Primeira Sessão Especial entre 30 de junho–2 de julho de 1999, uma revisão e uma avaliação geral da implementação do Programa de Ação da Conferência de 1994. A Assembléia Geral das Nações Unidas reforçou o compromisso com a meta da saúde reprodutiva para todos, e afirmou que:

Pelo menos 40% de todos os partos devem ser acompanhados por assistentes capacitados nos lugares em que a mortalidade materna é muito elevada, e 80% no mundo até 2005; em 2010 estas percentagens devem ser de 50 e 85% respectivamente e 60 e 90%, até 2015.

A diferença da proporção dos indivíduos usando contraceptivos e a proporção manifestando o desejo de espaçar os nascimentos ou limitar o tamanho de suas famílias deve ser reduzida à metade em 2005, a 75% em 2010 e alcançar 100% em 2015. O recrutamento de alvos predeterminados ou o uso de quotas não devem ser adotados na tentativa de alcançar esta meta.

Para diminuir a vulnerabilidade de infecção por HIV/AIDS, pelo menos 90% dos homens e mulheres jovens, com idade entre 15–24 anos, devem ter acesso, até 2005, a métodos preventivos, como o preservativo feminino e o masculino, a testes voluntários, a orientação e acompanhamento, e pelo menos 95% em 2010. As taxas de infecção por HIV em pessoas entre 15–24 anos devem ser reduzidas em 25% nos países mais afetados, até 2005, e em 25% no mundo, até 2010.⁴²

Contudo, a confirmação do consenso internacional de tornar a atenção à saúde reprodutiva universalmente acessível não é suficiente para que ela ocorra. Este intuito tem que ser apoiado pelos cofres. Os recursos necessários devem ser mobilizados.

⁴² UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International conference on Population and Development*, A/S-21/5/Add. 1 (New York:UN, 1999), paras. 53, 58, 64, 70.

4

Ética

1. Visão geral

No decorrer da última metade do século XX, a ética médica, ou bioética, se tornou um importante campo de interesse acadêmico e profissional. Ela não é exclusiva a uma disciplina específica, mas é multidisciplinar, ou interdisciplinar, com contribuições da área da filosofia, biologia, medicina, ciências da saúde, direito, enfermagem e estudos da religião. Este campo gerou uma vasta literatura e várias subdivisões importantes, como a ética da pesquisa médica e a ética genética. Ele é enriquecido pela contribuição de diversas fontes, como autores renomados de livros didáticos e de revistas genéricas ou especializadas e de artigos indexados e bibliografias eletrônicas.

A extensa literatura neste campo abrange um número de áreas centrais e uma ampla gama de novos conceitos, constantemente enriquecidos por novas conquistas, e recentes percepções e possibilidades relacionadas à biologia humana. Conseqüentemente, existe um amplo reconhecimento das implicações positivas e negativas destas conquistas, panoramas e possibilidades para a saúde individual, o bem-estar social, as interações dentro das famílias, comunidades, economias nacionais e nos intercâmbios entre diferentes países e culturas.

A proposta deste capítulo é apresentar uma visão bem geral da estrutura da análise bioética relacionada à busca da saúde reprodutiva e sexual. Neste sentido, não serão defendidas perspectivas ou percepções particulares de autores específicos, não sendo este capítulo didático no sentido acadêmico de delinear, deliberadamente, os seus conteúdos individuais a partir de trabalhos conhecidos. Mais propriamente, integra percepções, sensibilidades e experiências do corpo geral da literatura, sobretudo textos que são a base do ensino moderno neste campo (ver bibliografia selecionada).

O dever de agir eticamente se respalda nas origens da profissão médica em várias culturas. O Juramento Hipocrático trata mais da questão da conduta ética do médico do que da ciência ou da eficácia a ser utilizada pelo profissional. Como a atenção à saúde reprodutiva engloba aspectos da biologia reprodutiva humana, a ética aplicada é freqüentemente descrita como ‘bioética’. A bioética, em um sentido limitado, é uma subdivisão do corpo da ética que se aplica às relações entre os profissionais de saúde e os receptores de seus cuidados. Contudo, ela é geralmente

64 *Princípios médicos, éticos e legais*

vista de forma mais ampla, como um campo multidisciplinar de pesquisa/indagação, tanto acadêmico como profissional, que trata de questões éticas na prática clínica e na atenção à saúde, nas pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos e animais, nas políticas públicas de saúde e no meio ambiente.

Freqüentemente, a atenção à saúde reprodutiva apresenta desafios especialmente difíceis em questões médicas, éticas e bioéticas. Por exemplo, podem surgir dilemas entre princípios éticos da relação entre um profissional de saúde e um paciente e princípios éticos que se aplicam aos profissionais de saúde, enquanto membros de suas comunidades. Uma paciente pode buscar proteção contraceptiva contra uma relação sexual abusiva, por exemplo, e ela também pode solicitar confidencialidade quanto ao abuso sofrido, talvez por temer que um processo criminal contra o parceiro violento coloque em risco a sua segurança doméstica, econômica e/ou de outra natureza. O provedor de saúde pode pensar, no entanto, que a falta de ação para prevenir os abusos resulte em cumplicidade, ou parceria com a situação, e deixe a paciente, e talvez seus filhos dependentes, em risco de sofrerem injúrias, mesmo que a ação indicada venha violar a solicitação de confidencialidade da paciente.

Além disso, a execução das solicitações de pessoas por serviços de saúde reprodutiva, que possam ser oferecidos pelos profissionais pode conflitar com crenças religiosas específicas do profissional, ou com a sua opinião sobre o que é mais indicado para os pacientes, ou para a ordem social. Ao decidirem prestar, ou não, o serviço solicitado, os profissionais podem ter que confrontar e definir a sua ética pessoal e a sua contribuição pessoal e profissional, tanto para a saúde de seus pacientes, como também para o caráter e a consciência de suas comunidades. Ao lidarem com preocupações cotidianas da prática profissional, variando desde atender as necessidades de pessoas vulneráveis, até responder a solicitações confidenciais de pessoas influentes ligadas a temas delicados, os profissionais de saúde reprodutiva se defrontam com questões éticas e bioéticas.

Freqüentemente, estes profissionais encaram estas questões de forma mais intensa do que se elas fossem, simplesmente, uma questão inerente à relação de desigualdade entre uma pessoa que possui o poder do conhecimento médico e um paciente em busca de uma assistência respaldada neste conhecimento. Os profissionais também se defrontam com questões éticas, desde aquelas mais antigas, como o modo com que se deve lidar com o aborto, às mais modernas, como o emprego adequado de tecnologias reprodutivas mais avançadas, incluindo a criação de embriões humanos fora do corpo da mulher para superar problemas de infertilidade. Eles também devem resolver conflitos que surgem quando o antigo e o moderno colidem. Como exemplo, a superovulação estimulada por hormônios, resulta em gravidez múltipla, que é mais bem administrada pela redução seletiva, que aborta a vida de alguns fetos, mas que visa preservar a gravidez e a vida e a saúde das pacientes e das crianças que irão nascer.

2. As origens da bioética

A palavra ‘bioética’ surgiu na década de 1960 e é popularmente associada a Van Rensselaer Potter, um bioquímico e pesquisador científico americano da Universidade de Wisconsin, que combinou ‘bio’, representando o conhecimento biológico ou a ciência dos sistemas vivos, com ‘ética’, significando o conhecimento dos sistemas de valores humanos. A primeira utilização institucional do termo foi em 1971, quando o que agora é usualmente chamado de Instituto Kennedy de Ética foi fundado na Universidade de Georgetown, em Washington, DC, como o Instituto Joseph e Rose Kennedy para o Estudo da Reprodução Humana e da Bioética.

Sem deixar de reconhecer as origens, relativamente modernas, e essencialmente norte-americanas da bioética, os sistemas de valores que tratam dos desenvolvimentos na medicina e na biologia humana têm raízes antigas. Seus indícios estão em sistemas de valores descritos por filósofos da Grécia Clássica, como Aristóteles e Platão, e em ensinamentos posteriores de defensores da religião sobre a ética médica. O cuidado consciente de doentes tem sido há muito a inspiração de médicos e enfermeiros cristãos, e muitos hospitais carregam o nome de santos cristãos. Da mesma forma, Maimônides (Moses ben Maimon), professor, médico e filósofo judeu, do século XII, desenvolveu estudos sobre a ética médica, com base na lei judaica. A moderna escola de medicina e o hospital da Universidade de Al-Azhar, no Cairo, se inspiram na universidade islâmica ortodoxa, fundada no ano de 972, associada à mesquita de Al-Azhar. Na Europa pré-cristã, as mulheres herbalistas que cuidavam dos doentes ofereciam uma atenção consciente. Mas o conhecimento sobre suas motivações e *modus operandi* se perdeu no início do século XVIII depois de séculos sendo perseguidas como bruxas pela Igreja Católica na Europa e na América do Norte.

O moderno campo da bioética é suficientemente novo para que vários de seus fundadores sigam colaborando ativamente com sua literatura, em especial nos EUA, e refletindo sobre as suas origens. Talvez a contribuição mais extensa tenha sido feita por Daniel Callahan. Em 1969, ele era o co-fundador do Centro Hasting, instituído em Hasting-and-Hudson no estado de Nova Iorque, inicialmente chamado de Instituto da Sociedade, Ética e Ciências da Vida. Ele escreveu:

Com certeza, pode-se falar da bioética como uma criança dos anos 1960... Quatro progressos foram importantes: a abertura de profissões, anteriormente protegidas, à fiscalização pública, o que ocorreu de forma surpreendente com a medicina; a explosão recente do individualismo liberal, colocando a autonomia no topo da montanha moral; a brilhante combinação de desenvolvimentos tecnológicos na biomedicina, indo desde a pílula [contraceptiva] e o aborto seguro, para o controle do início da vida e a diálise ao transplante de órgãos para postergar o final da vida; e a renovação de interesses dentro da filosofia e da teologia por éticas normativas, afastando-se do positivismo e do relativismo cultural, que nos anos 1940 e 1950 pareciam ter terminado com a idéia de ética como um investimento profícuo.¹

¹ D. Callahan, ‘The Social Sciences and the Task of Bioethics’ *Daedalus*, 128 (1999), 275–94 p. 278.

O historiador David Rothman incluiu a influência de preocupações com a pesquisa e a experimentação biomédica com seres humanos, na metade da década de 1960, às causas do surgimento da bioética moderna.² O filósofo Albert Jonsen alegou que ela surgiu em Seattle, nos EUA, em torno do mesmo período, quando uma comissão de diálise foi nomeada para tomar decisões sobre o acesso às, então escassas e caras, práticas da diálise mecânica, decidindo, assim, sobre os que poderiam e os que não poderiam sobreviver.³

Uma outra contribuição mais restrita, porém relevante, por Warren Reich, defende que a bioética tenha evoluído, em países ocidentais, em reação à tendência das religiões de tratarem os desenvolvimentos médicos, a partir de suas próprias doutrinas e teologias limitadas. Um obstáculo especial para o desenvolvimento natural das percepções fundamentadas em compreensões científicas foi o conservadorismo da Igreja Católica Romana e o seu poder político, em várias partes do mundo. Esta inflexibilidade foi instituída, em 1870, quando a Igreja adotou a doutrina da infalibilidade papal. Este congelamento na evolução do debate, uma vez que qualquer pensamento diferente representava uma provocação à autoridade papal, resultou em heresias e escândalos. As questões de saúde reprodutiva e sexual foram especialmente importantes no desenvolvimento da interdisciplina moderna da bioética, pois elas envolviam temas sobre os quais a Igreja Católica Romana era muito rígida e proibitiva. Reich observou:

A regulação da fecundidade foi a questão principal para a criação da bioética, mais do que qualquer outra questão — certamente, mais do que qualquer tema médico ligado às tecnologias de ponta. Esta era uma questão que afetava diretamente centenas de milhares de pessoas; lidava com a essência do sofrimento e da satisfação humana; medicalizada por Margaret Sanger, especialmente para que as autoridades médicas atuassem na questão; tópico de amplos debates por um período de, pelo menos, três décadas antes do surgimento da bioética — não apenas entre especialistas, mas também pelo público em geral. Os debates eram interdisciplinares, envolvendo controvérsias éticas, religiosas, legais e sociais, no campo das políticas sociais, assim como da ética pessoal e da autoridade eclesiástica. Os teólogos, que foram os primeiros eticistas a trabalhar com bioética, se empenharam nos debates sobre contracepção/esterilização e aborto; e, de forma muito real, grande parte da energia direcionada para a bioética, em torno de 1970/71, foi uma energia que se desviou dos crescentes debates frívolos da Igreja, sobre a regulação da fecundidade.⁴

² D. Rothman, *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making* (New York: Basic Books, 1991).

³ A. Jonsen, *The Birth of Bioethics* (New York: Oxford University Press, 1998).

⁴ W. T. Reich 'The "Wider View": André Hellegers's Passionate, Integrating Intellect and the Creation of Bioethics', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9 (1999), 25–51 p. 37.

3. O papel da bioética

Os profissionais de saúde que são inspirados na religião oferecem serviços de acordo com suas crenças religiosas e ensinamentos sagrados, e aqueles inspirados por outras filosofias morais podem invocar as suas convicções filosóficas para explicar a compaixão em suas condutas com doentes e pessoas em sofrimento. Ambos freqüentemente tendem a se apresentar ou a serem descritos pelos outros como bioeticistas, mas a bioética moderna é fundamentalmente secular, pluralista e multidisciplinar. Alguns líderes da bioética têm suas origens em tradições religiosas ou filosóficas, mas vários outros são primordialmente médicos, enfermeiros, biólogos, advogados e, inclusive, historiadores e antropólogos. Os bioeticistas estão interessados em trabalhar com pessoas de outras disciplinas na determinação dos valores que devem embasar a disponibilização dos cuidados médicos em especial e da atenção à saúde em geral. As suas avaliações não se baseiam apenas na autoridade religiosa ou em sustentações filosóficas, mas em conhecimentos científicos e interações disciplinares.

A bioética tem sido reconhecida por abordar duas questões fundamentais, a saber, o que deveriam as pessoas e as comunidades humanas fazer, permitir, tolerar ou proibir nas ciências biológicas, sobretudo no que afeta os seres humanos de hoje e do futuro, e como as decisões deveriam ser tomadas para definir quais condutas são obrigatórias, permissivas, toleráveis ou proibitivas. A bioética aborda questões básicas sobre o gerenciamento humano, institucional e social do nascimento, da doença e da morte, mas ela despertou a atenção popular através de desenvolvimentos tecnológicos. Estes dizem respeito a técnicas de concepção ou reprodução assistida para superar a infertilidade, meios eficazes de auxiliar ou substituir a função de órgãos, transplante de tecidos e de órgãos para prolongar ou melhorar a vida e, por exemplo, de técnicas médicas que podem interromper a vida.

Os bioeticistas reúnem informações de uma variedade de campos de conhecimento científico e não científico, e seguem a máxima de que a boa ética depende de bons fatos, e propõem condutas apropriadas nos cuidados médicos e na oferta de serviços de saúde. Em geral eles trabalham por intermédio de comitês em hospitais e em outras instalações de saúde ou institutos de pesquisa médica, como membros ou consultores. As agências governamentais ou de outros setores públicos, assim como grupos do setor privado, estão criando cada vez mais comitês de ética que tomam ou recomendam decisões em assuntos ligados a bioética.

A bioética apresenta linguagem e conceitos que expressam idéias sobre as condutas corretas na atenção médica e na política de saúde, e que discordam de outras visões e preferências. Ao oferecer a linguagem da crítica, a bioética também oferece a linguagem da explicação e da justificativa. As diferentes orientações priorizam princípios, e níveis de análise bioética, abaixo destacados e, quando reunidas, não necessariamente levam a conclusões evidentes por si mesmas. As apreciações bioéticas preparam os comentaristas e os tomadores de decisão em assuntos liga-

dos ao tratamento médico e a políticas de saúde para explicarem e defenderem as suas conclusões, e a discordarem de forma respeitosa de outros, sem se defrontarem com a acusação de estarem desafiando a autoridade do ensinamento de um líder institucional ou hierárquico. Os conceitos de bioética qualificam as pessoas e as instituições para reagirem contra a conduta e as observações de outras pessoas, através de uma linguagem comum, e a incentivarem e se envolverem em amplas discussões públicas sobre os fins e os meios, na medicina e na atenção à saúde. Os rivais podem ver uns aos outros como seguidores de raciocínios éticos diferentes, ao invés de considerarem antiéticas as pessoas com idéias divergentes.

4. Correntes bioéticas

Diversas correntes éticas orientam as conclusões bioéticas. As orientações históricas continuam a existir hoje em dia e refletem as origens filosóficas da bioética.

4.1 Bioética baseada no dever

A bioética baseada no dever (ou deontológica) é atribuída à razão ou à lei natural, e ela distingue o vício da virtude, enquanto qualidade inerente a uma ação ou proposta. A lei natural, proposta por Aristóteles, foi incorporada à doutrina da Igreja Católica Romana por São Tomas de Aquino, no século XIII, para conciliar a razão e a fé como bens divinos. Um expoente da ética secular baseada no dever foi o filósofo alemão, do final do século XVIII Immanuel Kant, que ensinou, por exemplo, que os seres humanos deveriam ser vistos como fins em si mesmos e nunca como meios. A bioética baseada no dever tende a ser absolutista, se distanciando da relatividade e do pluralismo ético. A Igreja Católica Romana proibiu a leitura das obras de Kant.

Os bioeticistas baseados no dever acreditam que o bom não pode vir do mal, e que um fim que seja bom em si mesmo não justifica o uso de meios inerentemente errados. Os bioeticistas católicos romanos consideram, por exemplo, que a contracepção artificial, como o uso de preservativo, é errada. Portanto, eles se opõem aos programas de distribuição de preservativos, que visam combater a transmissão sexual da infecção por HIV. Eles consideram desejável a redução da infecção, mas apenas por meios inerentemente puros, como a abstinência e o autocontrole. Da mesma forma, os kantianos podem se incomodar com a decisão de um casal de continuar a concepção e o nascimento de filhas até que eles concebiam um filho que irá casar, herdar terras da família e levar uma esposa para sua casa, que irá cuidar do casal em idade mais avançada. O receio é de que este filho, e posteriormente a sua esposa, sejam vistos apenas como um meio de servir à atual finalidade do casal de abrigo seguro e cuidados. Na primeira situação, pode ocorrer a prevenção de infecção por HIV, e na segunda, se o filho não for concebido, o

casal, sobretudo a viúva, poderá, em idade mais avançada, enfrentar pobreza e ausência de moradia, pela falta de herança e de direitos econômicos de suas filhas. Mas, os bioeticistas baseados no dever não se sentem responsáveis pela consequência de seus ensinamentos e políticas, que contribuem para o sofrimento humano. Eles consideram que um fim benéfico não justifica meios antiéticos, e que meios antiéticos não podem se tornar éticos, simplesmente por poderem produzir um resultado desejado ou bom em si mesmo.

4.2 *Bioética consequencialista ou utilitarista*

Os bioeticistas consequencialistas ou utilitaristas reconhecem responsabilidades morais, pelas consequências das escolhas bioéticas individuais, e classificam a conduta boa ou correta como sendo aquela que seja útil na promoção e na maximização do bem-estar e da felicidade humana. A conduta ética visa e maximiza resultados desejáveis, e a conduta é errada se ela causa ou contribui para consequências nocivas ou indesejáveis, julgadas por meio de avaliações do bem-estar comunitário, democrático ou político. Diferente da ética baseada no dever, a ética consequencialista ou utilitarista não aspira ser universal ou tolerante, mas oferece uma resposta pragmática a diversas circunstâncias.

De acordo com esta corrente bioética, os programas de controle da natalidade são considerados apropriados para reduzir o número de gravidezes não desejadas, que resultarão em abortos induzidos, e o aborto induzido deveria ser legal e executado por médicos ou por pessoal treinado, a fim de diminuir a incidência de abortos inseguros, que resultam na morte ou danos às mulheres. Da mesma forma, a objeção consciente de profissionais de saúde em participarem destes procedimentos é considerada tolerável, apenas quando ela não impedir ou dificultar o acesso das mulheres a serviços de aborto seguros e convenientes, o mais cedo possível. Ainda, os profissionais que manifestarem objeção consciente às suas próprias participações, talvez por razões religiosas ou por outras convicções baseadas no dever, devem ser obrigados a referir as postulantes destes serviços a profissionais que não se oponham à sua realização.

4.3 *Bioética feminista*

A bioética feminista é descrita, algumas vezes, como a ética do cuidado ou da inclusão. Esta corrente reage contra a exclusão das mulheres de fontes históricas de autoridade moral, como posições no clero religioso, centros de conhecimento, incluindo universidades e outras sociedades, profissões, como a medicina e o direito, e assembleias legislativas. A negação da importância da voz e da experiência das mulheres, metade da inteligência acumulada pela espécie humana, era frequentemente deliberada mas, atualmente ela é vista como um descrédito da autoridade moral das instituições exclusivistas. Por exemplo, os programas nacionais de

70 *Princípios médicos, éticos e legais*

população ou de saúde da família, que não incorporam o conhecimento e o respeito pela preferência das mulheres sobre o tamanho de suas famílias, são considerados eticamente inadequados.

As análises feministas abordam preocupações não apenas com o sexo, que é biológico ou genético, mas também com o gênero, que é socialmente construído. Algumas ocupações são orientadas para o gênero masculino, e outras para o feminino. A atenção se volta para uma incompatibilidade entre sexo e gênero, como a referência a ‘uma mulher médica’ e a ‘um enfermeiro homem’. Claro que nem todas as mulheres são ‘feministas’, e nem todos os ‘feministas’ são mulheres, pois o foco desta corrente bioética está na incorporação ética das experiências e realidades sociais das mulheres aos sistemas de valores dos tratamentos médicos e da atenção à saúde.

As discussões bioéticas mais tradicionais sobre contracepção e aborto falham em considerar, por exemplo, o impacto que a gravidez não planejada e indesejada tem sob o prazer das mulheres de desfrutarem de suas vidas. A incapacidade das mulheres de influenciar as pautas das pesquisas médicas, e a crença médica de que a fisiologia masculina é ‘normal’ e que as mulheres diferem, apenas, em termos de suas funções reprodutivas, têm contribuído para a compreensão incorreta das necessidades de saúde das mulheres, incluindo cuidados geriátricos que surgem da maior expectativa de vida das mulheres. O papel das mulheres de cuidar de suas crianças, de seus pais, e dos pais de seus maridos, assim como de outros doentes ou idosos é, freqüentemente, desvalorizado ou completamente desconsiderado, quando, por exemplo, os pacientes são liberados das instalações de saúde. Há um reconhecimento inadequado de que ‘atenção domiciliar’ e ‘assistência comunitária’ significam atenção oferecida pelas mulheres e espera-se, freqüentemente, que elas sacrifiquem os seus objetivos e prazeres para oferecer assistência e, caso não o façam, são moralmente reprovadas.

4.4 *Outras correntes bioéticas*

Existem outras correntes bioéticas, como o comunitarismo, que busca o progresso da comunidade humana como o bem em si mesmo mas, em geral, os teóricos reconhecem a superioridade das correntes discutidas antes, e buscam demonstrar que as suas abordagens são preferenciais. O casuísmo é favorecido por aqueles que acreditam que as situações devem ser resolvidas em seus méritos específicos e não por apelação a regras universais. Da mesma forma, os defensores da ética da virtude definem as virtudes que devem ser observadas e adotadas pelas pessoas e por agentes institucionais nos meios biomédicos, como a compaixão, a confiança, o julgamento consciente ou o discernimento e a consciência ou a integridade, as quais se somam às virtudes recomendadas por Hipócrates, como a modéstia, a sobriedade, a paciência, a presteza e a lealdade.

5. Princípios da bioética

Para fugir das contradições e restrições ortodoxas da rivalidade entre as correntes éticas, alguns estudiosos da bioética identificaram um pequeno número de princípios chave da análise bioética, que são comuns às diferentes correntes. Eles aparecem de forma mais visível como três princípios no Relatório de Belmont, de 1979, da Comissão Nacional Americana para a Proteção dos Seres Humanos Utilizados em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, pois o princípio de não-maleficência (não faça o mal) foi considerado implícito no princípio da beneficência (faça o bem). Mas Tom Beauchamp e James Childress,⁵ autoridades bioéticas americanas e a autoridade britânica Raanan Gillon⁶ consideram este princípio explicitamente separado, e se referem a quatro princípios.

O termo ‘principlismo’, significando o uso de princípios da bioética é, freqüentemente, empregado por críticos para censurar o uso mecânico ou a priorização de um grupo limitado de princípios bioéticos observados, que parecem, ser compartilhados por vários adeptos de diferentes correntes bioéticas. No entanto, um número limitado de princípios fundamentais oferece coerência e racionalidade às discussões éticas, e permite comparações e contradições sobre um ponto comum.⁷ Isto é preferível à médica ética dos anos 1960, descrita pelo Dr. K. Danner Clouser, como ‘uma mistura de religiões, caprichos, advertências, precedentes legais, diversas tradições, filosofias de vida, regras morais variadas, e epítetos’.⁸ Os quatro princípios estão aqui apresentados em uma seqüência convencional, mas nenhum tem prioridade sobre os outros, e muito da controvérsia bioética envolve as discussões sobre qual deles deve ser priorizado para resolver problemas específicos.

5.1 Respeito pelas pessoas

O respeito pelas pessoas parece ser uma condição mínima de conduta ética, mas freqüentemente a sua ausência torna as discussões sobre a bioética civil incompletas. O conflito sobre o aborto é insolúvel, por exemplo, quando os seus oponentes caracterizam os defensores do direito de escolha das mulheres como assassinos de crianças, e estes classificam os seus oponentes como nazistas, fanáticos, ou religiosos aficionados. Este princípio inclui o seguinte.

⁵ T. L. Beauchamp and J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York: Oxford University Press, 5 ed., 2001).

⁶ R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (Chichester: John Wiley & Sons, 1994).

⁷ J. H. Evans, ‘A Sociological Account of the Growth of Principlism’, *Hastings Center Report*, 30/5 (2000), 31–8.

⁸ K. D. Clouser, ‘Bioethics and Philosophy’, *Hastings Center Report*, 23/6 (1993), s.10-s. 11 at s.10.

5.1.1 Autonomia de pessoas capazes

Algumas vezes, este princípio parece transcender todos os outros, especialmente nos EUA, onde se enfatiza o individualismo e a limitação do papel das agências sociais organizadas através do governo. A autonomia do paciente baseia-se, por exemplo, em exigências éticas de que o consentimento dos pacientes quanto ao tratamento seja livre e esclarecido, sem pressão ou indução. Em geral, este princípio prevalece sob o dever de não fazer o mal, uma vez que ele defende as escolhas informadas, porém pobres dos pacientes, e condena qualquer comprometimento da autonomia do paciente, como atitudes paternalistas ou infantilização dos mesmos. Este princípio vem sendo utilizado de forma crescente para defender o direito dos pacientes de determinarem o tamanho de suas famílias e a concepção e a reprodução assistida, quando necessário.

5.1.2 Proteção de pessoas incapazes

A proteção das crianças contra danos ou perigos não é controversa, apesar da imposição de tratamentos eletivos contra a vontade das crianças ser questionável, pois o uso de controle vigoroso pode ser prejudicial. Contudo, a pressão adequada, que permita a administração de algumas terapias e de cuidados preventivos, como a vacinação contra doenças da infância, é freqüentemente apoiada devido à proporção risco-benefício altamente favorável. Com base neste princípio, com freqüência a circuncisão ou incisão genital feminina é rejeitada em países onde ela não seja uma prática habitual e em alguns países onde ela tenha sido comum, e que a circuncisão masculina não religiosa tenha sido igualmente questionada. Os critérios para avaliar a necessidade de proteção podem ser controversos ao envolver adolescentes e alguns adultos, especialmente quando a sua inteligência limitada, renda e condição social baixas ou a baixa auto-estima os exponha a vulnerabilidades pessoais e sociais, incluindo à exploração sexual e a dependência. Adultos perfeitamente capazes podem se tornar vulneráveis à exploração quando, por exemplo, os médicos de quem dependem para tratamentos terapêuticos solicitam que eles participem em pesquisas reprodutivas e em outras pesquisas médicas que envolvam risco.

A sobreposição dos princípios éticos é evidente, na medida em que a explicação para o aspecto protetor do respeito pelas pessoas também poderia servir para explicar o princípio da beneficência, e demonstrar a não-maleficência. A conduta pode ser eticamente justificada, de acordo com mais de um princípio.

5.2 Beneficência

A beneficência, o dever ético de fazer o bem e de maximizar o bem, corrobora as condições da maioria dos tratamentos médicos e da atenção à saúde. A busca por melhores terapias médicas e por cuidados médicos preventivos eficientes está em

concordância com este princípio. Mas, ela pode ser limitada pela autonomia dos pacientes de escolher mal, e pela escolha de pessoas que poderiam se beneficiar de tratamentos e decidem não recorrer a eles. Quando a pobreza limita o acesso de potenciais pacientes aos tratamentos, a assistência caridosa pode ajudá-los. Os profissionais de saúde e os fundadores de serviços inspirados na religião têm desfrutado de uma honrada história de assistência aos pobres, incentivados pela beneficência. Ela representa um desafio ético, quando o que uma pessoa acredita ser benéfico para si mesma pode ter implicações adversas para outras.

Os obstetras podem se deparar com dificuldades, quando os cuidados solicitados por uma mulher grávida possam, negligentemente, prejudicar o seu feto. Os cuidados médicos indicados e benéficos para uma mulher que não esteja grávida, por exemplo, podem provocar efeitos desconhecidos ou efeitos teratogênicos conhecidos em uma criança que seja futuramente concebida *in utero*. Um dilema ético, que diz respeito ao tratamento de mulheres grávidas pode surgir, e ele é, algumas vezes, descrito como o conflito-materno-fetal, apesar de que, em geral, as mulheres solicitam cuidados que sejam adequados para ambos, elas próprias e a criança que vai nascer. As pesquisas médicas voltadas para a produção de terapias benéficas às mulheres têm sido limitadas pelo receio dos pesquisadores de que agentes ainda não testados, como drogas, possam ter o seu dano comprovado. Os pesquisadores têm sido orientados a não realizar testes em mulheres que possam estar ou que venham a engravidar, com temor de que façam mal ao feto. Contudo, as defensoras da saúde das mulheres exigem pesquisas voltadas para o desenvolvimento de tratamentos benéficos para as mulheres, exceto quando já se tenha evidência científica sobre o mal que a droga experimental ou outro tratamento cause ao feto *in utero*. Isto significa que as pesquisas benéficas não podem ser interrompidas por especulações que ainda não tenham sido comprovadas do mau ou da falta de evidências da segurança para os fetos de testes de um tratamento. As mulheres, quando dispõem das informações necessárias, podem tomar as suas próprias decisões sobre os riscos e benefícios dos tratamentos e das pesquisas.

5.3 Não-maleficência

A não-maleficência incorpora a ética médica fundacional de Não Fazer o Mal. O princípio requer uma ampla compreensão das circunstâncias em que o tratamento médico e a atenção à saúde podem fazer mal. A aplicação prática da não-maleficência requer que seja delineada a distinção entre ‘danos’ e ‘erros’, pois se pode argumentar, incorretamente, que uma prática não é errada se ela não causa dano. Em geral é errado provocar, ou mesmo correr o risco de causar dano, no sentido de danos, dor, inabilidade, ou angústia. O dano também pode consistir, por exemplo, na deterioração da auto-estima ou na provocação de sentimento nas pessoas de que tenham sido usadas, exploradas, ou tratadas de forma desrespeitosa.

74 *Princípios médicos, éticos e legais*

No entanto, mesmo sem haver danos, dor, inabilidade ou angústia, pode haver erro. Isto é algumas vezes descrito como sendo ‘um erro sem danos’, o que é, contudo, antiético, e pode se constituir em violação dos direitos humanos. Quando, por exemplo, as mulheres se submetem a exames ginecológicos, em um hospital ou clínica acadêmica, elas podem concordar com a observação de seu exame por vários estudantes de medicina. Se um estudante disfarça um amigo não estudante, com uma bata e um estetoscópio, ou dispositivo semelhante, que sugira que ele seja um estudante de medicina, e o leve para observar o exame, a mulher que concordou com a presença dos estudantes de medicina, sem saber que um intruso disfarçado estava presente, não teria sido prejudicada. Mas, ela teria sido lesada. Ela teria sido enganada, e sua boa vontade traída, e ela teria sido usada, pelo estudante de medicina e seu amigo, como um objeto de diversão, curiosidade, e talvez satisfação lasciva. Uma conduta que não seja danosa pode, contudo, ser eticamente incorreta.

Em um exemplo histórico de conduta maliciosa nos EUA,⁹ a eficácia de drogas contraceptivas, aparentemente promissoras, mas que ainda não tinham sido suficientemente testadas, foi demonstrada quando mulheres americanas de descendência mexicana, morando no Texas e incapazes de dispor destas drogas, solicitaram-nas em uma clínica de planejamento familiar, que oferecia amostras grátis a algumas mulheres. As mulheres às quais foi dito que receberiam pílulas contraceptivas, foram secretamente selecionadas de forma aleatória, e algumas receberam de fato as pílulas, mas a outras, um grupo de controle paralelo, foi dado um placebo da pílula. A taxa de natalidade entre as mulheres que receberam a pílula inativa foi significativamente mais elevada do que entre as que tinham recebido a droga que estava sendo testada, o que atestou a sua eficácia. As mulheres do grupo placebo não tinham direito de receber a pílula contraceptiva e, desta forma, não lhes foi negado tratamento ao qual tinham direito, e nada mais que pudessem ter utilizado. No entanto, talvez elas tivessem se comportado de forma diferente se não acreditassem que estivessem com proteção contraceptiva e, neste sentido, elas foram enganadas. Estas mulheres foram usadas, sem os seus consentimentos e sem indenização, pela participação em pesquisa, sobre a qual não foram informadas. Hoje em dia, este estudo é considerado como tendo sido antiético, por violar o princípio da não-maleficência.

Uma conseqüência das pesquisas serem consideradas passíveis de prejudicar a criança *in utero* de uma pessoa submetida a uma pesquisa, demonstrada pelo reconhecimento do dano causado ao feto pelo uso da droga Talidomida, foi a de que passou a ser comum excluir mulheres em idade reprodutiva de pesquisas, pois elas poderiam afetar a fecundidade ou as crianças por nascer. Uma abordagem mais recente, no entanto, considera que a recusa em aplicar uma proporção satisfatória de recursos para melhorar a atenção à saúde das mulheres, incluindo aquelas em idade reprodutiva, é considerada antiética. As mulheres continuam a usar produtos farmacêuticos,

⁹ J. P. Kahn, A. C. Mastroianni, and J. Sugarman (eds) *Beyond Consent: Seeking Justice in Research* (New York: Oxford University Press, 1998), p. 2263.

cuja eficácia e segurança não foram testadas em mulheres submetidas a pesquisas, porque estes produtos foram avaliados e aprovados para comercialização em um momento em que a inclusão das mulheres em idade reprodutiva em pesquisas de drogas era considerada eticamente imprópria, ou pelo menos questionável.

Hoje, a falha em incluir mulheres em idade reprodutiva no teste de produtos voltados ou que possam vir a ser usados por mulheres em idade reprodutiva, em cuidados de saúde terapêuticos ou preventivos, é considerada uma violação antiética do princípio da não-maleficência, pelo fato deles poderem causar danos resultantes de testes inadequados. A política inicial de exclusão também tratava as mulheres de forma desrespeitosa, como sendo incapazes, enquanto adultas competentes e informadas, de tomar as suas próprias decisões sobre participar ou não de estudos médicos. O princípio da não-maleficência não significa apenas não danificar, mas também, não agir de má fé, o que inclui tratar as pessoas como objetos ou meios para fins, nem impessoalmente, mesmo quando elas não estejam expostas ao risco de injúrias ou danos físicos.

5.4 *Justiça*

A justiça é o princípio ético que a lei e as instituições legais, como as Cortes, se propõem a servir. A bioética está menos preocupada com a justiça punitiva ou compensatória do que com a justiça distributiva. A justiça punitiva oferece meios para que as pessoas que tenham agido de má-fé sejam passíveis de sofrerem punição. A justiça compensatória obriga aqueles que tenham causado algum dano aos interesses de outros, mesmo que sem intenção e sem nenhum propósito errado, que os compensem apropriadamente. Sejam as leis justas ou injustas, isto é uma questão de julgamento democrático ou da comunidade. Os advogados sabem, tanto quanto os não advogados, sobre esta questão. A contribuição dos advogados para a justiça é a sua compreensão sobre processos judiciais e de tomada de decisão legal, freqüentemente chamados de processos judiciais da lei.

A justiça distributiva se preocupa com a imparcialidade, e com a garantia de que todas as pessoas recebam os direitos a que fazem jus. Isto requer que casos semelhantes sejam tratados de forma similar, como, por exemplo, na alocação de recursos escassos, e que casos diferentes sejam tratados de modo a expor as diferenças. As preocupações bioéticas focam em critérios de semelhança e diferença, pois casos que parecem diferentes, de acordo com alguns critérios, parecem semelhantes por outros. Já se acreditou, por exemplo, que apenas os homens poderiam exercer autoridade social, como chefes de instituições políticas, militares, religiosas, profissionais e educacionais, e que apenas as mulheres poderiam cuidar das crianças, de pessoas incapazes e dos idosos. Desta forma, as atividades sociais foram separadas com base no gênero, sendo as atividades do gênero masculino desempenhadas por pessoas do sexo masculino, e as atividades do gênero feminino realizadas por pessoas do sexo feminino. Na atenção à saúde, por exemplo, o

76 *Princípios médicos, éticos e legais*

cuidado médico e a cirurgia eram atividades masculinas, fazendo com que uma ‘mulher médica’ fosse identificada por seu sexo. Da mesma forma, a enfermagem era feminina, e os ‘enfermeiros homens’ eram apresentados como tal. No entanto, hoje em dia já se reconhece que os homens podem exercer tanto as atividades associadas ao gênero masculino como aquelas relacionadas ao gênero feminino, e que as mulheres também desempenham ambos os tipos de atividade. As mulheres são chefes políticas, militares, religiosas, profissionais e acadêmicas competentes e eficazes, e os homens são capazes de oferecer cuidado aos outros. Assim, as políticas ou práticas que excluam pessoas de papéis ocupacionais ou vocacionais com base em seu sexo são, agora, amplamente consideradas injustas e, deste modo, antiéticas.

Em contrapartida, a justiça distributiva defende o reconhecimento das diferenças biológicas entre os sexos, quando elas sejam eticamente significativas. A vida das mulheres, por exemplo, diferente da dos homens é ameaçada pelo curto espaçamento e pela frequência das gravidezes. O acesso das mulheres a métodos de espaçamento dos nascimentos é eticamente necessário, assim como aos meios acessíveis, seguros e oportunos de interromper uma gravidez que seja perigosa para as suas vidas e para a manutenção de sua saúde. As regras legais e outras regras, que no passado foram elaboradas, principalmente, por instituições que não incluíam e, freqüentemente, excluíaam mulheres, que impediam o acesso das mulheres a cuidados reprodutivos necessários e a administração da gravidez, violam o princípio ético de justiça. Este reconhecimento é visto na flexibilização progressiva das leis proibitivas de aborto.

6. Níveis de análise bioética

As correntes e os princípios éticos podem ser utilizados em diferentes níveis ou graus de análise. Posições que sejam eticamente defensáveis, em um nível de análise podem ser indefensáveis em outro. Profissionais de saúde que acreditam que suas condutas sejam éticas podem, no entanto, se surpreender e ficar angustiados ao enfrentarem reprovações de críticos, que avaliam as suas condutas a partir de um nível analítico, diferente daquele por eles adotado. Um médico, ou médica que tenha agido de acordo com o que ele ou ela, conscientemente, acreditasse ser o melhor para a saúde do paciente, como a esterilização de uma mulher sem o seu consentimento prévio, durante o processo do parto de mais um de seus bebês não desejados, pode ser condenado por agir de forma paternalista. Desrespeitar pacientes, enquanto pessoas que têm direito à informação e capazes de fazer escolhas entre várias opções, os infantiliza e humilha. Da mesma forma, um médico devoto da religião que se intromete na vida de uma adolescente solteira, informando a seus pais que ela está escolhendo um modo de vida imoral, por ter solicitado orientação contraceptiva, pode ser condenado por violação da confidencialidade da paciente. Conseqüentemente, os atores devem escolher o nível ético que justifique as suas condutas, e ter condições de explicar os fundamentos que tornam

outros níveis de análise ética inapropriados. Igualmente, os comentaristas da conduta de outros devem explicar os pressupostos sobre os quais eles alegam que o seu nível de análise seja preferível ao dos outros, e terem condição de reconhecer que as condutas que eles criticam em um nível de análise podem ser eticamente explicáveis em outro. Quatro níveis de análise ética podem ser reconhecidos.

6.1 *O nível microético*

Este nível de análise diz respeito ao critério ético de como uma pessoa trata outra. Neste nível analítico, cada pessoa oferece a outra o seu dever ético. Um profissional de saúde, por exemplo, respeita o direito do paciente de tomar decisões informadas sobre aceitar, ou não, um tratamento proposto. De forma recíproca, o paciente respeita o direito do profissional de não levar adiante um tipo de tratamento que ele julgue ser contra-indicado ou desnecessário, com base no compromisso de ‘não fazer o mal’, ou pelo qual ele ou ela tenha objeções conscientes. O profissional respeita a escolha consciente do paciente, transferindo seus cuidados a outro profissional, caso ele ainda solicite o tratamento. O profissional age antieticamente escondendo informações sobre a disponibilidade legal de uma opção de tratamento à qual ele se opõe conscientemente.

É igualmente antiético omitir informações sobre um tipo de cuidado acessível mas escasso ou caro, que poderia beneficiar a saúde de um paciente, sob a convicção de que o cuidado iria propiciar um benefício maior a outro paciente. Um profissional de saúde, cuja ajuda tenha sido solicitada por um paciente e que subordina, unilateralmente, os interesses deste paciente aos de outro, viola a responsabilidade microética. Os sistemas ou instituições de saúde que esperam que os médicos atuem como protetores ou alocadores de recursos públicos, institucionais ou de outros tipos, nos tratamentos clínicos de seus pacientes colocam-nos em conflito com as suas obrigações, e com a probabilidade de serem forçados a violar uma ou outra destas obrigações, ou mesmo ambas.

6.2 *O nível macroético*

Este nível de análise utiliza critérios éticos sobre como um grupo de pessoas como membros de uma comunidade, tratam coletivamente outras comunidades, e indivíduos como membros e não-membros do grupo. A bioética tem se desenvolvido lentamente neste nível, em parte, talvez por sua origem nos EUA, onde não foi criado um direito único de todos os cidadãos de receberem os cuidados de saúde necessários. Contudo, em vários outros países, a maioria deles apresenta variações de um sistema de saúde nacional, que busca alcançar equidade no acesso aos serviços médicos entre as comunidades ricas em recursos e as pobres, entre membros de minorias e majorias populacionais e entre residentes de áreas urbanas, distritais e rurais. Muitos serviços médicos de saúde pública, como o controle e o

78 *Princípios médicos, éticos e legais*

tratamento de doenças contagiosas, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, infecção por HIV e, por exemplo, tuberculose, refletem um compromisso público macroético de alcançar e preservar a saúde das populações. Os serviços de engenharia da saúde pública como aqueles ligados ao saneamento, à drenagem, e ao esgotamento sanitário, a purificação das águas domésticas, e ao controle de poluentes transportados pelo ar são respostas similares às preocupações macroéticas com a qualidade do ambiente onde vivem as comunidades. A distribuição de serviços de planejamento familiar atende aos objetivos daqueles que recebem o tratamento, mas também ao propósito público de garantir que as comunidades não tenham mais filhos do que os desejados.

O princípio ético de justiça se aplica no nível social ou macroético. Mesmo se as partes de um acordo de disputa acreditem que os termos do acordo sejam justos, elas só saberão, de fato, se eles o são comparando-os com acordos propostos em disputas similares. Isto explica por que a justiça exige o acesso a julgamentos, ou a termos de acordo prévios de outros casos; a semelhança ou diferença dos casos é utilizada como justificativa para ajudar a explicar a decisão tomada, e em vários sistemas legais, há a preocupação com os precedentes para garantir que fatos semelhantes resultem na aplicação das mesmas leis.

6.3 *O nível mesoético*

As análises éticas neste nível se situam entre os níveis micro e macroético. A mesoética é uma preocupação de gestores de recursos e administradores governamentais, institucionais e do setor privado, pois eles lidam com a alocação de recursos administrativos ou burocráticos entre demandas concorrentes. A mesoética envolve princípios de beneficência e de justiça distributiva, como quando um orçamento limitado para a saúde é objeto de demandas legítimas em nome de serviços pediátricos, geriátricos, de maternidade, emergenciais e outros. As autoridades que alocam recursos entre instalações de saúde primárias, secundárias e terciárias também são responsáveis por decisões mesoéticas. As alocações devem se dirigir a um espectro de serviços de saúde. Este espectro desde serviços preventivos e terapêuticos, como a imunização em massa contra doenças infantis e a re-hidratação oral — um tratamento barato e eficaz para crianças com risco de vida evitável por perda de líquidos decorrentes de diarreia — até serviços de transplante de múltiplos órgãos, variações das técnicas de fertilização *in vitro* e intervenções similares muito caras, que dependem de elevada qualificação científica e/ou cirúrgica. Assim, o espectro vai desde tratamentos baratos, voltados para a população em massa a intervenções muito caras, que atendem a um número relativamente pequeno de pacientes, mas que prolonga ou melhora as suas vidas.

Os bioeticistas vêm se comprometendo, cada vez mais, com a mesoética, sobretudo no que diz respeito à alocação de recursos. Por exemplo, ao compararem os recursos, relativamente escassos, dotados para distúrbios em crianças e adoles-

centes, em alguns países economicamente desenvolvidos, com a grande quantidade de recursos destinados a pacientes idosos, que sofrem de distúrbios múltiplos associados à idade, alguns deles desenvolveram uma ética da justiça intergeracional.¹⁰ Esta ética defende a consagração de uma proporção maior de recursos para tratar ou amenizar distúrbios entre pessoas jovens, a fim de promover as perspectivas de cada um de alcançar a velhice com boa saúde. Ou seja, os cuidados relativamente baratos, necessários para atender aos pacientes jovens são privilegiados em detrimento dos tratamentos excessivamente caros que atendem a um número pequeno de idosos gravemente doentes, refletindo uma orientação ética utilitarista de buscar o melhor benefício para o maior número de pacientes.

6.4 O nível megaético

As questões abordadas no nível megaético transcendem questões nacionais de saúde que podem ser tratadas pela macroética. Elas incluem preocupações como os efeitos na saúde humana da degradação e da poluição ambiental. Uma preocupação bioética mais direcionada para a medicina ligada à saúde da população humana é a pandemia internacional de HIV/AIDS. Estas preocupações também incluem os impactos ecológicos da falha em conter o crescimento populacional. A superpopulação leva à geração de poluição, ao empobrecimento e a mega cidades doentes (ou seja, cidades com mais de 10 milhões de habitantes), cuja grande maioria se situa em países pobres em recursos. Assim, a bioética é substituída por preocupações éticas que incluem, mas vão além das considerações com a biologia humana.

Freqüentemente, as políticas podem ser eticamente defendidas em mais de um nível de análise, como ocorre com a oferta de serviços de planejamento familiar, que é justificável, tanto no nível microético como no macroético. Ainda, inconsistências ou contradições aparentes em políticas podem ser resolvidas recorrendo-se a diferentes níveis de análise. Por exemplo, algumas feministas letradas, que se opõem à intervenção do Estado através de leis de aborto restritivas, também defendem leis que punem a revelação do sexo do feto, para evitar que as mulheres realizem abortos baseados no sexo. Elas temem que as mulheres selecionem, ou sejam forçadas a interromper a gravidez de fetos femininos, reforçando a discriminação contra as crianças meninas e perpetuando a desvalorização das mulheres em suas comunidades.

Os comentaristas ressaltam a aparente inconsistência ou paradoxo de buscar preservar o direito das mulheres de interromper a gravidez por razões menores ou triviais, mas de barrar ou obstruir o direito que elas desejam exercer por razões importantes para as suas vidas e famílias ou para a sua saúde. Uma mulher que já tenha três ou quatro filhas pode, por exemplo, desejar levar adiante outra gravidez, talvez mais tarde em sua vida reprodutiva, para ter um filho, mas não outra filha. Defensoras destas políticas podem, no entanto, alegar que a decisão do aborto é,

¹⁰ D. Callahan, *Setting Limits: What Kind of Life* (New York: Simon & Schuster, 1990).

em princípio, uma decisão microética, a ser tomada entre a mulher e o seu médico. Em contraste, a decisão de proibir abortos com base no sexo é, em princípio, uma decisão macroética a ser abordada em nível da sociedade, uma vez que ela afeta a condição social das mulheres, sua dignidade e respeito. Ela também pode ser de importância megaética, ao reforçar a condição das mulheres, em todas as culturas e comunidades do mundo, e ao resultar em condenações de abortos com base no sexo em documentos internacionais de direitos humanos.

7. *Ética da saúde sexual e reprodutiva*

A postura restritiva da regulação da fecundidade, mantida pela Igreja Católica Romana, refletindo a sua orientação deontológica, que persuadiu muitos ativistas influentes nos anos 1970 a contribuírem com o recentemente estabelecido campo da bioética, enquanto um empreendimento secular, se mantém em pleno vigor. Isto foi evidenciado na oposição da Igreja à liberalização de iniciativas tomadas em conferências internacionais sobre população, desenvolvimento e direitos das mulheres. As divisões éticas continuam no que diz respeito aos meios médicos, científicos e biotecnológicos adequados para preservar a saúde e a capacidade reprodutiva das pessoas e para aumentar o seu controle sobre a fecundidade, segurança, segurança de seus parceiros e segurança de outros de seus comportamentos sexuais. Para a Igreja Católica Romana, as decisões éticas no campo da sexualidade humana são controversas e difíceis de serem tomadas, em parte por que as suas argumentações têm sido desenvolvidas por padres celibatos, cuja primeira experiência com a sexualidade humana deu-se através de conceitos de pecado. A Igreja, orientada por seu princípio de liderança infalível, considera o comportamento sexual como sendo natural e próprio apenas quando ele está voltado, exclusivamente, para a reprodução dentro do casamento. A relação sexual só é considerada permissiva nos casamentos heterossexuais. Pessoas inférteis, como mulheres após a menopausa, podem se casar, contanto que a relação sexual permaneça aberta, em princípio para a transmissão da vida humana, talvez através de uma intervenção divina milagrosa. O uso de meios contraceptivos artificiais, de efeito transitório ou permanente, é proibido. Clamando ser o centro da única Igreja universal e verdadeira, o Vaticano não restringe as suas proibições aos adeptos da Igreja. Ele se opõe ativamente ao uso de práticas reprodutivas que violam os seus ensinamentos, onde quer que elas sejam propostas ou aceitas.

Estudos sociológicos têm demonstrado que, nas populações humanas, ao contrário das populações animais, a sexualidade atende a outras finalidades além da reprodução das espécies, especialmente a criação de laços humanos e o estabelecimento e estabilidade da vida privada e em família. Há uma aceitação crescente de que a sexualidade seja um componente natural da vida humana, e de que a reivindicação da intimidade sexual seja legítima e que deve ser ativamente acomodada, onde ela for

voluntária. Estudos também têm mostrado a ampla variedade de práticas sexuais de que participam os seres humanos, indo muito além da relação reprodutiva heterossexual que alguns eticistas baseados no dever consideram ser a única 'natural'.

Além das evidências sociológicas, que demonstram a necessidade de acomodar a saúde reprodutiva e sexual, a Organização Mundial da Saúde e agências associadas reforçaram, de forma pragmática, este ponto através de estimativas de que, no mundo a cada ano aproximadamente 515.000 mulheres morrem de complicações na gravidez,¹¹ representando mais de 1.400 mortes maternas por dia; de que mais de 7 milhões das mulheres que sobrevivem ao parto sofrem sérios problemas de saúde; e de que mais 50 milhões sofrem efeitos de saúde adversos.¹² Mais de 99% destas conseqüências ocorrem em países com economias em desenvolvimento, e a maioria poderia ser evitada pelo acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva, como a redução de gravidezes não desejadas ou fora de hora, e pelo acesso a cuidados obstétricos emergenciais. Os bioeticistas preocupados com valores utilitaristas, que avaliam princípios teóricos através de suas conseqüências na prática, vêm tratando estas considerações como sendo a base das ações curativas.

Conseqüentemente, durante a última década do século XX, surgiu um conceito de saúde reprodutiva e sexual, baseado na descrição de 'saúde', amplamente endossado, presente na Constituição da Organização Mundial da Saúde: saúde é o 'estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade'. O novo conceito se estende à saúde reprodutiva e sexual. A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a Quarta Conferência Mundial da ONU sobre Mulheres, realizada em Pequim, em 1995, adotaram um conceito amplo de saúde reprodutiva e sexual. A definição está citada no Capítulo 2 acima, mas, diante de seu significado bioético, vale a pena repeti-la. Ela afirma que:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se, também, que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável.

Assim, a saúde reprodutiva deve ser compreendida como o grupo de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar. Isto

¹¹ WHO, UNICEF, and UN Population Fund, *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Geneva: WHO, 2001).

¹² UN Population Fund, *The State of the World Population 1999, 6 Billion: A Time for Choices* (New York: UN Population Fund, 1999).

82 *Princípios médicos, éticos e legais*

envolve tanto a prevenção quanto o tratamento de problemas de saúde reprodutiva. O propósito da saúde sexual, presente nesta definição, é a melhoria da vida e das relações pessoais, que inclui, mas vai além, da orientação e dos cuidados relativos à reprodução e a doenças transmitidas sexualmente.

Esta definição abrange a contracepção, a esterilização e o aborto. A frase condicionante ‘que não é contra a lei’ permite uma limitação legal da prestação destes serviços em países que considerem a restrição da autonomia reprodutiva eticamente justificável. A definição também abrange o acesso a técnicas de reprodução assistida, incluindo tecnologias criadas para tratar a infertilidade e para permitir que casais inférteis possam superar a impossibilidade de terem filhos, com o uso de diferentes técnicas coletivamente conhecidas como fertilização *in vitro* (FIV). O tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, que podem ser uma causa de infertilidade, vem ganhando uma importância crescente devido a pandemia internacional de HIV/AIDS. Na maioria das situações, a infecção é propagada pela relação sexual e o grupo populacional com o crescimento mais acelerado da taxa de infecção é o de mulheres jovens.

A prestação de serviços de saúde reprodutiva e sexual levanta questionamentos éticos profundos, em todos os seus níveis de análise. No nível microético estão as relações entre pacientes e profissionais de serviços de saúde, especialmente aqueles que tenham objeções conscientes de prestar serviços lícitos, solicitados por seus pacientes. Muitas vezes, os códigos éticos estabelecem que os profissionais que se recusam a oferecer um serviço de saúde lícito, por questões de consciência, como o aborto e a esterilização, devem dar esta informação, antecipadamente, a qualquer pessoa em busca de serviços de saúde. Ainda, caso seus próprios pacientes solicitem este tipo de serviço, eles deverão fazer um esforço razoável para encaminhá-los a outros profissionais que estejam dispostos e sejam capazes de realizar o serviço. No nível macroético, estão questões sobre se, e de que maneira a sociedade pode proibir práticas sexuais e reprodutivas privadas e voluntárias, ou forçar as mulheres a levarem adiante gravidezes contra a sua vontade. É amplamente aceito que a polícia e outros departamentos públicos não têm espaço na cama dos cidadãos para monitorar o uso de contraceptivos ou de outras práticas sexuais pessoais, para barrar ou impor escolhas reprodutivas.

Os que sustentam outra opinião carregam um pesado ônus ético de persuasão. Eles podem ficar isentos deste ônus, por exemplo, nos casos de prevenção de incesto ou de exploração sexual de pessoas vulneráveis. Os Estados podem alegar um interesse ético por vidas humanas por nascer, e demonstrar este interesse, através, por exemplo, da disponibilização de serviços de atenção pré-natal e de dietas suplementares para mulheres grávidas. Os Estados que alegam proteger a concepção da vida humana podem ser fortemente pressionados a justificar, com fundamentos éticos, a promoção dos interesses do feto sobre os das mulheres grávidas. As mulheres não perdem os seus próprios direitos por engravidarem voluntariamente. Os Estados não podem alegar com credibilidade que os seus interesses pela

vida humana por nascer substituem, de forma ética, as escolhas que as mulheres devem fazer entre interesses concorrentes, em suas vidas pessoais, como o cuidado de seus filhos recém-nascidos, com seus pais, e de outros que dependam delas.

Uma corrente deontológica, ou baseada em princípios, pode sustentar que qualquer ser humano, feto e embrião têm valores inerentes, e que nenhum deles pode ser conscientemente sacrificado, mesmo que em benefício de centenas de milhares de outros. Os governos democráticos são responsáveis pela maximização da saúde entre a população que eles atendem, e podem ser solicitados a adotar princípios utilitaristas, por serem responsáveis pelas conseqüências das políticas que aplicam. Neste sentido, eles também poderão ter que utilizar princípios macroéticos e, por exemplo, promover a saúde e o bem-estar das mulheres através do acesso a regulação da fecundidade. No mínimo, eles deverão permitir a compra pessoal de métodos contraceptivos. Eles também podem ir além, e patrocinar a educação contraceptiva para instruir a sua população sobre as vantagens e os meios da prática contraceptiva. Para ir ainda mais longe, eles podem oferecer ativamente os meios contraceptivos àqueles incapazes de adquiri-los, ou a todos que estão cobertos por serviços de saúde públicos, independente de seus meios pessoais.

As decisões mesoéticas envolvem questões como a distinção entre os serviços de saúde reprodutiva e sexual, que os governos disponibilizam gratuitamente para os receptores, e outros serviços que serão serviços de 'luxo', disponíveis apenas para aqueles com meios próprios de pagá-los. Os interesses da saúde pública podem ser atendidos por uma variedade de modos utilitaristas. Eles incluem o fornecimento de antibióticos e de outros tratamentos de rotina contra doenças sexualmente transmissíveis tratáveis, para reduzir os custos públicos financeiros e outros custos de infecções disseminadas, e também a provisão de métodos contraceptivos. As pessoas excessivamente pobres para pagar por estes meios podem ser incapazes de prover os filhos que terão com os recursos materiais de que as crianças necessitam para se desenvolverem, apresentando às autoridades públicas a escolha de financiar os serviços sociais para elas ou de sofrerem os efeitos de inúmeras crianças desprovidas e sem saúde. O tratamento para a infertilidade causada por doença, através de métodos médicos ou cirúrgicos simples, pode ser publicamente financiado, da mesma forma que o tratamento para outras doenças. No entanto, o método médico de reprodução assistida para superar a infertilidade pode ser considerado mais cosmético, e não contar com o financiamento ou subsídio público ou institucional, exceto, talvez, em países que desejem, urgentemente, promover o crescimento populacional. Alternativamente, os financiadores podem aprovar o fornecimento de tratamentos para a infertilidade primária, que afetam pessoas que não tenham filhos, mas não para a infertilidade secundária, que afetam aquelas que têm crianças vivas, mas que agora desejam mais filhos e que sejam incapazes de concebê-los.

As questões megaéticas ligadas à saúde reprodutiva e sexual incluem o crescimento e a distribuição da população mundial, e as conseqüências econômicas e

outras conseqüências das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente HIV/AIDS. O financiamento internacional para programas de planejamento familiar em países pobres em recursos é questionado por grupos religiosos conservadores que têm a sua orientação deontológica de serviços de planejamento familiar transgredida, e por grupos antiaborto de países ricos, cujos tomadores de decisões políticas associam planejamento familiar a aborto. Os oponentes presentes em países pobres em recursos podem utilizar o princípio da justiça, para destacar que a proporção de recursos mundiais absorvidos por uma criança de um país economicamente desenvolvido é significativamente maior do que a proporção utilizada por uma criança de um país economicamente em desenvolvimento ou subdesenvolvido. Eles argumentam que se o crescimento populacional é considerado um perigo para a disponibilização internacional de recursos — por exemplo, comida ou energia não renovável — os programas de limitação familiar deveriam focar países desenvolvidos.

Em alguns países em desenvolvimento com uma população elevada, como a Índia, muitas pessoas e talvez a maioria da população ainda não tenha atingido a sua idade reprodutiva, ameaçando uma explosão populacional, quando isto ocorrer. A pressão do rápido crescimento populacional é percebida, algumas vezes, como uma ameaça à estabilidade nacional e internacional, e um risco de conflitos internacionais pela posse de territórios, especialmente as áreas férteis. Os movimentos populacionais, sobretudo por migrações ilegais para países economicamente mais desenvolvidos, são vistos também como uma ameaça ao surgimento de disputas urbanas nestes países. Contudo, freqüentemente, as populações nacionais são beneficiadas pela chegada de diversos imigrantes. Ainda, em países com populações nativas envelhecendo, onde poucos jovens trabalhadores sustentam um número crescente de aposentados, a afluência de mão-de-obra jovem de imigrantes pode ser bem-vinda, mesmo ao custo de introduzir mudanças culturais difíceis de serem assimiladas pelos residentes mais velhos.

Questões pragmáticas dizem respeito a se um efeito da pandemia de HIV/AIDS irá interromper, e mesmo, reverter o crescimento populacional em alguns países, devido ao aumento das taxas de mortalidade de pessoas jovens e crianças, e se existem deveres éticos de financiar pesquisas preventivas e de oferecer assistência. Isto reflete uma questão fundamental, em todos os níveis de análise ética, sobre se os direitos éticos aos serviços, na área da saúde reprodutiva e sexual, são direitos positivos ou nada mais do que direitos negativos. Os direitos negativos são ‘direitos a serem deixados de lado’ pelo Estado e por outras agências e autoridades, dando liberdade às pessoas de levar adiante condutas e obter serviços que sejam de sua escolha. Onde os direitos aos serviços de saúde reprodutiva e sexual sejam direitos negativos, as pessoas podem receber serviços de contracepção, esterilização e aborto, e FIV, além de outros meios médicos de reprodução assistida, sem a obstrução do Estado ou de outros atores. Mas, a obtenção dos serviços de saúde pode exigir habilidade para encontrá-los, capacidade para alcançá-los e dinheiro para adquiri-los. Neste sentido, os direitos negativos podem ser direitos das pes-

soas educadas ao invés das sem educação, das pessoas em boas condições físicas e não das incapacitadas ou mais das urbanas do que dos residentes rurais, e dos ricos e não dos pobres. Ainda, quando as condições legais são equipadas para o acesso aos serviços, como para serviços de aborto terapêutico, mas não para os não terapêuticos, os direitos negativos não existirão para aqueles considerados ilegais.

Os direitos positivos são direitos a serem oferecidos, pelo Estado ou por outras agências, instituições ou pessoas, com provisões ou serviços que não possam ser obtidos sem assistência. Por exemplo, o direito da pessoa ao acesso à proteção contraceptiva não tem valor se ela não puder encontrar, acessar, ou adquirir os únicos serviços existentes. No nível microético, em que os profissionais de saúde têm a prudência de selecionar quais solicitações por serviços lícitos eles irão aceitar e quais irão rejeitar, os direitos a seus serviços são apenas direitos negativos. Macroeticamente, as sociedades podem decidir disponibilizar alguns serviços, mas não outros para todos ou apenas para alguns que os tenham solicitado ou que deles necessitem. Direitos são positivos para aqueles considerados elegíveis a recebê-los, mas para outros, eles são, na melhor hipótese, direitos negativos. As decisões mesoéticas dentro de instituições quase sempre dizem respeito essencialmente aos serviços onde elas proverão direitos positivos, sendo os outros direitos mais facilmente acomodados como direitos negativos. Um hospital pode, por exemplo, oferecer cuidados pré-natais gratuitos aos residentes da área que ele atende, e disponibilizar estes serviços, a preço de custo, a pacientes pagantes não residentes. No nível megaético, internacional, os países e, por exemplo, as empresas comerciais que dispõem dos meios, atuando, diretamente ou por meio de agências internacionais, podem criar direitos positivos para os países pobres em recursos e para grupos dentro de suas populações, como o recebimento de produtos terapêuticos a custo reduzido ou sem custo. Contudo, os países e as empresas podem negar obrigações éticas gerais com respeito a qualquer país ou grupo específico de pessoas.

Os deveres éticos a pessoas e populações podem surgir em pesquisas na área da saúde reprodutiva ou em outras áreas, como quando as companhias farmacêuticas comerciais conduzem estudos em populações específicas. Elas podem estar comprometidas por deveres éticos de justiça a retribuírem os benefícios descobertos, por meio da disponibilização gratuita ou a preços reduzidos de produtos, por um período de tempo apropriado, aos sujeitos de suas pesquisas ou as comunidades de onde vieram as pessoas que participaram dos estudos. Isto está relacionado ao contexto mais amplo da ética em pesquisas.

8. *Ética em pesquisas*

As pesquisas médicas têm uma história longa e conhecida, mas desde a segunda metade do século XX, elas têm estado sob fiscalização e suspeita ética. Em décadas recentes, surgiu uma ramificação importante da ética em atenção à saúde, em geral,

e da bioética, em especial, envolvendo experimentações com seres humanos. A exigência de que as propostas de pesquisa fossem submetidas, antecipadamente, a painéis independentes ou a conselhos formados por membros multidisciplinares e leigos, para a sua revisão e aprovação em fundamentos éticos, introduziu pessoas leigas ao mundo da bioética e criou um corpo de literatura, conhecimento e experiência bastante grande na área da ética em pesquisa.

A pesquisa que segue a corrente baseada no dever ou deontológica reconhece os limites até onde é apropriado pesquisar. Antes da metade do século XIX, por exemplo, a influência da religião, na Europa e em outras partes, não permitia a dissecação de corpos de pessoas mortas, para a pesquisa e a formação médica, por medo de que a abertura ou o desmembramento de um cadáver causasse a fuga e a perda da alma da pessoa doente. Hoje, alguns tipos de pesquisas sobre a biologia reprodutiva humana, e certas tecnologias reprodutivas e, por exemplo, pesquisas de células-tronco, baseadas na manipulação de embriões humanos, são condenadas por algumas instituições religiosas. Existe entre os seculares uma oposição muito difundida, ou quase universal, à criação de duplicatas genéticas independentes de seres humanos, pela clonagem de células de pessoas vivas ou, se for cientificamente possível, de pessoas que morreram recentemente. Da mesma forma, o imperativo kantiano de que as pessoas não sejam tratadas apenas como instrumentos, como meios para fins de outros, destaca muito do escrutínio ético das propostas de pesquisas. A necessidade dos pesquisadores de usarem seres humanos como meios para alcançar suas finalidades de pesquisas, como a promoção do conhecimento científico ou a promoção do enriquecimento comercial, gera o medo de que estes sejam considerados apenas como meios, e que os seus valores e dignidades intrínsecas, enquanto seres humanos, possam ser desmerecidos.

Os propositores de uma corrente que alegue que um fim talvez desejável em si não possa justificar meios impróprios, e que alguns meios de pesquisas sejam antiéticos, se defrontam com o desafio de decidir se avanços na saúde terapêutica e preventiva, obtidos a partir de meios de pesquisas impróprios, podem ser incorporados às suas práticas clínicas. A alternativa pode ser de que os seus pacientes precisem ser solicitados a carregar sofrimentos evitáveis, visto que a condução de pesquisas erradas não pode ser perdoada. A corrente utilitarista ou conseqüencialista aprova o uso de técnicas, como pesquisas em embriões humanos, para melhorar os conhecimentos e as práticas reprodutivas, e as pesquisas desenvolvidas com células-tronco, como, por exemplo, a clonagem de embriões humanos, por seu potencial de alcançar benefícios para a saúde. Mais controverso é o uso de informações médicas obtidas por técnicas que violam os direitos humanos. Um exemplo muito usado refere-se a técnicas para as quais pessoas em cativeiro e prisioneiros de campos de concentração foram literalmente testadas até a morte, pela exposição deliberada a altas temperaturas, à radiação e a infecções letais, durante a Segunda Guerra Mundial. A pesquisa que segue a corrente utilitarista deve solucionar o desafio de desaprovar métodos de pesquisa errados, ao mesmo tempo em que

deve preservar os resultados que tenham uma relevância científica para amenizar o sofrimento de pacientes inocentes.

Os partidários de correntes feministas se defrontam com um desafio similar quando eles insistem em que as experimentações na área da saúde das mulheres sejam conduzidas com a participação de mulheres esclarecidas e voluntárias, que estejam ou que possam vir a estar grávidas. Estas pesquisas não devem envolver drogas ou outros produtos que sejam comprovadamente nocivos para os embriões ou fetos. Contudo, os partidários já receberam o influente apoio de governos da América do Norte e de outras regiões, ao reivindicarem que a exclusão das mulheres em idade reprodutiva das experimentações não pode ser eticamente justificada pela falta de conhecimento dos efeitos nocivos que as práticas ou os produtos podem causar aos embriões ou aos fetos que elas possam estar carregando. O princípio ético de não fazer o mal se aplica ao cenário terapêutico, mas nas pesquisas alguns riscos controlados podem ser eticamente justificáveis e mesmo necessários para evitar danos maiores.

Por exemplo, caso uma droga que ainda não tenha sido testada seja de fato danosa para a vida do embrião ou do feto humano, isto deve ser provado como resultado de uma pesquisa, e não como nos anos 1960, no caso da droga Talidomida, muitos anos após a droga ter sido prescrita para mulheres grávidas, acreditando-se que ela não causasse danos, com centenas ou milhares de crianças sofrendo de deformações gritantes, como resultado. Bioeticistas feministas e utilitaristas usariam argumentações macroéticas para alegar que, em pesquisa, a exposição de um grupo limitado de embriões e fetos a danos menores é justificável, pela prevenção de danos a um número muito maior, com o desenvolvimento de produtos terapêuticos para pacientes doentes.¹³ No entanto, os bioeticistas baseados no dever, cujo primeiro compromisso é com a sobrevivência de cada vida humana por nascer, e não com o desenvolvimento de conhecimentos médicos sobre os efeitos de intervenções médicas antes do nascimento, podem ser mais cautelosos com experimentações que possam resultar na perda da criança, ou na interrupção da gravidez por danos sofridos pelos embriões ou pelos fetos.

Após a Segunda Guerra Mundial, julgamentos de acusados de crimes de guerra, especialmente em Nuremberg e também em Tóquio, demonstraram os abusos contra pessoas vulneráveis, através de suas convocações involuntárias para participarem de experimentações médicas. Após o julgamento dos ‘Médicos Nazistas’, o Código de Nuremberg de 1947, elaborado durante o julgamento de processos, passou a ser um documento central que prescreveu condições para a conduta ética em experimentações médicas. Porém, este código é limitado por suas origens, como uma reação aos testes desumanos, que algumas vezes visavam a morte, de pessoas sob o controle daqueles que as consideravam subumanas e descartáveis. O Código de Nuremberg não trata, por exemplo, das condições éticas para a condução de

¹³ Ver T. Stephens e R. Brynner, *Dark Remedy* (Cambridge, Mass.: Perseus Publishing, 2001), sobre a reabilitação e os benefícios terapêuticos da Talidomida.

88 *Princípios médicos, éticos e legais*

pesquisas terapêuticas, necessárias em pessoas mentalmente comprometidas ou em populações pediátricas, nem da exigência de se preservar a confidencialidade das pessoas submetidas às pesquisas. Um código mais trabalhado, em geral mais aplicável, foi elaborado em Helsinque, em 1964, pela Associação Médica Mundial (AMM). Esta Declaração de Helsinque, inicialmente chamada de Recomendações para Orientar Médicos em Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, e mais recentemente chamada de Princípios Éticos para Pesquisas Médicas Envolvendo Seres Humanos é revista e alterada periodicamente, sempre que necessário. A quinta emenda foi incluída durante a Quinquagésima Segunda Assembléia Geral da AMM, em outubro de 2000 (ver Parte III, Capítulo 2).

A Declaração define princípios básicos sobre a ética em pesquisas, abordando princípios aplicáveis a todos os campos da pesquisa médica e princípios adicionais para a pesquisa médica associados ao cuidado médico. A Declaração exige que um protocolo sobre a experiência proposta seja submetido antecipadamente a um comitê independente do pesquisador e do financiador do estudo ‘para considerações, comentários, orientações e, quando apropriado, aprovação’. Os comitês modernos incluem membros familiares com os fundamentos científicos das propostas e com as considerações éticas e legais pertinentes e membros não especialistas, como pessoas da comunidade. Este comitê deve ser formado e conduzido, ‘de acordo com as leis e regulamentos do país onde a pesquisa será realizada’.

A Declaração de Helsinque exige que as pesquisas médicas se acomodem a princípios científicos comumente aceitos, sejam baseadas em conhecimentos genuínos da literatura científica e sejam conduzidas por pessoas adequadamente qualificadas atuando sob supervisão médica competente. Uma proposta científica idônea pode, por diversas razões, ser eticamente falha, mas um estudo cientificamente defeituoso é necessariamente antiético, na medida em que expõe os participantes a riscos, perda de privacidade, inconveniência, ou a outras desvantagens, sem benefício científico. Neste sentido, deve haver um equilíbrio proporcional dos benefícios do objetivo do estudo sobre os riscos inerentes aos seus participantes. Tanto os benefícios quanto os riscos previsíveis devem ser antecipadamente analisados com cuidado, e as avaliações devem ser apresentadas aos comitês independentes de revisão.

Os estudos que, durante a sua realização, demonstrarem que os danos superam os potenciais benefícios devem ser interrompidos. Está estabelecido, de acordo com o nível microético de avaliação que, ‘as considerações relativas ao bem-estar dos seres humanos submetidos as pesquisas devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade’.¹⁴

O consentimento adequadamente esclarecido é central para as pesquisas éticas. As pessoas competentes tomam as suas próprias decisões sobre se consentem, ou não, em participar de pesquisas, e se são pacientes elas devem ter liberdade para recusar ou interromper a participação, sem nenhuma perda de titularidade aos

¹⁴ World Medical Association, Declaration of Helsinki, as amended Oct.2000, Article 5 (ver Parte III, Capítulo 2).

cuidados clínicos indicados. Os médicos devem estar atentos quanto a propor a seus pacientes, ou a outras pessoas que estejam em uma relação de dependência, como alunos que eles orientem e avaliem, que façam parte de suas pesquisas, por causa da pressão que estas pessoas devem sentir de agradar aos médicos e de preservar a relação da qual dependem. Qualquer convite a participar em pesquisas deve partir de alguém de quem os potenciais participantes não se sintam dependentes. Quando os potenciais participantes não tenham competência para tomar as suas próprias decisões, o consentimento informado deverá ser dado por seus representantes legais, de acordo com a lei local, desde que qualquer conflito de interesses que estes responsáveis possam ter tenha sido resolvido corretamente. Mesmo quando este consentimento é dado, a pesquisa não pode prosseguir quando os potenciais participantes neguem o consentimento ou resistam a procedimentos aos quais serão submetidos. Familiares de pessoas incapazes e institucionalizadas, como adolescentes mentalmente prejudicados, mas sexualmente desenvolvidos, devem estar envolvidos, mais do que os administradores das instituições onde elas se encontram, nas decisões sobre a participação destas pessoas em pesquisas. Em geral, o consentimento dos administradores também será exigido, mas para pesquisas que sejam conduzidas nos centros pelos quais eles são responsáveis.

Nas intervenções que não sejam voltadas para cuidados terapêuticos dos indivíduos, cada participante deve ser um voluntário, consentindo de forma esclarecida e livre. Quando pacientes sob tratamento se apresentam como voluntários, deve-se tomar um cuidado especial para assegurar que eles entendam se existe a possibilidade de que os tratamentos convencionais, que geralmente iriam receber, sejam negados. Por exemplo, pode ser que eles desistam ao saberem que poderão ser colocados em um grupo que receberá um tratamento diferente, que talvez não tenha sido testado ou sem princípio ativo. Quando a pesquisa médica é associada a cuidados profissionais oferecidos a pessoas a quem foi proposto o procedimento, um pesquisador que não tenha a intenção de obter o consentimento esclarecido dos participantes deve apresentar as razões específicas na proposta submetida ao comitê independente de revisão. Este estudo pode ser proposto, aprovado e levado adiante apenas até onde ele seja justificado pelo potencial valor preventivo, diagnóstico, ou terapêutico para o paciente.

Além da Declaração de Helsinque, o Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas, uma agência co-financiada pela OMS e pela Unesco, elaborou códigos e diretrizes para pesquisas éticas. Estas diretrizes se referem a pesquisas biomédicas¹⁵ e a estudos epidemiológicos,¹⁶ e estão centrados em deveres éticos que surgem quando os estudos patrocinados por agências públicas ou

¹⁵ Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (Geneva: CIOMS, 2002).

¹⁶ CIOMS, *International Ethical Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (Geneva: CIOMS, 1991).

privadas (como as comerciais) ou por organizações internacionais são realizadas em países com economias em desenvolvimento. Elas incluem abordagens sobre como o princípio de justiça se aplica a estudos patrocinados por países ricos e realizados em membros de populações pobres em recursos, especialmente em países em desenvolvimento, de quem os patrocinadores desejam colher benefícios comerciais, científicos ou outros. O princípio exige que eles concedam os mesmos benefícios aos participantes do estudo ou a uma população hospedeira apropriada, ou ao país hospedeiro. Isto pode se dar sob a forma de cuidados médicos inacessíveis; distribuição gratuita ou a custo reduzido de medicamentos, como os produtos comerciais resultantes do estudo, ou de outros produtos, serviços ou oportunidades, como programas de bolsas de estudo ou de treinamentos, que sejam valorizados pelos receptores.

Além dos trabalhos gerais da Declaração de Helsinque, existem códigos particulares para tipos específicos de pesquisa. No caso, por exemplo, de estudos para desenvolver vacinas para prevenir o HIV/AIDS, o Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS, chamado de UNAIDS, produziu um documento de referência, que adota princípios gerais da pesquisa ética às características particulares deste tipo de pesquisa.¹⁷

A Declaração de Helsinque vai além das considerações sobre o bem-estar apenas das pessoas submetidas às pesquisas. Seus princípios básicos orientam para os cuidados apropriados que devem ser tomados na conduta de pesquisas para evitar impactos no meio ambiente, e para o respeito pelo bem-estar dos animais utilizados em estudos. Vários países dispõem de leis de proteção dos animais, em geral, e dos cuidados apropriados que devem ser tomados com animais utilizados em pesquisas científicas, em particular. Mesmo quando os pesquisadores estão em acordo com a Declaração de Helsinque e com códigos de ética semelhantes, eles não estão isentos de responsabilidades criminais, civis e demais responsabilidades, de acordo, com as leis de seus próprios países. Isto suscita considerações sobre a relação entre ética e lei.

9. *Ética e direito*

Ética e lei são dois sistemas diferentes de elaborar e de aplicar regras, mas eles interagem constantemente. A lei tende a tratar do que deve ser feito, do que não deve mas pode ser feito, e do que não deve ser feito. De forma semelhante, a ética trata do que deve e do que não deve ser feito, e do que é permissível, mas não obrigatório de ser feito. Quando a lei cria critérios de discernimento legítimos, o que deve ser feito se torna opcional, fazendo com que tanto a realização de uma ação como a sua não realização sejam escolhas legais, e a própria lei não ofereça nenhum direcionamento. Então, as bases sobre as quais esta escolha legal deve ser feita são governadas por considerações éticas.

¹⁷ UNAIDS, *Ethical Considerations in HIV Preventive Vaccine Research* (Geneva: UNAIDS, 2000).

Quando, por exemplo, uma adolescente intelectualmente madura e sexualmente ativa recorre ao uso de contracepção, sem o conhecimento de seus pais, o médico tanto pode aceitá-la licitamente como paciente e preservar a sua confidencialidade, com base na doutrina do ‘menor maduro’, como pode, licitamente, desistir de aceitá-la como paciente, ou impor como condição que ela permita que seus pais sejam informados. Caso o seu pedido de assistência seja negado, é legalmente exigido que sua confidencialidade ainda seja preservada. A decisão legal entre aceitar ou rejeitar a paciente é uma questão ética influenciada, por exemplo, pelo princípio da beneficência e pelo risco de gravidez da adolescente e o resultado de um parto ou de um aborto. Caso o médico esteja disposto a aceitá-la como paciente, a sua escolha em colocar ou não como condição que seus pais sejam informados é igualmente uma questão ética. O julgamento ético será influenciado, por exemplo, por suposições de que ela será mal tratada ou confinada por sua família, e de que ela mantém relações sexuais voluntárias com um parceiro de sua escolha ou está sendo sexualmente explorada e vítima de um homem contra quem ela não pode se proteger, mas contra quem a sua família ou outras pessoas podem protegê-la. Contudo, se a adolescente não estiver sendo uma vítima e o médico concordar com a confidencialidade, seria ilegal e antiético da parte do profissional revelar aos pais ou a outras pessoas, como professores, a atividade sexual voluntária da paciente. Isto enfatiza os deveres legais e éticos simultâneos de confidencialidade, que devem ser respeitados pelos médicos comprometidos com autoridades escolares ou acadêmicas a trabalharem em escolas.

Algumas vezes, a ética e a lei coincidem ou se sobrepõem, e outras vezes elas entram em conflito ou se contradizem. O exercício de uma escolha legal não é necessariamente ético; ou seja, se um poder ou direito legal deve ser exercido é uma questão ética. Por exemplo, uma clínica financiada para oferecer serviços gratuitos à população do entorno pode estar legalmente autorizada para negar estes serviços a um imigrante ou refugiado recente, mas em termos éticos, espera-se que ela trate esta pessoa como se fosse residente. Da mesma forma, uma escolha ética de conduta pode não ser legalmente permitida, pelo fato de a lei barrar uma opção cujo exercício seja ético. Alguns médicos, ao oferecerem contraceptivos em situações onde as leis sejam restritivas de forma antiética, correm o risco de serem responsabilizados juridicamente. Uma expectativa ética geral é de que a lei seja observada, apesar de as leis extremamente opressivas ou injustas deverem ser eticamente desafiadas. No entanto, de forma recíproca, a lei busca, em geral, respeitar as escolhas éticas, e tenta não compelir condutas que a profissão médica ou alguns médicos considerem antiéticas. As leis, em geral, reconhecem os direitos dos profissionais de manifestarem objeção consciente à realização de procedimentos que eles são legalmente obrigados a desempenhar, como nos casos de contratos com hospitais ou clínicas.

Algumas vezes, no entanto, existe conflito. Aqueles que se opõem ao aborto por questões morais, por exemplo, freqüentemente também se opõem àqueles que

92 *Princípios médicos, éticos e legais*

têm permissão legal para facilitar ou realizar o aborto, mesmo quando uma lei permissiva não obrigue os oponentes do aborto a realizarem este procedimento. As leis que aceitam a objeção conscienciosa, em geral, exigem que os médicos que se objetam encaminhem as pessoas em busca de seus serviços a outros médicos, razoavelmente acessíveis, que não apresentem as mesmas objeções. Alguns médicos que se opõem ao aborto acreditam que isto também seja uma conduta errada, com base no fato de que talvez seja tão errado facilitar o aborto como realizá-lo. Contudo, em geral, a lei concorda com o princípio de que os indivíduos devem ser tratados de acordo com as suas próprias preferências conscienciosas entre as opções legais, sem se limitarem às preferências dos médicos a quem solicitaram assistência. Os médicos não devem ser legalmente obrigados a realizar procedimentos aos quais se oponham eticamente, mas um médico não pode limitar licitamente as escolhas éticas do paciente, ou procedimentos realizados por outros médicos, às escolhas que ele aprova em termos éticos.

Algumas vezes, a lei é aplicada para reforçar uma conclusão ética, proibindo condutas consideradas eticamente incorretas, como uma tentativa de clonagem humana, ou compelindo uma conduta que seja eticamente exigida, como a preservação da confidencialidade do paciente. Num primeiro momento, a lei pode parecer mais poderosa do que a ética, porque os seus dispositivos são estabelecidos de forma mais autoritária e evidente por legisladores políticos e juizes. E ainda, por serem mais pública e sistematicamente divulgados em reportagens da mídia, sobre leis promulgadas e decisões tomadas em Cortes, mais aplicados na prática por advogados, Cortes, e oficiais de polícia, e institucionalmente desafíveis e apeláveis por processos políticos e judiciais.

Em contrapartida, a lei que não apresente uma dimensão ética, que negue opções éticas, que gere conseqüências antiéticas, ou que seja eticamente falida, tem empobrecida a sua capacidade de educar e de inspirar aqueles que ela governa para distinguir a conduta correta da errada. Em geral, os juizes, ao interpretarem e aplicarem a lei, levam em consideração valores éticos, desfavorecendo as escolhas que levariam a resultados ou que permitiriam condutas antiéticas. A lei define as circunstâncias dentro das quais as escolhas éticas podem ser exercidas de forma prática, mas a ética determina os limites dentro dos quais a lei é obedecida e respeitada, de forma voluntária, como uma expressão dos valores e aspirações da sociedade na qual ela é aplicada.

A decisão sobre se a conduta ética deve se tornar legalmente obrigatória é uma questão que envolve um debate filosófico. Caso o resultado de uma escolha ética pobre seja intoleravelmente danoso, como a escolha de um médico que deixou uma mulher sofrendo até a morte de sérias infecções ou de outras enfermidades graves decorrentes de um aborto ilegal, o erro ético pode ser proibido por lei. A lei pode, por exemplo, ordenar que os médicos concluam abortos espontâneos ou induzidos incompletos. Uma paciente em risco pode receber o direito legal positivo de ajuda, uma vez que um médico pode ser obrigado a tratá-la, quando, por exemplo, a sua

recusa resultar na responsabilização por uma queixa criminal de homicídio ou de negligência criminal, que cause morte ou danos físicos. Considerando os seus limites, a lei pode exigir obediência, mas ela não pode, necessariamente, fazer com que aqueles por ela regidos realizem julgamentos éticos idôneos. Se a intenção é de possibilitar e incentivar os julgamentos éticos, a lei poderá ter que acomodar escolhas éticas, e tolerar todos os erros éticos à exceção dos mais graves. Nem tudo que é ético deve ser obrigado por lei, e nem tudo que é antiético deve ser proibido por lei.

Talvez a responsabilidade dos médicos e de outros profissionais de saúde ao se defrontarem com ações disciplinares éticas, apresentadas por suas associações profissionais ou por autoridades legais de licenciamento, seja menos diretiva e mais educativa do que os dispositivos da lei. A base do poder disciplinar é a lei que permite a uma associação ou autoridade expulsar membros ou suspender a licença para praticar, ou manter a licença condicionando-a a aprovação ou a presença em algum curso de formação em ética profissional. As bases sobre as quais se exerceria este poder legal seriam, no entanto, os padrões da conduta ética esperada por membros da profissão, e os juízes da conduta de um profissional quanto a esta ter sido ética ou antiética não seriam advogados e sim outros profissionais. Através destes meios, a lei permite e encoraja os profissionais a se auto-regularem, e a se ajustarem e aplicarem padrões éticos sujeitos a regulação mais ampla pela lei, caso os padrões estabelecidos sejam inadequados ou inaplicáveis. Por exemplo, a divulgação, por parte de médicos, de resultados alcançados com estudos de um produto não é ilegal, mas se eles têm algum interesse comercial na venda do produto ou em um competidor comercial do produto, a divulgação poderá ser considerada uma violação da ética profissional por eles não terem revelado este interesse na publicação e em outra divulgação desta pesquisa.

10. Ética e direitos humanos

Viu-se que a lei visa a atender ao princípio ético da justiça. Conseqüentemente, uma política não pode ser eticamente justificada apenas por sua legalidade. Nem o fato de um governo democrático de um país com mandato popular ter introduzido ou apoiado uma lei específica, aprovada pela Corte mais importante de acordo com a Constituição do país, é uma justificativa ética. Estes aspectos isolados, embora legal e politicamente significativos, não comprovam que a lei seja ética. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que foi elaborada sob os auspícios da Organização das Nações Unidas e que é a base dos conceitos modernos de direitos humanos, foi uma reação contra leis antiéticas promulgadas, mais de uma década antes de sua criação, por iniciativa do governo democrático alemão. Estas leis impressionantemente opressivas, como por exemplo as que impediam os judeus de exercerem a profissão legal, foram sustentadas e utilizadas por juízes de Cortes nacionais. Com base nestas leis, muitas pessoas inocentes perderam suas

94 *Princípios médicos, éticos e legais*

ocupações, suas propriedades, e seus direitos à escolha reprodutiva, e às suas vidas. A lei, sozinha, não torna as práticas e as políticas éticas.

Para que as políticas criadas com o respaldo de leis sejam éticas, e para que os profissionais das áreas de saúde, do direito e demais áreas estejam satisfeitos com a ética das leis pelas quais eles pautam as políticas e práticas, é necessário que as políticas se ajustem a padrões de ética e respondam a exigências éticas. A falência ética das políticas legalmente adotadas nos países dominados pelos nazistas, como a esterilização compulsória das pessoas ‘indesejáveis’ e a intensa proibição do aborto em mulheres em condições de darem à luz a crianças de raça ‘pura’, resultaram na criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. Os governos responsáveis por estas leis antiéticas justificaram a sua criação, com base na soberania de seus países, e condenaram as críticas externas como sendo intervenções censuráveis, em seus afazeres domésticos. Contudo, a Declaração reconhece que os Estados, seus governos legítimos, e outros agindo sob a autoridade dos governos, não são livres para implementar qualquer política que considerem moral ou que seja de seus interesses. Políticas e leis devem se conformar com, pelo menos, um mínimo de respeito pelos direitos éticos dos indivíduos enquanto seres humanos, atualmente referidos como direitos humanos.

Os direitos humanos, expressos na Declaração Universal, não foram criados apenas a partir de filosofias abstratas ou de conceitos novos. Mais propriamente, estes direitos foram declarados com base em princípios definidos pelos líderes dos países, através de suas experiências, como sendo fundamentais para a sociedade civil e para o governo civilizado e humano. Estes direitos foram inseridos em diversos documentos legais importantes como as constituições nacionais. O documento de 1948 foi descrito como a ‘Declaração’ por expressar os melhores valores prevaletentes, inspirados por tradições éticas e com efeito prático por meio da lei, a qual os governos se dizem eticamente obrigados a respeitar.

Tem sido observado que no campo da saúde populacional, incluindo a saúde reprodutiva, a relação entre o significado da ética para a clínica médica equivale, em termos de saúde pessoal, à relação entre direitos humanos e saúde pública. Isto se explica pelo seguinte:

a ética e os direitos humanos se originam de valores centrais similares, se não idênticos. Com relação ao sistema de saúde e à saúde pública, ao invés de perceber os direitos humanos e a ética como domínios conflitantes, parece mais apropriado considerá-los como um contínuo, em que os direitos humanos são a linguagem mais adequada para orientar a análise e o trabalho no nível da sociedade, enquanto que a ética é a linguagem mais adequada para orientar o comportamento individual. A partir desta perspectiva, e especialmente pelo fato de a saúde pública dever se concentrar, sobretudo, na estrutura e na função da sociedade, a linguagem dos direitos humanos é extremamente útil para expressar, considerar e incorporar valores às análises e respostas da saúde pública.

Assim, os trabalhos no campo da saúde pública demandam, tanto a aplicação da ética aos trabalhos individuais dos profissionais, como uma estrutura de direitos humanos que oriente a saúde pública em suas análises e respostas sociais.¹⁸

11. Reflexão ética

O dever da reflexão ética é individual, colaborativo e institucional. Espera-se que os indivíduos, enquanto pessoas inteligentes e conscientes, cujos atos afetam as vidas de outras pessoas, considerem a natureza ética de suas motivações, condutas e influências. Os colegas, quando forem oferecer tratamentos de saúde, também devem considerar as implicações éticas de seus gestos. Mesmo os profissionais independentes raramente trabalham sozinhos, colaborando de diferentes modos com os colegas. Espera-se que os profissionais trabalhem de forma ética junto com seus colegas e que considerem os aspectos éticos das práticas com as quais colaboram. Como a reflexão ética individual pode ser influenciada por tendências pessoais, por interesses inconscientes e talvez por imparcialidades ou antipatias passadas, é importante que os profissionais estejam dispostos a compartilhar e explicar suas visões para colegas, em todos os níveis, de acordo com as percepções éticas que os guiam, apesar de cada um ser um agente moral eticamente responsável por seus atos. Ou seja, as reflexões e tomadas de decisão compartilhadas não eximem os indivíduos de suas responsabilidades por seus atos.

No que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos, o dever da reflexão e da explicação ética deve ser institucionalizado. A Declaração de Helsinque, as Diretrizes Éticas Internacionais do Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (COICM), e outras formulações internacionais, nacionais e institucionais sobre a pesquisa ética exigem, invariavelmente, avaliações independentes sobre as propostas de pesquisa. Por conta da histórica iniciativa e predominância dos EUA em questões bioéticas, os comitês éticos em pesquisa eram freqüentemente referidos em outros locais, da mesma forma como eram conhecidos nos EUA e em publicações americanas. Eles eram conhecidos como Conselhos de Revisão Institucional ou CRIs. Porém, diante das variações presentes nos comitês de outros países com composições, condições legais, poderes, ou responsabilidades diferentes dos CRIs americanos, eles têm sido descritos de outras formas fora dos EUA.

O padrão mais comum é que os comitês de revisão das pesquisas éticas sejam formados por membros cientificamente qualificados e por membros sem formação científica, incluindo pelo menos um membro com treinamento ou experiência confiável em (bio)ética, e alguns membros não especialistas, cuja identificação mais relevante seja com potenciais participantes da pesquisa, incluindo, no todo, membros de ambos os sexos. Frequentemente, também se espera que um dos membros

¹⁸ J. M. Mann, 'Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights', *Hastings Center Report*, 27/3(1997), 6–13 p. 10.

do comitê tenha conhecimentos legais, ou que pelo menos o comitê seja orientado ou consulte um advogado. Contudo, não é recomendável que os membros do comitê incluam advogados contratados ou que ofereçam orientação jurídica às agências atendidas de forma independente, visto que as obrigações profissionais que estes advogados têm para com os seus empregadores ou clientes poderiam gerar um conflito de interesses. A fidelidade ética dos membros do comitê, independente de revisão ética de propostas de pesquisa, é com os possíveis participantes que serão utilizados na pesquisa. No entanto, este não pode ser o principal compromisso de advogados autônomos contratados ou envolvidos em instituições que patrocinem ou realizem a pesquisa. Os advogados institucionais defendem os interesses de seus empregadores ou clientes, reduzindo os riscos de danos contra os participantes da pesquisa, mas eles devem se precaver contra possibilidades de estas pessoas apresentarem queixas legais. Nestes casos, os advogados servirão aos interesses das instituições, contra os interesses dos participantes da pesquisa.

Apesar de alguns membros dos comitês de revisão ética conhecerem as questões científicas, eles não necessariamente se responsabilizarão pela revisão científica da proposta, com base em considerações éticas. Alguns comitês tomam para si a dupla responsabilidade de avaliar a integridade ética e científica da proposta e a pertinência do estudo. Mas muitos pesquisadores devem satisfazer, em momentos diferentes, às expectativas independentes de revisores científicos e de revisores éticos. Não obstante, os membros dos comitês de revisão ética têm liberdade para levantar questionamentos de natureza científica. Isto se explica pelo fato de um estudo cientificamente infundado não poder satisfazer ao princípio ético de beneficência, quando nenhum benefício pode ser alcançado através da exposição de seres humanos ao risco, incluindo riscos relativamente menores como o risco à inconveniência em um projeto científico imperfeito.

Em geral, as diretrizes do comitê de ética em pesquisas disponibilizam ou prevêm que os comitês contarão com o apoio de um secretariado e disporão dos fundos necessários. Em geral, os membros do comitê não são pagos, apesar de que, em países com economias em desenvolvimento, existem alguns conselhos de ética para pesquisas com fins comerciais, sem filiação com centros médicos acadêmicos, cujos membros são remunerados. Além disso, estão surgindo organizações de pesquisa contratadas, que são empregadas por companhias farmacêuticas para recrutar participantes de pesquisas, monitorar o andamento dos estudos, e administrar os dados; e que organizam comitês de revisão ética cujos membros são pagos *per diem*. Independente dos membros serem ou não pagos, eles devem ter as suas despesas de viagem e custos correlatos reembolsados. Outros custos com comunicação, como a produção de documentos, correio, correio eletrônico (e-mail) ou telefax (fax) e chamadas telefônicas também devem estar cobertos. Deste modo, é importante que os comitês de ética em pesquisas tenham um recurso extra ou

subscrito pelas instituições que eles atendem, como agentes e grupos independentes, além do apoio administrativo necessário.

Em diversos países, os hospitais, clínicas e instituições médicas similares possuem comitês gerais (ou seja, que não são relacionados à pesquisa), para ministrar preocupações éticas que surjam no local, e que sejam criadas pelas práticas e políticas da instituição. Em geral, estes comitês são maiores que os comitês de ética em pesquisas. Eles incluem representantes de vários grupos financiadores, que são influenciados pelo desempenho das instituições e que dispõem de um mandato mais amplo. Eles lidam com questões éticas, como as relações entre pacientes e profissionais, entre pacientes e administradores, e entre diferentes tipos de profissionais. Além disso, muitas vezes, eles também consideram questões que surgem entre os familiares do paciente, os profissionais e os administradores das instituições. Em alguns países, especialmente naqueles com um número limitado de pessoal capacitado e experiente, com condições de oferecer conselhos independentes sobre questões éticas às instituições governamentais e privadas, pode ocorrer de os comitês terem que se responsabilizar pela revisão ética da prática clínica, em geral, e de pesquisas. Estas tarefas envolvem prioridades diferentes e, algumas vezes, incompatíveis, e podem ser difíceis de serem realizadas pelos mesmos sem que haja conflito de interesses.

Em situações em que os comitês de revisão ética institucionais gerais não existam é importante avaliar os benefícios de sua criação. Eles ampliam a rede de pessoas ativamente envolvidas nas deliberações éticas, desenvolvem e facilitam as relações entre as instituições e os membros da comunidade onde elas estão instaladas e a quem atendem, permitem uma transparência na deliberação e tomada de decisão ética, e demonstram o compromisso institucional e profissional com a prática da ética. Eles também podem trazer à tona queixas e atritos, dando espaço para que as pessoas exponham as suas queixas e se sintam mais satisfeitas por terem sido ouvidas. Estes comitês também ajudam na educação e experiência dos administradores, profissionais, pacientes, familiares de pacientes e de membros da comunidade local sobre como identificar, analisar e resolver problemas éticos que estejam surgindo ou que tenham sido levantados por instituições de saúde.

5

Origens e princípios legais

1. Visão geral

Uma política é um plano ou meta que um governo, uma instituição, ou um indivíduo pode escolher, entre diversas opções, a fim de alcançar um objetivo específico. Uma lei é um instrumento poderoso pela influência que exerce no modo como as pessoas pensam e agem. Ela pode ser utilizada por autoridades públicas e por indivíduos, para a promoção das metas de saúde reprodutiva, mas a lei, em si, não possui nenhum objetivo próprio. Autoridades governamentais, profissionais de saúde e indivíduos podem utilizar a lei como um meio de promover as políticas que eles defendem.¹ Neste sentido, as políticas de saúde reprodutiva podem ser promovidas pela lei. Contudo, outras políticas que, de forma deliberada ou acidental, obstruam a saúde reprodutiva também podem ser favorecidas pela lei. As leis podem ser utilizadas de diferentes modos para promover políticas, e as políticas podem ser influenciadas pelos diversos meios que o sistema legal disponibiliza para a sua aplicação de políticas. Assim sendo, políticas e leis interagem entre si. Contudo, antes que os meios legais possam ser empregados, o desafio da elaboração de políticas deve ser superado.

As políticas de saúde reprodutiva devem solucionar o desafio de definir prioridades. Frequentemente, essas políticas competem contra outras políticas que os governos e as agências desejam defender. Em geral, os esboços legais tentam ser precisos e específicos, por meio da fragmentação de políticas em dispositivos específicos. Além disso, muitas vezes, as legislações e as emendas de leis codificadas são elaboradas de forma gradativa, respondendo a preocupações imediatas ou a inquietações individuais, que surgem na superfície da agenda governamental ou legislativa. Tratando-se, por exemplo, dos dispositivos legais sobre contracepção, cada um deles deve estar separado, para evitar confusões sobre se a prevenção da implantação de um óvulo fecundado se caracteriza como uma contracepção lícita ou um aborto ilegal. A atenção dada a uma nova preocupação pode não considerar como será a adequação de um novo dispositivo legal ao contexto das leis já existentes, assim, essa incerteza sobre se um novo dispositivo altera, ou está sujeito a dispositivos prevalecentes, deve ser resolvida por juízes. As dúvidas podem ser reduzidas

¹ Na Indonésia, por exemplo, a Lei sobre Desenvolvimento Populacional e Famílias Prósperas, de 1992, lista 'o controle da quantidade de pessoas' como um de seus objetivos, no Artigo 3º (2), e regula o acesso a contraceptivos com o propósito de criar 'famílias pequenas, felizes e prósperas' (Artigo14[1]).

quando a legislação é baseada em políticas de saúde reprodutiva claramente articuladas, que expressem a intenção de integrar diferentes serviços. Assim, ficará claro, por exemplo, que a política de redução da prática de abortos inseguros se aplica à legalização da contracepção pós-copulação ou ‘contracepção de emergência’, mesmo após a fecundação, mas antes da implantação do óvulo. Uma política integrada de saúde reprodutiva e sexual deve lidar, tanto com os aspectos clínicos, como com os de saúde pública da fertilidade, buscando alcançar leis que, mesmo elaboradas individualmente, se enquadrem em uma política coerente de proteção e promoção dos direitos humanos individuais à expressão sexual e à escolha reprodutiva.

As metas e valores da saúde reprodutiva devem ser defendidos dentro de uma abordagem realista de como as leis disponíveis para defender essas metas e valores são, de fato, operadas na prática. Por exemplo, para proteger futuros cônjuges contra a infecção por HIV de seus parceiros(as), diversas jurisdições condicionam a concessão de licença de casamento à troca de resultados de testes de HIV entre os noivos. O efeito, em vários casos, foi que casais que conheciam seu *status* de HIV positivo passaram a coabitar e constituir família sem se casar ou então foram se casar em outras jurisdições. Ainda, as relações sexuais eram mais frequentes entre casais com relacionamentos mais longos, e casais do mesmo sexo, legalmente impossibilitados de casar, não foram afetados por esta condição. Os testes com resultado falso-positivo, mais comuns entre pessoas de menor risco, também eram uma fonte de constrangimento e de danos na relação. As leis proibindo casamentos sem a troca de informações representavam uma violação dos direitos humanos internacionalmente protegidos quanto ao casamento e a constituição de família,² e foram amplamente substituídas por dispositivos educativos, de orientação e de incentivo ao teste voluntário.³ A política que impunha condições à permissão do casamento não evitou as relações sexuais entre casais solteiros de forma significativa, e foi quase que universalmente abandonada por se mostrar ineficaz, constituir uma violação aos direitos humanos, e por ser contrária a outras políticas de proteção e incentivo ao casamento e à vida familiar.

Da mesma forma, os países têm estabelecido políticas de aborto, com base em princípios de origem religiosa e outras, que favorecem condenações criminais severas. Essas políticas têm sido amplamente aplicadas em sistemas legais, sobre os quais as mulheres têm tido uma influência muito pequena, quando não nula. As evidências demonstram que as políticas que proíbem todos os abortos, ou que impedem a condução médica de procedimentos, exceto em casos com indicações exclusivamente médicas, resultam na difusão das práticas ilegais e sem qualificação,⁴ levando à morte, infecção e danos à futura capacidade reprodutiva das

² Universal Declaration of Human Rights (1948), Article 16.

³ L. Gostin and Z. Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic* (New York: Oxford University Press, 1997), 21–3.

⁴ M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997), 239.

mulheres. As políticas de liberalização das leis restritivas de aborto, em conjunto com políticas de prestação de serviços seguros de aborto estão quase que invariavelmente associadas à redução das mortes, mutilações e danos das funções reprodutivas das mulheres, e não necessariamente ao aumento do número de abortos.⁵ As políticas de redução do número de abortos, tanto legais como ilegais, podem ser alcançadas pela promoção de métodos voluntários de controle da natalidade.

A política de proteção e promoção da saúde reprodutiva se inspira em valores e ordens de prioridades éticas, mas deve considerar as suas conseqüências antecipadamente, balanceando as vantagens sobre as desvantagens. Algumas políticas priorizam o valor da proteção da vida humana, antes do nascimento, sobre, por exemplo, o valor de reconhecer as mulheres como tomadoras responsáveis de decisão. Mas, outras concluem que os custos resultantes de tratamentos desrespeitosos, e mesmo desumanos, das mulheres e da mortalidade materna, resultante do acesso das mulheres apenas a práticas inseguras e ilegais de aborto, são excessivos. Isso ilustra um tipo de desafio que deve ser resolvido pelas políticas de saúde reprodutiva, isto é, o equilíbrio entre a busca consciente de princípios importantes mas abstratos, contra conseqüências danosas inadvertidas, como tratamentos opressivos e mortes evitáveis de mulheres. Os princípios que se opõem a tratamentos opressivos e a mortes evitáveis estão presentes em tratados internacionais de direitos humanos, que os países se comprometeram legalmente a implementar, por meio de suas leis e práticas domésticas.

2. O papel do direito e dos advogados

Viu-se que a lei é um instrumento pelo qual os Estados podem regular as suas atividades, e por meio do qual podem buscar efetivar as políticas de saúde reprodutiva que julgarem apropriadas. O efeito da lei, freqüentemente, depende do respeito a ela conferido por aqueles que devem obedecê-la, visto que existem limites para a capacidade dos governos não militares de imporem as suas vontades e de utilizarem meios coercitivos para garantir a obediência à lei. O hábito da obediência popular às regras depende de sua aceitação geral. As leis podem ser baseadas em costumes seguidos por uma comunidade, mas em tempos modernos elas tendem a ser promulgadas por legislaturas políticas. Em geral, a prática de elaboração de leis parece seguir um de dois modelos. O primeiro é baseado em princípios de virtude, que devem ser acatados por aqueles regidos pela lei, para que a sociedade atinja metas morais. O segundo é utilitarista ou pragmático, baseado na experiência e na prática de que as pessoas têm poder ou são levadas a seguir aquilo que tem mais possibilidades de gerar os resultados desejados.

A lei baseada em princípios pode derivar os seus dispositivos de uma visão moral enraizada na religião ou, por exemplo, na filosofia política. Alguns sistemas legais, como a lei islâmica, priorizam textos sagrados e exigem que leis seculares se ajustem

⁵ Ibid.

a interpretações autoritárias. A lei baseada na prática ou pragmática tenta incitar, em agências públicas e privadas e em indivíduos, comportamentos que promovam o bem coletivo, ou que limitem as conseqüências danosas. A experiência mostra que as leis baseadas em princípios morais podem ser aplicadas de modo que, algumas vezes, na prática, se tornam prejudiciais, e que as propostas pragmáticas podem ser defendidas de modo a levar algumas autoridades morais a acreditarem que as mesmas estão ignorando, ou violando valores importantes. De qualquer modo, as leis devem estar baseadas em um senso prático das realidades. Quando a Corte Suprema do Reino Unido estava avaliando o acesso legal de uma adolescente à contracepção, sem o consentimento dos pais, observou, negando a existência de uma idade legal para o consentimento e para os serviços de saúde médicos e preventivos, que ‘caso a lei deva impor... limites fixos nos quais a natureza conhece apenas um processo contínuo, o custo será a artificialidade e a falta de realismo em uma área em que a lei deve ser sensível ao desenvolvimento humano e às mudanças sociais.’⁶

Historicamente, as atividades que afetam a saúde reprodutiva das comunidades têm sido reguladas por leis morais ou baseadas em princípios. Relações sexuais e reprodução humana são áreas nas quais as autoridades religiosas estão acostumadas a exercer influência moral. Elas podem evocar a crença de que a concepção humana e o nascimento são regulados por forças divinas, e que foram especialmente escolhidas para interpretar e expressar verdades que lhes são reveladas de forma divina. A emergência de um conceito de saúde reprodutiva de origem secular, cuja implementação segue regras legais pragmáticas, que medem a validade destas leis através de suas conseqüências práticas, apresenta um desafio especial para as autoridades religiosas. Elas não estão habituadas a serem responsabilizadas pela sociedade civil quanto aos efeitos de seus pronunciamentos. Elas acreditam que seus pronunciamentos tenham origem em inspirações divinas e que sejam necessários. O desconforto e a oposição destas autoridades à formulação do conceito de saúde reprodutiva, como articulado no Programa de Ação da Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 (ver Parte I, Capítulo 2, Seção 2 e Capítulo 6, Seção 3.1), segue sendo um obstáculo à promulgação de leis elaboradas de forma pragmática para alcançar a saúde reprodutiva.

Contudo, os governos democráticos comprometidos com o seu eleitorado e que endossaram o Programa do Cairo têm responsabilidade pela formulação e melhoria de leis, que atendam a saúde reprodutiva de sua população. Conseqüentemente, as leis devem proteger ‘o direito de homens e mulheres de serem informados [sobre] e de terem acesso a métodos de planejamento familiar de suas escolhas que sejam seguros, eficazes, financeiramente acessíveis e aceitáveis, e a outros métodos de suas escolhas para a regulação da fecundidade’.⁷ O Programa do Cairo protege o

⁶ *Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, [1986] Appeal Cases 112 (House of Lords, England), Lord Scarman at 186.

⁷ UN, *Population and Development*, i. *Programme of Action Adopted at the International conference on Population and Development, Cairo*, 5–13 September 1994 (New York: UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994).

acesso a estes métodos ‘que não são ilegais’. Tal dispositivo respeita as tradições incorporadas na lei adotada por vários dos países que endossaram o Programa do Cairo, e oferece a legisladores e juízes meios para julgarem o peso relativo a ser conferido à leis morais ou religiosas, que promovam valores espirituais e às leis seculares, elaboradas para alcançar resultados práticos desejados.

Pesquisas epidemiológicas e das ciências sociais têm demonstrado que muitas leis tradicionais têm efeitos danosos à saúde reprodutiva das mulheres e a interesses mais amplos.⁸ Embora algumas críticas modernas às leis que têm surgido sejam descritas como feministas, nem todos os representantes dos interesses das mulheres se definem como feministas, e nem todos os que defendem as preocupações das mulheres são mulheres. Os danos práticos causados à saúde e à condição das mulheres por leis morais ou baseadas em princípios, especialmente em questões ligadas à reprodução humana, foram historicamente negligenciados ou reduzidos. As instituições de autoridade moral, como as instituições religiosas, legislaturas, instituições acadêmicas, e associações profissionais apresentaram, através da história, a tendência de não incluir mulheres, e em vários casos, de excluí-las de forma deliberada. Da mesma forma, a lei, como instrumento do governo e do Estado, atendeu a propósitos definidos por homens, e usou técnicas que eles consideraram adequadas, mas cujas disfunções causadas nas vidas e no bem-estar das mulheres não foram por eles vivenciadas ou calculadas.

Com base na condição de equidade entre os sexos, promovida por princípios presentes em constituições nacionais e em leis nacionais e/ou internacionais de direitos humanos, todas as leis que afetam a saúde reprodutiva devem ser revistas para avaliar os seus impactos específicos nas mulheres. A lei constitucional é o corpo central da lei, que organiza princípios pelos quais o governo é conduzido perante a lei, e que expressa os princípios mais importantes ou fundamentais a serem observados pelos governos, que funcionam de acordo com o código da lei. As leis internacionais de direitos humanos expressam princípios fundamentais que os países se comprometeram a respeitar em sua relação com as pessoas e, muitas vezes, são elaboradas a partir de princípios presentes nas leis constitucionais nacionais. Tanto as leis constitucionais como as de direitos humanos reconhecem a igualdade entre os sexos e a titularidade das pessoas à proteção de suas vidas e de sua saúde. A saúde reprodutiva requer o respeito a estas leis.

Freqüentemente, o papel dos advogados é o de orientar sobre a legalidade de condutas propostas ou passadas, e de revisar opções legais para a defesa das metas das pessoas que recorrem a seus serviços. Existe uma diferença importante, que muitas vezes os não-advogados não percebem, entre sonegar a lei, o que é ilegal, e evitar a lei. Por exemplo, caso um motorista disponha de pouco mais de uma hora para dirigir da cidade A para a cidade B, a 70 quilômetros de distância, e ele dirija a 70 quilômetros por hora, em uma estrada regular, com limite de velocidade de 60 quilômetros por hora, ele

⁸ Ver, por exemplo, Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000), 38–44.

infringiu a lei de limite de velocidade, mas espera sonegar as conseqüências. Caso as cidades também estejam ligadas por uma auto-estrada com limite de velocidade de 80 ou mais quilômetros por hora, ao dirigir a 70 quilômetros por hora na auto-estrada o motorista irá evitar o limite legal de velocidade da estrada regular. Os advogados não podem aconselhar a evasão legal, pois isto caracteriza conduta profissional incorreta, mas eles podem orientar sobre como as leis restritivas podem ser legalmente evitadas. Quando, por exemplo, a lei da Irlanda proibiu a realização de aborto no país, a pressão popular levou à criação de uma emenda na constituição nacional, para permitir que as mulheres pudessem viajar, amparadas pela lei, a outros países, como a Inglaterra, para a realização de procedimentos legais.⁹ De forma similar, quando a Corte de Apelação inglesa sustentou que a lei da Inglaterra proibia a mulher de usar o esperma de seu falecido marido, para conceber um filho, após a sua morte, por ela não dispor do consentimento escrito do marido quanto à coleta de seu esperma, enquanto ele estivesse inconsciente, a Corte também sustentou que ela poderia receber o esperma para ser inseminado em outro local, onde o consentimento do marido não se fizesse necessário.¹⁰ Ela foi inseminada com sucesso, na Bélgica, e em torno de seis anos mais tarde, deu à luz a seu segundo filho novamente concebido com o esperma congelado de seu marido. Algumas vezes, os advogados podem orientar sobre como as leis que não podem ser sonegadas, podem ser legalmente evitadas.

3. Reforma legal para a saúde reprodutiva

As leis são expressas em costumes, códigos e documentos correlatos que se adaptam às tradições de desenvolvimento legal de cada país. Os advogados locais e a literatura legal pertinente devem ser consultados para se compreender as leis e as tradições específicas de cada país.¹¹ Alguns países agrupam suas leis em códigos gerais, que contêm todos os direitos que podem ser reivindicados por governos, outras agências e pelos indivíduos. Outros países baseiam suas leis em um conjunto de comportamentos, que os juízes definem, caso a caso, e ao qual deverão se adequar as leis promulgadas. Ainda, outros países baseiam suas leis promulgadas num grupo de leis sagradas e interpretadas por autoridades religiosas, que podem decidir se uma lei promulgada viola princípios sagrados, tornando-a assim inoperante.

Em geral, a lei de saúde reprodutiva não se encontra em um corpo separado da lei. Ela diz respeito a leis que afetam a saúde reprodutiva, algumas vezes, de forma positiva, como quando facilitam a educação em saúde sexual e reprodutiva; e algumas vezes, de forma negativa, ao concederem aos profissionais de saúde o direito de negarem, de forma consciente, a realização de serviços específicos, sem que tenham

⁹ Thirteenth Amendment of the Constitution Act, 23 Dec.1992.

¹⁰ *R. v. human Fertilization and Embryology Authority, ex p. Blood*, [1997]2 A11 ER 687 (Court of Appeal, England).

¹¹ Ver e.g. CRLP e International Federation of Women Lawyers (Kenya Chapter), *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives — Anglophone Africa* (New York: CRLP, 1997).

que referir estes pacientes a outros profissionais que não apresentam as mesmas objeções. Quando todas as reivindicações legais de acesso a direitos estão amplamente codificadas, é possível preparar uma seção específica do código que irá proteger e promover a saúde reprodutiva. Todos os direitos de saúde reprodutiva serão expressos nos dispositivos detalhados desta seção do código, e qualquer dispositivo aparentemente incompatível com outras partes do código será subordinado aos dispositivos presentes na seção sobre saúde reprodutiva. A Federação Russa, por exemplo, considerou a promulgação de uma lei abrangente que expressaria os direitos reprodutivos dos cidadãos e as garantias a eles disponíveis para a implementação destes direitos.¹²

Por outro lado, vários países elaboraram leis que beneficiam apenas uma meta específica da saúde reprodutiva. A Guiana, por exemplo, substituiu, em 1995, a sua lei que caracterizava o aborto como uma séria ofensa criminal por uma nova lei, que prioriza o direito das mulheres ao acesso a serviços seguros de aborto.¹³ Em 1965, a Guiné proibiu a incisão genital feminina, freqüentemente conhecida como mutilação genital feminina (MGF), ao incluir esta prática nas proibições de castração de seu Código Penal.¹⁴ Em 1966, a República Africana Central baixou uma lei¹⁵, proibindo a MGF, a fim de se adequar à Declaração Universal dos Direitos Humanos, e Gana aprovou uma lei, em 1994, proibindo, explicitamente, a prática da MGF.¹⁶ Diversos outros países, na África e em outras regiões, promulgaram leis específicas com este propósito.¹⁷ Em 1990, o Reino Unido subordinou as áreas de tecnologia e pesquisa reprodutiva avançada à Autoridade de Embriologia e Fertilização Humana.¹⁸ Em 1996, a Segunda Conferência Internacional sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos, organizada pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS apresentou as Diretrizes Internacionais, que deveriam ser incorporadas pelos governos em seus códigos legais ou legislações, para administração humanitária da pandemia de HIV/AIDS (ver Parte III, Capítulo 7).

Vários países, em diferentes regiões do mundo, que estão elaborando novas constituições incluíram dispositivos para a proteção dos direitos reprodutivos. O Artigo 40 da Constituição Colombiana, de 1991, por exemplo, protege o direito de decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles. Outras constituições apresentam dispositivos mais gerais, como o direito à liberdade e à segurança da pessoa, que têm sido utilizados na proteção dos direitos reprodutivos. Em 1982, por exemplo, o Canadá adotou a Carta de Direitos e Liberdades, que incluía este direito, em termos gerais. A Suprema Corte do Canadá decidiu, em 1988, que os dispositivos do Código

¹² Tabled by State Duma, N. V. Krivelskaya.

¹³ Medical Termination of Pregnancy Act, 1995, Act No.7 de 1995.

¹⁴ Penal Code of the Republic of Guinea (1965), Article 265

¹⁵ Central African Republic, Ordinance No.66/16 22/02/1966.

¹⁶ Criminal Code (Amendment) Act, 1994, sec.1

¹⁷ Ver CRLP, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000), 41–2.

¹⁸ Human Fertilisation and Embriology Act 1990, ch.37.

Criminal, que limitavam a escolha das mulheres pelo aborto, violavam o direito das mulheres à segurança da pessoa, e eram, assim, inconstitucionais e inoperantes.¹⁹

Emendas constitucionais que visam à proteção da vida humana desde o momento de sua concepção, têm efeitos menos claros sobre a saúde reprodutiva, como as que foram inseridas nas constituições da Irlanda²⁰ e das Filipinas²¹ e em vários países da América Latina. As religiões diferem sobre quando a vida protegida passa a existir, mas a Igreja Católica Romana decidiu, em 1869, que isto se dá no momento da concepção, e incentiva países a adotarem leis que reforcem esta escolha de tempo. Estas leis priorizam a proteção de vidas humanas por nascer sob interesses menos importantes, mas elas não necessariamente obrigam as mulheres a subordinar seus interesses ou o de seus filhos já nascidos aos interesses das crianças por nascer. Conseqüentemente, nos casos em que a vida das mulheres ou de seus filhos esteja em perigo decorrente, por exemplo, de gestações sucessivas em um curto período de tempo, este dispositivo constitucional não necessariamente limita os recursos legais ao aborto, mesmo nos países que concedem condição especial à religião Católica Romana. Na Irlanda, por exemplo, seguindo uma emenda à constituição nacional, por meio da qual o Estado garante o direito à vida da criança por nascer, com o mesmo respeito pelo igual direito da mulher à vida, a Suprema Corte decidiu que o aborto é legalmente permitido, quando a continuação da gravidez represente risco real e significativo à vida da mulher, incluindo risco de suicídio, decorrente de desequilíbrios psicológicos.²²

4. A evolução do direito de saúde reprodutiva

A contracepção desvinculou as relações sexuais da reprodução, e as novas tecnologias reprodutivas baseadas na fertilização *in vitro* (FIV) separaram, mais recentemente, a reprodução das relações sexuais. Mas, as fundações históricas da lei médica foram estabelecidas quando as relações sexuais e a reprodução humana estavam inquestionavelmente ligadas. As atividades sexuais eram um interesse especial das autoridades morais e religiosas, talvez por elas envolverem um aspecto inerente à natureza humana e por elas afetarem a criação e a continuidade familiar. As lideranças religiosas exerceram forte influência sobre a lei, através de juízes e legisladores que tinham a sua autoridade respeitada para fazer pronunciamentos sobre o mistério da vida humana. A lei tinha a tendência de condenar a conduta sexual que ferisse a restrita definição de fidelidade, presente nos casamentos religiosamente celebrados, considerando ilegítimos os filhos concebidos ou nascidos fora do casamento. Sob influência da religião e da moralidade, as leis originais sobre reprodução e sexualidade humana tenderam a ser restritivas e reprovadoras.

¹⁹ *R. v. Morgentaler* (1988), 44 Dominion Law Reports (4th) 385 (Supreme Court of Canada).

²⁰ Artigo 40.3.3, inserted by the English Amendment to the Constitution Act, 1983.

²¹ Artigo II, sec.12.

²² *Attorney General v. X.*, 1992 Irish Reports 1 (Supreme Court of Ireland), 55.

A leis de costumes, declaradas tanto por juízes como por legisladores e promulgadas por assembleias políticas, suspeitavam das intervenções humanas no processo natural da reprodução humana, e condenavam técnicas de indução do aborto, esterilização voluntária e contracepção que parecessem corromper ou desvalorizar a dádiva divina da concepção, e do nascimento. A mesma visão foi adotada, em tempos mais recentes, para preservar a escolha reprodutiva, ao opor-se à leis que permitiam a esterilização involuntária. As legislações mais antigas sobre o aborto, como a aprovada em 1803, na Inglaterra, expressavam a intenção de proteger as mulheres da interferência, em sua gravidez, de profissionais desqualificados e potencialmente perigosos, que oferecessem serviços de abortamento. Com o tempo, a legislação passou a apoiar a vida fetal e, posteriormente, a vida do embrião, com a recomendação médica de aborto, apenas quando a continuação da gravidez colocasse em risco a vida ou a saúde das mulheres. Em vários países a lei criminal punia o aborto induzido, com as suas penalidades mais severas, à exceção da execução sumária, e incluindo a prisão perpétua, tendo sido aplicadas às mulheres que recorriam a este serviço e àqueles que o realizavam. Da mesma forma, a disponibilidade de informações e meios pelos quais as mulheres poderiam prevenir a concepção também eram condenados. No Canadá, por exemplo, até 1969, o Código Criminal condenava, como Crimes Contra a Moralidade, a disponibilização de meios e informações sobre o controle da natalidade.

4.1 *Da moralidade à democracia*

O controle da reprodução e da sexualidade humana, por meio de penalidades previstas na lei criminal, foi apoiado por instituições políticas e religiosas tradicionais, como uma defesa do casamento, da família e dos valores morais. A esterilização voluntária, por exemplo, continua sendo uma ofensa criminal às leis de países com forte influência religiosa, como a Argentina²³ e a Polônia.²⁴ Contudo, evoluiu-se na relação entre lei e moralidade no mundo da língua inglesa e em outros países, com a publicação, em 1957, na Inglaterra, do Relatório da Comissão de Ofensas Homossexuais e Prostituição, conhecido pelo nome de seu presidente, Sir John (mais tarde Lord) Wolfenden, como o Relatório do Comtê Wolfenden. O Relatório observou que deveria existir uma área de consciência e moralidade exclusivamente privada, e que nem todo preceito moral deve ser incorporado à lei. O Relatório afirmou que, em uma sociedade democrática, ‘um domínio privado da moralidade e da imoralidade

²³ Código Penal da Argentina, Lei No. 11.719, texto contido pelo Decreto No. 3992, 21 Dez.1984, Artigos 90-2, como citado em CRLP e Estudo para Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS) *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Latin America and the Caribbean* (New York: CRLP, 1997), 24.

²⁴ Código Criminal da Polônia, Artigo 156, como citado em M. Rutkiewicz, ‘Towards a Human Rights-Based Contraceptive Policy: A Critique of Anti-Sterilization Law in Poland’, *European J. of Health Law*, 8 (2001), 225-42.

deve permanecer, significando, em termos diretos e curtos, que a lei não deve interferir neste campo'.²⁵ O Relatório favoreceu a neutralidade moral da lei, e abordou a lei como um instrumento pragmático, preocupado com resultados práticos que não eram necessariamente aprovados de forma positiva, mas que eram considerados aceitáveis, dentro dos limites da tolerância popular. O ímpeto do Relatório era de modificar as bases da lei criminal, no que se referem à atividade sexual, de bases condenatórias e moralistas para bases pragmáticas, tolerantes e democráticas.

Desde a época do Relatório, a legislação se tornou progressivamente mais liberal em questões sexuais e reprodutivas, incluindo prostituição, relações homossexuais privadas entre adultos em consenso e aborto. O Decreto de Aborto, de 1967, na Inglaterra, por exemplo, foi sucedido por emendas no Código Criminal Canadense, em 1969, que legalizou a contracepção e o aborto, e pelo amplo Decreto de Interrupção da Gravidez, em 1971, na Índia e na Zâmbia, por Decreto similar de Interrupção da Gravidez, em 1974. Em alguns países, com destaque para os EUA, as reformas tiveram origem em Cortes hierarquicamente superiores²⁶, e não nas assembleias legislativas. Três pesquisas sucessivas sobre dez anos de tendências internacionais das legislações de aborto e sentenças de Cortes com início em 1967, de 1967-77,²⁷ 1977-88²⁸ e 1988-98²⁹, demonstraram uma evolução difundida, mas não universal, na transformação de leis moralistas em leis preocupadas com a proteção e a promoção da saúde e do bem-estar das mulheres.

4.2 *Do crime e da punição à saúde e ao bem-estar*

Está ocorrendo uma evolução nas leis sobre saúde reprodutiva e sexual, passando de uma base de lei criminal, que defende morais religiosas, para uma base com foco nos interesses dos indivíduos no que se refere à própria saúde e bem-estar. Conseqüentemente, as leis têm sido, progressivamente, liberalizadas para permitir a promoção e a distribuição de métodos contraceptivos, o acesso à esterilização contraceptiva e o aborto. Esta evolução foi fortalecida, na área da infertilidade, através de métodos médicos de reprodução assistida e, em especial, das tecnologias reprodutivas, como meio de superar impossibilidades individuais de concepção. Relatórios dos anos 1980, de comissões, especialmente de Estados australianos, do Reino Unido, Canadá e EUA³⁰, discutiram como as tecnologias reprodutivas

²⁵ Home Office (UK), *Report of the [Wolfenden] Committee on Homosexual Offences and Prostitution* (London: Stationery Office, 1957) (Cmnd. 247), 24, para. 61.

²⁶ Ver *Griswold v. Connecticut* 381 United States Reporter 479 (1965) on contraception, e *Roe v. Wade*, 410 United States Reporter 113 (1973) on contraception.

²⁷ R. J. Cook e B. M. Dickens, 'A Decade of International Change in Abortion Law: 1967-1977', *American Journal of Public Health*, 68 (1978), 637-44.

²⁸ R. J. Cook and B. M. Dickens, 'International Developments in Abortion Law: 1977-1988', *American Journal of Public Health*, 78 (1988), 1305-11.

²⁹ R. J. Cook, B. M. Dickens e L. E. Bliss, 'International Developments in Abortion Law: 1988-1998', *American Journal of Public Health*, 89 (1999), 579-86.

³⁰ S. McLean, *Law Reform and Human Reproduction* (Brookfield, Vt.: Dartmouth, 1992).

assistidas desafiavam crenças tradicionais e religiosas, referentes à origem da concepção e da vida humana. Frequentemente, estas crenças eram proibitivas ao uso de alguns métodos, visando a gravidez e a condução de pesquisas voltadas para o tratamento da infertilidade, que envolvessem a perda deliberada de embriões humanos. No entanto, os principais efeitos destes relatórios, sobretudo quando as recomendações apresentadas passaram a ser incorporadas na legislação, eram adaptar várias técnicas disponíveis, para oferecer a casais inférteis filhos geneticamente relacionados a ambos os pais, a pelo menos um dos dois, ou mesmo a nenhum deles, e de legitimar o nascimento de crianças artificialmente concebidas, em analogia a crianças concebidas naturalmente. Em diversos países, a adaptação das leis a intervenções médicas, que permitem pessoas inférteis ou parcialmente férteis de terem os filhos que desejassem, surgiu em paralelo à adaptação legal às intervenções médicas, que possibilitam as pessoas férteis de prevenir e superar gravidezes não planejadas e espaçar os filhos, de acordo com suas próprias escolhas e projetos.

4.3 *Da saúde e do bem-estar aos direitos humanos*

Uma evolução, mais recente, na lei de saúde reprodutiva e sexual se tornou mais aparente, transferindo o foco de interesses na saúde e no bem-estar para os princípios de direitos humanos. Desde 1981, por exemplo, a Corte Europeia de Direitos Humanos condenou leis nacionais que proibissem a relação sexual entre casais do mesmo sexo, cujos parceiros tivessem consentido de forma apta e voluntária.³¹ Princípios de direitos humanos, como respeito pela privacidade e pela escolha na vida familiar, têm oferecido às pessoas proteção contra intervenções legislativas em suas escolhas reprodutivas, tanto na prevenção da gravidez e parto não planejados, como no acesso a meios médicos para se ter filhos quando se desejar. Em 1988, por exemplo, na decisão da Suprema Corte do Canadá de que o dispositivo restritivo do Código Criminal, relativo ao aborto era inconstitucional e inoperante, o Presidente do Tribunal do Canadá afirmou que: ‘Forçar uma mulher, através de ameaças de sanção criminal, a levar a gravidez até o fim, a menos que ela atenda a alguns critérios, sem relação com suas prioridades e aspirações pessoais, é uma interferência profunda no corpo da mulher, sendo assim uma violação à segurança da pessoa.’³²

Especialmente importante na proteção da escolha reprodutiva, com base nos princípios e leis de direitos humanos, fundamentados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, têm sido os documentos e programas originados de duas conferências da ONU. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, produziu o Programa de Ação do Cairo e a Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, realizada em Pequim, em 1995, elaborou a declaração e a Plataforma de Ação de Pequim (ver Parte I, Capítulo 6, Seção 3).

³¹ *Dudgeon v. United Kingdom* (1981) 4 EHRR 149.

³² *R. v. Morgentaler* (Ver n. 19 acima) at 402.

A Plataforma afirma que:

Os direitos humanos das mulheres incluem o direito de exercerem controle e de decidirem livremente e de forma responsável sob sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação e violência. Relações igualitárias entre mulheres e homens em questões ligadas a relações sexuais e a reprodução, incluindo o respeito pleno pela integridade da pessoa, requerem respeito e consentimento mútuo, e compartilhamento de responsabilidades por comportamentos sexuais e suas conseqüências.³³

Os direitos humanos podem ser igualmente acessados para proteger a escolha de recursos na área da tecnologia reprodutiva para superar a infertilidade.³⁴ Nos EUA, o direito constitucional a privacidade pessoal, que reconheceu o direito constitucional ao aborto,³⁵ tem sido acessado para proteger o uso legal da reprodução medicamente assistida.³⁶ Ainda, na Inglaterra, o direito de uma mulher de usar o esperma de seu marido, coletado enquanto este estava inconsciente e morrendo e sem o seu consentimento prévio, como determina o Decreto da Fertilização Humana e da Embriologia, de 1990, foi reconhecido, com base em princípios da legislação da Comunidade Européia,³⁷ apesar da recusa da Autoridade em Fertilização Humana e Embriologia.

A evolução inicial de uma abordagem criminal e punitiva de questões ligadas à saúde reprodutiva e sexual, para uma abordagem de aplicação da lei sobre saúde e bem-estar está incompleta em nível internacional, e a evolução seguinte de empregar leis de direitos humanos permanece em seus estágios iniciais. Visões morais exercem uma forte influência nos sistemas legais, especialmente naqueles em que as leis religiosas são soberanas, como nos sistemas legais islâmicos. Muitos países islâmicos que ratificaram as principais convenções internacionais de direitos humanos, o fizeram com a ressalva de que as questões abordadas no *Shariah*, a lei islâmica religiosa, não fossem comprometidas. Este aspecto desperta um questionamento entre advogados internacionais sobre até que ponto estes países são, de fato, membros plenos destes tratados.³⁸ No entanto, as constituições e várias leis nacionais destes países reconhecem os resultados das escolhas reprodutivas de casais casados, fazem uso de dispositivos de programas de saúde reprodutiva e são compatíveis com princípios de direitos humanos.

Desta maneira, vários sistemas legais permitem que a questão da escolha reprodutiva e sexual vá além de proibições legais criminais, podendo envolver

³³ UN, Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration: Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995* (New York: UN, 1995).

³⁴ Ver Parte I, Cap.6, Sec. 4.3, por exemplo, direitos aos benefícios do progresso científico.

³⁵ *Roe v. Wade* (ver n. 26).

³⁶ J. A. Robertson, *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies* (Princeton: Princeton University Press, 1994).

³⁷ *R. v. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex p. Blood* (ver n. 10).

³⁸ Ver *Reservations to the Genocide Convention, Advisory Opinion*, International Court of Justice Reports 1951, 15 (International Court of Justice).

110 *Princípios médicos, éticos e legais*

conceitos de saúde, bem-estar, e de satisfação individual de gozar de privacidade pessoal e familiar. Ainda, princípios de respeito pelos direitos humanos, amplamente endossados e acessados, apoiam iniciativas individuais e profissionais de provedores de serviços de saúde, que buscam proteger e atender a saúde e a satisfação reprodutiva e sexual daqueles que solicitam os seus serviços, e de todos os membros das comunidades aos quais eles dedicam as suas vidas profissionais. Movimentos nos sistemas legais nesta direção ocorrem em compassos variados, mas o movimento na direção contrária é considerado uma anomalia internacional.³⁹

5. Princípios legais que governam a atenção à saúde reprodutiva

Os princípios legais, aplicáveis à saúde reprodutiva, que estão presentes nos sistemas legais e são expressos de diferentes formas, são relativamente poucos, mas podem ser empregados para maximizar a proteção e a promoção da saúde reprodutiva.⁴⁰ Cada sistema legal abraça este grupo de princípios com requintes, em diferentes níveis de detalhamento e abstração, presentes na legislação ou nas interpretações judiciais de leis de costumes ou leis promulgadas. Os princípios fundamentais que se seguem são amplamente reconhecidos como sendo princípios básicos mínimos, que devem estar presentes nos sistemas legais nacionais, para satisfazer aos padrões de justiça prevalentes na responsabilização privada e pública pela saúde reprodutiva.

Os princípios legais fundamentais na prestação de serviços são:

- Tomada de decisão consciente,
- Tomada de decisão livre,
- Privacidade,
- Confidencialidade,
- Prestação competente dos serviços, e
- Segurança e eficácia dos produtos.

Quando a relação profissional de saúde-paciente precede a solicitação do paciente de assistência na área da saúde reprodutiva, em geral na relação entre médico e paciente, o profissional pode alegar um direito legal limitado de objeção consciente à realização de certos procedimentos, como a esterilização voluntária e o aborto, mas este profissional é obrigado a referir o paciente a um colega que não apresente as mesmas objeções (ver abaixo, Seção 9).

A compreensão básica da lei que governa os médicos é alcançada no tratamento dos pacientes, no entanto, muitos dos usuários dos serviços de saúde reprodutiva

³⁹ Em 1997, El Salvador aprovou emenda em seu Código Penal para remover exceções a sua proibição de aborto, o que permitia o aborto para salvar a vida da mulher ou quando a gravidez é resultante de estupro, ver Decreto No. 1030, Artigos 133-7 (1998).

⁴⁰ Ver, R. J. Cook e B. M. Dickens, *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws* (Geneva: WHO, 2nd ed., 2000).

não são pacientes, no sentido tradicional do termo. Eles podem ser referidos como ‘pacientes’ ou como ‘usuários’, ‘consumidores’ ou, por exemplo, como ‘clientes’ mas são legalmente diferentes. ‘Pacientes’ são pessoas que estão doentes ou que têm um medo admissível de ficarem doentes, e recorrem a serviços de saúde terapêuticos ou preventivos. Uma vez que suas condições são sanadas, adequadamente estabilizadas, ou então asseguradas, eles não mais receberão serviços. Pacientes com doenças crônicas recebem, é claro, serviços contínuos, para manutenção e prevenção de deterioração de suas condições. Contudo, enquanto alguns receptores de cuidados reprodutivos são ‘pacientes’, neste sentido mais tradicional, como mulheres grávidas que desejem preservar a sua saúde e a de seu feto contra riscos, e aqueles sofrendo de doenças sexualmente transmissíveis, muitos outros não o são. As mulheres em busca de serviços contraceptivos, em geral, são saudáveis e sexualmente ativas ou em vias de se tornarem, e buscam meios de reduzir os riscos de gravidezes não planejadas. Isto é uma questão de escolha, de estilo de vida, algumas vezes chamada de autodeterminação reprodutiva. Enquanto se mantiverem saudáveis e sexualmente ativas, elas poderão fazer uso, talvez por décadas, dos serviços contraceptivos, exceto quando desejarem construir suas próprias famílias através de gravidezes espaçadas.

O significado legal da distinção entre pacientes e outros usuários de serviços de saúde reprodutiva surge do fato de que, apesar de os médicos terem o dever de cuidar de seus pacientes, eles não têm obrigações com outras pessoas que buscam os seus serviços. Os médicos não precisam aceitar todo mundo como paciente. Eles podem se recusar a cuidar de pessoas que não sejam seus pacientes, desde que a recusa não seja baseada em aspectos proibitivos de discriminação, como a raça ou a condição de portador de HIV.⁴¹ Mas eles têm o dever legal de cuidar de seus pacientes, informando-os, por exemplo, sobre opções de tratamentos de saúde. Médicos empregados em hospitais e clínicas poderão ser legalmente obrigados a cuidar dos pacientes admitidos pelo estabelecimento, mas as instituições não estão sempre obrigadas a aceitar todas as pessoas que recorram ao local como pacientes, exceto em situações emergenciais. No entanto, neste livro, a menos que seja especificado, todos os receptores de serviços de saúde oferecidos por profissionais de saúde são considerados ‘pacientes’, incluindo receptores doentes e saudáveis e aqueles que estejam buscando serviços de proteção, como a contracepção.

Os médicos possuem um privilégio muito limitado, conhecido como ‘privilégio terapêutico’, para ponderar como eles apresentarão a informação sobre opções terapêuticas de tratamento, nos casos em que a divulgação explícita representa uma ‘contra-terapia’, comprometendo, por exemplo, a capacidade do paciente de tolerar o cuidado indicado. Este privilégio não pode ser legalmente utilizado para manipular ou direcionar a escolha do paciente, mas ele pode ser empregado para

⁴¹ B. M. Dickens, ‘Health Care Practitioners and HIV: Rights, Duties and Liabilities’, in D. C. Jayasuriya (ed.), *HIV Law, Ethics and Human Rights* (New Delhi: UN Development Programme Regional Project on HIV and Development, 1995), 66-98, at 79-81.

assegurar opções mais indicadas de tratamento, quando, por exemplo, o detalhamento explícito dos riscos extraordinários de efeitos colaterais intimide um paciente doente que necessite de tratamento. No entanto, já que a saúde das pessoas em busca de serviços contraceptivos não é prejudicada pela renúncia de oferta destes serviços, apesar de suas escolhas de conduta poderem ser, não há uma base legal para que as informações sobre os possíveis efeitos adversos dos tratamentos disponíveis sejam omitidas. Os médicos têm a responsabilidade de informar aos pacientes que tenham feito uso de serviços de saúde reprodutiva e que possam ser contatados, sobre riscos, descobertos posteriormente, associados aos tratamentos recebidos, em especial riscos ligados à função reprodutiva. Ainda, visto que falhas na atenção à saúde reprodutiva podem afetar a autodeterminação reprodutiva do marido da paciente, e as circunstâncias da criança que eles carregam, de um modo reconhecido pelo sistema legal, as responsabilidades de proteção dos médicos podem ser aplicadas a outras pessoas, além do paciente, receptor direto de seus cuidados.

As preocupações legais na prestação dos serviços de saúde reprodutiva incluem:

1. Oferecimento de informações e serviços de contracepção e esterilização;
2. oferecimento de cuidados no período pré-natal, no parto e no pós-parto, incluindo acesso à serviços obstétricos emergenciais e a cuidados perinatais do recém-nascido;
3. rastreamento, diagnóstico e tratamento de morbidade obstétrica e ginecológica, incluindo infecções do aparelho reprodutivo e câncer cervical e de mama;
4. rastreamento, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em mulheres e homens;
5. disponibilização de serviços para tratamento de complicações decorrentes do aborto, e oferecimento de serviços legais e seguros de aborto;
6. oferecimento de tratamentos para infertilidade de mulheres e homens;
7. administração de sistemas bem organizados e de confiança para complicações que demandem cuidados especializados;
8. oferecimento de orientação e informação sobre cuidados preventivos, promoção da saúde e acesso a opções de tratamento;
9. eliminação de riscos induzidos à saúde reprodutiva, como incisão ou mutilação genital feminina (MGF) e violência contra as mulheres; e
10. alerta ao risco de infecção por HIV em pacientes e em outras pessoas, e respostas não discriminatórias aos riscos.

6. Tomada de decisão

6.1 Tomada de decisão consciente

Em diversos sistemas legais, já se tornou convencional referir-se a tomadas de decisão conscientes como ‘consentimento informado’. Esta expressão não é precisa e é muitas vezes disfuncional, por seu foco estar em uma meta de consentimento

induzido. Para que a ênfase seja no dever dos profissionais de saúde de revelar informações, e não no propósito de obter o consentimento, esta expressão deveria ser substituída por outra, como tomada de decisão consciente ou escolha informada. O dever legal é o de apresentar informações que sejam substanciais para a escolha que o paciente e outros usuários dos serviços de planejamento familiar devem fazer, de forma que eles possam entendê-las e lembrarem-se delas. O propósito é de instrumentalizá-los para que exerçam as suas escolhas, e reavaliem escolhas previamente feitas. Estudos demonstram que quando usuárias de serviços de planejamento familiar têm condições de fazer escolhas informadas, os resultados do planejamento familiar são acentuados e a satisfação e o compromisso com o tratamento são maiores.⁴²

As decisões tanto de aceitar ou recusar tratamentos médicos recomendados devem ser informadas adequadamente. Tem sido recomendado que ‘sempre que um paciente recusar um tratamento, um exame ou um procedimento, o médico documente a recusa informada no registro médico do paciente’, incluindo as razões por ele apresentadas.⁴³ Não se pode considerar que um paciente que tenha recebido as informações adequadas e que tenha se recusado a seguir o tratamento recomendado para a sua saúde reprodutiva o tenha feito por falta de compreensão ou por necessitar de mais informações ou de detalhamentos já fornecidos adequadamente. A ênfase exagerada em uma recomendação pode ser direcionada, e negar uma escolha real. De qualquer modo, é exigido que haja um julgamento clínico, visto que um médico foi responsabilizado, por exemplo, pela falha em explicar adequadamente a uma paciente o significado de sua decisão em não realizar um teste de papanicolau, durante sucessivos exames médicos anuais de rotina, quando a orientação prevalecente é de realizar o exame, pelo menos, uma vez a cada três anos.⁴⁴ Os pacientes são livres para recusar qualquer exame, mas os médicos e outros profissionais de saúde responsáveis por seus cuidados são obrigados a reagir de forma mais enfática contra a recusa da paciente em realizar um teste de papanicolau, pelo terceiro ou quarto ano, do que quando a recusa ocorre por um ou dois anos, após o resultado do último exame ter sido negativo.

As informações que, em geral, devem ser disponibilizadas por profissionais de serviços de saúde incluem:

- Avaliação da atual condição de saúde reprodutiva do paciente, no que se refere à responsabilidade por gravidez não planejada, DSTs, concepção e parto de uma criança com deficiências previsíveis, e infertilidade;
- acesso adequado a meios médicos, sociais e outros de resposta às condições do paciente e as intenções reprodutivas, incluindo prognósticos sobre taxas de sucesso, efeitos colaterais e riscos de cada opção;

⁴² Y. M. Kim, A. Kols, and S. Mucheke, ‘Informed Choice and Decision-Making in Family Planning Counselling in Kenya’, *Int. Family Planning Perspectives*, 24/1 (1998), 4–11.

⁴³ American College of Obstetricians and Gynecologists, Opinion of the Committee on Professional Liability, ‘Informed Refusal’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 74 (2001), 67–8 at 68.

⁴⁴ *Truman v. Thomas*, 611 Pacific Report 2d 902 (1980).

114 *Princípios médicos, éticos e legais*

- implicações na saúde reprodutiva, sexual e geral do paciente e em seu estilo de vida, decorrentes da recusa de cada uma das opções; e
- recomendação ponderada do profissional.

Diante do dever de divulgação, fica legalmente reconhecido que as escolhas quanto a aceitar ou recusar tratamento médico não são decisões médicas. Elas são decisões pessoais tomadas por indivíduos, de acordo com as suas prioridades, e que devem se basear em informações médicas adequadas. A obrigação legal de fornecer informações necessárias à tomada de decisão não está limitada ao período inicial da relação profissional-paciente, nem ao surgimento de novas alternativas de tratamento. O dever legal de que o paciente esteja devidamente informado é uma obrigação contínua, que perdura durante todo o período de saúde.

Embora um médico não tenha que estar repetindo constantemente informações anteriormente fornecidas, ele deve considerar todas as situações novas que podem fazer com que o paciente venha a desejar tomar uma decisão diferente da previamente tomada. O momento para relembrar informações passadas ou acrescentar novos dados pode estar relacionado ao tratamento do paciente, a novos conhecimentos adquiridos pelo médico sobre alternativas de tratamento que possam ser mais adequadas ao tratamento, ou as circunstâncias do paciente ou, por exemplo, a pesquisas ou dados isolados, que indiquem que a manutenção de tratamento prevalecente pode apresentar um risco anteriormente desconhecido. Quando se descobriu, por exemplo, que o uso de esperma de homens que não foram classificados como HIV negativos na doação poderia ser uma fonte de infecção de HIV, os médicos que utilizavam esperma fresco tiveram que explicar por que não mais iriam fazê-lo, mas usariam apenas espermastreados e congelados, a menos que a receptora aceitasse o risco, por exemplo, do uso de esperma fresco de seu marido.

Não há nenhum dever legal mais amplo de fornecer novas informações àqueles que decidiram não se tornar pacientes, quando negaram tratamentos previamente oferecidos, com base em informações que eram adequadas, no momento em que foram divulgadas. Tal fornecimento pode ser necessário, no entanto, se a pessoa for um paciente e se os novos dados forem relevantes para o seu tratamento. No caso dos pacientes sob constante responsabilidade de seus médicos, mesmo após a conclusão de um tratamento, estes devem ser permanentemente informados sobre qualquer elemento relevante para o tratamento e a manutenção de sua saúde descoberto após a conclusão do tratamento. Um médico, por exemplo, foi considerado legalmente responsável por falhar em informar a um paciente sobre a descoberta tardia de que o sangue que ele havia recebido por transfusão provinha de uma bolsa de sangue contaminada por um doador que possuía o vírus da AIDS, e pela exposição inconsciente da esposa do paciente a infecção.⁴⁵

⁴⁵ *Pittman Estate v. Bain* (1994), 112 Dominion Law Reports (4th) 257 (Ontario Court, General Division, Canada).

A lei, tratando da obrigação de divulgação, não é específica a determinados procedimentos, exames ou opções. A lei aborda estas questões através de dispositivos que regulam a competência de profissionais de saúde, para exercerem suas funções, e a sua aptidão permanente, em que a participação em programas de educação continuada é uma condição para manter a licença médica, que envolve renovações periódicas. A educação continuada é especialmente importante em áreas com pesquisa mais intensiva. Informações atuais sobre causas genéticas de doenças e sobre a prevenção e administração de patologias geneticamente derivadas devem ser disponibilizadas aos pacientes a tempo. Da mesma forma, as técnicas mais avançadas e o resultado de novos estudos ligados a tecnologias reprodutivas podem proporcionar novas opções de tratamento aos pacientes ou, por exemplo, indicar a inadequabilidade de alternativas, que anteriormente pareceram apropriadas.

Os clínicos gerais devem se manter atualizados sobre descobertas gerais, da mesma forma que outros generalistas, mas os especialistas em uma área médica são legalmente obrigados a manter o nível de conhecimento de outros especialistas. Eles não precisam, necessariamente, acompanhar descobertas apresentadas em volumes mais recentes de, por exemplo, revistas médicas gerais, mas devem estar familiarizados com a literatura das revistas médicas de suas especialidades.⁴⁶

Os profissionais devem avaliar com cuidado a incorporação às suas práticas de percepções ou modismos recentes em tratamentos, antes que tenham sido produzidos dados confiáveis a respeito, de acordo com os princípios da medicina baseada em evidência. Mas, eles não devem retardar a assimilação de novas descobertas, baseadas em evidências fundamentadas. Em caso de dúvida sobre a incorporação de novas idéias ou o abandono de práticas possivelmente duvidosas, eles devem consultar as lideranças de seus campos de especialização e a literatura profissional disponível, especialmente as descobertas de pesquisas, publicadas em revistas apropriadas, que tenham sido atentamente revisadas.

Os sistemas legais variam no tocante ao nível de informações pertinentes aos pacientes que os profissionais de saúde devem levantar. Alguns solicitam um 'padrão profissional', segundo o qual o profissional deverá revelar as mesmas informações que seriam disponibilizadas por um outro profissional do mesmo padrão e do mesmo campo da medicina.⁴⁷ Outros exigem a divulgação pautada no que uma pessoa razoável, diante das circunstâncias gerais do paciente, considerasse importante para o exercício da escolha.⁴⁸

Ambos os níveis exigem que os profissionais associem as informações fornecidas ao que eles precisam saber sobre as pessoas que eles tratam, e ao que elas, de fato, sabem. Ou seja, os profissionais devem oferecer informações com base em uma idéia realista do estilo de vida e das intenções reprodutivas dos pacientes. Eles

⁴⁶ Ver *Neuzen v. Korn* (1995), 127 Dominion Law Reports (4th) 577 (Supreme Court of Canada).

⁴⁷ Ver *Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors* [1985] Appeal Cases 871, [1985] 1 All ER 643 (House of the Lords, England).

⁴⁸ Ver *Canterbury v. Spende* (1972) 464 Federal Reporter 2d 772 (US Court of Appeals, District of Columbia Circuit).

devem ter uma idéia dos possíveis comportamentos sexuais de seus pacientes, e de seus prováveis parceiros sexuais, e lidar com os conhecimentos e suposições, sem julgamentos morais. Eles também devem adaptar as informações que fornecem a conhecimentos mais específicos que obtenham sobre seus pacientes, se beneficiando de perguntas levantadas pelos pacientes em discussões e, por exemplo, de exames médicos ou de outros exames. Eles não devem supor que os pacientes se limitam a uma gama específica de comportamentos sexuais, ou estereótipos predominantes. As relações sexuais podem, por exemplo, não ser confinadas a membros do outro sexo, e não necessariamente diminuem com o avanço da idade ou com a perda ou ausência de um parceiro conjugal.

O dever legal de não ser preconceituoso pode levar a uma pressão no profissionalismo do provedor. Enquanto profissionais, os médicos, podem sentir que devem atuar como lideranças sociais e modelos em suas comunidades, e expressarem elevados padrões de moral, associados talvez a orientações religiosas. Apesar disso, pode ser que o tratamento médico dos pacientes dependa do reconhecimento e da compreensão de práticas sexuais, que as religiões convencionais consideram imorais e mesmo não naturais. Contudo, enquanto profissionais da área médica, eles devem reprimir qualquer instinto que possam ter de condenação moral, e devem agir sem julgar as pessoas ao cumprir responsabilidades legais para com aqueles que recebem seus tratamentos médicos.

Em geral os profissionais não precisam divulgar aspectos sobre a sua capacidade de oferecer os tratamentos sugeridos, a menos que estes aspectos possam comprometer a segurança do paciente ou, por exemplo, criar conflitos de interesse (ver abaixo, Seção 8.1). Um profissional que, pela primeira vez, esteja realizando um procedimento sem supervisão, não precisa informar o paciente, pois ele está legalmente obrigado a manter o mesmo padrão de competência e de cuidado de outro profissional experiente. Da mesma forma, a confidencialidade de um profissional portador de HIV não pode ser revelada a outros pacientes, a menos que possa haver exposição a secreções do profissional. Estes profissionais poderão estar proibidos, por exemplo, de conduzir cirurgias invasivas, quando há risco de se cortarem.⁴⁹

6.2 *Livre tomada de decisão*

Além dos profissionais se certificarem de que os pacientes estejam adequadamente informados para a tomada de decisões, eles devem estar atentos sobre até que ponto as pessoas por eles tratadas são livres para exercerem escolhas independentes. Muitos receptores de serviços de saúde reprodutiva não são inteiramente livres, pois estão sujeitos a fatores de seu entorno social e familiar passíveis de influenciarem as suas decisões. Suas esperanças e medos, o bem-estar daqueles de

⁴⁹ R. J. Cook and B. M. Dickens, 'Patient Care and the Health-Impaired Practitioner', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 78 (2002), 171–7.

quem cuidam e que dependem deles e, por exemplo, seus recursos materiais e seus sonhos para o futuro podem reduzir as opções, dentre as quais eles se sintam livres para escolher, ou podem direcionar as escolhas que se sentem compelidos a fazer.

A doutrina legal sobre a tomada de decisão livre diz respeito à liberdade do paciente sobre qualquer tendência introduzida, consciente ou inconscientemente, por aqueles a quem eles recorrem para orientações ou cuidados com a saúde reprodutiva. Recomendações de profissionais são passíveis de exercer influência e mesmo de serem decisivas, mas as recomendações devem ser feitas apenas com base em avaliações sobre o que é melhor para o interesse do paciente, considerando a sua condição de saúde reprodutiva e a expressão de seus desejos, objetivos e preferências. Logo, aqueles que fornecem informações devem tomar cuidado para não direcionar as decisões, e nem compelir ou induzir indevidamente a uma decisão específica, apesar de estarem autorizados a fazer recomendações em nome do interesse do pacientes. Pode ser que a escolha consciente de um paciente não siga a recomendação do profissional de saúde e nem pareça ser de interesse médico para a sua saúde. Contudo, como a saúde está relacionada ao bem-estar físico, mental e social, os profissionais devem tolerar que pacientes por eles informados façam escolhas, de acordo com as suas próprias avaliações de suas circunstâncias e da relativização de seus interesses físicos, psicológicos e sociais.

Os profissionais não podem, porém, permitir que as tomadas de decisão livres dos pacientes sejam distorcidas, a fim de favorecer interesses materiais ou outras vantagens deles próprios, ou que sejam meramente convenientes. A recomendação ou tendência de um profissional em favor de tratamentos mais caros, quando alternativas mais baratas sejam igualmente apropriadas, pode tanto comprometer a liberdade de decisão do paciente, como se constituir em conflito de interesses ilegal e antiético por parte do profissional. Uma recomendação não pode ser influenciada por vantagens pessoais. Um conflito de interesses sobre a possibilidade de realização de exames por laboratórios de propriedade dos profissionais deve ser, ao menos, divulgada aos pacientes, com alternativas de outras instituições.

Profissionais preocupados com o fato de que sua abordagem ao paciente ou seu estilo de trabalho possam distorcer a liberdade de escolha do paciente devem consultar lideranças profissionais ou colegas experientes, que tenham condições de oferecer uma análise isenta. Nos tratamentos clínicos de pacientes vulneráveis, quando haja alternativas de tratamento mais adequadas às condições do paciente e que respeitem melhor as suas opções de saúde reprodutiva, os profissionais devem tomar cuidado para não induzi-los a escolhas contraceptivas mais convenientes para si ou para terceiros que vão pagar pelo tratamento ou para pessoas interessadas em economias financeiras.

O quão longe devem ir os profissionais para liberar pacientes de restrições nas escolhas que surgem de suas circunstâncias sociais e familiares dependerá das características de cada caso. Os profissionais não têm nenhuma obrigação legal de isolar ou proteger os pacientes de influências normais que afetam as suas vidas.

118 *Princípios médicos, éticos e legais*

Eles se defrontam com responsabilizações legais apenas se impuserem tratamentos quando a resistência do paciente foi claramente suprimida pela insistência de terceiros, como parceiros, pais ou padrastos. Os profissionais podem ser igualmente responsabilizados por negligência, ao negarem tratamento de preferência dos pacientes devido a oposição manifestada por terceiros.

O comprometimento da liberdade de escolha do paciente, resultante de sua vulnerabilidade social, pobreza, ou de culturas opressoras, impõe os mesmos desafios ao profissional. Quando, por exemplo, um método contraceptivo implantável de longa atuação, como o Norplant, é oferecido como uma opção a pacientes carentes, é necessário que lhes seja dada a liberdade de escolha adequada tanto na implantação inicial como nos subseqüentes uso e remoção.

O uso de métodos médicos de regulação da fecundidade que não tenham sido testados, ou a sua divulgação a pacientes inadequadamente informados, que venham a sofrer danos, pode levar à responsabilização legal direta e indireta. Quando os pacientes não estão acostumados a apresentar ações legais é mais difícil que ocorra a responsabilização legal direta. No entanto, os pesquisadores que se passam por terapeutas e que não respeitam as diretrizes e requerimentos éticos de revisões éticas independentes em pesquisas, como, por exemplo, a livre participação de pacientes em pesquisas, podem sofrer responsabilização legal indireta. Eles podem ser legalmente expostos a sanções em ações disciplinares por autoridades licenciadoras e por instituições às quais estão associados, como hospitais, universidades e corporações profissionais.

6.3 O papel de terceiros

6.3.1 Autorização de parceiros

Os profissionais de saúde devem tomar cuidado ao supor que podem oferecer cuidados na área de saúde sexual e reprodutiva a um dos membros de um casal dependendo da autorização do outro. A menos que os receptores de seus serviços aprovem de forma explícita a consulta de seus cônjuges, a divulgação da solicitação ou da prestação de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva pode violar a confidencialidade do paciente, e ser ilegal. Mesmo quando a divulgação seja um arbítrio legal, ainda assim, ela pode ser antiética, expondo profissionais a ações e sanções disciplinares profissionais.

A lei reconhece amplamente que adultos mentalmente capazes gozam de autonomia de escolha, em seus tratamentos médicos e de saúde, que não necessitam do consentimento de terceiros, incluindo esposa ou marido, e não estão sujeitos ao veto de nenhuma outra pessoa, a menos que esta tenha o poder legal de se recusar a pagar pelo tratamento. Os profissionais que são aconselhados, por seus próprios advogados, sobre a exigência de consentimento do parceiro, especialmente em casos como os de inseminação artificial pelo esperma do doador, devem, é claro,

ceder. Contudo, na ausência desta orientação legal, os profissionais podem correr o risco de cometer uma violação legal, caso eles assumam que este consentimento seja necessário, apenas pelo fato de ter sido obtido no passado, ou por ser um costume em sua comunidade ou instituição. Inclusive, o estabelecimento de discussões com cônjuges, sem o consentimento prévio do paciente, pode representar uma séria infração legal de confidencialidade. Caso um cônjuge precise, para cobrir os custos, ser informado sobre o tratamento proposto, a divulgação fica sob a responsabilidade do paciente, e não do profissional de saúde. Contudo, os profissionais podem generalizar as informações com referência, por exemplo, a cuidados ginecológicos, não sendo específicos. Caso os profissionais de saúde prestem cuidados não emergenciais, sem acordo prévio, sobre pagamento de honorários, eles poderão estar legalmente impossibilitados de recorrer a terceiros para que o façam, a exceção das companhias de seguro.

Em geral, meninas jovens, incapazes de consentirem livremente sobre seus casamentos, não podem estar legalmente casadas apenas com o consentimento de seus pais. Quando este consentimento é uma condição legal necessária para o seu casamento, por elas não apresentarem a idade legal para o casamento independente, o consentimento dos pais não é, em si, uma condição suficiente. O casamento exige a aprovação livre de ambas as partes, e os direitos humanos são violados, caso pessoas de qualquer idade sejam casadas contra suas vontades. Contudo, o consentimento dos pais, quanto ao casamento legal de um filho menor de idade leva o menor à condição de adulto nos olhos da lei, e não o coloca, ou mais usualmente, a coloca, sobre o controle legal de um cônjuge mais velho. Meninas jovens podem aprovar e desaprovar livremente procedimentos médicos para si próprias, e tomar decisões sobre a saúde de seus filhos.

Os maridos não dispõem de nenhum direito legalmente reconhecido contra profissionais de saúde que tratem de suas esposas, de acordo com o consentimento adequadamente informado e qualificado das mesmas, que não busquem autorização dos mesmos. Os maridos devem ser informados quando os serviços de saúde serão pagos com recursos da família por eles controlados, mas seu dever legal é oferecer às esposas os cuidados médicos necessários, que eles tenham condições de prover. Os profissionais de saúde solicitados a realizar serviços, que não sejam fundamentais para a preservação da saúde do paciente, ou que estejam além das condições financeiras da família, estão autorizados a solicitar antecipadamente as garantias de que os serviços serão pagos. No entanto, estas garantias solicitadas a pacientes potenciais não justificam o rompimento de confidencialidade pelos profissionais durante as discussões com os cônjuges, a menos que eles tenham sido previamente autorizados por estes pacientes.

Os profissionais devem discutir com pacientes potenciais o risco de que a prestação de serviços, sem a aprovação de seus cônjuges possa acarretar pedidos de divórcio ou outras atitudes matrimoniais contra eles, com base, por exemplo, em crueldade ou em rompimento de contrato matrimonial entre as partes ou suas famílias.

Um profissional que tenha dúvidas sobre se a prestação de um serviço a um paciente, que o deixe suscetível ao divórcio, se constitua em falta de conduta profissional, tornando-o suscetível a sanções por autoridades licenciadoras ou por associações profissionais, deve esclarecer a questão por meio de discussões com autoridades ou associações pertinentes.

6.3.2 Consentimento dos pais

Enquanto as crianças crescem em inteligência, experiência e maturidade, as suas habilidades de realizar diversas funções e de se responsabilizarem por suas decisões também crescem simultaneamente. A Convenção da ONU para os Direitos da Criança pede atenção para ‘o desenvolvimento das capacidades da criança’.⁵⁰ Apesar dos adolescentes ganharem pleno poder legal ao atingirem a maioridade, eles, em geral, ganham um número crescente de direitos mais cedo em seu desenvolvimento. Eles podem, por exemplo, ser legalmente autorizados, antes da maioridade, a deixarem a escola e se empregarem, a comprarem cigarro ou bebida alcoólica, a frequentarem locais de diversão desacompanhados, a votarem, a dirigem veículos motores, a consentirem na relação sexual, e a se casarem. No entanto, diversas atividades da adolescência não são legisladas, de acordo com a idade cronológica.

Em diversos países, não há uma idade legalmente reconhecida de consentimento de tratamentos médicos, apesar de não ser incomum os profissionais de saúde se depararem com publicações que, erroneamente, afirmam o contrário. Tais publicações confundem leis atinentes à saúde com legislações sobre a idade legal para o consentimento de relação sexual e, por exemplo, com a idade legal para o consentimento independente de casamento.

Em geral, na lei de saúde não há ‘idade de consentimento’, mas apenas uma condição para o consentimento, que é alcançada quando uma pessoa, de qualquer idade, tem capacidade de compreensão adequada para dar consentimento adequadamente esclarecido. Quase sempre, quando a legislação define uma idade para a maioridade ou o consentimento médico, ela só é aplicada quando as presunções legais mudam. Em idade adulta, presume-se que as pessoas sejam capazes de tomar decisões de saúde de si mesmas, a menos que evidências, como limitações intelectuais, indiquem o contrário. Menores legais ou aqueles abaixo da idade definida para o consentimento médico são considerados incapazes, a menos que uma evidência de maturidade e compreensão indique que eles são capazes.

Aqueles profissionais de saúde que neguem cuidados sexuais e reprodutivos indicados a crianças adolescentes mentalmente competentes e maduras, de famílias que eles aceitaram atender, devido à falta de consentimento dos pais ou responsáveis legais, e à recusa dos adolescentes quanto a terem os pais ou responsáveis informados, se defrontam com responsabilizações legais por negligência e

⁵⁰ Artigo 5; ver R. J. Cook and B. M. Dickens, ‘Recognizing Adolescents’ “Evolving Capacities” to Exercise Choice in Reproductive Healthcare’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 13–21.

abandono. Além disso, as crianças que não sejam claramente consideradas mentalmente competentes ou maduras, mas cujos pais ou responsáveis tenham falhado na responsabilidade por sua saúde sexual ou reprodutiva e bem-estar, podem buscar e receber serviços de saúde de profissionais, amparadas na lei e de forma independente. Os profissionais que não atenderem a estas solicitações de jovens adolescentes podem ser legalmente responsabilizados por DSTs, gravidezes, e outras conseqüências previsíveis, que poderiam ter evitadas através da realização dos serviços solicitados, especialmente quando os jovens são expostos a pressões sexuais e não contam com a proteção dos pais ou responsáveis.

Em alguns países, a legislação afirma claramente que serviços médicos não devem ser prestados a menores de idade sem o consentimento dos pais ou de outros responsáveis adultos. Quando estas leis se aplicam, em geral existem leis paralelas de efeito similar, que atestam que pais e responsáveis são legalmente obrigados a munir seus filhos dependentes com os serviços de saúde indicados, incluindo serviços de saúde preventivos. Os pais e responsáveis legais violam a lei ao se recusarem a autorizar e a pagar por estes serviços dentro de suas possibilidades. Os profissionais de saúde não têm nenhuma responsabilidade legal de garantir o cumprimento ou de controlar deveres dos pais e dos responsáveis para com seus dependentes. Porém, muitos países dispõem de leis de bem-estar da criança, que exigem que profissionais, cientes de abusos cometidos contra crianças, notifiquem a polícia ou agências de proteção à criança. Contudo, os profissionais não violam nenhum direito dos pais ou dos responsáveis ao prestarem serviços a que são legalmente autorizados a disponibilizar diante da solicitação das crianças. Isto inclui serviços mais delicados, como contracepção e aborto.⁵¹

Além dos sistemas legais abrangentes e codificados, com frequência, a lei de cuidados médicos de menores confere poder adicional, que pode ser exercido pelos responsáveis adultos, mas não exclui o poder de tomada de decisão sobre sua saúde que pode ser exercido independentemente por menores maduros. Ou seja, a lei confere poder a alguns de aprovar procedimentos, mas ela não tira o poder dos menores maduros, que podem declinar efetivamente deste cuidado. No entanto, freqüentemente, eles permanecem sujeitos a dificuldade financeira por, talvez, não disporem dos meios para pagar os custos dos serviços que solicitaram e que não são cobertos por financiamentos públicos ou de outra natureza. Assim, eles podem continuar dependendo do pagamento por parte de seus responsáveis que, em geral, desejam ser informados sobre os serviços que são solicitados a pagar. O dever legal dos responsáveis de pagar por serviços indicados confere a eles o direito de saber, antecipadamente, sobre os serviços solicitados pelos menores, comprometendo a confidencialidade do menor. A justificativa para que os profissionais informem os pais ou os responsáveis sobre tratamentos médicos, seguidos ou propostos para os adolescentes jovens, pode ser a seguinte: como os pais e os responsáveis legais são responsáveis pelo bem-estar dos que estão sob sua guarda, eles devem saber sobre

⁵¹ *Gillick v. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* (ver n.6).

os medicamentos e os tratamentos que os seus dependentes estão recebendo. Assim, os profissionais terão que conversar com os menores legais, que recorram a seus serviços, sobre os tratamentos que deverão ser oferecidos em sigilo e os que poderão ser revelados a pais ou responsáveis. A divulgação aos pais pode preservar um nível de confidencialidade generalizada, sem indicar muitos detalhes sobre as origens da condição ou os efeitos do tratamento.

6.3.3 *Substituto na tomada de decisão*

A legislação voltada para pessoas com problemas mentais, que justifica a sua guarda por outras pessoas competentes, quase sempre confere a estas outras pessoas o poder legal de aprovar os serviços de saúde recomendados para o seu bem-estar, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva. A capacidade real destas pessoas de darem um consentimento legalmente efetivo quanto ao relacionamento sexual pode ser questionável, mas a experiência demonstra que elas podem se envolver voluntariamente em relações sexuais com pessoas que não os explorem. Pode ser apropriado e compatível com seus direitos humanos, por exemplo, à vida privada, no limite do possível, permitir que eles não sejam acompanhados quando em companhia de pessoas do outro sexo e que se expressem sexualmente, desde que estejam protegidas contra qualquer conseqüência danosa.

Uma herança dos movimentos eugênicos, incluindo registros dos tratamentos opressivos de pessoas com problemas mentais por parte do governo nazista, é a exigência de proteção contra exposição a procedimentos de esterilização contraceptiva, exceto talvez quando judicialmente aprovadas por decisões alcançadas caso a caso.⁵² No entanto, quando a esterilização é uma conseqüência de outros tratamentos claramente voltados para o benefício terapêutico das pessoas com problemas mentais, como a cirurgia para mulheres com problemas mentais que sofram de câncer de ovário ou para homens com problemas mentais com câncer do testículo, o tratamento pode ser realizado de acordo com o consentimento daqueles legalmente responsáveis.

Diversas decisões judiciais afirmaram que a legislação de saúde mental não necessariamente confere a parentes de pessoas com deficiências mentais o direito de acatar intervenções médicas, mesmo quando elas não tenham condições de consentirem legalmente por si mesmas.⁵³ Nestes casos, apenas os tribunais podem autorizar o tratamento médico, a menos em casos de necessidade para salvar vidas ou a saúde permanente. Quando a legislação ou as decisões judiciais coloquem estas pessoas sob os cuidados de outros com poderes legais de responder por sua saúde, o consentimento deve ser dado para proteger ou melhorar os seus cuidados sexuais e reprodutivos. Mas, em geral, este poder legal será limitadamente definido, a fim de permitir apenas procedimentos que os guardiões sejam legalmente obrigados a ofe-

⁵² Ver *Eve v. E.* [1986]2 Supreme Court Reports 388 (Supreme Court of Canada).

⁵³ *Re F (A Mental Patient: Sterilisation)*, [1990]2 Appeal Cases 1 (House of Lords, England).

recer, para atender às necessidades de seus dependentes. O poder não se estenderia, por exemplo, ao recrutamento de pessoas dependentes a procedimentos com finalidades de pesquisa, que não ofereçam benefícios específicos a elas.

Há um princípio legal que atesta que os cuidados com a saúde de pessoas mentalmente deficientes sejam governados por seus desejos competentes, quando conhecidos, por exemplo, através de declarações e personalidades manifestadas em períodos anteriores, quando elas eram claramente capazes. Contudo, este princípio não pode ser aplicado, em casos em que as pessoas não são e provavelmente nunca foram capazes de elaborar ou expressar competentemente as suas vontades, ou quando nenhuma outra pessoa seja capaz de interpretar de forma confiável os desejos manifestados. Nestes casos, a lei garante que estas pessoas sejam tratadas de forma a atender aos seus principais interesses. Ou seja, quando o tratamento não pode ser definido, com base em desejos subjetivos, expressos ainda quando a pessoa era competente, este deve ser determinado, de acordo com critérios objetivos do que pareça ser melhor para os interesses da pessoa. O papel de membros da família ou de outros responsáveis é de auxiliar os profissionais de saúde a alcançarem uma avaliação destes interesses. A reação da pessoa a experiências passadas, a sua capacidade intelectual e emocional e, por exemplo, perspectivas de futuros cuidados institucionais ou domiciliares podem ser descritas por aqueles que conhecem e que se preocupam com a pessoa, no sentido de ajudar na definição de qual, ou se alguma, intervenção na saúde sexual ou reprodutiva irá proteger e atender aos seus interesses. Porém, a herança eugênica deixa dúvidas sobre a legalidade de procedimentos cirúrgicos irreversíveis e não terapêuticos, como a esterilização contraceptiva, que não tem aprovação judicial.

7. Regulamentação da informação

7.1 Privacidade

A ‘privacidade’ é considerada, algumas vezes, uma expressão alternativa para ‘confidencialidade’, mas é um hábito da área legal, cada vez mais comum, distinguir privacidade de confidencialidade e definir a relação entre elas.⁵⁴ Privacidade é o direito e o poder de controlar informações que outros possuem, e é quase que invariavelmente limitada pelas circunstâncias cotidianas. As pessoas cedem a um aspecto de sua privacidade quando, por exemplo, aparecem em público, permitindo, assim que outros as observem e que estabeleçam conclusões sobre elas, como sua idade, suas circunstâncias, e seu estado de saúde.

A privacidade médica é diferente, pois observadores casuais não podem tirar conclusões precisas sobre a saúde das pessoas, sobretudo a sua saúde reprodutiva,

⁵⁴ L. O. Gostin, *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (Berkeley, Calif.: University of California Press, 2000), 127.

com base apenas na observação. A privacidade médica ocorre quando os pacientes dizem aos profissionais como eles se sentem, se comportam, como pretendem se comportar, em termos sexuais e em outros aspectos, o que eles desejam que os profissionais façam por eles, e especialmente quando eles permitem que os profissionais os examinem. A privacidade que eles oferecem é especialmente íntima e intensa, pois os encarregados dos diagnósticos podem obter informações sobre os pacientes que eles desconhecem, que não têm condições de prever, ou não necessariamente têm condições de compreender. A privacidade é fundamental para o funcionamento de clínicas de saúde reprodutiva e sexual, pois os pacientes irão se sentir especialmente expostos e vulneráveis a observação de estranhos. Caso a privacidade não seja assegurada, os pacientes poderão não retornar para realizar tratamentos importantes para a sua saúde reprodutiva e para a saúde de outros, e os pacientes potenciais podem desistir de recorrer ao serviço.

Existem, freqüentemente, dispositivos legais que permitem aos profissionais de saúde o acesso a informações privadas, sem o consentimento ou mesmo o conhecimento das pessoas em questão. Algumas vezes, os exames e registros médicos que limitam a privacidade são involuntários, por exemplo, em leis de saúde ocupacional e de segurança para imigrantes e estudantes. Em alguns países, é possível submeter homens condenados, ou apenas acusados de violações sexuais, a testes de HIV/AIDS para os cuidados de saúde da vítima. Pode ser que haja obrigatoriedade em relatar as informações de saúde a, por exemplo, oficiais ligados à saúde pública, que monitorem a predominância de doenças contagiosas ou infecciosas, incluindo as DSTs. Os registros públicos de nascimento contêm informações identificáveis sobre mulheres que deram à luz, e podem incluir dados de abortos que tenham ocorrido, por exemplo, após a vigésima semana de gestação. Conseqüentemente, em decorrência de seus próprios gestos voluntários e em respeito a diversas leis, os pacientes podem perceber que a sua privacidade está entregue aos profissionais de saúde.

Profissionais de saúde cuja, relação com seus pacientes dependa do compromisso de privacidade, devem limitar-se às informações necessárias, compatíveis com a sua obrigação de obterem dados sobre a saúde e a história social dos pacientes, concernentes ao tratamento, pois o excesso de divulgação pode ser legalmente indefensável. A obtenção de informações por meios compulsórios deve limitar-se estritamente a propósitos nos quais a obrigatoriedade seja justificável. Todos aqueles que recebem informações que comprometam a privacidade, tendo sido repassadas de forma voluntária, ou por falta de escolha, estão legalmente obrigados a respeitar as exigências de confidencialidade profissional.

7.2 *Confidencialidade*

A confidencialidade, o dever dos profissionais e de outros que, durante suas atividades, tenham recebido informação médica confidencial para manter segredo ou a

privacidade das informações obtidas sobre os pacientes, é de suma importância em questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva. As questões sexuais e reprodutivas são especialmente delicadas e não são discutidas abertamente em várias famílias, comunidades, e culturas ou entre os sexos. Pessoas que necessitam e que se beneficiariam de cuidados sexuais e reprodutivos podem preferir abrir mão do serviço, caso não estejam certas de que a sua confidencialidade será preservada. Adolescentes sexualmente ativos, ou em vias de se tornarem ativos, podem, por exemplo, optar por não buscar a orientação de médicos de família, conselheiros acadêmicos, ou clínicas públicas, que poderiam instrumentalizá-los para evitar DSTs e gravidezes, por medo de que seus pais sejam informados. Da mesma forma, indivíduos com interesse por pessoas do mesmo sexo podem temer que aqueles de quem esperam compreensão façam revelações sem autorização ou sejam negligentes. Para incentivar as pessoas a buscarem informação, uma prática que está se expandindo é a criação de ‘linhas diretas’, para as quais as pessoas podem telefonar de forma anônima em busca de orientações sobre a saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, sobre os seus riscos de exposição à infecção por HIV. O medo de que a confidencialidade não seja mantida detém muitas pessoas de buscarem serviços de saúde sexual e reprodutiva, e pode, literalmente, custar vidas; quando, por exemplo, mulheres em risco de vida, decorrente de elevado número de gestações ou de pouco espaçamento entre elas, desistem de buscar informações ou os meios para o controle da natalidade, por medo de que seus maridos ou parentes sejam avisados.

Existem três aspectos legais predominantes de confidencialidade, a saber:

- O dever dos profissionais de proteger as informações sobre os pacientes contra revelações não autorizadas;
- o direito dos pacientes de saberem que informações os profissionais de saúde possuem sobre eles; e
- o dever dos profissionais de garantir que os pacientes que tenham autorizado a divulgação de informações confidenciais relativas a sua saúde o tenham feito de forma livre e consciente.

Outros aspectos relacionados são dispositivos legais, através dos quais os médicos possuem deveres e discernimento para revelar informações confidenciais a outros, sem o conhecimento de seus pacientes, e quando os pacientes explicitamente se recusem a consentir.⁵⁵

7.2.1 Revelações não autorizadas

O dever dos profissionais de proteger informações sobre a saúde sexual e reprodutiva dos pacientes pode ir além da proteção comum contra a família, uma vez que o dever pode envolver informações que um parceiro em uma relação íntima

⁵⁵ B. M. Dickens and R. J. Cook, ‘Law and Ethics in Conflict over Confidentiality?’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 385-91.

não queira compartilhar nem mesmo com o outro. O tratamentos de DSTs podem exigir revelar relações sexuais extraconjugais aos profissionais de saúde e esta revelação pode levar o paciente a não autorizar seu parceiro. Quando os profissionais de saúde atendem a ambos os parceiros de um relacionamento, e a infecção de um deles ameaça o outro, eles se se vêem diante de um desafio específico de seus deveres legais e de sua ética profissional.

Em algumas circunstâncias, as esposas podem temer atender a seus próprios interesses de saúde e conforto, e aos interesses de crianças por quem são responsáveis, ao negar as intenções do marido de ter outros filhos, sobretudo quando as crianças são todas meninas. Conseqüentemente, os profissionais devem ser cautelosos na confidencialidade de procedimentos de esterilização e de cuidados contraceptivos. O dever de confidencialidade vai além de orientações verbais, visto que alguns métodos podem se tornar aparentes para os maridos, violando a intenção das esposas de controlar as informações adquiridas por eles sobre suas práticas contraceptivas. Embalagens de pílulas contraceptivas coloridas podem ser difíceis de esconder em casas modestamente decoradas, e o comparecimento a consultas de rotina pode ser difícil de justificar. A confidencialidade sobre cuidados contraceptivos pode ser mais fácil de ser preservada através de métodos injetáveis de longa duração, mesmo quando uma alternativa menos confidencial seja preferível.

Parte dos deveres do profissional com os cuidados do paciente, estabelecidos por contratos legais e pela lei da negligência, é o de ser vigilante quanto a garantir a confidencialidade desejada. Orientações sobre métodos contraceptivos, métodos de esterilização e, por exemplo, sobre a prevenção da disseminação de DSTs, devem ser feitas não apenas com base no conforto e na eficácia do tratamento, mas também em sua confidencialidade.

A infertilidade pode prejudicar a auto-estima dos pacientes e, em algumas culturas, ser uma causa de divórcio. Ainda, um dos parceiros da relação pode ser motivado por aspectos psicológicos ou por outras razões a atribuir ao outro a responsabilidade pela impossibilidade de ter filhos. A prática tem mostrado que os homens tendem a acreditar que a impossibilidade de ter filhos seja causada por uma incapacidade de sua esposa e não sua. Embora a infertilidade seja uma preocupação comum a ambos os parceiros de um casamento, e uma questão para a qual eles buscam tratamento, ambos podem ter interesses contrários em obter informações sobre a parcela de contribuição do outro na dificuldade de se tornarem pais.

Os tratamentos para superar as dificuldades de ter filhos, aceitáveis para um dos parceiros, podem ser inaceitáveis para o outro, e as opções deverão ser discutidas, negociadas e, se possível, acordadas entre ambos. Poderá ser ilegal e antiético iniciar um tratamento que resulte no nascimento de uma criança, a não ser que o profissional tenha o consentimento esclarecido de ambos os parceiros, como no caso da doação de esperma. No entanto, uma vez alcançado o acordo e proposto o tratamento, a confidencialidade sobre o tratamento conjunto pode ser fundamental,

quando, por exemplo, o método, como a doação de esperma, negaria a legitimidade da criança aos familiares de ambos os parceiros, à comunidade, e talvez aos colegas da mesma fé. O bem-estar dos pacientes e das crianças que desejam criar naquela família não dependerá apenas do sucesso clínico do tratamento de saúde reprodutiva, mas também da sua confidencialidade.

7.2.2 Revelações aos pacientes

O direito dos pacientes de terem acesso às informações que os profissionais de saúde possuem a seu respeito é amplamente reconhecido, mas está sujeito a variações entre as diferentes culturas. Em algumas culturas, pode ser ofensivo revelar informações que prejudiquem a auto-estima do paciente, sem a sua solicitação ou sem uma preparação cuidadosa do paciente. Pacientes adolescentes, por exemplo, foram prejudicados pela informação repentina a eles apresentada, sem orientação, sobre o nível de probabilidade de que qualquer de seus futuros filhos pudessem herdar um grave problema genético.

Uma diferença legal importante é o fato de que, embora os pacientes possam não dispor do direito de exigir que seus registros médicos e correspondências sejam transferidos para sua posse, pois estes documentos são de propriedade legal dos profissionais, eles são legalmente autorizados a controlar as informações a seu respeito, contidas nestes documentos. Ou seja, a informação é um interesse ou propriedade legal, separada dos documentos e de outros materiais onde ela está contida. Conseqüentemente, os pacientes são donos das informações que lhes dizem respeito, e suas solicitações não podem ser negadas por profissionais que alegam que seja de seu interesse a confidencialidade dos documentos e de outros materiais relacionados. O direito de confidencialidade das informações pertence aos pacientes, que podem orientar os profissionais a revelarem as informações para outras pessoas, e a divulgarem-nas para eles mesmos.

Isto não significa, no entanto, que pacientes legalmente habilitados a receber informações a respeito de suas condições de saúde estejam autorizados a guardar ou a ler os registros, incluindo anotações e dados brutos feitos sobre eles pelos profissionais. O dever legal dos profissionais é disponibilizar para os pacientes as informações sobre eles de uma maneira que eles possam entender, e que não resulte em uma compreensão equivocada, sobre suas circunstâncias de saúde e seus potenciais reprodutivos. Os profissionais não estão autorizados a negar uma interpretação apropriada das informações que possuem, incluindo informações reunidas por outros profissionais de saúde. Contudo, eles devem perguntar o que os pacientes desejam alcançar com o uso das informações. Eles estarão, assim, obrigados a atender a estas vontades, utilizando todas as suas informações e capacidades. Isto pode incluir o repasse de uma cópia de um registro a outro médico de confiança do paciente, para que ele o interprete, atendendo a solicitação do paciente.

Quando, por exemplo, os pacientes estejam apreensivos do risco de contração de infecções venéreas, eles devem ser informados, se for o caso, que os seus

registros indicam a ausência de infecção. Eles podem interpretar de modo incorreto um registro que leiam, e que indique que eles foram testados para avaliar se estavam ou não infectados por uma DST específica. Os pacientes podem erroneamente enfatizar em seu registro, referências de doenças específicas, ao invés do resultado negativo dos testes. Resultados negativos podem não significar que o risco seja zero, mas indicam um nível abaixo do significado estatístico, suficiente para deixar os pacientes preocupados. Os profissionais devem informar os pacientes das patologias identificadas, aconselhando-os sobre tratamentos apropriados, e recomendando os cuidados considerados mais indicados. Contudo, devem exercer a sua avaliação sobre patologias que acreditam que os pacientes não tenham, sem alarmá-los sobre a propensão a patologias ligadas a seus comportamentos de risco, e sem lhes dar um falso sentimento de segurança contra futuros riscos. O dever legal é de oferecer ao paciente uma compreensão apropriada a seu propósito, sobre a sua condição de saúde reprodutiva, incluindo tanto a condição atual como a condição potencial futura, de acordo com os cenários apresentados pelos pacientes.

7.2.3 Revelações autorizadas

Os pacientes têm o direito de solicitar a seus profissionais de saúde que revelem para terceiros, como empregadores potenciais e companhias de seguro, as informações que os profissionais possuem sobre eles. Uma pré-condição para atender a este pedido é que os pacientes devam ter uma idéia clara das informações que os profissionais possuem a seu respeito. Tendo os pacientes solicitado, ou não, as informações para si mesmos (ver 7.2.2), os profissionais têm a obrigação legal de garantir que as pessoas que solicitam o repasse a terceiros de suas informações de saúde, tenham tido a oportunidade de entender quais informações são passíveis de ser divulgadas. Este é um elemento do consentimento adequadamente informado do paciente, apesar de que na lei os pacientes possam ser considerados como tendo assumido voluntariamente o risco da divulgação da verdade, ao demandar a divulgação de informações desfavoráveis a seu respeito a terceiros, sem ter tido a oportunidade de conhecer as implicações desta solicitação.

Os profissionais devem considerar, não apenas, o modo como apresentar informações verdadeiras que tenham sido solicitadas, mas também se os pacientes têm um entendimento adequado sobre como a revelação solicitada pode ser desfavorável a eles, por exemplo, excluindo-os de oportunidades pessoais, comerciais, reprodutivas, ou outras. Quando, por exemplo, uma paciente solteira solicita que seus registros médicos sejam repassados ao administrador da escola onde ela deseja trabalhar, a fim de comprovar que não possui nenhuma infecção transmissível às crianças e para uma seguradora de saúde ligada ao contrato empregatício, ela deve ser informada sobre se o registro irá indicar sua gravidez passada, e se as informações devem se limitar aos objetivos da solicitação. Alerta também deve ser dado quando os pacientes solicitem o repasse de informações delicadas a terceiros, que não tenham nenhuma obrigação legal ou moral de manter a confidencialidade dos

dados. Os pacientes têm o direito de insistir que os dados sejam divulgados no momento adequado, mas os profissionais devem oferecer uma explicação, caso receiem que não há conhecimento sobre os efeitos involuntários, mas negativos, resultantes da divulgação.

A divulgação de informações pelos profissionais, de acordo com solicitações, deve ser feita apenas com relação à própria demanda, a qual deve ser interpretada de forma muito conservadora. Assim, a resposta a uma solicitação sobre infecção não deve incluir uma gravidez passada. Caso haja dúvidas, os profissionais devem conversar com os pacientes sobre o nível de abrangência das informações solicitadas, mas devem ter consciência de que a consulta a pacientes, de forma indiscreta, pode comprometer a confidencialidade. Os profissionais devem ter atenção, por exemplo, ao deixarem recados com terceiros para que os pacientes entrem em contato com eles. Isto pode fazer com que terceiros fiquem sabendo que os pacientes estão recebendo atenção destes especialistas, expondo os pacientes a questionamentos indesejados ou suspeitos sobre o porquê do tratamento. Isto é especialmente importante quando o clínico faz referência a fecundidade, infertilidade ou infecções venéreas.

Uma demanda dos pacientes, que os médicos estão legalmente e eticamente obrigados a atender completa e prontamente, é a transferência de seus registros a outros profissionais para quem os pacientes desejam passar os seus cuidados médicos. A recusa não pode estar baseada em, por exemplo, contas que não foram pagas, uma vez que os registros oferecem ao novo profissional dados fundamentais ao direito dos pacientes a cuidados, e sua transferência não pode ser condicionada ao pagamento.

7.2.4 Preocupações interligadas

7.2.4.1 Interesses de terceiros

Tem sido legalmente reconhecido que, apesar do dever de confidencialidade ser de grande importância na relação profissional-paciente, ele não é o único, e não é necessariamente um dever que invariavelmente supere os outros. Além disso, a confidencialidade atende aos interesses do paciente até certo ponto. Apesar de os pacientes poderem não ter autorizado revelações por meio de solicitações explícitas, pode estar legalmente subentendido na relação que os profissionais têm liberdade para fazer divulgações específicas com o consentimento implícito do paciente. Um exemplo óbvio é quando um médico decide consultar outros colegas sobre a importância de um achado no registro do paciente. Ou quando os pacientes decidem informar, voluntariamente, outras pessoas de que estão recebendo cuidados através de profissionais específicos, e estas recorrem aos médicos em busca de garantias de que os pacientes não estejam sofrendo de infecção ou de outras condições de saúde prejudiciais. Os profissionais devem, então, informar estas pessoas, sem que tenham que obter autorização explícita. Caso eles tenham dúvidas sobre se, de

130 *Princípios médicos, éticos e legais*

fato, estas pessoas tenham sido livremente informadas, os médicos devem consultar primeiro os pacientes envolvidos.

Solicitações de terceiros de informações sobre a saúde de pacientes sempre geram nos especialistas preocupações legais específicas. Caso eles saibam que seus pacientes informaram a terceiros, como seus maridos ou esposas, de que estão sob cuidados do especialista, e as informações solicitadas possam ser dadas de forma positiva e tranquilizadora, os especialistas podem supor que têm permissão para responder diretamente. Na realidade, a falha em responder diretamente pode ser prejudicial, pois pode sugerir que os pacientes estejam sofrendo de problemas com implicações negativas. Por exemplo, se um cônjuge indaga se o exame de um paciente indicou que ele, ou ela, esteja sofrendo de uma infecção ou de uma malignidade, e o resultado comprovou a ausência disso, o especialista pode ter liberdade de responder. A recusa em responder ou uma resposta que não seja apropriadamente tranquilizadora pode ser interpretada pela pessoa como evidência de doença. Além disso, uma resposta que possa dar a clara impressão de ser incorreta e desonrosa ou prejudicial ao paciente pode ser, pela lei, difamatória.

Caso os profissionais não estejam certos sobre como a resposta será interpretada, e quando eles saibam que os pacientes têm infecções, malignidades, ou outras condições, cuja revelação possa ser fonte de estresse ou desconforto para eles, os profissionais são legalmente autorizados a, em nome da confidencialidade da relação profissional, se recusarem a responder. Eles podem alegar que não têm liberdade legal e/ou ética para divulgar informações sobre qualquer relação profissional. Os requerentes podem ser orientados a solicitar as informações dos próprios pacientes, ou a pedirem que os pacientes solicitem que os profissionais respondam à sua indagação. Qualquer paciente que, então, autorize a liberação de informações a terceiros deve ser tratado de acordo com a discussão acima sobre revelação autorizada.

7.2.4.2 *Risco para terceiros*

Uma limitação legal da confidencialidade que tem sido reconhecida pelas Cortes é o fato do dever de confidencialidade acabar onde começa o risco público.⁵⁶ Em vários países, a legislação exige que os profissionais de saúde informem às autoridades de saúde pública sobre a descoberta de infecções de seus pacientes, feitas por meio de diagnósticos clínicos ou por outros métodos. Isto se deve a limitação legal do direito individual à privacidade (ver acima). No entanto, aqueles que repassaram informações mantêm os deveres de confidencialidade fora dos limites legais do seu dever de informar, e os que recebem informações obrigatórias estão obrigados a lidar de forma confidencial com as informações recebidas. Mesmo quando obrigados a fazer o levantamento dos contatos do paciente, eles não podem revelar a identidade das pessoas sobre as quais têm informações. Algumas pessoas contatadas e alertadas

⁵⁶ *Tarasoff v. Regents of the University of California*, 551 Pacific Reporter 2d 334 (1976) (Supreme Court of California) p. 347.

sobre terem sido expostas a risco de infecção podem identificar a fonte, mas outras podem identificar, incorretamente, a pessoa que acreditam ser a responsável.

Uma limitação da confidencialidade pode surgir quando os profissionais de serviços de saúde reprodutiva obtêm, dentro de seus limites profissionais, informações seguras de que as pessoas sob o seu tratamento estão colocando terceiros identificáveis em risco, que pode ser prevenido. Isto pode se dar, por exemplo, pelo fato de um paciente poder transmitir infecção por HIV ou outra DST a um parceiro, através de relações sexuais desprotegidas. Os profissionais têm o dever legal de assegurar a proteção adequada destas outras pessoas, garantindo que elas estejam suficientemente informadas e orientadas. Os profissionais devem assegurar-se de que os seus pacientes tenham consciência dos riscos que eles correm, e questioná-los sobre as proteções usadas por aqueles em risco. Caso a garantia oferecida pareça suficiente, com base, por exemplo, na compreensão, maturidade e estilo de vida do paciente e em sua demonstração de preocupação pelo bem-estar das outras pessoas em risco, os profissionais se isentam de suas obrigações legais.

Em caso de dúvida, os profissionais devem solicitar que os pacientes retornem, prontamente, com os seus parceiros, para que recebam informações relevantes, ou que estes venham sozinhos, ou confirmar com os profissionais médicos que atendam os parceiros, que as orientações de proteção foram solicitadas por ambas as partes. Os pacientes devem ser informados de que, caso não haja segurança na orientação dada a seus parceiros, os profissionais são legalmente obrigados, mesmo sem o consentimento dos pacientes, a informar aos parceiros conhecidos sobre o perigo que eles tenham identificado.

Os profissionais devem oferecer àqueles que eles são obrigados a alertar informações sobre os tipos de perigo apresentados por seus pacientes, sem afetar de forma desnecessária a confidencialidade do paciente. Nos ambientes hospitalares, por exemplo, os profissionais têm o dever de proteger a equipe, como o pessoal responsável pela limpeza e pela lavanderia, contra os danos que podem resultar de agulhas contaminadas, deixadas em bandagens ou nas roupas de cama. Eles devem, no entanto, prover proteção por meio de precauções gerais, educação e treinamento, e não pela revelação de que determinado paciente é portador de HIV ou de hepatite, por exemplo. O perigo da equipe não é causado diretamente pelo paciente, mas sim por negligência em estratégias de segurança do médico ou da instituição. Os pacientes não podem invocar legalmente a confidencialidade para limitar a divulgação necessária dos riscos que eles se recusaram ou falharam em prevenir adequadamente. Quando outras pessoas em risco não podem ser identificadas, os profissionais se isentam de suas obrigações legais, ao notificarem às autoridades de saúde pública indicadas ou de outras áreas envolvidas, para que tomem as providências necessárias junto à comunidade, independente da legislação de saúde pública obrigar, ou não, este tipo de divulgação.

Além de obrigar os provedores a agirem de forma apropriada para proteger terceiros contra danos graves evitáveis, que seus pacientes aparentam causar, as

Cortes também determinaram que os profissionais que não são legalmente obrigados podem ser desculpados de responsabilizações legais, caso exerçam o arbítrio de agirem de forma razoável na proteção de terceiros. A avaliação sobre se eles agem, ou não, de forma protetora é mais uma questão ética do que legal (ver Parte I, Capítulo 4). Quando os profissionais de saúde têm iniciativas que visam a proteção de outras pessoas contra a propensão de seus pacientes de prejudicá-los seriamente, eles podem evocar a doutrina legal da necessidade, para justificar a sua isenção da obrigatoriedade legal. No entanto, apesar destas iniciativas poderem isentar os profissionais de saúde de sanções judiciais, como, por exemplo, a violação de confidencialidade a que se comprometeram, estas iniciativas não são justificadas na lei. As autoridades profissionais licenciadoras e as associações profissionais podem considerar as iniciativas eticamente impróprias, justificando a aplicação de sanções disciplinares. Além disso, os advogados podem se envolver em condutas profissionais incorretas, caso eles assegurem ou aconselhem profissionais de saúde a agirem de forma que não seja legalmente justificável, ainda que desculpável. Desta forma, o tipo de conselho dado pelos advogados deve ser de que toda iniciativa, com propósito preventivo não é legalmente justificável, mas que as cortes, se opondo talvez a autoridades licenciadoras e a associações profissionais, podem considerá-la desculpável. Os profissionais, antes de decidir alertar a terceiros, os quais eles não estão legalmente obrigados a proteger, podem se consultar com autoridades licenciadoras e com associações profissionais.

8. Prestação competente de serviços e a lei de negligência

A lei sobre prestação competente de serviços e negligência pode ter um efeito distorcido na prática de saúde, caso os profissionais acreditem que devam tratar os pacientes, de modo a se defenderem de riscos contra responsabilizações legais, ao invés de priorizar o que eles considerem ser de maior interesse para os pacientes. A defesa dos interesses dos pacientes contra riscos reais de boa saúde é uma boa prática médica, mas a condução da “medicina defensiva”, por meio de procedimentos que visem proteger apenas os profissionais contra o receio de responsabilizações legais, não é uma boa prática. Em alguns países, os profissionais podem optar por realizar cesarianas, antes de avaliarem adequadamente a segurança da mãe e da criança quanto à realização do parto normal, e podem se sentir obrigados a adotar monitores fetais e parto induzido, quando não haja evidências de estresse fetal. Provedores envolvidos com a educação profissional devem frear as tendências de praticar variantes danosas ou dispendiosas da medicina defensiva. Por outro lado, assegurar que os instrumentos utilizados para o tratamento de um paciente sejam adequadamente esterilizados, antes de serem usados em outro, por medo de transmissão de agentes contaminantes que podem causar, por exemplo, a infecção por HIV é uma boa prática da medicina defensiva, pois o seu primeiro

propósito é defender os pacientes. O crescimento da prática médica baseada na evidência, e a aceitação, nos tribunais, da prática empiricamente comprovada como meio de definir os padrões legais de cuidado, devem promover uma harmonia entre critérios médicos e critérios legais de saúde, que os profissionais são obrigados a atender.

Na lei, a negligência médica é comprovada quando quatro elementos são estabelecidos pela parte querelante.

1. A obrigação legal de cuidado é devida por um profissional à parte querelante. A abrangência dos deveres legais é definida por cada sistema legal; alguns consideram que os deveres legais envolvem, por exemplo, familiares dos pacientes, filhos por nascer, e mesmo filhos que ainda nem foram concebidos, enquanto outros sistemas não. Muito do trabalho dos advogados está na determinação dos deveres legais, daqueles que eles desejam responsabilizar pelo pagamento de compensações para com os seus clientes. Outros advogados, cujos clientes tenham sido processados, trabalharão no sentido de negar que seus clientes, os réus, tenham estes deveres perante a lei, ou que nada legalmente compensável tenha ocorrido.

2. A violação do dever legal de cuidado estabelecido deve ser demonstrada, ou seja, deve-se demonstrar que o profissional falhou em atender aos padrões de cuidado legalmente definidos (ver a próxima seção 1).

3. O dano deve ser apresentado, como uma injustiça ou perda, talvez de uma oportunidade futura, que a lei reconhece como um prejuízo. As leis em geral reconhecem, por exemplo, a perda da futura capacidade reprodutiva natural como um dano. Historicamente, as leis têm se demonstrado relutantes em aceitar o nascimento de uma criança saudável, não planejada pelos pais, como uma forma de dano legal contra estes. Mas muitas Cortes estão considerando agora que isto seja compensável, chegando até a exigirem que os profissionais negligentes paguem as despesas de confinamento e inconveniências. Os custos com a criação da criança tendem a não ser incluídos, mas as Cortes podem permitir o reembolso destas despesas, quando, por exemplo, um procedimento de esterilização, realizado de forma negligente, tenha sido solicitado pela falta de meios da família de cuidar da criança.

4. A causalidade deve ser demonstrada, de modo que o dano (ver acima) seja provado, de acordo com um balanço de probabilidades do que possa ter sido causado pela violação ao dever de cuidado (ver acima). Em geral, a causalidade exige o parecer de especialistas (ver seção 2, abaixo).

Aspectos legais centrais que concernem à prestação competente de serviços de saúde sexual e reprodutiva são:

- A relação entre padrões legais e profissionais.
- Padrões para determinar a competência profissional.
- Autoridade delegada.
- Evidências para determinar a competência profissional.

8.1 *Relação entre padrões legais e profissionais*

Em geral, as cortes tendem a deferir os padrões de competência que os profissionais de saúde exigem de seus colegas, por respeito a tradições de auto-regulação mantidas por diversas sociedades. No entanto, muitos sistemas legais acreditam que a definição dos padrões para a prestação de serviços seja uma questão legal, assim como de disciplina profissional, pois os serviços são executados de acordo com contratos legais, cujos termos, freqüentemente subentendidos e não escritos, devem ser interpretados de acordo com a lei, e reforçados pelos tribunais. Mesmo na ausência de contratos, os tribunais também definem padrões de conduta humana como questão de política social. Caso os próprios membros das profissões pudessem determinar, exclusivamente, os padrões de desempenho, sob dos quais haveria responsabilização legal por negligência, eles poderiam desenvolver incentivos de autoproteção, para estabelecer padrões modestos, em níveis inferiores aos que atenderiam aos interesses públicos.

A partir de seus próprios conhecimentos e experiências, os profissionais podem desenvolver padrões ou diretrizes para suas práticas, através das quais as autoridades credenciadoras irão avaliar sua qualificação, para o reconhecimento de sua especialidade. As autoridades disciplinares irão determinar a competência com que os procedimentos individuais foram realizados. O significado legal destes padrões de prática, quando eles existem, é que os profissionais que falharem em satisfazê-los poderão ser responsabilizados pela violação de seus deveres legais. A responsabilidade pode surgir pelo fato de as Cortes sustentarem que os profissionais, por contrato ou por imposição, se submetam ao dever de cuidar, e atuem de acordo com padrões de prática; ou seja, as Cortes podem definir o padrão como sendo a medida legal para o dever dos profissionais de cuidar. Normalmente, as Cortes se reservam o direito de considerar que, enquanto a violação dos padrões/critérios profissionais determinados gera uma responsabilização legal, o cumprimento dos padrões/critérios não satisfaz necessariamente aos padrões/critérios legais. Em último caso, as Cortes definem padrões/critérios legais, como políticas de interesse público, e podem considerar que os critérios da prática, definidos pela profissão, sejam inaceitáveis para a maioria da comunidade.

Os padrões de competência envolvem tanto habilidade como postura profissional, algumas vezes descrita como cortesia. É exigido dos profissionais de saúde que eles sejam escrupulosos e sensíveis, não apenas na habilidade da conduta de procedimentos, mas também na demonstração de respeito por seus pacientes e colegas. Comportamentos antiprofissionais incluem questões como negligência do decoro dos pacientes, como permanecer no quarto enquanto os mesmos se despem ou vestem, deixá-los expostos ao olhar de terceiros enquanto estão despidos ou durante o exame, fumar cigarros durante a consulta, e se distrair durante a consulta com preocupações pessoais ou profissionais. Estas insensibilidades são difíceis de serem reguladas diretamente pela lei. A regulamentação eficaz pode ser

mais prontamente alcançada de forma indireta, através do poder legal de impor disciplina profissional, incluindo a censura por parte de profissionais mais velhos e a inelegibilidade para benefícios como promoções, diante de conduta profissional inadequada.

O componente ético da competência profissional pode ser salientado, através da referência a publicações mais amplas do que as que os profissionais estão acostumados a consultar, como publicações em bioética (ver Capítulo 4). No entanto, como parte dos padrões de cuidado, espera-se dos profissionais que eles estejam familiarizados com as literaturas relativas às suas especialidades, que vêm recebendo contribuições crescentes da bioética. Tanto os especialistas como os generalistas estão legalmente obrigados a manterem-se atualizados sobre os avanços em seus campos, incluindo os progressos éticos. Os profissionais de saúde reprodutiva devem ter conhecimento sobre, por exemplo, os mais recentes desenvolvimentos na área de contracepção de emergência, e saber que em casos de estupro o critério profissional de tratamento é oferecer contracepção de emergência à vítima. A falha ou recusa em oferecer este serviço, ou de referir a vítima a local onde ela possa recebê-lo, constitui abandono, que é uma ofensa profissional disciplinar e uma negligência legal.⁵⁷ Espera-se que os profissionais que lidam com tecnologias reprodutivas estejam conscientes das controvérsias (reguladas ou não pela lei) e das atitudes profissionais relacionadas a estas questões, como não usar esperma fresco e nem doar esperma que tenha sido preservado até que se comprove que, no momento da doação o doador era HIV negativo, não usar mães de aluguel, esperma retirado de homens inconscientes ou à beira da morte ou que tenham falecido recentemente, nem indução de gestação pós-menopausa.⁵⁸

Diversos profissionais reconhecerão estas últimas preocupações como controversas, mas muito remotas de suas práticas. Mais urgentes são questões como a remoção imediata, sob demanda, de contraceptivos implantados como o Norplant⁵⁹ e, por exemplo, a oposição de maridos a serviços que suas esposas gostariam de receber. Padrões no exercício do julgamento ético surgem com uma fiscalização legal mais estrita, quando os profissionais apresentam algum interesse monetário, ou outros incentivos pessoais para se comportarem de um modo suscetível diante de questionamentos éticos. A doutrina legal e a disciplina profissional, com base nos princípios de conflito de interesse,⁶⁰ consideram a possibilidade dos profissionais defenderem seus próprios interesses, quando estão lidando com pacientes que dependem deles. Algumas avaliações acreditam que estes conflitos devem ser sempre evitados. Em alguns países, por exemplo, os profissionais são proibidos de

⁵⁷ S. S. Smugar, B. J. Spina, and J. F. Merz, 'Informed Consent for Emergency Contraception: Variability in Hospital Care to Rape Victims', *Amer. J. Public Health*, 90 (2000), 1372–6.

⁵⁸ G. Serour and B. M. Dickens, 'Assisted Reproduction Developments in the Islamic World', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 74 (2001), 187–93.

⁵⁹ E. Tolley and C. Naré, 'Access to Norplant Removal: An Issue of Informed Choice' *African J. of Reproductive Health*, 5 (2001), 90–9.

⁶⁰ R. G. Spece, D. S. Shimm, and A. E. Buchanan (eds.), *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research* (New York: Oxford University Press, 1996).

manifestar interesse pelos laboratórios a que seus pacientes possam ser encaminhados para exames. No entanto, freqüentemente, um conflito potencial pode ser resolvido de forma ética e legalmente satisfatória, divulgando-se para o paciente o problema envolvido, e apresentando a provável opção de buscar serviços em outro local onde o conflito não exista.

A lei tende a definir conflito de interesses mais amplamente, ao referir-se ao surgimento externo de um conflito, significando um potencial para conflito e não apenas a realidade. Assim, qualquer possibilidade de conflito de interesses deve ser resolvida. Seja a solução alcançada, evitando ou divulgando o conflito, um profissional que não chegue a uma solução se defrontará com responsabilizações legais e disciplinares por incompetência profissional, freqüentemente descrita como imperícia médica.

8.2 *Padrões para determinar a competência profissional*

A princípio, cada área de saúde determina os serviços que se destinam e seus membros, são capazes de prestar. A capacidade engloba tanto a proficiência do profissional, incluindo, por exemplo, destreza e avaliação na realização de práticas profissionais, e a avaliação da profissão sobre os serviços que podem ser eticamente prestados por seus membros. A Sociedade Americana de Obstetrícia e Ginecologia, por exemplo, decidiu que a contracepção de emergência é o padrão a ser adotado no tratamento de vítimas de estupro.⁶¹ A ética profissional evoluiu com o tempo, e algumas práticas, antes antiéticas, de acordo com a clássica tradição hipocrática, por exemplo, agora podem ser consideradas éticas, se forem prestadas por profissionais de saúde. Neste caso, a falta de ética seria deixar os cuidados para serem administrados pelos pacientes sozinhos ou por profissionais inexperientes.⁶² Da mesma forma, práticas antes consideradas éticas podem, sob a influência de novas percepções profissionais, deixar de sê-lo, como por exemplo, o respeito pelos direitos humanos das mulheres. A prática, por exemplo, de automaticamente consultar o marido sobre os cuidados reprodutivos de sua esposa agora depende da aprovação prévia da mulher.

Sistemas legais se diferenciam de acordo com o grau de regulação dos profissionais de saúde. O desenvolvimento histórico de alguns sistemas resultou na tolerância à prática qualificada e desqualificada dos tratamentos de saúde. Nestes sistemas, a proteção de pacientes potenciais é alcançada, sobretudo, pela exclusão de profissionais desqualificados, que se fazem passar por médicos qualificados. Por exemplo, mesmo quando estes profissionais tenham doutorado em psicologia ou farmacologia,

⁶¹ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), *Practice Bulletin Criminal Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists No.25 (Emergency Oral Contraception)* (Washington, DC: ACOG, 2001).

⁶² WHO/International Federation of Gynecology and Obstetrician (FIGO) Task Force, *Abortion: A Professional Responsibility for Obstetrician and Gynecologists. Report of the WHO/FIGO Task Force, Campinas (Brazil) Workshop, 2-5 March 1997* (London: FIGO, 1997).

de universidades conhecidas, os que não apresentem qualificação e nem licença médica não poderão se apresentar como ‘médicos’, enquanto estiverem oferecendo algum tratamento de saúde. Em geral, o público leigo tem pouca escolha na aquisição de serviços, sob o princípio mercadológico *caveat emptor* (‘o comprador que se cuide’).

Contudo, o mais comum é que os sistemas legais só permitam que ações médicas sejam oferecidas e executadas por aqueles academicamente qualificados e que disponham de licença profissional para praticar a medicina em sua jurisdição. Sistemas legais também permitem que pessoas sem qualificação médica, como estudantes de medicina, realizem ações sob a supervisão de médicos; e podem consentir também que enfermeiros pratiquem alguns procedimentos de aborto iniciados por médicos, no âmbito de uma prática de equipe direcionada por um médico (ver abaixo, Seção 8.3). Algumas leis admitem que enfermeiros licenciados e, por exemplo, paramédicos realizem um número reduzido de procedimentos, sem supervisão médica. Pessoas sem qualificação também podem se auto-tratar para questões menores, e oferecer cuidados médicos similares (paleativos) à familiares, como filhos dependentes. Ainda, de acordo com leis sobre necessidade médica, qualquer pessoa que honestamente acredite que outra pessoa esteja em risco imediato, e na ausência de outras pessoas mais indicadas, pode oferecer cuidados emergenciais e tomar as iniciativas adequadas de salvamento.

Com relação a serviços que não necessitem de habilidades adquiridas por meio de treinamentos supervisionados, existem algumas sobreposições entre práticas de saúde qualificadas e desqualificadas. Mas, isto depende da sensibilidade e da avaliação de interações humanas e da familiaridade com a literatura confiável, concernente aos serviços em questão. Por exemplo, a orientação relativa a metas mais indicadas para tratamentos de saúde sexual e reprodutiva pode ser dada não apenas por profissionais de saúde, mas também por professores, sacerdotes e assistentes sociais. A disponibilidade, em alguns países, de pílulas contraceptivas sem prescrição, assim como a disponibilidade de preservativos, justifica a orientação de não-médicos sobre o seu uso. Da mesma forma, na medida em que os países aprovam cada vez mais o acesso à contracepção de emergência sem prescrição (‘disponibilidade no balcão’), é importante que farmacêuticos e suas equipes ofereçam informações sobre o uso destes métodos.⁶³

Pessoas desqualificadas que oferecem serviços legais relacionados à cuidados de saúde correm o risco de sofrerem responsabilizações legais por descuido no que fazem, mas elas não estão sujeitas a padrões profissionais, a não ser que se apresentem com tendo habilidades, além das que são comumente esperadas de não-profissionais. Elas não adquirem uma responsabilização legal maior apenas por terem oferecido conselhos, durante um prolongado período de tempo, pois sua alegação de experiência não necessariamente implica em perícia.

⁶³ Ver R. J. Cook, B. M. Dickens, C. Ngwena, and M. I. Plata, ‘The Legal Status of Emergency Contraception’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 75 (2001), 185–91.

Os profissionais de saúde qualificados, declarando agir deste modo, serão legalmente avaliados de acordo com o padrão de competência profissional. Espera-se que os generalistas em suas disciplinas, como medicina e enfermagem, mantenham o padrão da prática de outros profissionais, enquanto que especialistas ou aqueles que aleguem atender a padrões mantidos em suas especialidades irão atuar conforme os padrões prevalescentes em suas especialidades. Um elemento importante de profissionalismo, tanto na prática generalista como na especialista, é o reconhecimento dos limites de suas próprias habilidades e a necessidade de eventualmente encaminhar os pacientes a outros profissionais, mais adequados para atender às necessidades de cuidados dos mesmos.

Apesar de as Cortes se referirem com frequência ao padrão profissional de tratamento, muitas vezes elas reconhecem que este padrão abrange uma série de práticas aceitáveis para satisfazer o padrão desejado. A lei entende que os padrões evoluem e que nos dois extremos do padrão da prática haverá práticas, de certa forma, ultrapassadas ou inovadoras. Pode ser que uma respeitável minoria profissional continue a realizar procedimentos antigos, que não são desacreditados, mas que não serão seguidos por profissionais mais convencionais. Da mesma forma, uma minoria respeitável pode descobrir novos procedimentos, que não serão da preferência da maioria, e incorporá-los a sua prática, não como pesquisa, mas como cuidados de rotina. Portanto, o conceito legal de padrão da prática profissional cobre um grande espectro, desde tratamentos respeitados mas amplamente abandonados, passando por práticas mais convencionais, até procedimentos mais modernos que, com o tempo, poderão se tornar convencionais.

Porém, qualquer tratamento fora do que é considerado padrão será visto como antiquado, desacreditado, e sem provas, quando ainda estiver na etapa de experimentação. Por exemplo, o uso de anestesia geral nos casos de aborto precoce já foi comum, mas atualmente estes procedimentos são realizados apenas com anestesia local e em pacientes ambulatoriais. A continuação do uso de anestesia geral para interrupção precoce de uma gravidez levanta suspeita sob o profissional, não apenas pelo uso incorreto de recursos profissionais e financeiros mas, sobretudo, pelo risco desnecessário imposto às pacientes. As pacientes adequadamente informadas podem preferir correr o risco, caso considerem que a anestesia geral seja mais aconselhável para elas. O aborto realizado sem anestesia disponível, o que tem sido interpretado como um componente punitivo ou restritivo ao procedimento, demanda avaliação profissional com base no conforto, na dignidade e na escolha livre e informada da paciente. A recusa em usar a anestesia disponível levanta tanto preocupações da ética profissional como preocupações legais.

Antes de oferecer aos pacientes tratamentos ligados à saúde reprodutiva, é importante que os profissionais avaliem a necessidade da realização de exames que não se enquadrem no campo da obstetria nem da ginecologia. Profissionais que, por exemplo, não dispõem das condições de realizar diagnósticos e prognósticos

genéticos, e nem de oferecer orientações a esse respeito, devem orientar os pacientes sobre os serviços que os geneticistas oferecem, como ter acesso aos mesmos e sobre as implicações dos procedimentos de saúde reprodutiva solicitados, na ausência destes serviços. Isto se aplica, tanto a pacientes que desejam ter filhos e que não tenham conhecimento sobre riscos de a criança nascer com problemas genéticos hereditários, quanto a pacientes que estejam buscando serviços de contracepção ou esterilização, por medo de problemas genéticos com os filhos, mas que com orientações e cuidados, os danos aos filhos podem ser evitados ou superados — como pelo diagnóstico genético antes da implantação do embrião.

8.3 Autoridade delegada

Há muito tempo tem sido reconhecido em lei que, muitas vezes, o tratamento médico envolve o trabalho em equipe e que, freqüentemente, os provedores delegam a outros profissionais sob sua supervisão a realização de tratamentos, com o consentimento dos pacientes. Com base nesta prática é que vários procedimentos médicos executados por enfermeiros e por outros profissionais de saúde são legalmente justificados, explicando-se o envolvimento de estudantes de medicina em procedimentos médicos e em tratamentos de saúde, antes que estejam qualificados. Com freqüência, o trabalho em equipe e a delegação de tarefas é fundamental nos tratamentos de saúde reprodutiva, e podem ser acomodados à lei. Quando a lei limita algumas práticas apenas a médicos licenciados, ou cria imunidades de responsabilização legal apenas para os médicos, ela reconhece que os médicos podem atuar através de sua autoridade, delegando tarefas. E mais: a delegação pode ser geral, a qualquer tipo de cuidado que o paciente possa a receber, e não se limitar a cuidados específicos de um determinado paciente, como quando enfermeiros agem sob ordens médicas diretas.

Na Inglaterra, por exemplo, quando o Ato de Aborto, de 1967, alterou a lei, ele preservou a responsabilização criminal prévia pela realização de aborto, mas criou uma nova imunidade, a ser aplicada a circunstâncias específicas, mais liberais. Porém, a imunidade foi expressa para proteger apenas ‘um profissional médico registrado’. Mais tarde, os enfermeiros apresentaram objeção à conduta de indução de aborto, por meio da administração de prostaglandina, desenvolvida, após 1967, e considerada melhor do que qualquer outro procedimento cirúrgico anteriormente indicado. A Escola Real Inglesa de Enfermeiros temeu que a atuação dos enfermeiros na indução de aborto, por meio da administração de prostaglandina não estava protegida pela imunidade de responsabilização criminal presente no Ato de 1967. Neste procedimento, os médicos inserem o catéter para a administração da droga, mas os enfermeiros a ministram e conduzem a expulsão subsequente dos conteúdos uterinos, iniciando e finalizando o aborto. Contudo, a Suprema Corte interpretou que o poder de um médico registrado de realizar um aborto, sob a proteção do Ato, incluía os procedimentos executados por autoridades delegadas. Dessa forma,

140 *Princípios médicos, éticos e legais*

os enfermeiros e outras pessoas sob delegação da autoridade médica também usufruíam a mesma imunidade conferida aos médicos.⁶⁴

Quando os médicos delegam autoridade a outras pessoas, eles permanecem obrigados a realizar uma supervisão adequada, e caso a supervisão se mostre abaixo dos padrões legais regulamentados, eles são legalmente responsabilizados. Além disso, de acordo com vários sistemas legais, mesmo quando a supervisão médica atende ao padrão legal, se houver algum dano ao paciente, resultante de procedimentos realizados por alguém a quem tenha sido delegada a autoridade de atuação, os médicos registrados serão indiretamente responsabilizados (ou seja, responsáveis sem terem cometido falhas pessoais) pelos pacientes, e por outros que tenham sido prejudicados e por quem tenham obrigações legais. Assim, é importante que os médicos se certifiquem de que suas coberturas de seguro ou seus planos pessoais de seguro cubram responsabilizações legais, decorrentes de situações em que eles não tenham cometido falhas pessoais. Eles também podem desejar saber se aqueles a quem foi delegada a função, como os enfermeiros, podem indenizá-los por qualquer responsabilização legal indireta que sofram, por exemplo, através de suas próprias seguradoras.

8.4 *Evidências para a determinação de competência profissional*

Os padrões de competência são determinados tanto pelas Cortes como por tribunais profissionais disciplinares. Os profissionais podem ser solicitados a responder perante estes tribunais sobre suas práticas clínicas, institucionais e econômicas. Eles também podem ser convidados, enquanto especialistas, a ajudar as Cortes e tribunais na identificação e medição de padrões de competência que devem ser atendidos por todos os membros da profissão. As credenciais que constituem a aptidão, em geral, serão definidas pelas próprias Cortes e tribunais. Usualmente, eles reconhecem não apenas as qualificações acadêmicas e profissionais daqueles convidados a atender como especialistas, mas também as conquistas profissionais alcançadas e o papel de liderança desempenhado na profissão.

Apesar de serem profissionais qualificados, eles podem relutar em testemunhar sobre padrões profissionais de competência em audiências, quando outros companheiros profissionais são réus enfrentando possíveis penalidades. A conhecida conspiração do silêncio pode ocorrer em uma profissão que comprometa a obtenção de testemunhos, necessária à devida aplicação da justiça. Diante disto, as Cortes que estejam julgando a demanda de pacientes por compensação podem acabar analisando apenas evidências secundárias. As Cortes permitirão que as partes apresentem evidências de autoridades especialistas em assuntos que vão além de sua capacidade ou a dos jurados comuns de avaliarem, especialmente assuntos referentes à adequação ou não dos cuidados prestados aos padrões de

⁶⁴ Royal College of Nursing of the United Kingdom v. Department of Health and Social Security, [1981] 1 A11 ER 545 (House of Lords, England).

competência profissional, relativos a proficiência de desempenho e /ou sensibilidade ética. Aqueles que servem como testemunhas devem sempre se lembrar de que não estão ali para agir como defensores das partes que os convidaram e pagaram por sua presença. A única submissão ali é com a integridade de seus conhecimentos profissionais e com a análise dos fatos apresentados. Ao tentar ajudar de forma deliberada a parte que os convocou, ou enfraquecer a outra parte do caso, eles ferem a sua credibilidade e os seus padrões profissionais. Enquanto especialistas e profissionais, eles não têm nenhum interesse pessoal ou profissional nos resultados do caso. Atuam apenas como testemunhos especialistas desinteressados, a fim de auxiliar a Corte ou o tribunal.

Quando as Cortes são orientadas por promotores públicos a impor penalidades criminais por erros e negligência, em geral, o promotor será solicitado a apresentar evidências convincentes de que o comportamento comprovado do profissional acusado foi abaixo dos padrões profissionais, por meio de evidências sobre o que é exigido pelo padrão. Em tribunais de disciplina profissional, o representante da profissão deverá demonstrar que os padrões alegados foram de fato violados. Os padrões devem ser provados estritamente como fatos, os quais, em casos criminais, devem ser estabelecidos pelos promotores, fora de qualquer dúvida, e em casos disciplinares devem ser estabelecidos através de evidências claras e convincentes.

8.5 *Má conduta sexual*

A relação sexual com pacientes sem o seu consentimento é, evidentemente, uma ofensa criminal grave e um crime indenizável, mas a preocupação com a prestação competente de serviços de saúde vai muito além desta verdade evidente em si. Muitas autoridades certificadoras e associações profissionais consideram o comportamento sexual consensual com pacientes uma falta de conduta profissional, mesmo que nenhum crime tenha sido cometido. Isto porque esta conduta pode se constituir em exploração ou abuso da autoridade profissional e em dependência e vulnerabilidade do paciente, das quais o profissional se beneficia para satisfações pessoais. Ainda, os comportamentos com aspectos sexuais que não cheguem a consumação de relações sexuais podem ser considerados falta de conduta profissional.⁶⁵ Isto também pode ser a base para ações legais, por exemplo, em sistemas legais que reconhecem a imposição deliberada, ou mesmo negligente, de dano emocional, ou qualquer violação a um dever atribuído⁶⁶, para justificar a compensação.

⁶⁵ Ver, por exemplo, College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Final Report of the Independent Task Force on Sexual Abuse of Patients* (Toronto: College PSO, 1991).

⁶⁶ Em *Norberg v. Wynrib* (1992), 92 Dominion Law Reports (4th) 449, por exemplo, a Suprema Corte do Canadá sustentou recompensa de 50.000 dólares canadenses a uma paciente quando o seu médico impôs o seu consentimento para relação sexual como condição para uma receita que prescrevia uma droga da qual ela era dependente.

Em geral, o abuso de poder de profissionais de saúde sobre seus pacientes para satisfações sexuais pessoais ou para outras satisfações leva as Cortes a considerarem necessário que haja, pelos menos, abertura de um processo por violação de leis civis (não criminais). Algumas Cortes reconhecem no próprio abuso de poder um delito, e outras podem identificar a falha no dever de agir de forma consciente como um ato a ser compensado.

Em geral, os comportamentos considerados sexualmente abusivos de pacientes e falta de conduta profissional envolvem profissionais de ambos os sexos, sugerindo a necessidade de mais mulheres trabalhando na área da saúde reprodutiva, para, talvez, fazer com que as pacientes mulheres se sintam mais seguras quando tratadas por seus colegas do sexo masculino. Também existem exemplos da situação contrária, e também de comportamentos sexuais impróprios de profissionais com pacientes do mesmo sexo. Existe, ainda, falta de conduta apropriada quando o profissional de saúde se envolve sexualmente com o cônjuge e outros companheiros de seus pacientes, como se envolver com o parceiro do paciente sabendo que eles estão com problemas sexuais ou com outras dificuldades. Além dos comportamentos que, inquestionavelmente, exploram a sexualidade, a sensibilidade ou outras vulnerabilidades dos pacientes, as condutas que humilham, depreciam, ou envergonham os pacientes, com base no sexo, também podem ser consideradas má conduta sexual. Isto inclui a realização de comentários desautorizados sobre o desempenho sexual ou a atratividade do paciente, de natureza afirmativa ou negativa, e de brincadeiras sexuais. Estas brincadeiras não precisam fazer com que o paciente se sinta ridículo, mas podem ser, também, tentativas erradas de fazer com que o paciente se sinta confortável, ou para distrair a atenção do paciente em uma situação de embaraço. Má conduta também inclui fazer com que, pacientes se dispam ou se vistam ao alcance da visão dos profissionais de saúde, de colegas dos profissionais, ou de outros pacientes.

Profissionais de saúde que atuam na área da saúde sexual e reprodutiva devem ter um elevado grau de cuidado e consciência sobre as responsabilidades legais, que podem sofrer por suspeitas de má conduta sexual. Isto em função de exames particularmente íntimos, sensíveis e sexuais que profissionais devem realizar, dos tipos de histórico médico que podem vir a solicitar de seus pacientes e dos tipos de tratamentos que podem ter que ministrar e monitorar. Pode haver uma solicitação para que estas práticas médicas, quando possível e adequado, sejam realizadas por profissionais do mesmo sexo do paciente e, especialmente quando profissionais masculinos estejam examinando mulheres e, talvez, quando eles estejam prestando consulta a mulheres, devessem permanecer no campo de visão de colegas profissionais do sexo feminino, dentro dos limites de confidencialidade dos pacientes. Alternativamente, os pacientes poderiam ser solicitados ou convidados a estarem acompanhados de algum familiar, como mãe ou irmã, ou uma amiga, com quem não tenham problemas de confidencialidade.

Um aspecto comum dos abusos sexuais cometidos por profissionais contra pacientes é o sentimento de vergonha e, algumas vezes, a tendência presente nos pacientes de culparem a si mesmos, fazendo com que não apresentem a queixa imediatamente após o ocorrido, ou que nem cheguem a apresentá-la. A orientação das autoridades certificadoras é de exigir que os profissionais licenciados, que tomem consciência da má conduta sexual de outros profissionais, relatem a situação às autoridades, a fim de que se possa dar início às investigações e ações legais apropriadas. E especialmente para que se possam oferecer as orientações, tratamentos e reabilitações necessárias aos pacientes que tenham sofrido o abuso. Quando o abuso sexual é definido mais amplamente para incluir indelicadezas de falta de sensibilidade sexual, os colegas profissionais podem perceber abusos que não são reconhecidos pelos próprios pacientes.

A política da ‘tolerância zero’ com a má conduta sexual pode ser utilizada para justificar sanções contra profissionais que falhem em relatar a má conduta de outros. O poder legal que as autoridades certificadoras possuem, em geral, inclui aplicação de sanções, como a retirada ou suspensão da licença resultante de má conduta profissional, que não se constitui em ofensa quando cometida por pessoas fora da profissão, como fazer piadas sexuais ou comentários gratuitos sobre atratividade sexual. Em geral, o poder legal das associações profissionais voluntárias de investigar e disciplinar os seus membros provém de uma cláusula da relação contratual, criada através do pagamento das mensalidades da associação. As autoridades profissionais e as associações podem, com base na licença estatutária ou no poder legal contratual, oferecer a garantia pública de que sua política relativa à má conduta sexual dos profissionais é estrita e inflexível.

Uma limitação ou má aplicação da política da tolerância zero é o fato de que ela pode não fazer distinção entre abuso a pacientes e atração e afeição, que podem existir de forma genuína, sem exploração, entre um profissional de saúde e um paciente que, em outras circunstâncias poderia, inclusive, incluir uma conotação sexual e resultar em casamento. A intervenção de instituições profissionais de regulação de seus membros pode parecer uma intervenção injustificável na vida e na escolha dos pacientes, e mesmo uma negação dos direitos do paciente. No entanto, algumas autoridades têm a visão de que os pacientes não podem fazer suas escolhas livremente nestas relações desiguais, que envolvem dependência emocional. Contudo, mesmo que esta abordagem inflexível seja rejeitada pelos profissionais, eles devem reconhecer quando os seus interesses pelo paciente transcendem o profissionalismo e se tornam pessoais e acabar com a relação profissional e com seus aspectos emocionais, aconselhando e facilitando a transferência dos cuidados para outros profissionais, antes de permitir que haja qualquer expressão sexual ou íntima de afeição com o paciente. Profissionais, que não estejam certos sobre a natureza da relação que eles estão prevendo e protegendo, devem consultar outros colegas profissionais, autoridades e associações, e seus superiores ou semelhantes, sem que já tenha surgido suspeita de má conduta profissional.

9. *Objecção consciente*

Diversos sistemas legais, através das leis específicas que governam serviços de saúde reprodutiva ou das leis gerais de direitos humanos, algumas vezes incorporadas a leis constitucionais dos países, protegem os profissionais de saúde contra as obrigações legais de realizar procedimentos, aos quais eles apresentem objeção consciente.⁶⁷ Na maioria dos sistemas legais, este direito de proteção consciente abrange apenas a objeção consciente baseada em crenças religiosas. Porém, algumas leis sobre liberdade de expressão política, filosófica ou de outras expressões podem acomodar um direito de não participação em práticas profissionais, as quais as pessoas tenham objeção, com base em questões gerais de consciência. No campo da saúde reprodutiva, a maioria das objeções conscientes levantadas refere-se à participação em procedimentos de aborto e de esterilização contraceptiva. Mas, elas podem ser concernentes, por exemplo, às mães de aluguel, legalmente disponíveis para fins comerciais, e à identificação pré-natal para possibilidade de aborto, baseado no sexo da criança.

Normalmente, as leis de objeção consciente não são adotadas quando os pacientes estão em situação de emergência, como quando suas vidas ou saúde permanente estão em risco. Em vários casos envolvendo aborto ou esterilização, isto não viola a consciência dos profissionais, devido ao princípio ético e religioso do efeito duplo.⁶⁸ De forma simplificada, ele atesta que uma ação positiva, em si só, como a proteção de vidas humanas em perigo, pode ser realizada independente do fato de que para que o objetivo seja alcançado se gere um efeito prejudicial inevitável. A ação em si deve ser positiva ou moralmente indiferente. O efeito positivo não pode ser alcançado, através de meios inerentemente incorretos, e deve haver justificativa adequada para permitir a ocorrência do efeito prejudicial. Não importa se o efeito prejudicial é antecipado, desde que não seja intencional. Uma gravidez ectópica ou tubária, que coloca em risco a vida da mulher, pode ser interrompida, sem que o procedimento seja caracterizado como aborto, assim como o câncer de testículo de um homem pode ser tratado através da remoção dos testículos, sem que o procedimento seja considerado uma esterilização, mesmo que o efeito seja de deixá-lo estéril.

Em geral, a obrigação de provar que uma objeção consciente foi levantada com boas intenções recai na pessoa que solicita isenção da obrigação legal de agir. Algumas vezes, esta obrigação é dispensada de forma adequada pela declaração solene de consciência religiosa ou de outra natureza. Em geral, a interpretação sobre as possibilidades de dispensa de obrigações, com base na consciência, é restrita. Os profissionais de saúde que, por exemplo, se resignem a realizar abortos podem ser dispensados de conduzir estes procedimentos e, talvez, também de preparar pacientes para a realização imediata destes procedimentos, mas não de oferecer tratamentos

⁶⁷ Ver B. M. Dickens and R. J. Cook, 'The Scope and Limits of Conscientious Objection', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 71 (2000), 71-7.

⁶⁸ J. Boyle, 'Toward Understanding the Principle of Double Effect', *Ethics*, 90 (1980), 527-38.

mais gerais, incluindo recuperação pós-operatória e mudança de curativos. Além disso, a isenção da realização de procedimentos será conferida apenas àqueles que tenham que realizar diretamente serviços aos quais apresentem objeções. A equipe hospitalar não pode se recusar a prestar serviços como distribuição de refeições aos pacientes, arrumação e substituição dos lençóis de suas camas, preparação de salas de operação e marcação de consultas com base em objeções conscientes aos serviços médicos a que recorre o paciente. Já é legalmente tolerado que, por exemplo, uma secretária de um médico não tenha o direito de se recusar, em nome da consciência, a fazer uma carta de recomendação de aborto.⁶⁹

Instituições e clínicas, mesmo que mantidas por grupos religiosos ou por grupos comprometidos com questões religiosas, e apesar de estarem autorizadas a diferenciar os serviços disponíveis no estabelecimento daqueles que não são oferecidos, não podem alegar objeção consciente. Quando um hospital se apresenta ao público, ou é integral ou parcialmente financiado com recursos públicos, como um estabelecimento cujos membros da sociedade podem contar para serviços de saúde legal ou indicados por médicos, ele não pode se recusar a realizar um tratamento indicado e colocar em risco a vida ou a saúde das pessoas que acreditaram em seus serviços de saúde. O dever deste tipo de estabelecimento é contratar pessoas adequadas para a prestação competente de serviços, cuja execução pode ser recusada por alguns membros da equipe, com base na consciência, ou de estabelecer acordos seguros, que garantam que os pacientes sejam convenientemente referidos a instalações de saúde alternativas que realizem os serviços em questão.

Em diversos países, os hospitais públicos são instalações do governo, e os litígios apresentados contra eles podem ser repelidos, com base no direito legal à imunidade governamental. Os administradores mais graduados que se recusem a permitir que tratamentos médicos indicados sejam prestados nestas instalações públicas, com base em sua consciência pessoal, podem sofrer processos éticos disciplinares por autoridades profissionais certificadoras se forem profissionais de saúde licenciados. Ainda, imunidades que protejam instalações governamentais perante cortes nacionais podem responsabilizar todo o país perante tribunais internacionais de direitos humanos, por violações dos direitos humanos individuais (ver Parte I, Capítulo 6).

Os profissionais que se recusam, em nome da consciência, a realizar serviços em pacientes autorizados a recebê-los, em geral são legalmente obrigados a referir estes pacientes a outros profissionais, que atuem no mesmo estabelecimento médico ou em outro local, acessível para os pacientes que irão prestar o serviço. De acordo com algumas doutrinas religiosas, pode-se considerar pecado não apenas a realização de um procedimento proibido como também a cumplicidade na sua realização. Frequentemente, os sistemas legais priorizam os direitos dos pacientes de acessarem procedimentos médicos terapêuticos e preventivos legalmente assegurados, sob as objeções pessoais conscienciosas dos profissionais. Eles consideram que

⁶⁹ *Janaway v. Salford Area Health Authority*, [1989], Appeal Cases 537 (House of Lords, England).

a objeção conscienciosa de isenção do profissional deva ser aplicada apenas na realização de fato dos procedimentos, mas que ela não pode justificar a negação destes profissionais a fazerem referência a outros locais. A falha ou recusa de cumprir o dever de encaminhar pode se constituir em negligência legal ou em abandono dos pacientes.⁷⁰

Por outro lado, exceto em circunstâncias emergenciais, os profissionais têm a liberdade de não aceitar alguns candidatos como pacientes. Ou seja, nem todo mundo tem o direito legal de se tornar paciente de um profissional escolhido ou acessível. Os médicos e outros profissionais podem declinar, com base em questões de consciência ou em outros aspectos, em aceitar pessoas que solicitem seus serviços. Neste caso, eles não têm nenhum dever legal de encaminhar os candidatos a outros locais. Contudo, os profissionais estarão infringindo as leis de direitos humanos caso a alegação de objeções conscienciosas sejam discriminatórias, com base na religião, estado civil, orientação sexual⁷¹ ou condição HIV-positivo⁷² das pessoas em busca dos serviços.

E mais: as autoridades certificadoras e as associações profissionais, na definição de suas responsabilidades de ética profissional, podem solicitar que seja feito um esforço maior para auxiliar as pessoas em busca dos serviços do que o que está definido na lei geral. Autoridades e associações podem avaliar a prática dos profissionais que aleguem a consciência para declinar a realização de procedimentos em instalações públicas, mas que os realizam em práticas privadas. Como a comprovação da questão de consciência em geral recai sob estes profissionais, a realização em circunstâncias privadas de procedimentos recusados em instalações públicas comprometerá a habilidade dos profissionais quanto a obterem a dispensa do cumprimento do dever.

Outras questões relacionadas incluem a discussão sobre se um estudante de medicina, ou de outro campo da saúde, com objeção conscienciosa por procedimentos de saúde reprodutiva, como o aborto, pode se recusar a receber instrução ou ser testado sobre conhecimentos concernentes ao procedimento, sem perder o direito de qualificação. Outra questão é se escolas médicas administradas por instituições com objeções religiosas ou de outra natureza pela realização de alguns procedimentos médicos podem se recusar a oferecer as orientações relevantes sobre algumas habilidades médicas, sem negligenciar o direito à aprovação e ao licenciamento de seus graduandos. Considerando que o direito a objeção conscienciosa não se aplica em casos de risco de vida ou de manutenção da saúde dos pacientes, parece que os profissionais que conscienciosamente se recusem a realizar alguns procedimentos em situações rotineiras devem, no entanto, ser capazes de realizá-los em casos de emergência, devendo, assim, serem adequadamente

⁷⁰ *Zimmer v. Ringrose* (1981), 124 Dominion Law Reports (3rd) 215 (Alberta Court of Appeal, Canada).

⁷¹ *Korn v. Potter* (1996), 134 Dominion Law Reports (4th) 437 (British Columbia Supreme Federal Court of Australian).

⁷² Ver Gostin and Lazzarini, *Human Rights and Public Health*, em 52–4, 75–8; and *Bragdon v. Abbott* (1998), 524 United States Reporter 624 (Supreme Court of the United States).

capacitados e qualificados. Além disso, apesar destes profissionais terem o direito de objeção conscienciosa pela realização de procedimentos de aborto, eles devem ser capazes, por exemplo, de remover um embrião ou um feto morto, e de oferecer serviços de saúde indicados quando um processo de abortamento inevitável já estiver em curso, por razões espontâneas ou não, e em casos de abortamentos incompletos.

Da mesma forma, as escolas médicas responsáveis pela formação de alunos para atendimento público, mesmo em condições de emergência, podem ser obrigadas a instruir os estudantes sobre procedimentos que eles possam se recusar a executar em condições rotineiras. Já foi visto que, de acordo com instruções religiosas com base no princípio do duplo efeito, os procedimentos que levam a interrupção da gravidez apenas indiretamente, como o tratamento da gravidez ectópica, e procedimentos que tratam de abortamentos incompletos não são proibidos, e as autoridades certificadoras devem exigir que os respectivos profissionais de saúde sejam competentes em seu desempenho.

10. Segurança e eficácia de produtos

A lei de responsabilidade dos produtos não é uma preocupação direta de muitos médicos, incluindo obstetras e ginecologistas. Porém, qualquer um que elabore novos produtos farmacêuticos ou desenvolva novas técnicas estará preocupado com estas questões, no momento da apresentação e divulgação do produto. Profissionais que se proponham a desenvolver novas drogas ou técnicas, que envolvam a realização de pesquisas com seres humanos, deverão atender a exigências legais relevantes de segurança e eficácia. A implicação legal mais imediata da segurança da droga e da técnica é que os profissionais de serviços de saúde reprodutiva são obrigados, como parte de sua competência contínua para praticar, a se manterem informados sobre a melhoria de produtos disponíveis aos pacientes, e sobre dados e evidências objetivas concernentes à falha de produtos no que se refere a responder a níveis de eficácia e segurança a que deveriam atender. Além disso, estes profissionais de saúde devem oferecer a seus pacientes os métodos de tratamento mais seguros e eficazes que possam ser facilmente acessados pelos pacientes, por meio de financiamentos públicos ou privados, incluindo seguradoras de saúde privadas ou outras organizações.

Os sistemas legais avaliam a segurança do produto, tanto através do princípio de responsabilidade, baseado em comprovação da falha ou, alternativamente, através do princípio conhecido como estrito ou de responsabilidade pela ausência de falha.⁷³ O último exige que o fabricante se responsabilize pela segurança do produto em atender os objetivos planejados e divulgados. Independente de a

⁷³ Na Lei dos EUA, por exemplo, ver D. Owen, 'Products Liability Law Restated', *South Carolina Law Review*, 49 (1998), 237–92.

responsabilidade estar baseada em princípios de falha ou não do produto, as deficiências que resultem na responsabilização por produtos podem surgir de projetos impróprios, de fabricações inadequadas com, por exemplo, o uso de materiais imperfeitos ou divergências do projeto original, ou de instruções ou cuidados inadequados sobre o uso apropriado e as limitações do produto.

A importância desta lei para os profissionais que não sejam pesquisadores, projetistas, fabricantes ou revendedores de um produto diz respeito à responsabilidade de recomendarem um produto específico a seus pacientes. Mesmo que eles escolham e ofereçam um produto, como um dispositivo intra-uterino, e cobrem do paciente, em separado, pelo dispositivo, eles não serão considerados revendedores do produto. Considera-se, aqui, que o profissional realizou um serviço profissional e não um bom negócio de vendas. Quando eles empregam o dispositivo para o propósito para o qual foi planejado, e de acordo com as instruções do fabricante, eles podem requerer indenizações legais dos fabricantes caso incorra sobre eles responsabilização legal por danos causados a pacientes decorrentes do uso destes dispositivos. A possibilidade de responsabilização legal de outras pessoas por negligência quando elas fornecem dispositivos ou drogas, de acordo com propósitos aprovados para divulgação e promoção é uma questão de variação das leis.

Os profissionais aceitam responsabilidade por qualquer uso acidental ou deliberado que tenham feito de produtos que se diferenciam dos propósitos ou métodos de uso aprovados, por exemplo, a dosagem das drogas. Apesar da prática profissional permitir o uso de drogas de formas não especificadas na bula, quando elas são prescritas com propósitos diferentes das condições ou dosagens para as quais tenham sido testadas e aprovadas, esta prática não oferece nenhuma defesa legal para o uso não aprovado da droga que resulte em danos a quem ela foi ministrada.

Os médicos são obrigados, com base em dispositivos legais de competência, a tomar cuidado com as informações que recebem dos fabricantes de drogas e de dispositivos sobre contra-indicações de seus usos, e devem enviar aos fabricantes relatórios sobre qualquer dano ligado ao produto, que não lhes tenha sido alertado. Os médicos devem receber as informações dos fabricantes com a habilidade e a avaliação profissional apropriada, e estar atentos a informações contidas em publicações que devem ler como parte de sua responsabilidade profissional, sobre críticas científicas às informações apresentadas pelos fabricantes. Também lhes pode ser exigido que inspecionem os dispositivos e as embalagens dos medicamentos que eles fornecem aos pacientes diretamente, para garantir que não haja nenhum defeito aparente após inspeção competente que torne o seu uso desaconselhável, como datas de validade ultrapassadas.

Uma preocupação especial é o hábito de profissionais e instituições, frequentemente influenciados pela necessidade de economia ou pela pressão da escassez, de reutilizarem dispositivos, cujo fabricante e/ou revendedor tenham informado que o aparelho só pode ser utilizado uma única vez. Com base na experiência, sabe-se que alguns dispositivos de uso único podem ser reutilizados com segurança uma

série de vezes, desde que sujeitos à esterilização adequada. Os fabricantes podem reprimir a divulgação do uso repetido do aparelho após esterilização, não apenas por interesse em aumentar as vendas, mas também para evitar a responsabilidade legal de testes e de especificação sobre as técnicas de esterilização seguras e sobre o número de reutilizações possíveis. Os profissionais e instituições podem ser legalmente responsabilizados por danos causados pela reutilização destes produtos.

Caso o profissional ofereça aos pacientes a opção pelo uso único ou pela reutilização de um aparelho de uso único, por exemplo, adicionando os custos ao preço dos serviços, a sua responsabilidade pode ser limitada. A responsabilidade decorrente de uso subsequente do aparelho pode ocorrer por transmissão de infecções, resultantes de uma esterilização inadequada associada talvez ao uso de solventes diluídos ou a erros no processo de esterilização, ou decorrente de erros mecânicos do dispositivo resultante de fadiga de seus materiais ou de estragos causados pelos solventes usados na esterilização. Mesmo quando os pacientes permitem, de forma adequadamente informada, a reutilização de dispositivos de uso único, e aceitam correr riscos mínimos de falhas funcionais, eles não são legalmente obrigados a aceitar riscos decorrentes de negligência dos profissionais no manuseio ou inspeção dos dispositivos.

11. Direito criminal

Foi observado acima que a evolução geral na lei de saúde reprodutiva e sexual partiu do controle e punição, através da direito criminal, para adequações em leis de saúde e bem-estar, e de direitos humanos (ver acima, Seção 4). Isto é verdade para a contracepção, esterilização, aborto e, por exemplo, para relações entre pessoas do mesmo sexo. No entanto, ainda há um papel para a lei criminal, cujo propósito seja proteger os indivíduos contra danos que possam sofrer individualmente, mas cujo perigo seja considerado uma ameaça ao bem-estar da sociedade. Apesar de o incesto, por exemplo, ser considerado crime, há muito tempo, em diversos países, e ser descrito algumas vezes como um crime sem vítima, não houve nenhum movimento de peso para a sua descriminalização. O estupro é uma crueldade contra a vítima que o sofre, mas a sociedade, em geral, é ultrajada quando a pessoa e a integridade de qualquer um de seus membros é violada neste nível, e quando qualquer um de seus membros comete este ultraje contra outra pessoa. A reparação pessoal da vítima contra o criminoso, como o processo por compensação monetária pelo dano pessoal, é considerada insuficiente para satisfazer à necessidade social de proteção e coibição. A aplicação da lei criminal e da punição deve ser assegurada para satisfazer o sentimento público de justiça.⁷⁴

A primeira reação da sociedade ao reconhecer uma conduta mal-intencionada é de puni-la como crime, e o seu sentimento permanece presente. Novos crimes são

⁷⁴ *Bodhisatwa Gouttam v. Subhra Chakraborty* (1996) 1 SCC 490 (Supreme Court of India).

150 *Princípios médicos, éticos e legais*

criados, regularmente e com frequência, eles permanecem em codificados, após a extinção do dano a que se referiam. O sentimento social de injustiça pode ser anulado com o sucesso de coibição ou de prevenção da conduta considerada prejudicial ou, por exemplo, através do desenvolvimento de tolerância social. O marco do relatório do Reino Unido do Comitê Wolfenden sobre prostituição e homossexualidade, em 1957,⁷⁵ tanto registrou mudanças na tolerância social como ampliou o pensamento sobre estes temas, levando sobretudo à descriminalização de ações homossexuais privadas entre adultos esclarecidos no Ato de Ofensas Sexuais, de 1967.⁷⁶ As mudanças também podem ser com relação a práticas rotineiras que a sociedade não considera mais aceitáveis, como o que ocorreu, em Gana, em 1994, quando a incisão (mutilação) genital feminina foi criminalizada.⁷⁷ Quando as populações imigrantes inseriram esta prática, aparentemente nova, no Reino Unido, ela também foi criminalizada, em 1985.⁷⁸

Os desenvolvimentos reprodutivos oferecem um campo rico para o controle da lei criminal, especialmente com o advento de novas tecnologias e suas aplicações, que geram uma hostilidade inicial, algumas vezes permanente. No Reino Unido, por exemplo, o uso de mães de aluguel comerciais foi criminalizado, em 1985,⁷⁹ ampliando as proibições criminais existentes, em muitos países, contra o comércio de esperma e de óvulo humano. O Ato de Fertilização Humana e Embriologia de 1990⁸⁰ é mais regulador do que puramente proibitivo, pois ele define a Autoridade em Fertilização Humana e Embriologia como uma agência licenciadora de tecnologias reprodutivas, e aplica punições criminais para ações que careçam ou violem a licença. O Ato proíbe algumas práticas, como a introdução de embriões e gametas não humanos em mulheres, e a punição por práticas proibidas ou sem licença pode ser severa, incluindo até dez anos de cadeia. Muitos países propuseram punições severas contra estas práticas, como a tentativa de clonagem humana, e inseriram leis criminais contra o diagnóstico pré-natal do sexo motivados por abortos baseados no sexo, como na Índia.⁸¹

A legislação indiana tem sido tão ineficiente na prática que os juízes da Suprema Corte solicitaram esforços governamentais para que ela seja aplicada de forma adequada.⁸² Isto demonstra que para a aplicação da lei criminal existente contra condutas sexuais e reprodutivas, consideradas socialmente prejudiciais, pode-se apresentar ações judiciais além da ação legislativa. O conceito histórico de mutilação, por exemplo, cujo sofrimento ninguém pode consentir legalmente, pode ser aplicado, na ausência de legislação proibitiva, para condenar ao menos as formas

⁷⁵ Home Office (UK) (ver n.25).

⁷⁶ UK Statutes 1967, ch. 60.

⁷⁷ Criminal Code (Amendment) Act 1994 (Ghana); published in *International Digest of Health Legislation*, 47 (1996), 30–1.

⁷⁸ Prohibition of Female Circumcision Act 1985 (UK), Statutes 1985, ch. 38.

⁷⁹ Surrogacy Arrangements Act 1985 (UK). Statutes, ch. 49.

⁸⁰ Statutes 1990, ch. 37.

⁸¹ Prenatal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act 1994.

⁸² S. Ghoshal, 'A Year when Judges Took Action for India's Health', *Lancet*, 359 (2002), 53.

de incisão genital feminina mais invasivas. Diante deste princípio, em 1998, a Suprema Corte do Canadá ampliou a lei de agressão para anular duas decisões de cortes menores, e uma longa tradição de entendimento legal, a fim de declarar passível de condenação por agressão qualificada um homem que teve relações sexuais consensuais com duas mulheres.⁸³ Ele sabia que era HIV positivo, mas negou qualquer doença infecciosa quando uma das mulheres o questionou antes de uma relação sexual sem proteção, e não revelou a sua infecção à outra mulher que nas mesmas circunstâncias não o questionou. No julgamento, nenhuma das mulheres apresentava HIV positivo, mas a Suprema Corte defendeu que a mentira a uma mulher e a não-revelação à outra poderiam ter evitado o consentimento delas para a relação. A corte alegou que o risco de contrair HIV/AIDS é qualitativamente diferente do em outras infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez, e que expor parceiras desinformadas a este risco se enquadra no âmbito das proibições criminais.

Várias aplicações de lei criminais de condutas reprodutivas e sexuais parecem defensáveis, apesar de, algumas vezes, os legisladores demonstrarem uma disposição para enquadrar como criminosas práticas que eles julgam novas e ameaçadoras. Uma crítica importante da criminalização é o fato de ela poder impedir o desenvolvimento de sensibilidade e reflexão ética. Caso o risco de erro ético pareça muito grave para ser tolerado, com respeito a, por exemplo, um ‘assassinato de piedade’ de pessoa deficiente, a proibição criminal pode ser justificável e preferível. No entanto, no caso de outras questões éticas desafiadoras, a lei criminal permite pouca adaptação à objeção conscienciosa, e compromete argumentos racionais para a avaliação objetiva sobre a reação adequada em questões sob as quais as pessoas sensatas podem discordar. Também pode haver uma falta de clareza sobre a legitimidade das distinções, por exemplo, entre diagnóstico pré-natal do sexo que perpetua desvalorização das meninas, e a seleção sexual usada em gravidezes tardias que visam o balanço da composição familiar, e entre clonagem reprodutiva e terapêutica. A lei criminal pode ser acessada para reforçar a objeção ética, mas também pode ser implementada como ato de poder político, à custa ou com o empobrecimento das reflexões e discussões éticas. O Comitê Wolfenden considerou que nem tudo que é antiético ou imoral deve se tornar criminal. O Comitê avaliou que: ‘a menos que a sociedade se disponha a fazer um esforço deliberado, agindo através da lei, para equacionar a esfera do crime com a do pecado, restará uma área da moralidade e da imoralidade privada que, em termos breves e diretos, não é assunto da lei.’⁸⁴

⁸³ *R. v. Cuerrier* (1998), 127 Can. Criminal Cases (3d) 1 (Supreme Court of Canada).

⁸⁴ Home Office (UK) (ver n. 25), para. 61,24.

6

Princípios de direitos humanos

1. Visão geral

Os direitos humanos são expressos em constituições, leis nacionais e em convenções regionais e internacionais. Essas são as ferramentas que dirigem as agências governamentais, indivíduos e instituições para a formatação apropriada de suas políticas e práticas, equipando-os com princípios e uma linguagem que possibilite melhorias em outras políticas e práticas. Muitos indivíduos e grupos consideram os direitos humanos instrumentos de empoderamento porque eles fornecem os meios pelos quais se pode reivindicar legitimamente seus interesses. As agências governamentais podem empregar os direitos humanos em benefício do avanço da justiça social entre as pessoas a quem lideram e servem, e indivíduos e grupos podem empregar os direitos humanos para requisitar às agências governamentais que observem os padrões de conduta a que estão comprometidos.

Dentre os desafios que se apresentam ao avanço dos direitos humanos estão a falta de compreensão sobre a maneira de invocá-los para prevenir violações e, quando as violações já ocorreram, o modo de remediá-las através de sua aplicação. O emprego dos direitos humanos no contexto da saúde permanece particularmente desafiante pela pequena, embora crescente, experiência de sua aplicação nos níveis nacional e internacional. Ainda, aqueles que não estão familiarizados com a linguagem dos direitos humanos podem vê-los como uma intromissão alienígena à soberania nacional. Todavia, a maioria dos Estados tem constituições nacionais que clamam pela incorporação dos princípios chave de respeito aos direitos humanos, e muitos Estados assinaram tratados regionais e internacionais que especificam os direitos humanos que protegem.

A proteção e a promoção de direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva ganhou importância nos últimos anos, em grande parte, com a Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, realizada em Pequim, em 1995. Estas duas conferências levaram ao reconhecimento de que a proteção da saúde sexual e reprodutiva é uma questão de justiça social e que a promoção deste campo da saúde pode ser concretizada através da aplicação qualificada dos direitos humanos contidos nas constituições nacionais e tratados regionais e internacionais de direitos humanos existentes. O Programa de

Ação¹, resultante da Conferência do Cairo, de 1994, e a Plataforma para Ação,² resultante da Conferência de Pequim, de 1995, foram fortalecidos nas subsequentes revisões de 5 anos, em 1999³ e 2000,⁴ respectivamente.

O movimento no sentido de promover a adequação aos direitos à saúde sexual e reprodutiva ganhou força através do trabalho realizado pelas Nações Unidas⁵, organizações não governamentais nacionais e internacionais⁶, associações médicas profissionais⁷ e através de iniciativas acadêmicas. Esses esforços têm sido fortalecidos, por exemplo, por pesquisas sobre a perspectiva das mulheres no exercício de seus direitos reprodutivos,⁸ em diferentes regiões,⁹ e pesquisas sobre os desafios da proteção dos direitos reprodutivos, nas diferentes regiões. Estas atividades serão referidas como ‘o processo do Cairo’.

Os direitos humanos, sejam eles encontrados em constituições e leis nacionais, tratados regionais ou internacionais de direitos humanos, são meios através dos quais as leis e as políticas que promovem respeito à autodeterminação reprodutiva

¹ UN, *Population and Development*, i. *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149,1994).

² UN, Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4–15 September 1995* (New York: UN, 1995).

³ UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, A/S-21/5/Add.1 (New York: UN, 1999).

⁴ UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly: Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and the Platform for Action*, A/S-23/10/Rev.1) (New York: UN, 2000).

⁵ UN Population Fund (UNFPA), *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes including Women's Empowerment, Male Involvement and Human Rights* (New York: UNFPA, 1998).

⁶ Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN), *Implementing ICPD: Moving Forward in the Eye of the Storm* (Suva, Fiji: DAWN, 1999); Health, Empowerment, Rights and Accountability (HERA), *Confounding the Critics: Cairo Five Years on* (New York: HERA, 1998); International Planned Parenthood Federation (IPPF), *Charter on Sexual and Reproductive Rights and Guidelines* (London: IPPF, 1996); Women's Environment and Development Organization (WEDO), *Risks, Rights and Reforms: A Fifty Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development* (New York: WEDO, 1999).

⁷ Ver, por exemplo, Commonwealth Medical Association, *A Woman's Right to Health, Including Sexual and Reproductive Health* (London: Commonwealth Medical Association, 1996); R. J. Cook and B. M. Dickens, 'The FIGO Study Group on Women's Sexual and Reproductive Rights', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 67 (1999), 55–61.

⁸ R. P. Petchesky and K. Judd (eds.), *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures* (London and New York: Zed Books, 1998).

⁹ Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) and Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Latin America and the Caribbean* (New York: CRLP, 1997); CRLP and International Federation of Women Lawyers–Kenya Chapter, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Anglophone Africa* (New York: CRLP, 1997). Ver também Women's Human Rights Resources no website: www.law-lib.utoronto.ca/diana, last accessed 9/5/2002.

154 *Princípios médicos, éticos e legais*

podem ser fortalecidas, e as normas e as práticas que inibem esta autodeterminação reprodutiva podem ser enfrentadas.¹⁰ O Programa do Cairo explica que:

os direitos reprodutivos abrigam certos direitos humanos que já estão reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais de direitos humanos, e outros documentos consensuais. Estes direitos se fundam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidirem livremente e com responsabilidade sobre o número, o espaçamento e o momento de ter seus filhos, e de ter o acesso às informações e a meios para tanto; e o direito ao mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito de tomar decisões relativas à reprodução livres de discriminações, coerção e violência, conforme expresso em documentos de direitos humanos. (parágrafo 7.3)

Este capítulo explica como diferentes direitos humanos foram e poderão ser aplicados para proteger diferentes interesses de saúde sexual e reprodutiva. Reconhece-se que o conteúdo e o significado de direitos evoluem, conforme eles sejam aplicados nos diferentes países, em diferentes questões de saúde sexual e reprodutiva. Frequentemente, os padrões comuns emergem em países diferentes, na maneira como os direitos são mais efetivamente aplicados, mas estes padrões também estão sujeitos a refinamentos e mudanças, na medida em que evoluam compreensões sobre a natureza dos problemas de saúde sexual e reprodutiva.

2. Fontes e natureza dos direitos humanos

Os direitos humanos são enraizados em constituições e leis nacionais e tratados e documentos internacionais históricos, de prestígio e em documentos referendados autoritariamente. As constituições mais antigas tendem a proteger somente os direitos civis e políticos mais clássicos, enquanto que as mais modernas, tais como a Constituição Sul-africana, de 1996, também protegem direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo o direito à saúde. Diante do aumento da interdependência dos direitos, os tribunais em países com constituições que protegem somente direitos civis e políticos estão começando a importar noções de saúde para o significado dos direitos civis e políticos. Por exemplo, a negligência do Estado diante das necessidades básicas de um indivíduo foi interpretada como negação do direito à segurança da pessoa e do direito à não-discriminação. Tal interpretação foi aplicada para garantir o acesso igualitário aos cuidados com a saúde. Os tribunais e comissões de direitos humanos em países que também protegem direitos econômicos, sociais e culturais estão começando a delinear a demanda destes direitos em alguns contextos.

O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, adicionou substância à Carta das Nações Unidas que, em 1945, observou que um dos

¹⁰ Sobre projetos jurídicos de direitos reprodutivos ver o *site* da publicação *Annual Review of Population Law*: <http://www.law.harvard.edu/programs/annualreview>, last accessed 30/4/2002.

propósitos da então recém-criada organização era ‘reafirmar a fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana [e] nos direitos iguais de homens e mulheres’. A Declaração Universal revela suas origens na lei natural, baseada em princípios ou em orientações deontológicas à ética (ver Parte I, Capítulo 4/4.1), observando que:

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos da pessoa resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade...

Considerando essencial que os direitos da pessoa sejam protegidos pelo império da lei...

A Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração se esforcem... pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, para assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos...

A Declaração constitui, assim, uma ética internacional, que todo país deveria buscar cumprir e manter através de sua legislação.

Hoje, os países se comprometem, com base na Declaração Universal e em leis internacionais, particularmente várias convenções internacionais de direitos humanos às quais aderiram voluntariamente, a respeitar e a oferecer padrões de conduta governamental expressos nessas convenções, que têm suas origens em valores éticos. Isto é, os direitos humanos estão enraizados na ética e deveriam se concretizar através da lei, de procedimentos legais e de conduta voluntária nos níveis nacional e internacional. Políticas que violem direitos humanos, implementadas pelos governos, através de seu poder legal ou outros meios, são antiéticas. Os tribunais de muitos países condenaram as políticas nacionais, leis e práticas que violam os direitos humanos e, cada vez mais, os países vêm submetendo suas políticas e leis ao escrutínio dos tribunais internacionais de direitos humanos e, periodicamente, aos comitês de monitoramento dos tratados internacionais de direitos humanos.

As disposições de leis de direitos humanos relevantes à saúde sexual e reprodutiva e aos procedimentos para implementação de tais direitos são elaboradas a seguir. Talvez os maiores efeitos em potencial da análise ética sejam prospectivos e preventivos. Aqueles responsáveis pelo planejamento e pela implementação de políticas de saúde podem calcular suas provisões e monitorar seus efeitos de acordo com as provisões de direitos humanos que são a expressão legal moderna dos valores éticos. Um conjunto cada vez mais detalhado de decisões judiciais, conquistado tanto em tribunais domésticos quanto em cortes internacionais, e um conjunto de padrões determinados por comitês domésticos e internacionais de monitoramento dos direitos humanos indicam os critérios éticos aceitáveis de políticas, leis e práticas de saúde sexual e reprodutiva. Talvez a maior questão que

as decisões judiciais enfrentem diga respeito ao conteúdo e ao significado dos direitos humanos em questão.

Os direitos humanos foram revigorados, depois de 1948, por um reavivamento de uma filosofia do direito natural, vista como uma orientação da bioética moderna. A discussão ética, abordada no capítulo 4, faz uma distinção entre direitos éticos negativos e positivos e a mesma distinção é relevante à natureza legal dos direitos humanos. Da mesma maneira que os direitos éticos negativos podem ser descritos como o ‘direito de ser deixado em paz’, os direitos humanos negativos permitem que os indivíduos se comportem da maneira que eles consideram certa, sem estarem sujeitos à necessidade de regulamentação ou controle governamental. Em oposição, os direitos humanos positivos dependem de provisões governamentais que vão além dos recursos individuais. A existência de direitos depende de obrigações. Os direitos negativos dependem da obrigação do governo e de outros de não intervir em seu exercício. Os direitos positivos dependem da obrigação governamental ou de outros de intervir através de atos afirmativos, facilitadores do exercício destes direitos. Em muitas circunstâncias, os aspectos positivos e negativos dos direitos coincidem, nos casos de legislação que empodera iniciativas individuais e requer ação governamental. Entretanto, quando a legislação apóia o poder opressivo do Estado, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos negativos dos indivíduos exige a repulsa a tais leis, através das quais os governos podem intervir no exercício destes direitos. Conseqüentemente, o respeito a um direito negativo recentemente reconhecido requer ação legislativa positiva ou uma norma judicial autoritária para tornar uma lei ofensiva inoperante. No entanto, uma vez tomada a ação, esta limitaria qualquer futura intervenção governamental no exercício individual desses direitos.

A promoção de direitos humanos negativos, por exclusão de ação governamental, se apresenta como um desafio nos lugares em que sempre houve tradição de intervenção governamental forte e autoritária, inspirada, por exemplo, na defesa de valores morais, interesses militares ou econômicos. O maior desafio, entretanto, pode ser a promoção de direitos humanos positivos, pois eles podem depender de recursos financeiros governamentais e da vontade política para alocá-los a serviço de tais direitos. O desafio é ainda maior no que se refere aos direitos humanos positivos aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, uma vez que estes direitos foram recentemente reconhecidos. Esses direitos permanecem em oposição às forças poderosas de tradição religiosa, que já pautaram a agenda moral pública e privada e continuam a exercer influência política em muitos governos. O direito à escolha reprodutiva como um direito negativo foi uma reivindicação bem sucedida em muitos países através de decisões judiciais que restringiram a intervenção governamental. Entretanto, o direito a tal escolha não avançou com tanto sucesso como um direito positivo, uma vez que os tribunais exercem menor influência no arbítrio governamental direto sobre alocação de recursos.

Em quase todos os países do mundo, os indivíduos com recursos para comprar seus próprios meios contraceptivos, ou obtê-los de outra forma, desfrutam do direito humano de decidir sobre o número e o espaçamento de filhos, como um direito negativo. No entanto, em muitos países, aqueles que não podem arcar com a compra de meios contraceptivos não desfrutam deste direito humano, pois os meios pelos quais eles podem exercer este direito lhes são inacessíveis. Seus governos não implementam o direito como o direito positivo ao acesso a meios contraceptivos e os tribunais não os obrigam a fornecer tais meios. Nos lugares em que as cortes não caracterizam os direitos humanos como direitos positivos, eles são de pouca ou nenhuma utilidade para as pessoas pobres, ignorantes e sem poder que, em muitos países, têm *status* marginal ou de minoria étnica ou racial. O desafio para este século é assegurar todos os direitos humanos como direitos negativos e fazer avançar os direitos dependentes de alocação de recursos governamentais como direitos positivos.

Os tratados de direitos humanos, desenhados para dar força legal à Declaração Universal de Direitos Humanos, incluem o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (o Pacto Político),¹¹ o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (o Pacto Econômico)¹² e os tratados regionais, tais como a Convenção Européia de Direitos Humanos (a Convenção Européia),¹³ a Convenção Americana de Direitos Humanos (a Convenção Americana)¹⁴ e a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos (a Carta Africana).¹⁵ Além disso, vários tratados internacionais são dirigidos ao alívio das injustiças que os indivíduos possam sofrer por uma característica congênita. Estes tratados incluem a Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (a Convenção Racial)¹⁶ e a Convenção dos Direitos das Crianças (a Convenção das Crianças).¹⁷ Mais diretamente relevante, entretanto, é a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (a Convenção das Mulheres),¹⁸ que se refere explicitamente aos direitos humanos relativos a serviços de planejamento familiar, cuidados e nutrição durante a gravidez, informações e, por

¹¹ UN, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (New York: UN, 1996), GA Res. 2200 (XXI), 21 UN GAOR Suppl. (No. 16) at 52, UN Doc.A/6316.

¹² *Ibid.* at 49.

¹³ UN, *European Convention on Human Rights*, United Nations Treaty Series, 213 (New York: UN, 1959), 221.

¹⁴ Organization of American States, *American Convention on Human Rights*, Organization of American States Treaty Series, 1 (1969) 1.

¹⁵ Organization of African Unity, *African Charter on Human and Peoples' Rights* (Addis Abbaba: OAU, 1981), Doc. CAB/Leg/67/3/Rev. 5.

¹⁶ UN, *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* (New York: UN, 1965).

¹⁷ UN, *Convention on the Rights of the Child* (New York: UN, 1989), GA Res. 44/25, annex, 44 UN GAOR Suppl. (No. 49) at 167, UN Doc. A/44/49 (1989), entered into force 2/9/1990, 1577 UNTS 3.

¹⁸ UN, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (New York: UN, 1979), 34 UN GAOR Suppl. (No. 21) (A/34/46) p. 193, UN Doc. A/Res/34/180.

exemplo, educação para decidir o número e o espaçamento de filhos desejados. Estes principais tratados internacionais de direitos humanos estabelecem comitês cujas funções são de monitorar a adequação dos Estados às obrigações aceitas. A Convenção das Mulheres estabeleceu o Comitê sobre a Eliminação de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) para monitorar e controlar se os Estados colocaram suas leis, políticas e práticas em concordância com a Convenção das Mulheres. Similarmente, o Pacto Político estabeleceu o Comitê de Direitos Humanos (CDH), o Pacto Econômico estabeleceu o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), a Convenção das Crianças estabeleceu o Comitê dos Direitos da Criança (CDC) e, por fim, a Convenção Racial estabeleceu o Comitê de Eliminação da Discriminação Racial (CEDR).

Estes comitês se reúnem uma, duas ou três vezes por ano. E consideram os relatórios dos Estados-partes, com relação àquilo que foi feito por tais Estados no sentido de trazer suas leis, políticas e práticas à adequação com as obrigações dispostas nos tratados. Uma vez que os membros dos comitês tenham considerado e discutido os relatórios através de diálogos com representantes dos Estados reportados, os comitês irão elaborar as Observações Conclusivas aos relatórios.¹⁹ Para assessorar os países no cumprimento de suas obrigações de reportar, os comitês desenvolveram Comentários Gerais ou Recomendações Gerais de artigos específicos de tratados, que explicam o conteúdo e o significado de direitos específicos. Alguns comitês podem receber queixas de indivíduos ou grupos de Estados-partes ou instaurar inquéritos diante de violações alegadas (ver Parte I, Capítulo 7). As opiniões emitidas pelos comitês, em resposta a essas queixas ou inquéritos, também se somam ao conteúdo e ao significado dos direitos, mostrando como os direitos ou um grupo de direitos são aplicados a fatos específicos.

3. Direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva

3.1. Evolução dos direitos reprodutivos

A história do controle da reprodução e da sexualidade tem início na Antiguidade. Ao longo dos séculos, os governos usaram leis criminais como instrumento primário para expressar e controlar a moral, especialmente através da proibição do controle de nascimento e aborto ou através da penalização e estigmatização de certas formas de comportamento sexual. Gradualmente, entretanto, com a expansão do governo democrático, uma realização emergiu dos efeitos danosos para a saúde e o bem-estar dos indivíduos causados pelo controle punitivo da reprodução e da sexualidade. Tal realização promoveu uma abordagem das leis e políticas desenhadas para a promoção dos interesses dos indivíduos em sua saúde e em seu bem-estar. Uma abordagem mais recente desafia as leis patriarcais lutando pelo aumento

¹⁹ UN, *Manual on Human Rights Reporting* (Geneva: UN, 1997).

do acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva como uma questão de direitos humanos e justiça social.

As três abordagens, desde a criminalização, a promoção da saúde e do bem-estar, até a ênfase nos direitos humanos e na justiça, existem em vários países e não são, necessariamente, exclusivas. A tendência a usar a lei criminal para castigar e estigmatizar comportamentos não aprovados permanece, mas é fraca devido ao crescente entendimento de que tal abordagem é quase sempre disfuncional. Muitos países usam a relação entre a saúde e o bem-estar para legalizar e, em alguns casos, fornecer ou subsidiar serviços de saúde sexual e reprodutiva. Um crescente número de países tem reformado suas leis e políticas para facilitar a provisão de serviços de saúde sexual e reprodutiva diante do crescente reconhecimento da importância do respeito aos direitos humanos das mulheres, em geral, e aos direitos sexuais e reprodutivos, em particular.

O processo do Cairo introduziu um novo foco ao ir de encontro às necessidades e preferências de saúde reprodutiva de mulheres e homens, como indivíduos, ao invés de atingir alvos demográficos ou populacionais, como se fazia no passado. O empoderamento das mulheres junto a suas famílias e comunidades e a proteção de seus direitos humanos, especialmente daqueles relevantes à sua saúde sexual e reprodutiva, são peças-chave nesta nova abordagem. O desafio que se tem pela frente é tornar os compromissos políticos, assumidos pelos governos no Cairo e em Pequim, em obrigações legalmente exigíveis para o respeito dos direitos reprodutivos. Há uma crescente consciência de que as interações nacionais e internacionais no sentido de desenvolver práticas e normas devem continuar ao longo do tempo e não se esgotar no momento das decisões das cortes ou na aprovação de documentos internacionais. Isto é, os compromissos do Cairo e de Pequim devem ser vistos como processos dinâmicos e de implementação através dos quais os compromissos a princípio não obrigatórios se tornam politicamente, socialmente e legalmente obrigatórios.

Evidências empíricas que demonstram as disfunções de muitas leis criminais baseadas na doutrina têm contribuído para o movimento moderno da saúde reprodutiva longe da crença em conceitos de crime e castigo, em favor da promoção da saúde e do bem-estar. Durante a década de 1990, por exemplo, a reforma da lei de aborto foi conquistada em vários países.²⁰ Entretanto, em alguns países, muitas reformas têm sido frustradas pela oposição moral e religiosa, e algumas tentativas de restringir a disponibilidade do aborto legal têm tido sucesso. Além disso, algumas constituições nacionais sofreram emendas para proteger o direito à vida, a partir do momento da concepção, em tentativas de restringir as escolhas reprodutivas. Esforços para institucionalizar a educação sexual nas escolas foram desafiados na maioria das regiões do mundo e ainda persistem as barreiras ao fornecimento de serviços e informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

²⁰ R. J. Cook, B. M. Dickens, e L. E. Bliss, 'International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998', *American J. of Public Health*, 89 (1999), 579–86.

160 *Princípios médicos, éticos e legais*

Defender e articular o direito de uma mulher à escolha pessoal e à liberdade em suas decisões referentes a seu corpo e a suas opções reprodutivas são aspectos importantes do que aparece como um movimento para definir e proteger os direitos reprodutivos das mulheres. O reconhecimento da importância da autodeterminação das mulheres com relação à sua saúde e bem-estar é crescente. É cada vez mais inaceitável, por exemplo, que um marido domine sua mulher através do uso ou da ameaça do uso de violência, ou que ele a force a manter relações sexuais contra a sua vontade ou a obrigue a dar continuidade a uma gravidez não desejada. A violência contra as profissionais do sexo, que são vulneráveis ao abuso pelo fato de suas atividades estarem freqüentemente fora do alcance protetor da lei, também não é mais tolerado. Igualmente inaceitáveis são as políticas populacionais governamentais obrigatórias, em prejuízo dos direitos humanos individuais à escolha reprodutiva.

A compreensão das múltiplas dimensões da saúde sexual e reprodutiva tem se desenvolvido através de pesquisas, conduzidas numa variedade de diferentes disciplinas, incluídas as empíricas em saúde e ciências sociais e disciplinas normativas tais como o direito e a bioética. Estas pesquisas vêm aprimorando nosso conhecimento das causas e das conseqüências de doenças sexuais e reprodutivas e, assim, como os direitos humanos podem ser aplicados para prevenir e remediar algumas das causas destas doenças. A proteção dos direitos reprodutivos evoluiu ao longo do tempo, na medida em que indivíduos encontraram coragem para dar um passo a frente e abordar, e em alguns casos remediar, os abusos de direitos sofridos por eles ou por outros. Esferas de proteção para o avanço dos interesses vitais relativos a saúde sexual e reprodutiva têm emergido destas lutas individuais ou coletivas. Estas esfera são conhecidas, coletivamente, como direitos reprodutivos.

3.2. *Deveres na implementação dos direitos reprodutivos*

O interesse ou a necessidade de uma pessoa se torna um direito, ao mesmo tempo que um dever obriga um outro ao respeito a este interesse. A força que cria uma obrigação pode ser legal ou moral e, assim, um direito pode ser legal, moral ou ambos. O desafio é aplicar a autoridade legal, moral ou outra para criar obrigações que requeiram a proteção e a promoção de direitos relativos a saúde sexual e reprodutiva. A Recomendação Geral do CEDAW sobre Mulheres e Saúde explica que os deveres que obrigam os Estados-partes da Convenção das Mulheres a respeitar direitos através da não-obstrução ao seu exercício, a proteger direitos tomando ações positivas contra terceiros violadores desses direitos e realizar direitos, empregando os meios governamentais para arcar com o benefício pleno dos indivíduos a seus direitos (ver Parte III, Capítulo 6/2). Esta Recomendação se refere a obrigações de avançar o direito humano das mulheres à saúde, da seguinte maneira:

A obrigação de respeitar direitos requer que os Estados-partes deixem de obstruir as ações tomadas pelas mulheres na busca de seus objetivos de saúde. Os Estados-partes devem relatar sobre como prestadores de serviços de saúde pública e privada estão cumprindo suas obrigações de respeitar os direitos das mulheres ao acesso a cuidados com a saúde (parágrafo 14). . . . A obrigação de proteger os direitos relativos a saúde das mulheres requer que os Estados-partes e, seus agentes e representantes oficiais tomem medidas para prevenir e impor sanções às violações de direitos por parte de indivíduos e organizações (parágrafo 15). O dever de *contemplar direitos* obriga os Estados-partes a tomarem medidas legislativas, judiciais, administrativas e orçamentárias, econômicas e outras medidas apropriadas à extensão máxima de seus recursos disponíveis para garantir que as mulheres concretizem seu direito à assistência médica (parágrafo 17).

A Recomendação Geral explica que estudos que mostram altas taxas de morbimortalidade materna em Estados específicos e que mostram grande número de casais que gostariam de limitar o tamanho de suas famílias, mas que não têm acesso a nenhuma forma de contracepção, fornecem indicações importantes aos Estados de suas possíveis falhas em suas obrigações de garantir às mulheres o acesso a cuidados com sua saúde. A recomendação também enfatiza a importância de os Estados abordarem, em seus respectivos relatórios ao CEDAW, o passos tomados para lidar com condições preveníveis, como HIV/AIDS.

3.3. *Restrições e limitações de direitos*

Sobre a legislação internacional de direitos humanos, são permitidas restrições de alguns direitos se forem necessárias para o alcance de objetivos prioritários, tais como a saúde pública, o direito dos outros, moral comumente acordada, ordem pública, o bem-estar geral numa sociedade democrática e a segurança nacional. Há alguns direitos, tais como o direito à vida, o direito de ser livre de tortura e o direito à liberdade de consciência e religião, que são absolutos e não podem ser limitados em nenhuma circunstância, mesmo em tempos de emergência. Outros direitos podem ser restritos por razões legítimas, desde que:

- a restrição seja imposta em concordância com a lei;
- a restrição se baseie num interesse legítimo, conforme definido nas provisões garantidoras do direito, tais como a preservação da saúde pública ou do direito dos outros;
- a restrição seja proporcional ao interesse; e
- a restrição constitua a medida menos intrusa e menos restritiva disponível para a conquista eficaz do interesse.²¹

²¹ UN, *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines* (Geneva: UN, 1998), p. 42, para o resumo ver Parte III, Capítulo 7. Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *Human Rights Quarterly*, 9 (1987), 122–35, paras. 46–56.

Por exemplo, o direito à confidencialidade do paciente HIV positivo pode ser restringido em uma situação em que o direito de um outro indivíduo especificamente identificado esteja sofrendo perigo eminente. Se foi estabelecido que o paciente HIV positivo se recusou a informar seu parceiro ou sua parceira sobre seu estado de saúde, e tal divulgação é imprescindível para o propósito de preservar a saúde daquela pessoa identificada, a lei e os códigos de ética médica permitem a revelação da informação outrora confidencial. A revelação limitada se dá pela legítima razão de preservar a vida ou a saúde de uma pessoa identificável.

4. A aplicação dos direitos humanos na saúde sexual e reprodutiva

Os interesses relativos à saúde sexual e reprodutiva podem ser protegidos através de direitos humanos específicos. Os direitos que podem ser mais relevantemente invocados e, como direitos, parecem ter sido violados, dependem dos fatos específicos de uma alegada violação e das causas subjacentes de doenças sexuais ou reprodutivas.²² Os direitos mencionados abaixo não são exaustivos, mas sim indicativos dos direitos que podem se desenvolver no avanço dos interesses reprodutivos.

Os direitos são interativos, no sentido de que cada um depende, em maior ou menor grau, da observância de outros. A discussão a seguir mostra maneiras através das quais os direitos específicos podem ser aplicados para proteger a saúde sexual e reprodutiva. Tal discussão se refere também às maneiras pelas quais as leis nacionais e padrões internacionais, tais como aqueles contidos no Programa do Cairo, na Plataforma de Pequim, e nas Recomendações Gerais do CEDAW têm sido usados e podem ser ainda mais empregados para desenvolver critérios pelos quais se pode medir a aquiescência com esses direitos.

A maioria dos países se comprometeu com o respeito à dignidade humana e a integridade física dos indivíduos através de suas próprias constituições nacionais e outras leis e através de sua participação em convenções regionais e internacionais de direitos humanos. Os direitos humanos que contribuem para a saúde sexual e reprodutiva podem ser agrupados em torno de interesses de saúde reprodutiva e sexual relativos a:

- vida, sobrevivência, segurança e sexualidade;
- autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade;
- saúde e benefícios do progresso científico;
- não-discriminação e devido respeito pela diferença; e
- informação, educação e tomada de decisões.

²² CRLP, *An Unfulfilled Human Right: Family Planning in Guatemala* (New York: CRLP, 2000); D. D. Dora e D. D. da Silveira (eds.), *Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos* (Porto Alegre, Brasil: Themis, 1998).

Estes interesses podem ser separados de formas diferentes, dependendo das questões em jogo e das percepções das pessoas com relação a estas questões. A saúde, por exemplo, foi vista como componente do direito à segurança da pessoa, bem como um direito em si mesma, muitas vezes chamado de direito à saúde. O agrupamento de direitos humanos específicos em torno de interesses de saúde sexual e reprodutiva é fluido e pode ser organizado de diferentes maneiras. O direito à educação, por exemplo, é relevante tanto no avanço da saúde como para facilitar a tomada de decisões. Expressos separadamente, os direitos não são isolados dos outros, mas interagem dinamicamente e informam outros direitos.

O propósito de agrupar é o de mostrar como diferentes direitos humanos podem ser cumulativa e interativamente aplicados no avanço dos interesses da saúde reprodutiva e sexual. O propósito não é sugerir a existência de uma única abordagem correta para categorizar os interesses de saúde sexual e reprodutiva ou de agrupar os direitos humanos ao redor. Como os direitos humanos são aplicados com mais vigor às necessidades de saúde reprodutiva e sexual, irão emergir maneiras diferentes de aplicação dos direitos humanos no atendimento a essas necessidades.

4.1 *Direitos relativos à vida, à sobrevivência, à segurança e à sexualidade*

Direitos relativos à vida, sobrevivência, segurança e sexualidade são cada vez mais aplicados para demandar que um Estado elimine as barreiras aos serviços básicos necessários para a saúde sexual e reprodutiva de seus residentes. Estes direitos incluem o direito à vida e à sobrevivência, o direito à liberdade e à segurança da pessoa e o direito de ser livre de tortura e de tratamentos desumanos e degradantes. As noções de saúde iluminam o conteúdo e o significado desses direitos em nível nacional, particularmente em cortes nacionais, e em níveis regionais e internacionais.

Em alguns países, estes direitos têm sido aplicados para exigir dos governos o fornecimento de serviços necessários à proteção da saúde sexual e reprodutiva. A aplicação efetiva desses direitos é necessária para exigir que os governos tomem as medidas necessárias para garantir, por exemplo, que uma mulher possa passar por uma gravidez e por um parto seguros, para proteger a confidencialidade de pacientes em busca de serviços de saúde reprodutiva,²³ para garantir o respeito pelos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS,²⁴ para reduzir a violência contra as mulheres, a mutilação genital feminina²⁵ e o tráfico de mulheres.²⁶

²³ *Insurralde, Mirta, T. 148 PS. 357/428*, Corte Suprema de la Provincia de Sante Fé, Argentina, 1/8/1998 (a corte considerou que um médico não é responsável por quebrar a confidencialidade de uma paciente, ao notificar uma adolescente às autoridades, pela busca de tratamento para complicações de um alegado aborto ilegal), reported in B. M. Dickens e R. J. Cook, 'Law and Ethics in Conflict over Confidentiality?', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 385–91.

²⁴ UN, *HIV/AIDS and Human Rights*.

²⁵ A. Rahman e N. Toubia (eds.), *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* (London: Zed Books, 2000).

²⁶ Asian Women's Fund, *Proceedings of the 1998 Regional Conference on Trafficking in Women* (Tokyo: Asian Women's Fund, 1999).

Quando se estabelece uma negação de direitos, especialmente daqueles relativos à integridade pessoal e à liberdade, uma corte pode considerar como esta negação desintegra o plano de vida de um indivíduo, e ordenar remédios que levem em conta esta ruptura. A Corte Interamericana de Direitos Humanos, ao encontrar violações do direito pessoal à liberdade, do direito a tratamento humano e do direito a um julgamento justo numa detenção ilegal e tortura de uma mulher,²⁷ ordenou reparações que levaram em conta a ruptura de seu plano de vida.²⁸ A corte explicou que:

É óbvio que as violações cometidas contra a vítima no referido caso impedem-na de alcançar seus objetivos de crescimento pessoal e profissional, objetivos que seriam alcançáveis em circunstâncias normais. Estas violações causaram dano irreparável à sua vida, forçando-a a interromper seus estudos e a começar vida nova num país, distante do contexto em que sua vida vinha se desenvolvendo, num estado de solidão, pobreza e severos danos físicos e psicológicos. Obviamente esta combinação de circunstâncias, diretamente atribuíveis às violações que esta corte examinou, alterou seriamente e de modo irreparável, a vida da Sra. Loayza-Tamayo, impedindo-a de alcançar objetivos pessoais, familiares e profissionais, que ela tenha estabelecido para si própria.²⁹

Como resultado desta decisão, em que a negação de direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva rompe o plano de vida de um indivíduo, em que este plano de vida é razoável e alcançável na prática, a Corte Interamericana irá ordenar reparações que possam amenizar a ruptura.

4.1.1 O direito à vida e à sobrevivência

O Pacto Político, em seu artigo 6(1), estabelece: ‘Todo ser humano tem o direito inerente à vida. Este direito deve ser protegido por lei. Ninguém será arbitrariamente privado de sua vida.’

Historicamente, este direito era aplicado para proibir os governos de impor a pena de morte de maneira arbitrária. Entretanto, os tribunais estão começando a aplicar o direito à vida a questões relativas à saúde, ao abordar a natureza positiva deste direito, e ao fornecer um contexto de saúde e de dignidade humana ao direito à vida. Por exemplo, o Comitê de Direitos Humanos (CDH) explicou que ‘a expressão “direito inerente à vida” não pode ser compreendida de maneira restritiva, e a proteção deste direito requer que os Estados adotem medidas positivas’.³⁰ Ao explicar que medidas positivas devem ser adotadas, o CDH deu como exemplo as medidas necessárias para reduzir a mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida. O CDH especificou, através de seus Comentários

²⁷ *Loayza Tamayo v. Peru*, Inter-American Court of Human Rights, Judgment of 17 Sept 1997 (ser. C.), No. 33 (1977).

²⁸ *Loayza Tamayo v. Peru*, Inter-American Court of Human Rights, Sentence on reparations, 27 Nov 1998 (ser. C.), No. 421.6.

²⁹ *Ibid.*, para. 152.

³⁰ UN, ‘Human Rights Committee General Comment 6, Article 6 (Right to Life), 1982’, *International Human Rights Instruments* (New York: UN, 1996), HRI/Gen/1/Rev. 2, 6–7, para. 5.

Gerais sobre Igualdade entre Homens e Mulheres que os Estados devem apresentar dados sobre ‘mortes de mulheres relacionadas à gravidez e ao parto’ (ver Parte III, Capítulo 6, 4, parágrafo 10).

A Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou o governo da Guatemala responsável pelo tratamento de crianças de rua que resultou, em alguns casos, em perda de vidas. Ao explicar as obrigações positivas para proteger a vida, a Corte explicou que:

O direito à vida é um direito humano fundamental, e o exercício deste direito é fundamental para o exercício de todos os outros direitos humanos. Se não for respeitado, todos os direitos perdem o sentido. Devido à natureza fundamental do direito à vida, as abordagens restritivas são inadmissíveis. Essencialmente, o direito fundamental à vida inclui não apenas o direito de todo ser humano de não ser privado de sua vida de forma arbitrária, mas também o direito de que não lhe será privado o acesso às condições que garantam uma existência digna. Os Estados têm a obrigação de garantir a criação das condições necessárias para evitar violações deste direito básico, em particular, a obrigação de impedir que seus agentes cometam tais violações.³¹

Quando Estados deixam de fornecer os meios necessários para prevenir que uma mulher morra por motivos relacionados à sua gravidez ou parto, eles estão falhando na sua obrigação de garantir ‘acesso às condições que garantem uma existência digna’.

4.1.1.1 *Cuidados obstétricos essenciais*

O direito à vida é o direito mais óbvio que pode ser aplicado para proteger uma mulher em risco de morte no parto, por falta de cuidados essenciais obstétricos de emergência. Por exemplo, a Suprema Corte da Índia decidiu que o direito à vida contido na Constituição indiana³² foi violado quando vários hospitais governamentais negaram a um indivíduo tratamento de emergência para sérios ferimentos na cabeça.³³ A Corte explicou que o Estado não pode usar o argumento de restrições financeiras para ignorar sua obrigação constitucional de fornecer, adequadamente, serviços médicos para preservar a vida humana, e até detalhou quais as medidas que o Estado deve tomar para cumprir com tais obrigações. Enquanto esta decisão abordou a questão do cuidado médico de emergência para tratar de ferimentos na cabeça, o mesmo raciocínio pode ser aplicado para exigir que o Estado forneça serviços obstétricos essenciais quando eles não estiverem suficientemente disponíveis.

A Comissão Européia de Direitos Humanos considerou uma reclamação que alegava uma violação de estado do direito à vida de uma mulher que havia morrido no parto.³⁴ A Comissão considerou a reclamação improcedente em termos técnicos.

³¹ *Villagran Morales et al. v. Guatemala*, Series C, No. 63, 19 Nov. 1999, para. 144.

³² O artigo 21 da Constituição indiana dispõe que: “Ninguém será privado de sua vida ou liberdade pessoal exceto de acordo com procedimento estabelecido por lei.”

³³ *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal* (1996) 4 SCC 37, *digested* in *Commonwealth Human Rights Law Digest*, 2 (1998), 109 (Supreme Court of India).

³⁴ *Tavares v. France* (1991), Eur. Comm. HR, Application No. 16593/90, (9/12/91 unpublished) (European Commission of Human Rights).

Entretanto, a Comissão aproveitou a oportunidade para enfatizar que o direito à vida na Convenção Europeia³⁵ deve ser interpretado não somente no sentido de exigir que os governos tomem as medidas necessárias para prevenir mortes intencionais, mas também que tomem medidas para proteger a vida contra perdas não intencionais. A Comissão Europeia havia, anteriormente, considerado uma reclamação sobre um programa de vacinação governamental que havia resultado em danos e mortes de bebês como uma violação do direito à vida.³⁶ A Comissão considerou que medidas apropriadas e adequadas para proteger a vida haviam sido tomadas neste caso. A Comissão explicou, entretanto, que se o Estado não houvesse mostrado que tais medidas haviam sido tomadas, ele seria considerado violador de sua obrigação, assumida através da legislação de direitos humanos, de salvaguardar a vida e a saúde. Isto mostra que os Estados devem explicar e justificar seus esforços para proteger as vidas e a saúde de seus cidadãos.

Dada a magnitude de 1.400 mortes maternas estimadas mundialmente a cada dia, é espantoso que tão poucos procedimentos legais tenham percorrido as Cortes nacionais para exigir que seus governos tomem as medidas apropriadas para identificar as causas da mortalidade materna e tomar as medidas necessárias para prevenir outras mortes maternas. Esta ausência de ação se deve, em parte, à falta de compreensão de certos membros de comunidades com altas taxas de mortalidade materna, quanto à negligência governamental em função da precariedade de condições com que as mulheres grávidas e em trabalho de parto têm seu direito à vida violado.

A proteção efetiva do direito à vida requer que medidas positivas sejam tomadas para garantir, conforme o Programa do Cairo, ‘acesso a serviços de saúde apropriados que permitam que as mulheres enfrentem a gravidez e o parto com segurança e que forneçam aos casais a melhor chance de terem filhos saudáveis.’³⁷ As medidas positivas podem incluir etapas progressivas para garantir, numa taxa crescente, que nascimentos sejam assistidos por profissionais qualificados, como determinam os processos do Cairo e de Pequim. Quando tais medidas não são tomadas, os Estados devem ser encorajados a iniciar as etapas que garantam a aquiescência com suas obrigações de proteger e promover o direito à vida das mulheres grávidas (ver Parte I, Capítulo 7, 3.4, sobre padrões de desempenho).

4.1.1.2 *Tratamentos anti-retrovirais e tratamentos correlatos*

A Suprema Corte da Venezuela reconheceu a relação entre o direito à vida³⁸ e à saúde³⁹ contidos na Constituição venezuelana quando decidiu em favor de uma

³⁵ O artigo 2º da Convenção Europeia dispõe que: “O direito de todos à vida deve ser protegido por lei. Ninguém será privado de sua vida intencionalmente, salvo em caso de execução de sentença condenatória proferida por uma corte de direito por crime em que esta pena seja prevista em lei.”

³⁶ *X v. United Kingdom* (1978), Application No. 7154, Decision 12 July 1978, Decision & Reports 14: 31–5, June 1979 (European Commission of Human Rights).

³⁷ Cairo Programme, para. 7.2.

³⁸ O artigo 58 da Constituição venezuelana de 1961 dispõe que: “O direito à vida é inviolável ...”.

³⁹ O artigo 76 da Constituição venezuelana de 1961 dispõe que: “Todos têm o direito de proteção à saúde. AS autoridades devem tomar as medidas necessárias para a manutenção da saúde pública e devem fornecer os

reclamação por tratamento de HIV.⁴⁰ Ao salientar a natureza positiva do direito à vida, a corte exigiu que o Ministério da Saúde:

- forneça os remédios prescritos pelos médicos do governo;
- cubra os custos dos exames de sangue de HIV para que os pacientes obtenham o tratamento anti-retroviral necessário e tratamentos para infecções oportunistas;
- desenvolva políticas e programas necessários para o tratamento e a assistência dos pacientes infectados; e
- faça a realocação de recursos necessária para tomar as medidas estabelecidas pela decisão da Corte.

A reclamação bem sucedida foi feita em nome de 172 indivíduos vivendo com HIV, mas a Corte aplicou a decisão a todos aqueles HIV positivos na Venezuela.

Julgamentos similares da Suprema Corte do México,⁴¹ e da Corte Constitucional da África do Sul,⁴² ordenaram que os governos fornecessem o tratamento necessário a mexicanos com HIV/AIDS, e a mulheres grávidas com HIV/AIDS na África do Sul, respectivamente. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos concordou em ouvir as reclamações sobre a violação cometida pelo Chile⁴³ e por El Salvador⁴⁴ com relação a suas obrigações contidas na Convenção Americana de Direitos Humanos, por não fornecerem as medicações necessárias para todos os seus residentes com HIV/AIDS. Aguardando a consideração sobre tais reclamações, a Comissão Interamericana exigiu que os governos do Chile e de El Salvador, continuem a fornecer acesso prioritário a tais medicações como medidas cautelares.

Como resultado destas decisões, este é o momento ideal de explorar como reclamações adicionais foram apresentadas em nome daqueles que estão em risco crescente de morte devido à negligência de seus governos em fornecer serviços de saúde sexual e reprodutiva. Dentre aqueles que correm tal risco estão incluídas as mulheres que necessitam de cuidados obstétricos para salvar suas vidas ou tratamentos para abortos incompletos para salvar suas vidas, bem como indivíduos que necessitem de tratamento para salvar suas vidas diante de sua condição de soropositivos. Tais reclamações seriam certamente procedentes junto às leis codificadas de países

meios de prevenção e atenção para aqueles em necessidade. Todos são obrigados a submeter-se às medidas de saúde estabelecidas por lei, dentro dos limites impostos pelo respeito aos seres humanos.”

⁴⁰ *Cruz Bermudez, et al. v. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)*, Case No. 15789 (1999) <http://www.csj.gov.ve>, last accessed 13 June 2000 (Supreme Court of Venezuela); M. Torres, ‘The Human Right to Health, National Courts, and Access to HIV/AIDS Treatment: A Case from Venezuela’, *Chicago J. International Law*, 3 (2002), 105–14.

⁴¹ *Jose Luis Castro Ramirez* (1997), Amparo Appeal No. 2231 (Supreme Court of Mexico).

⁴² *Minister of Health v. Treatment Action Campaign* (2002), Case CCT 8/02 (Constitutional Court of South Africa) (Report pending, judgment available at <http://www.concourt.gov.za/date 2002.html>)

⁴³ *Juan Pablo et al. v. Chile*, Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights, *OEA/Ser/LV/II.114, doc. 5 rev. (2001)*, online: [http://www.cidh.org/annualrep/2001eng/ chap.3a.htm#C](http://www.cidh.org/annualrep/2001eng/chap.3a.htm#C), last accessed 10/5/2002

⁴⁴ *Jorge Odir Miranda Cortez v. El Salvador*, Report No. 29/01, Case 12.249, 7 Mar. 2001 (Inter-American Commission on Human Rights).

com sistemas legais objetivos, e diante da decisão da Suprema Corte da Venezuela e, sob a luz do julgamento da Suprema Corte da Índia, seriam também procedentes na maioria dos países da Comunidade Européia, que aplicam o sistema do direito consuetudinário, fundado nos costumes. Os administradores do setor de saúde governamental seriam sensatos em planejar seus recursos e programas com antecedência, diante das decisões das cortes da Venezuela e da Índia. Além disso, os administradores de saúde serão chamados para prestar explicações numa variedade de fóruns, incluindo cortes de direito e de opinião pública, sobre a adequação de suas respostas diante de suas obrigações de reduzir a mortalidade materna e a mortalidade relativa, por exemplo, ao HIV/AIDS.

4.1.2 O direito à liberdade e à segurança pessoal

O Pacto Político, em seu artigo 9(1), estabelece: ‘Todos têm direito à liberdade e à segurança pessoal... Ninguém será privado de sua liberdade, exceto se determinado por lei.’

O direito à liberdade e à segurança pessoal é uma das defesas mais fortes da integridade individual no contexto de saúde sexual e reprodutiva. Este direito está sendo aplicado além de sua proibição histórica de prisão ou detenção arbitrárias, para exigir que os governos forneçam serviços de saúde quando a falta deles prejudica a liberdade e particularmente a segurança de saúde da pessoa. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos reconheceu o direito à satisfação básica das necessidades de saúde como parte do direito à segurança pessoal, ao observar que:

A essência da obrigação legal de qualquer governo ... é de esforçar-se para atingir as aspirações econômicas e sociais de seu povo, seguindo uma ordem que priorize as necessidades básicas de saúde, nutrição e educação. A prioridade do ‘direito à sobrevivência’ e das ‘necessidades básicas’ é uma consequência natural do direito à segurança pessoal.⁴⁵

Se os governos e as agências para as quais eles delegam a responsabilidade de administrar os serviços de saúde falham no fornecimento das condições necessárias para proteger a saúde sexual e reprodutiva, os Estados podem ser considerados responsáveis pela negação do direito à liberdade e à segurança da pessoa.

4.1.2.1 Aborto inseguro

O aborto inseguro é a segunda maior causa de mortalidade materna, em alguns países, como a Colômbia.⁴⁶ Nos lugares em que o aborto inseguro é a maior causa de mortalidade materna, pode ser possível aplicar o direito à liberdade e à segurança para exigir que os governos melhorem os serviços para tratamento deste tipo de aborto, e que

⁴⁵ Inter-American Commission of Human Rights, *1980–1981 Annual Report*, 125, citado em *1989–1990 Annual Report*, 187.

⁴⁶ Ministerio de Salud, DANE, Presidencia de la República, DNP, OPS, UNFPA, UNICEF, PROFAMILIA, ‘Por Qué se Mueren las Mujeres en Colombia?’ *Revista PROFAMILIA*, 14/28 (1996), 14–28.

modifiquem as leis restritivas, para garantir o acesso a serviços de contracepção e aborto. A experiência mostra que o rígido cumprimento das leis restritivas é ineficiente e quase que invariavelmente disfuncional ao forçar as mulheres, que são desrespeitosamente caracterizadas como criminosas, a se submeterem a práticas menos seguras. É amplamente reconhecido que as leis restritivas de aborto não reduzem o número de abortos, mas tão somente sua segurança, podendo este número, inclusive, aumentar, já que é negado às mulheres o acesso a aconselhamento, que poderia apresentar às mesmas alternativas ao aborto e reduzir abortos recorrentes.

O direito à liberdade e à segurança tem sido aplicado por cortes nacionais em casos de aborto para proteger a liberdade das mulheres de decidir se, quando e quantos filhos quer ter. No Canadá, por exemplo, a Suprema Corte determinou que uma lei criminal restritiva de aborto violava o direito de uma mulher à segurança pessoal.⁴⁷ Várias cortes constitucionais, incluindo as da França,⁴⁸ da Itália,⁴⁹ e dos Países Baixos,⁵⁰ vêm considerando que as leis liberais de aborto são compatíveis com o direito das mulheres à liberdade. Mesmo as leis proibitivas têm, normalmente, uma exceção implícita que permite o aborto legal, quando a vida da mulher ou sua saúde estiverem em perigo. Entretanto, o contexto punitivo da lei impede que as mulheres busquem tratamento médico, e que os médicos por sua vez, venham a propô-lo, não sendo os cidadãos, em geral, e nem os médicos, em particular, informados das exceções implícitas que permitem o aborto legal para a preservação da vida e da saúde. A tragédia é que muitas mulheres arriscam e perdem suas vidas se submetendo a procedimentos inseguros quando a lei existente permitiria que seus abortos fossem executados legalmente e com segurança.

4.1.2.2 Mutilação genital feminina (MGF)

A mutilação genital feminina (MGF), também descrita como circuncisão, afeta muitos direitos humanos, mas, em seu cerne, agride o direito à liberdade e à segurança da pessoa. Isto é óbvio quando aplicado a jovens meninas, mas o princípio pode ser igualmente aplicado a adolescentes e mulheres mais velhas que, por razões familiares e culturais, têm seu futuro comprometido e prejudicado, caso não se submetam a estes procedimentos. A MGF pode ser classificada em graus crescentes de invasão (ver Parte II, Capítulo 2), mas mesmo sua forma mais branda viola o direito à liberdade e à segurança, quando praticada numa jovem menina incapaz de dar seu consentimento devido a pouca idade e à

⁴⁷ *R. v. Morgentaler* (1988), 44 DLR (4th) 385 (Supreme Court of Canada).

⁴⁸ *Judgment of Jan. 15, 1975*, Conseil Constitutionnel, 1975 Recueil Dalloz-Sirey [D.S. Jur.] 529, Journal O.ciel, 16 Jan. 1975 (Constitutional Council, France).

⁴⁹ *Judgment No. 108/81 of 25 June 1981*, 57 Raccolta U.ciale della Corte Costituzionale 823, 1981 (Constitutional Court of Italy).

⁵⁰ *Juristenvereniging Pro Vita v. De Staat der Nederlanden (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur)* (1990) Nederlandse Jurisprudentie, No. 43, 1990, entry 707, as summarized in *European Law Digest*, 19/5 (1991), 179–80 and reported in the *Annual Review of Population Law*, 17 (1990), 29 (The Court, The Hague).

170 *Princípios médicos, éticos e legais*

pressão familiar e da comunidade. Além da violação à liberdade das meninas, há muitas vezes o risco à sua segurança, pela falta de higiene e falta de qualificação de quem executa o procedimento. Os efeitos do procedimento vão continuar pela vida inteira e vão afetar os direitos de constituir família, já que tais efeitos podem limitar a capacidade de ter filhos.

As adolescentes e as mulheres mais velhas podem ser pressionadas a aceitar a MGF quando a comunidade espera que elas assim procedam e quando é uma condição para seus casamentos. A Convenção das Crianças obriga os Estados-partes a ‘tomar todas as medidas efetivas e apropriadas com vistas a abolir práticas tradicionais prejudiciais à saúde da criança’ (Artigo 24(3)). A Convenção das Mulheres obriga os Estados-partes a proteger as mulheres contra práticas danosas, mas também a reformar suas culturas nas quais as tradições oprimem as mulheres e colocam em risco sua saúde (Artigos 5(a) e 12). Além disso, o CEDAW através de sua Recomendação Geral sobre Circuncisão Feminina exige que os Estados-partes ‘tomem medidas efetivas e apropriadas com vistas a erradicar a prática da circuncisão feminina’.⁵¹ Conseqüentemente, enquanto o direito de resistir à MGF é um direito negativo, uma vez que as mulheres capazes são livres para resistir a tal corte genital, ele é melhor considerado como um direito positivo. Isto é, os Estados têm obrigações afirmativas de prevenir a prática, proibindo o envolvimento de profissionais de saúde, e os procedimentos desqualificados, e educando as comunidades no sentido de abandonarem tal prática.

Pode-se argumentar que o direito de liberdade das mulheres maduras lhes permite o consentimento para o procedimento e a autorização de profissionais de saúde para executá-lo com segurança. Entretanto, o Pacto Político prevê que a liberdade não será negada ‘exceto nos termos da lei’. Além de leis que definem os mais invasivos tipos de MGF como mutilações ilegais, um crescente número de países promulgou leis que proíbem a prática por pessoas em geral e por médicos e outros profissionais de saúde em particular.⁵² Algumas leis podem, entretanto, permitir re-infibulação após parto, embora algumas associações médicas de direitos humanos considerem esta prática como má conduta profissional.

4.1.2.3 *Confidencialidade*

A liberdade e a segurança das mulheres requerem políticas e leis que garantam seu cuidado e sua confidencialidade. Sob a luz da Convenção das Mulheres, o CEDAW elaborou uma Recomendação Geral reiterando a importância da confidencialidade. A Recomendação observa que, embora a falta de confidencialidade afete tanto os homens quanto as mulheres, num certo grau, ‘ela pode impedir as mulheres de buscarem aconselhamento e tratamento e, portanto, afetar adversamente sua saúde

⁵¹ United Nations, ‘CEDAW General Recommendation 14 on Female Circumcision, 1990’, in UN, ‘Human Rights Committee Comment’, 108–9.

⁵² Rahman e Toubia (eds.), *Female Genital Mutilation*.

e seu bem-estar. Por essa razão [confidencialidade não respeitada], as mulheres irão buscar cuidados médicos com menos frequência para as doenças genitais, contracepção ou aborto incompleto ou em casos de violência física ou sexual' (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 12(d)).

Diante desta explicação do impacto na falha de se respeitar a confidencialidade, os administradores de serviços de saúde e seus profissionais devem levar em conta que esta falta de respeito pode impedir as mulheres de buscarem tratamento, especialmente para condições resultantes de situações estigmatizantes, tais como a violência, ou condições como a fístula vesico-vaginal (FVV), aborto incompleto, ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Como resultado, a falha em respeitar a confidencialidade ofende o direito das mulheres à segurança e, possivelmente, seu direito à saúde.

O direito à liberdade e à segurança pessoal pode ser aplicado para exigir que os Estados tomem medidas positivas para garantir a proteção da confidencialidade no fornecimento de serviços de saúde reprodutiva para mulheres que estão em risco. Neste grupo, incluem-se mulheres, especialmente meninas adolescentes, que apresentem condições estigmatizantes, tais como mães solteiras ou aquelas com gravidezes fora do casamento, ou que tenham realizado aborto incompleto. Algumas vezes, as adolescentes hesitam em buscar os serviços de saúde reprodutiva por medo de que sua confidencialidade seja desrespeitada.⁵³ Elas temem, talvez erroneamente, que as informações sobre seu comportamento sexual, que elas têm que relatar para receber os cuidados apropriados, serão reveladas a seus pais, pais de seus parceiros, professores e outros. Como resultado, cuidados e atenção especial devem ser observados ao se informar adolescentes na comunidade através de garantias positivas de que sua confidencialidade será protegida, além de treinamento específico para os profissionais de saúde. As clínicas podem precisar reter informações não somente sobre qual tratamento seus pacientes receberam, mas também sobre quem são seus pacientes, embora alguma revelação de identidade possa ser requerida para propósitos de cobrança. As clínicas podem ter que garantir a seus pacientes que seus nomes não estarão associados aos serviços a que forem submetidos, tais como pacientes grávidas ou com DSTs.

Existem exceções à regra da confidencialidade. A disponibilização de informações é permitida na maioria dos códigos de ética médica, quando se comprova que há risco imediato ou futuro para a saúde ou a vida de outros. A Suprema Corte da Índia apoiou a revelação de informação de um hospital sobre um paciente HIV positivo, que pretendia se casar com uma mulher identificada.⁵⁴ A Corte explicou que o Código de Ética Médica, desenvolvido pelo Conselho de Medicina Indiano, permite a revelação de informações em circunstâncias muito limitadas, tais como na iminência de risco para uma pessoa identificável (ver Parte I, Capítulo 5/ 7.2.3).

⁵³ C. A. Ford, S. G. Millstein, B. L. Halpern-Felsher, e C. E. Irwin, 'Influence of Physician Confidentiality Assurances on Adolescents' Willingness to Disclose Information e Seek Future Health Care', *Journal of the American Medical Association*, 278 (1997), 1029-34.

⁵⁴ *Mr. X v. Hospital Z* (1998) 8 SCC 296 (Supreme Court of India).

4.1.2.4 *Testagem diagnóstica compulsória*

Tanto mulheres quanto homens podem estar sujeitos a testagem diagnóstica involuntária, por meios invasivos ou não invasivos. As testagens não invasivas podem ser conduzidas sem o consentimento, em coleta de amostras de tecido, tais como o sangue, o cabelo e a urina, que se fazem disponíveis para outros fins. Independente do fato de o material testável ser adquirido de maneira violadora da segurança pessoal ou não, a falta de consentimento para a testagem viola a liberdade da pessoa. As mulheres estão tão sujeitas quanto os homens a terem, por exemplo, amostras de urina e cabelo testadas para uso de drogas e outros propósitos, mas somente as mulheres estão sujeitas a testes de HIV no tratamento pré-natal ou no parto. Uma objeção crítica de direitos humanos à testagem involuntária para o HIV é que um resultado positivo pode expor os pacientes a uma imensa discriminação, no acesso a serviços de saúde e em muitos outros aspectos de suas vidas, incluindo, por exemplo, emprego e moradia, não sendo compensados pelo fornecimento de cuidados médicos apropriados.

Vale ressaltar as diferenças entre testagem voluntária e consensual (que inclui testes para os quais os indivíduos concordam em se submeter e para os quais eles tomaram a iniciativa de requisitar), testagem compulsória, que é conduzida sem o consentimento do indivíduo, ou até mesmo contra a sua vontade e a testagem obrigatória. A testagem obrigatória se caracteriza pela imposição ao indivíduo da condição de se submeter à testagem, para que ele possa participar de algo que deseja, mas para o qual ele não é obrigado a participar. Por exemplo, os atletas competidores podem estar sujeitos a testes de tecidos para o uso de drogas ilícitas, mas podem escolher não competir, da mesma maneira que os motoristas, podem estar sujeitos a barreiras policiais, nas quais se submeterão a testes de bafômetro para o uso de álcool, e escolhem não dirigir. Uma violação de direitos humanos e uma disfunção social podem surgir, entretanto, quando as mulheres que freqüentam clínicas para tratamento pré-natal são submetidas à testagem obrigatória para o HIV, uma vez que elas ao se negarem a se submeter à testagem, passam a prejudicar não só o seu monitoramento de saúde pré-natal mas também o de seus bebês. Similarmente, quando as maternidades fazem de testes para o HIV em cordões umbilicais uma condição para o atendimento, tais testagens podem ser evitadas somente pela rejeição da segurança da mãe e da criança com as quais a maternidade deve arcar.

Existe, entretanto, um argumento alternativo, que favorece a testagem obrigatória, baseado no direito humano à segurança pessoal. Os cuidados necessários para o nascimento de uma criança que tenha mãe HIV positivo poderão promover a saúde e a sobrevivência desta criança, mas só podem se fazer disponíveis se o *status* de HIV positivo da mãe for determinado. Isto é, os direitos humanos da criança só podem ser satisfeitos diante do comprometimento da liberdade de interesse da mãe em rejeitar a testagem. Já que os pais devem obrigações a seus filhos, de cuidado e proteção, esta negação da liberdade maternal pode se dar de acordo com a exceção ao artigo 9(1) do Pacto Político, que é a base e o procedimento

estabelecido por lei. Indo além, nos serviços de saúde em que as precauções universais não possam ser mantidas, contra o risco de um profissional de saúde se expor à infecção por HIV, a proteção destes profissionais que tratam mulheres grávidas, mulheres em trabalho de parto, e recém-nascidos torna necessária a identificação de mulheres soropositivas. Nestas circunstâncias, o direito humano à segurança dos profissionais de saúde pode conflitar com o direito de liberdade da mulher grávida. A vantagem social sugere que os interesses dos profissionais de saúde prevaleçam, mas somente sob a condição de que as mulheres HIV positivo e suas crianças desfrutem da segurança contra discriminação por deficiência.

Uma abordagem para acomodar o direito à segurança dos profissionais de saúde e o direito à liberdade das mulheres grávidas é sugerido pelas Recomendações Revistas para a Testagem para o HIV em Mulheres Grávidas do Centro Americano de Controle de Doenças. Eles recomendam que se teste todas as pacientes grávidas, respeitando o direito das pacientes de recusar a testagem. As Recomendações determinam que “todos os profissionais de saúde devem recomendar a testagem para o HIV para suas pacientes grávidas, apontando os benefícios substanciais do conhecimento da condição de HIV positiva para a saúde das mulheres e de seus filhos. A testagem para HIV deveria ser rotina no tratamento pré-natal de todas as mulheres”.⁵⁵ Estas recomendações consideram ainda que:

Embora a testagem para o HIV seja recomendada, deve permitir-se que as mulheres recusem-na. As mulheres não podem ser testadas sem seu próprio conhecimento. As mulheres que se recusam ao teste não podem ser forçadas a fazê-lo, ou a ter o atendimento negado para elas ou seus filhos, nem ameaçadas de perder a custódia de seus filhos ou outras conseqüências negativas. Discutir as razões da recusa (por exemplo a falta de consciência do risco ou medo da doença, violência do companheiro, estigmatização potencial ou discriminação) pode promover a educação sobre saúde e a construção da confiança, permitindo que algumas mulheres aceitem ser testadas posteriormente.⁵⁶

Estas Recomendações, entretanto, pressupõe a disponibilidade de intervenções efetivas, sob a forma de combinações de anti-retrovirais altamente ativos e sugerem que informações sejam dadas nesse sentido, antes da testagem.

A diferença entre a testagem para o HIV e o amostragem de HIV é importante para os serviços de saúde pública. A testagem é individual é identificada, mas o amostragem é muitas vezes feito de amostras de tecido, que são anonimamente derivadas de um grupo populacional, fornecidas tanto deliberadamente para este propósito, ou como sobras de outras experiências. O amostragem da prevalência da infecção do HIV entre representantes de um grupo populacional, tal como mulheres grávidas ou mães de recém-nascidos, não é a mesma coisa que testar indivíduos para determinar seus *status* de HIV. Quando estudos de prevalência de amostragem são conduzidos em

⁵⁵ United States Centers for Disease Control, ‘Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women’, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (RR-19) (2001), 1–85 at 75. ⁵⁶ *Ibid.*

sobras de amostras de tecidos, nenhum interesse individual de liberdade está envolvido e o consentimento de indivíduos não é necessariamente requerido. O consentimento pode ser requerido se todos os membros da população estudada puderem vir a ser negativamente estigmatizados, mas os cuidados apropriados na divulgação dos resultados podem reduzir este risco e suprimir a necessidade de consentimento. O benefício de estudos de amostragem é que eles podem identificar déficits de saúde ou riscos em comunidades ou grupos populacionais específicos, para que serviços de remediação e suprimentos possam ser apropriadamente disponibilizados. Isto é, tais estudos podem servir aos interesses de segurança dos indivíduos.

4.1.3 O direito de ser livre de tratamento desumano e degradante

O Pacto Político, em seu artigo 7, estabelece: ‘Ninguém será sujeito a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante ou castigo. Especialmente, ninguém será sujeito, sem o seu livre consentimento, a experiências médicas ou científicas.’

A aplicação tradicional do direito de ser livre de tortura e de tratamento cruel, desumano e degradante se dava para garantir que prisioneiros fossem tratados de maneira humana. As cortes e os tribunais de direitos humanos estão indo além, entretanto, para garantir que a dignidade inerente da mulher seja respeitada, protegida e consumada. Para garantir que ‘ninguém será sujeito, sem o seu livre consentimento, a experiências médicas ou científicas’, foi feito um importante trabalho para proteger a tomada de decisão livre e consciente, no contexto da pesquisa biomédica na área da reprodução humana.⁵⁷ Os exemplos, dados abaixo, mostram como os tribunais estão adicionando conteúdo a esse direito ao importarem conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e bem-estar para a determinação do que é considerado tratamento desumano e degradante.

4.1.3.1 Estupro e subsequente negação de justiça

Os tribunais de direitos humanos estão começando a aplicar o direito de ser livre de tortura e de tratamento desumano e degradante para responsabilizar os Estados pelo estupro de mulheres por funcionários governamentais, e estão aplicando o direito a um julgamento justo no qual o subsequente recurso à proteção judicial seja negligenciado ou negado.

A Comissão Interamericana considerou o México responsável pela detenção e interrogação ilegais, por oficiais militares mexicanos, de três irmãs, Ana (20 anos), Beatriz (18 anos), e Cecilia (16 anos), e sua mãe, Delia Gonzalez Perez, violando o seus direitos à liberdade e à segurança pessoal, de acordo com a Convenção Americana de Direitos Humanos.⁵⁸ A Comissão também responsabilizou o México pelo estupro, pelos oficiais militares mexicanos, das três irmãs, em violação ao seu direito à integridade física e moral, e no caso de Cecilia, seu direito à proteção

⁵⁷ Ver tradução World Medical Association, Declaration of Helsinki, in Pt III, Ch. 2.

⁵⁸ *Ana, Beatriz and Cecilia Gonzalez Perez v. Mexico*, Report No. 53/01, Case 11. 565, 4 April 2001, para. 27.

enquanto criança, da Convenção Americana e seu direito a não estar sujeita a tortura, conforme a Convenção Americana e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura.⁵⁹ A Comissão também considerou que os estupro violaram o seu direito ao respeito à privacidade e o reconhecimento de sua dignidade.⁶⁰ A decisão da Comissão contra o México é compatível com suas conclusões constantes do relatório sobre a situação dos direitos humanos no Haiti, na administração de Raoul Cedras. A Comissão determinou que o estupro e o abuso de mulheres haitianas foram violações do seu direito de ser livre de tortura e de tratamento desumano e degradante, e do seu direito à liberdade e à segurança pessoal.⁶¹

Em conformidade com a Comissão Interamericana, a Corte Européia de Direitos Humanos considerou que o estupro e os maus-tratos de uma mulher, de 17 anos, de etnia curda, por forças de segurança do governo turco, enquanto ela estava detida, constituíram tortura e tratamento desumano e degradante.⁶² O Comitê Contra a Tortura estabeleceu o monitoramento da adequação do Estado à Convenção Contra Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes ou Castigo⁶³ e está cada vez mais vigilante quanto às aplicações desta Convenção, sendo frequentes as alegações do uso do estupro e de outras formas de violência sexual, como forma de tortura e maus-tratos.⁶⁴

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos resolveu um caso contra o governo do Peru pelo estupro de uma jovem mulher por um médico empregado pelo sistema público de saúde e a subsequente negação da justiça pelas cortes.⁶⁵ Na decisão, o governo reconheceu o mal feito à jovem mulher e concordou em tomar as medidas apropriadas para resolver o seu caso e prevenir a ocorrência de casos similares. O governo concordou em informar à Associação Médica Peruana sobre a violação à integridade da jovem mulher cometida pelo médico, para que a Associação pudesse proceder com as sanções profissionais apropriadas contra o médico. O Peru também concordou em pagar pela reabilitação da vítima, na forma de benefício à moradia e à terra, assistência social, cuidados com a saúde, associados ao estupro, e meios para que ela pudesse começar um micronegócio.

4.1.3.2 *Negação de serviços de aborto (incluindo aborto por estupro)*

O Comitê de Direitos Humanos examinou a natureza desumana e degradante da mortalidade materna causada por abortos mal executados, considerando um relatório

⁵⁹ OAS Treaty Series, No. 67. ⁶⁰ Para. 52.

⁶¹ Inter-American Commission on Human Rights, *Report of the Situation of Human Rights in Haiti* (Washington, DC: IACHR, 1995), OEA/Ser.L/V/II.88/Doc 10 at 93–7.

⁶² *Aydın v. Turkey*, 25 EHRR 251 (1997) (European Court of Human Rights).

⁶³ UN, *Convention against Torture and Other Cruel and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (New York: UN, 1984), GA Res. 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51, entered into force 26/6/1987.

⁶⁴ UN, Committee against Torture, *Conclusions and Recommendations on Indonesia* (New York: UN, 2001), CAT/C/XXVII/Concl. 3 at para. 7(f); C. Benninger-Budel, *Violence against Women: 10 Reports/Year 2000* (Geneva: World Organization Against Torture, 2000).

⁶⁵ *Marina Machaca v. Peru*, Friendly Settlement of 6 Mar. 2000, Inter-American Commission Case 12.041 reported in S. Tuesta, *The Search for Justice* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2000), 43–8.

submetido pelo governo do Peru, de acordo com o Pacto Político. Ao examinar o que o país havia feito para trazer suas leis, políticas e práticas à conformidade do Pacto, o Comitê abordou os direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos negados pela lei criminal peruana restritiva de aborto. Em suas observações conclusivas, o Comitê expressou sua preocupação de 'que o aborto acarreta penalidade criminal mesmo se a mulher estiver grávida devido a um estupro e que abortos clandestinos são a principal causa de mortalidade' no Peru.⁶⁶ O Comitê considerou que as restrições da lei criminal sujeitavam as mulheres a tratamento desumano. Além disso, o Comitê explicou que este aspecto da lei criminal era possivelmente incompatível com os direitos de homens e mulheres de desfrutar dos outros direitos elencados no Pacto. Dentre tais direitos, o direito das mulheres à vida, já que os homens podem requisitar cuidados médicos diante de uma situação de risco de vida, sem temer que eles ou os profissionais de saúde que deles cuidarão irão enfrentar investigações e processos criminais.

O Comitê recomendou que 'medidas legais necessárias devem ser tomadas para assegurar a adequação com as obrigações de respeitar e garantir os direitos reconhecidos no Pacto' (parágrafo 19). O Comitê explicou, ainda, que as 'disposições dos Códigos Civil e Penal do Peru deveriam ser revisadas à luz das obrigações dispostas no Pacto', especialmente o direito das mulheres ao gozo igualitário dos direitos estabelecidos no Pacto (parágrafo 22). O requisito de que um país se adeque a padrões de direitos humanos, se necessário for, através da emenda às leis nacionais, demonstra que se espera dos governos que estes adequem os compromissos assumidos por seus países para proteger direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva.

Um Estado é responsável, no mínimo, por exigir de seus fornecedores de serviços de saúde que garantam às mulheres acesso razoável a serviços de aborto seguro e serviços de saúde correlatos, na medida em que suas leis permitam. Além disso, nos lugares em que uma lei nacional, que penaliza rigidamente o aborto, demonstra resultar em tratamento desumano das mulheres e mortalidade materna indevida, o Estado pode ser obrigado a considerar uma reforma legislativa, para que sua lei se adapte aos padrões de direitos humanos em prol da saúde e da dignidade das mulheres. Uma nova política nacional pode ser expressa em forma de uma lei que equilibre mais adequadamente as limitações sobre o aborto, considerando os diversos direitos das mulheres, relativos ao acesso a serviços de saúde seguros e humanos, necessários para proteger suas vidas e sua dignidade, sua segurança e sua liberdade quanto a tratamentos desumanos e degradantes.

4.1.3.3 *Esterilização involuntária*

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos resolveu, recentemente, um caso contra o governo do Peru, trazido em nome de uma mulher indigente que havia

⁶⁶ UN, Human Rights Committee, *Concluding Observations on Peru* (New York: UN, 1996), UN Doc. CCPR/C/79/Add. 72 do para. 15.

sido esterilizada contra a vontade e que morreu por decorrência do procedimento.⁶⁷ O Peru aceitou que o governo havia cometido violações do direito a tratamento humano, do direito à vida, do direito à proteção igualitária da lei e da obrigação de respeitar os direitos sem discriminação por motivo de sexo, origem social, *status* econômico, nascimento ou qualquer condição social protegida pela Convenção Americana de Direitos Humanos, pelo Protocolo adicional a esta Convenção na área de direitos econômicos, sociais e culturais, pela Convenção Interamericana de Prevenção, Punição e Erradicação da Violência Contra as Mulheres (convenção de Belém do Pará) e pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres.

4.1.3.4 *Negação de tratamento médico adequado*

As decisões das cortes e dos tribunais de direitos humanos estão começando a importar noções de saúde para o conteúdo e o significado do direito de ser livre de tratamento desumano e degradante. Isto é, as cortes estão, cada vez mais, exigindo que os Estados garantam que os serviços de saúde sejam fornecidos quando sua ausência seria desumana e degradante. O Comitê de Direitos Humanos estabeleceu que negar a um prisioneiro tratamento médico adequado à sua condição mental constitui tratamento desumano e a negação do respeito ao direito de liberdade e à inerente dignidade de sua pessoa.⁶⁸ A Corte Européia de Direitos Humanos determinou que a deportação governamental de uma pessoa em estágio terminal avançado de AIDS de volta a seu país natal seria tratamento desumano, uma vez que ele não teria condições de receber cuidados apropriados.⁶⁹

Conseqüentemente, um Estado pode ser obrigado a garantir o fornecimento de tratamento apropriado para pacientes vivendo com AIDS, ou que necessitem de cuidados obstétricos essenciais e tratamento para fístula obstétrica ou aborto inseguro, pois deixar de oferecer tais serviços constituiria tratamento desumano e negação do respeito à inerente dignidade das mulheres. Ainda, dentre os serviços que devem ser disponibilizados estão o acesso das mulheres ao tratamento de gravidezes de alto risco e aborto seguro, quando estiverem em risco de vida e de saúde, incluindo a saúde mental e o bem-estar social das mulheres.

4.1.3.5 *Sexualidade*

Como foi explicado no capítulo 2, a sexualidade humana serve além do propósito da reprodução. A sexualidade realça as relações humanas, as relações entre marido e mulher, as relações entre parceiros, a intimidade, a afeição e a fidelidade e a estabilidade

⁶⁷ *Maria Mamérita Mestanza Chávez v. Peru*, Case 12.191, Decision on Admissibility, 3 Oct. 2000 (Inter-American Commission on Human Rights), settlement 14 Oct. 2002.

⁶⁸ *Williams v. Jamaica*, Comm. No. 609/1995, UN Doc. CCPR/C/61/D/609/1995, 17 Nov. 1997 (UN Human Rights Committee).

⁶⁹ *D v. United Kingdom* (1997), 24 EHRR 423 (European Court of Human Rights). Contrast *Karara v. Finland* (1998), European Commission on Human Rights, Application No. 40900/98, 29 May 1998, disponível em <http://hudoc.echr.coe.int/hudoc>.

social, maximizando, assim, o desenvolvimento humano e a segurança. Os direitos relativos à sexualidade incluem o direito à liberdade e à segurança da pessoa, direito à vida privada e à vida em família, direito à saúde e direito à não-discriminação por motivo de orientação sexual.⁷⁰ Até o presente momento, as cortes têm, em geral, abordado a questão da sexualidade como um direito negativo, como direito à vida privada. Isto é, criminalizar a conduta sexual privada entre adultos do mesmo sexo, com seu livre e pleno consentimento, é uma violação do direito à vida privada⁷¹ (ver abaixo, 4.2.1), e do direito à não-discriminação por motivo de orientação sexual⁷² (ver abaixo, 4.4.6). Algumas cortes consideraram, entretanto, que as práticas sexuais, particularmente exploradoras, degradantes ou violentas, tais como o incesto e o sadomasoquismo, são ilegais, mesmo que possa haver algum grau de consentimento para com tais atos.⁷³

A razão para abordar a sexualidade primeiramente através do direito de ser livre de tratamento desumano e degradante, se dá porque a sexualidade é inerente ao ser humano e a proibição de expressões privadas de sexualidade nega aos indivíduos o direito de serem integralmente humanos. As cortes ainda precisam aplicar o direito de ser livre de tratamento desumano e degradante de uma maneira compreensiva, mas trabalhos recentes sobre sexualidade talvez possam enriquecer os meios através dos quais isso se dará.⁷⁴ Foi observado que ‘Sexo se refere à soma biológica de características que definem o espectro dos humanos como fêmeas e machos’.⁷⁵ Esta observação é derivada da biologia, que caracteriza a vida animal e vegetal por referência ao sexo. Os animais têm sexo somente para propósitos de reprodução. Em contrapartida, a sexualidade humana e o comportamento sexual se manifestam quando a reprodução não é possível, ou não é intencionada, ou depois que a gravidez já foi alcançada. A sexualidade é uma característica distintiva do ser humano, já que:

A sexualidade se refere a dimensão central do ser humano, que inclui o sexo, o gênero, a identidade sexual e a identidade de gênero, a orientação sexual, o eroticismo, o apego emocional/amor e a reprodução. Ela é experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos,

⁷⁰ J. D. Wilets, ‘International Human Rights Law and Sexual Orientation’, *Hastings Int. and Comparative L. Rev.* 18 (1994), 1–120; International Gay and Lesbian Association (ILGA) – Europe Region, *Equality for Lesbians and Gay Men: A Relevant Issue in the EU Accession Process* (Brussels: IGLA– Europe, 2001).

⁷¹ *Dudgeon v. United Kingdom* (1981), 4 EHRR 149 (European Court of Human Rights); *Norris v. Ireland* (1988) 13 EHRR 186 (European Court of Human Rights); *Modinos v. Cyprus* (1993) 16 EHRR 485 (European Court of Human Rights); *Toonen v. Australia* UN GAOR, Human Rights Committee, 15th Sess., Case 488/1992, UN Doc CCPR/C/D/488/1992, Apr. 1994 (UN Human Rights Committee).

⁷² *Toonen v. Australia* (ver n. 71).

⁷³ *R. v. Brown*, [1993] 2 All ER 75 (House of Lords, England).

⁷⁴ Ver, genericamente, *Symposium Issue on Sexuality, Reproductive Health Matters*, 6/12 (1998); S. T. Fried, *Annotated Bibliography: Sexuality and Human Rights* (New York: International Women’s Health Coalition, 2002), disponível em www.iwhc.org, last accessed 9/5/2002.

⁷⁵ Pan American Health Organization WHO, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action—Proceedings of a Regional Consultation Convened by PAHO/WHO in Collaboration with the World Association for Sexology, Antigua Guatemala, Guatemala, May 19–22, 2000* (Washington, DC: PAHO, 2001), disponível em inglês em <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/PromotionSexualHealth.pdf>, e em espanhol em http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf, last accessed 14/4/2002.

crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, incorporação de papéis, relacionamentos. A sexualidade é o resultado da inter-relação entre fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos, religiosos e espirituais. Enquanto a sexualidade pode incluir todos estes aspectos, nem todas estas dimensões precisam ser experimentadas ou expressas. Entretanto, nossa sexualidade é experimentada e expressa em tudo o que somos, que sentimos, pensamos e fazemos.⁷⁶

Além disso, observou-se que:

A saúde sexual é a experiência do processo contínuo do bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionado à sexualidade. A saúde sexual é evidenciada em expressões livres e responsáveis de capacidades sexuais que abrigam bem-estar pessoal e social, enriquecendo a vida individual e social. A saúde sexual não é meramente a ausência de disfunções, doenças e/ou enfermidades. Para a manutenção da saúde sexual é necessário que os direitos sexuais de todos sejam reconhecidos e garantidos.⁷⁷

Conseqüentemente, negar ou obstruir os meios de alcançar a saúde sexual, isto é, o ‘bem-estar relacionado à sexualidade’, pode constituir tratamento desumano ao negar aos indivíduos caráter humano e dignidade.

4.2 Direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva e à livre escolha da maternidade

Os direitos relacionados com a autodeterminação reprodutiva e a livre escolha de maternidade foram desenvolvidos através de direitos inter-relacionados, incluindo o direito de decidir sobre o número e o espaçamento entre os filhos, o direito à vida privada e à vida em família, o direito de contrair casamento e de constituir família e os direitos relativos à proteção da maternidade. O exercício desses direitos precisa ser examinado nos contextos em que os indivíduos vivem, seja na família, na comunidade ou em contextos culturais. Algumas normas culturais e comunitárias e leis que governam a formação de família, relações e dissoluções, ofendem os direitos das mulheres e dificultam o exercício de seus direitos reprodutivos.⁷⁸

4.2.1 O direito de decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles e o direito à vida privada e em família

A Convenção das Mulheres, artigo 16(1), estabelece:

Os Estados-partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra as mulheres em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares e, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, assegurarão que ...

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women, *Cultural Practices in the Family that are Violent toward Women* (New York: UN, 2002), E/CN.4/2002/83; United Nations Special Rapporteur on Violence against Women, *Violence against Women in the Family* (New York: UN, 1999), E/CN.4/1999/68.

180 *Princípios médicos, éticos e legais*

(e) Os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos ...

O Pacto Político, artigo 17(1), determina: ‘Ninguém será sujeito à interferência arbitrária ou ilegal de sua privacidade, família, lar ou correspondência ...’

O direito de decidir sobre o número e o espaçamento de filhos e o direito à vida privada e em família são protegidos por vários tratados internacionais e regionais de direitos humanos e por várias constituições nacionais. Por exemplo, a Constituição do Equador, de 1998, prevê que: ‘O Estado deve garantir o direito das pessoas de decidir sobre o número de filhos que eles querem conceber, adotar, manter e educar. É obrigação do Estado informar, educar e fornecer meios para contribuir com o exercício deste direito’.⁷⁹ O direito de decidir sobre o número e o espaçamento de filhos não é especificamente protegido nas constituições mais históricas, mas o direito à vida privada e em família é normalmente aplicado pelas cortes nacionais para proteger o direito de autodeterminação reprodutiva de um indivíduo.

A implementação de tais direitos, formulada da maneira que for, reduz o poder dos Estados de compelir indivíduos a prestar contas a agentes governamentais a respeito de suas escolhas reprodutivas, e a compelir os indivíduos a empregar suas capacidades reprodutivas de acordo com as preferências do governo. A livre escolha da maternidade vem sendo crescentemente reconhecida como um atributo da vida privada e em família, de maneira que os indivíduos possam propor se, quando e com que frequência desejam ter filhos, sem o controle ou a coerção governamental. A abordagem comum agora é de que as escolhas sobre práticas de saúde reprodutiva, incluindo a maternidade, são decisões privadas entre parceiros, com seu livre e pleno consentimento, e não decisões democráticas ou governamentais. Conseqüentemente, as mulheres podem, em princípio, proteger sua saúde reprodutiva determinando se querem e quando querem planejar suas gravidezes.

Os governos podem propor influências nas escolhas reprodutivas, através de incentivos ou desincentivos moderados, mas não podem aplicar meios compulsórios ou coercitivos, tais como punições ou imposições de danos pelo gozo individual de vidas.

4.2.1.1 *Negação de esterilização contraceptiva*

Considera-se que a negação da esterilização voluntária para fins contraceptivos viola o direito à vida privada.⁸⁰ Alguns países, tais como a Argentina⁸¹ e a

⁷⁹ Artigo 39 da Constituição da República do Equador, 11 de agosto de 1998.

⁸⁰ M. Rutkiewicz, ‘Towards a Human Rights-Based Contraceptive Policy: A Critique of Anti-Sterilization Law in Poland’, *European J. of Health Law*, 8 (2001), 225–42.

⁸¹ Código Penal da Argentina, lei n. 11.719, texto codificado pelo Decreto n. 3.992, de 21 de dezembro de 1984, Artigos 90–2, conforme citado em CRLP e em Estudo para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Latin America and the Caribbean* (New York: CRLP, 1997), 24.

Polônia,⁸² proíbem a esterilização para fins contraceptivos. Tais leis restritivas podem ter o efeito de negar aos indivíduos seu direito à vida privada, incluindo seu direito de decidir sobre o número e o espaçamento entre seus filhos. Proibir a esterilização voluntária para fins contraceptivos seria particularmente transtornante para aqueles em que este é o único método contraceptivo possível.

4.2.1.2 *A escolha de interromper a gravidez não planejada*

A questão da escolha de interromper uma gravidez não planejada ou de risco para a saúde permanece problemática em muitos países. Agentes governamentais, tais como os policiais, têm poderes de inquirir e investigar casos de suspeita de aborto criminoso, poderes estes que podem prevalecer sobre os direitos humanos de privacidade. As mulheres são freqüentemente impedidas de buscar cuidados de saúde quando sabem que agentes governamentais, incluindo policiais, podem ter acesso às suas informações de saúde. O efeito do impedimento nas mulheres é especialmente forte quando o fato de terceiros virem a saber sobre sua gravidez, ou possível gravidez, arrisca expô-las à discriminação ou desfavorecimento. Elas podem temer, por exemplo, perda de reputação pessoal e familiar, quando uma gravidez fora do casamento é estigmatizada e sujeita à violência pessoal, o que, em algumas culturas chega a ser regido por leis proibitivas, podendo levar à morte da mulher pela equivocada justificativa da “legítima defesa da honra”. E ainda, uma interrupção prematura da gravidez, da qual aqueles obrigados ou dispostos a notificar a polícia estejam a par, expõe a mulher e talvez outros próximos a ela à investigação ou suspeição de indução criminosa ao aborto.

4.2.1.3 *Veto do suposto pai*

As cortes, que respeitam as escolhas das mulheres sobre gravidez e nascimento de filhos, baseiam-se nos direitos à vida privada para evitar que, os pais em potencial casados ou não, forcem suas mulheres a ter filhos contra a sua vontade. A Comissão Européia determinou que um marido não poderia vetar o aborto legal de sua mulher e forçá-la a enfrentar a gravidez, contra a vontade dela.⁸³ Esta decisão dá prioridade ao direito de decisão da mulher, no que diz respeito a ter filhos, sobre o direito do marido à vida em família. Os direitos dos maridos não incluem o direito de sequer ser consultado sobre o aborto, pois o direito das mulheres à confidencialidade e à privacidade prevalece. Este raciocínio apóia o argumento de que um Estado não tem interesse mais no nascimento de uma criança do que um marido ou pai biológico. Como resultado, o Estado tem pouco, ou nenhum, poder de impedir a escolha da mulher sobre se ela terá e quando terá seus filhos, ou de impedir o exercício integral do direito das mulheres à vida privada e em família.⁸⁴ Um Estado é livre

⁸² Polish Criminal Code 1997, Article 156, sec. 1, apud Rutkiewicz, ‘Towards a Human- Rights Based Policy’.

⁸³ *Paton v. United Kingdom* (1980), 3 EHRR 408 (European Commission on Human Rights).

⁸⁴ R. J. Cook, ‘International Protection of Women’s Reproductive Rights’, *New York University Journal of International Law and Politics*, 24 (1992), 645–727 at 706.

para manifestar seu compromisso com a vida pré-natal de maneiras positivas que sejam compatíveis com os direitos de privacidade das mulheres, tais como a provisão de cuidados pré-natais e de suplementos nutricionais para mulheres grávidas.

Um estudo sobre mortalidade materna no Nepal indica como o direito das mulheres à privacidade não é suficientemente protegido pelas práticas prevalentes relativas a decisões de buscar cuidados de saúde. O estudo nepalês demonstra que o marido é quem toma a decisão de buscar cuidados de maternidade hospitalar⁸⁵ e que o atraso em buscar tais cuidados é um fator para mortes maternas. Em 42,5% de todas as famílias que buscaram cuidado hospitalar, o marido tomou a decisão sozinho, e em 39,1% dos casos, o marido e a família do marido tomaram a decisão. Somente em 11,5% dos casos os membros da família materna tomaram a decisão. A experiência nepalesa sugere que é necessário grande esforço para educar maridos e mulheres e suas famílias sobre a importância de buscar pronto cuidado de maternidade, bem como sobre a importância de se respeitar a decisão da mulher de buscar pronto cuidado quando ela sentir necessidade de assistência.

4.2.1.4 *Intimidade entre pessoas do mesmo sexo*

O direito à vida privada foi aplicado diversas vezes pela Corte Européia de Direitos Humanos, e em um caso diante do Comitê das Nações Unidas de Direitos, para invalidar leis criminalizantes de conduta homossexual voluntária entre homens adultos.⁸⁶ O Comitê de Direitos Humanos explicou que ‘é incontestável que uma atividade sexual adulta, consentida e privada é protegida pelo conceito de “privacidade”⁸⁷ e que o instigador do caso ‘é afetado pela existência contínua de leis que proíbem intimidade voluntária entre adultos do mesmo sexo.⁸⁸

O Comitê rejeitou a alegação de que as leis que proíbem a intimidade entre adultos do mesmo sexo possam ser justificadas em termos de saúde pública, explicando que:

A criminalização de práticas homossexuais não podem ser consideradas como meio razoável ou medida apropriada para alcançar o objetivo da prevenção da disseminação do HIV/AIDS. O governo da Austrália observa que os estatutos que criminalizam atividades homossexuais tendem a impedir os programas de saúde pública ‘marginalizando muitas das pessoas em risco de infecção’. A criminalização de atividade homossexual, entretanto, deveria ser substituída pela implementação de programas educacionais efetivos, relativos à prevenção de HIV/AIDS. O Comitê nota que não há conexão entre a criminalização continuada de atividade homossexual e o efetivo controle da disseminação do vírus do HIV/AIDS.⁸⁹

O Comitê também explicou que seus membros não podem aceitar que ‘questões morais sejam assunto exclusivo de atenção doméstica, pois isto permitiria

⁸⁵ Family Health Division, Dept. of Health Services, Ministry of Health, Nepal, *Maternal Mortality and Morbidity Study* (Kathmandu: Ministry of Health, 1998), at p. ii.

⁸⁶ *Toonen v. Australia* (ver n. 71). ⁸⁷ *Ibid.*, para. 8.2.

⁸⁸ *Ibid.* ⁸⁹ *Ibid.*, para. 8.5.

dispensar do escrutínio do Comitê um número potencial de estatutos que interfiram na privacidade'.⁹⁰

4.2.2 O direito de se casar e constituir família

O Pacto Político, artigo 23, estabelece:

1. A família é a unidade natural e fundamental da sociedade e merece proteção da sociedade e do Estado.
2. O direito de homens e mulheres, com idade legal para o casamento, de se casarem e constituírem uma família deve ser reconhecido.
3. Nenhum casamento será reconhecido sem o livre e completo consentimento dos cônjuges.
4. Estados-partes deste presente Pacto devem tomar as medidas apropriadas para garantir a igualdade de direitos e responsabilidades dos cônjuges para com o casamento, durante sua duração e em sua dissolução. No caso de dissolução, as provisões devem ser feitas para a necessária proteção de eventuais crianças.

As obrigações dos Estados de proteger a família se fundam em diversos tratados de direitos humanos (ver Parte III, Capítulo 4). Terminologia similar à do artigo 23(1) do Pacto Político é encontrada no artigo 18 da Carta Africana, requerendo a proteção da família. A terminologia exata do artigo 23(1) é repetida no artigo 17(1) da Convenção Americana. O artigo 23(2) é ligeiramente revisto no artigo 17(2) da Convenção Americana, na qual se lê: 'o direito de homens e mulheres em idade legal de se casarem e constituírem uma família deve ser reconhecido ...'

O artigo 10(1) do Pacto Econômico ressalta a importância de os Estados garantirem a proteção e a assistência para o 'estabelecimento' da família e para 'o cuidado e a educação das crianças dependentes'. Lê-se: 'As mais amplas proteção e assistência possíveis devem ser dadas às famílias, que são as unidades naturais e fundamentais da sociedade, particularmente para o seu estabelecimento e enquanto houver responsabilidade pela criação e educação de crianças dependentes. O casamento deve ser contraído com o livre consentimento dos cônjuges pretendentes.'

A Convenção das Mulheres ressalta a importância da igualdade de direitos na família. O artigo 16 determina:

- (1) Os Estados-partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra as mulheres em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares e, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, e assegurarão:
 - (a) O mesmo direito de contrair matrimônio;
 - (b) O mesmo direito de escolher livremente o cônjuge e de contrair matrimônio somente com o livre e pleno consentimento;
 - (c) Os mesmos direitos e responsabilidades durante o casamento e por ocasião de sua dissolução...

⁹⁰ Ibid., para. 8.6.

184 *Princípios médicos, éticos e legais*

(2) Os esponsais e o casamento de uma criança não terão efeito legal e todas as medidas necessárias, inclusive as de caráter legislativo, serão adotadas para estabelecer uma idade mínima para o casamento e para tornar obrigatória a inscrição de casamento em registro oficial.

O direito de se casar e constituir família não é sempre absoluto e pode estar circunscrito a, por exemplo, leis contra uniões incestuosas e particularmente leis sobre a idade mínima legal para o casamento. As leis que determinam uma idade mínima para o casamento, se implementadas, podem ajudar a assegurar que jovens mulheres tenham idade e maturidade suficientes para consentirem voluntariamente com o casamento, evitando riscos físicos de saúde devido a gravidezes prematuras e as conseqüências para a saúde mental de um casamento precoce.

Pesquisas mostram que, enquanto muitos países estabeleceram uma idade mínima para o casamento, os governos em geral não fornecem os recursos ou a autonomia para a sua implementação.⁹¹ Eles poderiam fazê-lo, por exemplo, através de um requerimento de uma licença de casamento que dependa da submissão de provas de idade, tais como a apresentação de certidões de nascimento. Isto é relevante para o caso, por exemplo na Índia, em que o registro de casamento não é legalmente exigido.⁹² Em suas observações conclusivas sobre o relatório do governo indiano, apresentado à luz do Pacto Político, o Comitê de Direitos Humanos explicou que:

Enquanto medidas de reconhecimento, tomadas para criminalizar casamentos de crianças (Ato Restritivo de Casamento de Crianças) [Este Ato de 1929 estabelece a idade mínima para o casamento, de 18 anos para meninas e de 21 para meninos], ... o Comitê continua seriamente preocupado que medidas legislativas não sejam suficientes e que medidas desenhadas para mudar atitudes que permitem tais práticas (casamentos de crianças) devem ser tomadas ... O Comitê recomendou, portanto, que o governo tome outras medidas para superar estes problemas...⁹³

A preocupação do Comitê em relação ao casamento de crianças contraído ‘sem o livre e total consentimento dos nubentes’ foi salientado por um estudo no Rajasquistão, Índia, que explicou que:

Mesmo hoje em dia, as cerimônias de casamentos em massa de crianças, arranjados pelos pais, aonde centenas de meninos e meninas se casam, são muito comuns. As mulheres se casam, em média, com 16,1 anos, o que é uma das mais baixas idades para o casamento no país. Quando a menina vai para sua casa de casada, é seu dever engravidar o mais rápido que pode... Forçar gravidezes precoces e maternidade na adolescência devido a costumes sociais e de família é trágico.⁹⁴

⁹¹ UNICEF, *Early Marriage: Child Spouses* (Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2001), 4–5.

⁹² J. Sagade, ‘Socio-Legal and Human Rights Dimensions of Child Marriage in India’, doctoral thesis, Faculty of Law, University of Toronto, 2002, 117–18.

⁹³ UN, Human Rights Committee, *Concluding Observations on India* (New York: UN, 1997), UN Doc. CCPR/C/79/Add.81, at para. 16.

⁹⁴ V. Pendse, ‘Maternal Deaths in an Indian Hospital: A Decade of (No) Change?’, *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. Reproductive Health Matters*, special edition (1999), 119–26.

A tragédia do casamento de crianças não é exclusivo ao Rajaquistão. O CEDAW expressou preocupação similar em suas Observações Conclusivas sobre o relatório do Nepal, notando que:

as práticas e costumes tradicionais que prejudicam as mulheres e meninas, tais como o casamento de crianças, dote, poligamia, *deuki* [a tradição de dedicar meninas a um deus ou a uma deusa, tornando-as 'prostitutas do templo', que persistem, apesar da proibição da prática pelo Ato das Crianças], *badi* [a prática étnica de forçar meninas jovens a se tornarem prostitutas] e práticas discriminatórias que derivam do sistema de castas, ainda prevalecem.⁹⁵

4.2.2.1 'A família tem o direito de proteção da sociedade e do Estado'

Existe um objetivo significativo para o direito de se casar e constituir família a ser aplicado no avanço da integridade reprodutiva e maternidade segura das mulheres, pois este direito impõe obrigações positivas ao Estado para que proteja este direito. Autoridades estatais podem ser responsabilizadas pelo não-fornecimento a mulheres e meninas vulneráveis de proteção efetiva contra os atos de indivíduos privados que prejudiquem a integridade da vida em família, tais como pais que trocam suas filhas pela quitação de dívidas, como se sabe ser o hábito em algumas regiões do mundo.⁹⁶ Os tribunais são, é claro, autoridades públicas, obrigadas a aplicar a lei em conformidade com constituições nacionais e tratados de direitos humanos implementados em seus Estados. Em lugares em que oficiais do Estado não incriminam aqueles que arranjam casamentos de crianças em idade inferior à permitida por lei, ou contra a vontade de uma das partes, o governo deve ser responsabilizado pela violação do direito de tais indivíduos de se casarem com seu consentimento livre e integral.

O direito humano à família é seriamente prejudicado pela negligência das necessidades das mulheres de receberem cuidados reprodutivos, incluindo cuidados com a maternidade, quando estão correndo risco de morbi-mortalidade materna. Além disso, os direitos das crianças e dos pais à vida em família sofrem preconceitos, devido ao impacto negativo e danoso que as mortes maternas têm sobre os bebês sobreviventes, crianças e outros membros da família, para que levem vidas saudáveis. Os filhos de mulheres que morrem no parto são de 'três a dez vezes mais propensos de morrerem nos próximos dois anos do que crianças que tenham ambos os pais'.⁹⁷ A preservação da saúde materna e a prevenção da mortalidade materna são tão cruciais para o desfrute da vida em família que são

⁹⁵ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding Observations on Nepal* (New York: UN, 1999), UN Doc. CEDAW/C/1999/L.2/Add.5, at para. 37.

⁹⁶ A. Armstrong, 'Consent and Compensation: The Sexual Abuse of Girls in Zimbabwe', in W. Ncube (ed.), *Law, Culture, Tradition and Children's Rights in Eastern and Southern Africa* (Aldershot: Ashgate, 1998), 129-49.

⁹⁷ A. Starrs, *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, Colombo, Sri Lanka, 18-23 October 1997* (New York: Family Care International, 1998), 16.

parte dos direitos humanos não só das mulheres, mas também das crianças e dos maridos.

4.2.2.2 *Idade para o casamento*

O direito de se casar e constituir família, válido para pessoas com idade mínima para o casamento, pode ser aplicado para se atingir o resultado desejável de que as jovens adolescentes venham a se casar mais tarde, dando a elas mais escolhas a respeito da idade para terem seus filhos. A expressão ‘idade para contrair casamento’ do artigo 23(2) do Pato Político deve ser interpretada à luz da Convenção das Crianças. O artigo 1º da Convenção explica que ‘crianças são todos os seres humanos abaixo da idade de 18 anos, a menos que de acordo com a lei aplicável à criança, a maioridade seja obtida antes’.

As leis de família nacionais estabelecem, tradicionalmente, as idades em que as adolescentes podem se casar sem o consentimento dos pais e mesmo até diante da objeção dos mesmos. Esta idade muitas vezes coincide com a idade geral para a maioridade (tradicionalmente 21, mas agora comumente 18). Uma idade mais baixa foi também estabelecida com a qual os adolescentes podem se casar com o consentimento dos pais, ou se forem emancipados. Além disso, as leis prevêm uma exceção que permite que uma menina menor se case, caso ela esteja grávida, para que sua criança seja legítima.

Uma objeção à lei de consentimento dos pais é a de que ela protege os casamentos arranjados pelos pais. As filhas podem aceitar arranjos mais como atos de obediência aos pais do que como compromisso emocional com seus maridos e com a criação de seus filhos. Conseqüentemente, o melhor ponto de vista pode ser o de que a referência à “idade mínima para o casamento”, constante das provisões legais, não deve ser considerada como idade mínima para o casamento, com o consentimento dos pais, mas sim idade para o casamento, em que não seja necessária a emancipação por parte dos pais.

Esta opinião é reforçada pelas vantagens sobre a saúde, tanto para as mães quanto para os filhos, de casamentos que não se consumam antes que as garotas adolescentes tenham atingido maturidade física para sustentar uma gravidez e um parto com segurança e maturidade emocional e intelectual para o cuidado consigo, com seus filhos e para receber a assistência necessária. A maturidade física pode ser aproximadamente relativa à idade cronológica, mas tal idade não é de modo confiável relativa à maturidade emocional e intelectual.

4.2.2.3 *Saúde e os efeitos sociais de casamentos envolvendo crianças*

O Comitê de Direitos Humanos e outras organizações de monitoramento de tratados puderam se beneficiar significativamente do trabalho de especialistas de saúde das mulheres, adicionando conteúdo e significado à compreensão a respeito da ‘idade de aptidão para o casamento’. Por exemplo, uma séria disfunção de saúde que possa resultar de casamentos e gravidezes precoces é a vulnerabilidade de

meninas mais jovens de sofrerem de diferentes formas de fistula obstétrica. A fistula é uma doença materna causada por trabalho de parto obstruído, com ocorrência particular na África e na Ásia.⁹⁸ Explica-se que:

uma fistula obstétrica é um buraco que se forma na parede vaginal que se comunica com a bexiga (fistula vesicovaginal FVV) ou com o reto (fistula reto-vaginal FRV) ou com ambos (fistula retovesicovaginal FRVV), como o resultado de trabalho de parto prolongado e obstruído ... As conseqüências imediatas de tal dano são incontinência urinária e fecal, se o reto foi afetado, e escoriações da vulva devido ao vazamento constante de urina e fezes. Secundariamente, a amenorréia é um problema freqüentemente associado. As mulheres que sobreviveram a trabalhos de parto prolongados e obstruídos podem também sofrer danos no nervo local que resulta em dificuldades de locomoção.⁹⁹

O estigma social resultante de uma fistula obstétrica pode ser devastador para aquelas que não podem obter reparo cirúrgico imediato. Explica-se que:

As conseqüências sociais destas deficiências físicas são severas. A maioria das vítimas de trabalho de parto obstruído em que a fistula ocorreu subseqüentemente terão dado à luz um bebê morto. Em algumas áreas, um alto percentual de fistulas ocorre durante a primeira gravidez. As mulheres que vivem em culturas em que não ter filhos é inaceitável, irão sofrer com isto. Se ficarem com incontinência urinária, serão, provavelmente abandonadas por seus maridos, de quem dependem financeiramente e serão decerto afastadas da sociedade.¹⁰⁰

Além disso, em muitas situações, ‘o isolamento social incorpora a própria crença da mulher de que ela é uma desgraça e que trouxe vergonha para sua família. Mulheres com FVV muitas vezes trabalham sozinhas, comem sozinhas, têm seus próprios pratos e utensílios para comer e não podem cozinhar para mais ninguém. Em alguns casos elas são obrigadas a viver nas ruas e a mendigar.’¹⁰¹

A negação do direito de desfrutar do casamento e de constituir uma família, que a falha de prevenir e remediar esta condição traz consigo, é óbvia diante da história de mulheres que sofrem deste problema. Os Estados devem garantir que meninas adolescentes sejam fisicamente maduras o suficiente para o casamento e a gravidez. Às meninas adolescentes uma vez casadas, os Estados devem garantir que receberão os cuidados de saúde necessários para sobreviver às gravidezes e ao parto. Diante de eventuais complicações, tais como fistula obstétrica, os Estados são obrigados a garantir que as mulheres obtenham tratamento cirúrgico imediato, necessário para possibilitar que elas criem e desfrutem de suas famílias.

⁹⁸ WHO, *Obstetric Fistulae: A Review of Available Information* (Geneva: WHO, 1991), WHO/ MCH/ MSM/91.5.

⁹⁹ *Ibid.* p. 3.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ M. Bangser, B. Gumodoka, and Z. Berege, ‘A Comprehensive Approach to Vesico-Vaginal Fistula: A Project in Mwanza, Tanzania’, *Reproductive Health Matters* (1999), 157–65 p. 158.

4.2.2.4 *Consentimento livre e integral*

O ônus recai sobre aqueles que devem empregar a autoridade estatal, seja através de decretos legislativos ou tomando medidas executivas ou judiciais, para garantir que os registros de casamento estejam em conformidade com os padrões de direitos humanos relativos à escolha voluntária de se casar.

O Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC)), em suas Observações Conclusivas do relatório do Suriname, recomendou que ‘as leis que permitem pessoas de se casarem sem o reconhecimento ou o consentimento do parceiro sejam abolidas’.¹⁰² Em suas Observações Conclusivas do relatório dos Camarões, o CDESC também lastimou ‘a falta de progresso por parte do Governo em combater. . . o casamento precoce forçado de meninas’.¹⁰³

Significativamente, a Corte Nacional de Justiça de Papua Nova Guiné decidiu em favor de uma menina que queria continuar sua educação e encontrar um trabalho, contra a oposição de sua família, ao invés de se casar involuntariamente.¹⁰⁴ Ao fazê-lo, a Corte declarou inconstitucional o costume de oferecer jovens mulheres para o casamento ou para outros fins à famílias vitimadas, como parte de compensação legítima por causa de mortes acidentais, denominado *head pay*.

O julgamento da corte é compatível com a Recomendação Geral do CEDAW sobre Igualdade no Casamento e nas Relações de Família.¹⁰⁵ Esta Recomendação faz a seguinte observação ao artigo 16 (1) (a) e (b) da Convenção das Mulheres:

O direito de uma mulher de escolher seu marido e casar-se livremente é crucial para sua vida e a sua dignidade e igualdade como ser humano. Um exame dos relatórios dos Estados-partes revela que existem países que, com base nos costumes, em crenças religiosas ou origens étnicas de grupos específicos de pessoas, permitem o casamento forçado. Outros países permitem que uma mulher se case mediante pagamento e em outros países, a pobreza das mulheres as força a se casarem com estrangeiros para garantir a segurança financeira. Sujeito à restrições razoáveis, baseadas, por exemplo na juventude da mulher ou na consangüinidade com seu parceiro, o direito da mulher de escolher quando, se e com quem irá se casar deve ser protegido e garantido por lei.

Esta Recomendação ecoou no Comentário Geral do Comitê de Direitos Humanos 28, sobre a Igualdade entre Homens e Mulheres, que explica que:

Os Estados devem tratar os homens e as mulheres com igualdade, com relação ao casamento, de acordo com o artigo 23... Homens e mulheres têm o direito de se casar somente com seu livre e pleno consentimento, e os Estados têm a obrigação de proteger o gozo deste direito na base

¹⁰² UN, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding Observations on Suriname* (New York: UN, 1995), UN Doc. E/C.12/1995/6, para. 16.

¹⁰³ UN, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding Observations on Cameroon* (New York: UN, 1999), UN Doc. E/C.12/1/Add. 40, para. 14.

¹⁰⁴ *Re Miriam Willingal* (10 Feb. 1997), MP No. 289 of 1996 (unreported), digested in *Commonwealth Human Rights Law Digest 2* (1998) 57 (National Court of Justice, Papua New Guinea).

¹⁰⁵ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, ‘General Recommendation 21, Equality in Marriage and Family Relations’, *International Human Rights Instruments*, 173.

da igualdade. Muitos fatores podem impedir as mulheres de tomarem a decisão de se casar livremente. A idade deveria ser estabelecida pelo Estado, com os mesmos critérios para homens e mulheres. Estes critérios devem garantir a capacidade das mulheres de tomar uma decisão informada e livre de coerção. Em alguns Estados, um segundo fator pode ocorrer, quando um guardião legal, geralmente homem, por lei consuetudinária ou estatutária, consente com o casamento no lugar da mulher, impedindo seu exercício de livre escolha. (ver Parte III, Capítulo 6, Seção 4, parágrafo 23)

4.2.3 O direito à proteção da maternidade

O Pacto Econômico, Artigo 10(2), determina: ‘Proteção especial deveria ser conferida às mães durante um período razoável antes e depois do parto...’

A terminologia exata do artigo 10(2) do Pacto Econômico, acima, também se encontra no artigo 27(1) da Constituição de Gana, de 1992. Dentre outros exemplos de direitos constitucionais nacionais relativos à vida em família, que requerem proteção da maternidade, está incluído o artigo 10 da Constituição da República Árabe do Egito de 1980, que estabelece que ‘o Estado irá garantir a proteção da maternidade’. A Constituição Brasileira de 1988 explica, em seu artigo 6º que a proteção da maternidade é um direito social, protegido por este instrumento legal.

A contribuição especial que as mulheres dão à sociedade através da maternidade é reconhecida em muitas constituições nacionais e documentos de direitos humanos. À luz do artigo 5º(b) da Convenção das Mulheres, os Estados-partes concordam em tomar todas as medidas apropriadas: ‘para garantir que a educação sobre a família inclua uma boa compreensão a respeito da maternidade como função social’. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25(2), ao tratar da questão da saúde e do bem-estar, explica que ‘A maternidade e a infância devem receber cuidados e assistência especiais.’ A Declaração Americana reconhece, similarmente, que ‘todas as mulheres, durante a gravidez e o período de amamentação... têm direito à proteção especial, cuidados e ajuda’.¹⁰⁶ Através do artigo 15 do Protocolo sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Convenção Americana, os Estados concordam em ‘fornecer cuidados e assistência especiais às mães durante um razoável período antes e depois do parto’.

Sob à luz do artigo 24(d) da Convenção das Crianças, os Estado-partes se comprometeram a garantir cuidados pré e pós natal apropriados para as mães. O artigo 12(2) da Convenção das Mulheres requer o fornecimento de serviços de maternidade gratuitos, quando necessários: ‘Os Estados-partes devem garantir às mulheres serviços apropriados, relativos à gravidez, confinamento e o período pós-natal, concedendo serviços gratuitos quando for necessário, bem como nutrição adequada durante a gravidez e a lactação.’ Nos lugares em que serviços que

¹⁰⁶ Organization of American States (OAS), *American Declaration of the Rights and Duties of Man, 1948 Article VII*; OAS Res. XXX, adopted by the Ninth International Conference of American States, 1998, reprinted in Organization of American States, *Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Inter-American System* (Washington, DC: OAS, 1992), OEA/Ser.L.V/ II.82, doc. 6, rev. 1 at 17.

sejam apropriados para gravidez, confinamento e período pós-natal não forem fornecidos, os Estados-partes podem ser encorajados a tomar as medidas necessárias para fornecer estes serviços, para que estejam de acordo com o artigo 12(2) da Convenção das Mulheres e o artigo 24(2) da Convenção das Crianças (ver Parte I, Capítulo 7/3.4).

Por mais necessárias que sejam estas provisões, seu foco tende a conectar proteção da saúde das mulheres à maternidade e cuidados com bebês e crianças, reforçando a percepção de que a proteção da saúde das mulheres é um meio instrumental de servir às crianças, mais do que um direito inerente das mulheres de desfrutarem de si mesmas. Seja qual for a motivação para tais provisões, elas obrigam os Estados a garantirem que a maternidade seja segura. Pesquisas legais se fazem necessárias para mostrar se e como estas provisões foram ou poderiam ser aplicadas para garantir que as mulheres estejam adequadamente protegidas durante a gravidez.

4.2.4 O direito à proteção da maternidade durante o emprego

O Pacto Econômico, em seu artigo 10(2), determina: ‘proteção especial deve ser concedida às mães durante um razoável período antes e depois do parto. Durante tal período, as mães trabalhadoras devem receber seus vencimentos ou serem dispensadas com todos os benefícios adequados da previdência social.’

A saúde materna das mulheres durante o emprego foi um objetivo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) desde o seu estabelecimento em 1919. A Convenção da Proteção da Maternidade, No. 3 (1919)¹⁰⁷ esteve entre os primeiros instrumentos a serem adotados. A convenção de 1919 estipula em seu artigo 3º(c) que a mulher grávida tem direito ao atendimento gratuito de um médico ou de uma parteira.

Em 1952, esta Convenção foi revista¹⁰⁸ para levar em consideração desenvolvimentos nas leis e práticas nacionais. A Convenção de 1952, Convenção No. 103, começou a refletir a crescente participação das mulheres na força de trabalho, bem como as crescentes expectativas sociais relativas aos direitos das mulheres durante os anos de criação dos filhos, particularmente com respeito ao crescente comprometimento para a eliminação da discriminação no trabalho. A Convenção de 1952 garante em seu artigo 4º(1) os materiais de suporte à mãe e à criança, através de benefícios financeiros e cuidados médicos. O artigo 4º(3) explica que cuidados médicos incluem ‘cuidados pré-natais, confinamento e cuidados pós-natais, por parteiras qualificadas ou médicos, bem como cuidados com a hospitalização, quando for necessário; liberdade de escolha do médico e liberdade de escolha entre um hospital público ou privado’ aonde for aplicável.

¹⁰⁷ ILO, *Convention Concerning the Employment of Women before and after Childbirth* (Geneva: ILO, 1919), ILO Convention C3, 38 UNTS 53, entered into force 13 June 1921, revised in 1952.

¹⁰⁸ ILO, *Convention Concerning Maternity Protection (revised)* (Geneva: ILO, 1952), ILO Convention C103, 214 UNTS 321, entered into force 7 Sept. 1955.

A Recomendação de Proteção à Maternidade, No. 95 (1952),¹⁰⁹ prevê disposições adicionais sobre a proteção à saúde de mulheres empregadas, a respeito das condições de trabalho, tais como a proibição de trabalho prejudicial à saúde das mães e das crianças.

O artigo 1º da Convenção de 1952 sugere que suas provisões se apliquem a ‘mulheres empregadas em atividades industriais e não industriais e na agricultura, incluindo mulheres que trabalham em casa’. Entretanto, as provisões de leis nacionais definindo o alcance de pessoas a quem as proteções da maternidade se aplicam varia largamente de país para país. Mesmo assim, uma pesquisa de legislação indica que este alcance de mulheres cuja proteção à maternidade é coberta, na maioria dos países, se aproxima ou excede o prescrito pela Convenção, e está se encaminhando para a totalidade de mulheres trabalhadoras.¹¹⁰ As mulheres são geralmente cobertas nos setores industriais e não industriais, tanto no setor público, quanto no privado.¹¹¹ Entretanto, ainda existem lacunas significativas com relação ao setor agrícola, bem como com respeito às trabalhadoras de meio expediente, trabalhadoras domésticas e diaristas, e trabalhadoras temporárias.¹¹² Enquanto estas lacunas estão diminuindo, muito precisa ser feito para garantir que a proteção legal, disponível em princípio, se torne efetiva na prática.

A convenção de 1952 foi novamente revisada pela Convenção de Proteção à Maternidade (Revisada), de 2000.¹¹³ Além disso, a Recomendação de 1952 foi revisada em 2000.¹¹⁴ Estas revisões foram conduzidas, em parte, para refletir o crescente compromisso com a eliminação da discriminação na força de trabalho. Através de todas estas convenções e suas recomendações que as acompanham, os Estados-membros são obrigados a devotar atenção aos aspectos de saúde da proteção da maternidade, uma vez que estabelecem que as mulheres têm o direito a cuidados médicos e a benefícios financeiros.

4.3 *Direitos relativos à saúde e aos benefícios do progresso científico*

4.3.1 *O direito ao mais alto padrão de saúde alcançável*

O Pacto Econômico, em seu artigo 12, estabelece:

¹⁰⁹ ILO, *Recommendation Concerning Maternity Protection No. 95* (Geneva: ILO, 1952), ILO Recommendation R95. ILO, *International Labour Conventions and Recommendations*, ii (Geneva: ILO, 1996), p. 44.

¹¹⁰ ILO, Report V(1): *Maternity Protection at Work—Revision of the Maternity Protection Convention (Revisada)*, 1952 (No. 103) (Geneva: ILO, 1952), Recommendation, 1952 (No. 95).

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ibid.* at 29.

¹¹³ ILO, *Convention Concerning Maternity Protection (Revised)*, 2000 (Geneva: ILO, 2000), ILO Convention C183.

¹¹⁴ ILO, *Maternity Protection Recommendation, 2000* (Geneva: ILO, 2000), ILO Recommendation R191.

192 *Princípios médicos, éticos e legais*

1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado nível de saúde física e mental.

2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- (a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- (b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- (c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- (d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

O direito à saúde é também protegido por instrumentos regionais e outros instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos (ver Parte III, Capítulo 4), bem como por várias constituições nacionais. A Constituição brasileira é particularmente clara ao prever que: ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.’¹¹⁵

O Comentário Geral sobre a Saúde do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) desenvolve significativamente o conteúdo do direito (ver Parte III, Capítulo 6/3). Ele fornece diretrizes para os países a respeito do que são requisitados a fazer para se adequarem a este direito. O Comentário Geral explica que o direito à saúde contém facetas inter-relacionadas de *disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, e qualidade* (ver Parte III, Capítulo 6/3, parágrafo 12). O comentário prevê o seguinte:

A *disponibilidade* de serviços requer que um Estado garanta que o funcionamento de instituições de saúde pública e privada, bens e serviços e medicamentos essenciais estejam disponíveis em quantidades suficientes. Enquanto o Comentário Geral reconhece que a natureza exata dos serviços irá variar de acordo com o país, ele requer que os serviços de saúde pública considerem as determinantes subjacentes de saúde.

A *acessibilidade* dos serviços tem quatro dimensões sobrepostas:

- Não-discriminação: serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, especialmente aos setores mais vulneráveis e marginalizados da população, na lei e na prática, sem nenhum tipo de discriminação.
- Acessibilidade física: instituições de saúde e serviços devem estar localizados ao alcance físico seguro de todas as partes da população, especialmente de grupos vulneráveis ou marginalizados, tais como minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas portadoras de deficiências e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

¹¹⁵ Constituição Federal Brasileira de 5 de outubro de 1988, conforme emenda de 4 de Junho de 1998, Art. 196.

- **Acessibilidade econômica (preços acessíveis):** serviços de saúde devem ter preços acessíveis para todos. Pagamentos por serviços de cuidados com a saúde devem basear-se no princípio da equidade, garantindo que estes serviços, sejam eles privados ou públicos, tenham preços acessíveis para todos, incluindo grupos em desvantagem social.
- **Acessibilidade de informações:** acessibilidade inclui o direito de buscar, receber e partilhar informações e idéias relativas a questões de saúde.

A *aceitabilidade* requer que serviços de saúde sejam ética e culturalmente apropriados, por exemplo, respeitando a cultura dos indivíduos, minorias, povos e comunidades e sendo sensíveis às especificidades de gênero e do ciclo da vida, e sendo desenhados para respeitar a confidencialidade e para melhorar o *status* de saúde dos indivíduos em questão.

A *qualidade* requer que serviços de saúde sejam científica e medicalmente apropriados e de boa qualidade. Para tanto, são necessários, *inter alia*, profissionais de saúde qualificados, medicamentos cientificamente aprovados e dentro do prazo de validade e equipamentos hospitalares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está desenvolvendo indicadores para determinar o quanto os elementos substantivos do direito aos serviços de saúde, ou seja *disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade* estão sendo contemplados. As leis e políticas que restringem, sem razão, os serviços de saúde, conforme estes critérios, não estariam adequadas a este direito. Por exemplo, uma lei ou política que exige qualificações desnecessárias de profissionais de saúde pode limitar a disponibilidade de um serviço que contribui para a maternidade segura. Como exemplos de tais políticas, podemos citar aquelas que exigem qualificações excessivas para a realização de cesarianas, e aquelas que exigem vários especialistas para determinar a satisfação de critérios legais para uma interrupção de gravidez. Tais políticas podem ser propostas de boa fé, para garantir a excelência nos cuidados com a saúde das mulheres. Entretanto, são políticas pobres, e podem configurar violações de direitos humanos, quando os serviços de saúde são prejudicados, ao permitirem que a excelência seja inimiga do bem, ou que o bem seja inimigo do que é adequado. O padrão da prestação dos serviços deveria ser o da adequação, visando, quando possível, a excelência, ao invés do descompromisso com ocasional excelência, que nega a várias mulheres, de maneira disfuncional, os cuidados adequados de saúde que necessitam.

Alguns ou mesmo todos os padrões propostos pelo Comentário Geral sobre a Saúde do CDESC e outras Recomendações Gerais, tais como a Recomendação Geral sobre Mulheres e Saúde do CEDAW e aquelas resultantes das Conferências do Cairo e de Pequim, são usados para determinar se os Estados estão de acordo com suas obrigações assumidas pelos tratados ou se estão cometendo violações. Muito trabalho ainda se faz necessário para que se aplique o direito aos cuidados com a saúde de forma efetiva, de modo a garantir a *disponibilidade, a acessibilidade, a*

aceitabilidade e a *qualidade* dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em alguns países específicos. Os órgãos de monitoramento de tratados, através de suas Observações Conclusivas sobre os relatórios dos países, deram pontos de largada significativos. Por exemplo, o CDESC, em suas Observações Conclusivas sobre o relatório da Gâmbia, explicou que: ‘Com relação ao direito à saúde do artigo 12 do Pacto [Econômico], o Comitê expressa sua profunda preocupação com a altíssima taxa de mortalidade materna de 1.050 mortes por 100.000 nascimentos. A Unicef identifica as principais causas como sendo hemorragia e infecções relacionadas com a falta de acesso a [serviços apropriados] e serviços com recursos escassos.’¹¹⁶

Foram feitos estudos para demonstrar como os tribunais têm decidido sobre o direito geral à saúde, em diferentes países, através das Observações Conclusivas e procedimentos de queixas.¹¹⁷ Estes tipos de análise poderiam ser igualmente conduzidos no que diz respeito ao direito das mulheres a cuidados com a maternidade, em geral, e aos serviços obstétricos, em particular.

4.3.1.1 *Recursos disponíveis e sua justa alocação*

Conforme o Pacto Econômico, os Estados devem tomar medidas imediatas e progressivas para alcançar padrões de saúde específicos. Os Estados são julgados com relação à extensão de seus esforços em direção à realização do direito ao mais alto padrão de saúde alcançável. A Recomendação Geral sobre Mulheres e Saúde do CEDAW prevê que: ‘o dever de garantir direitos gera uma obrigação aos Estados-partes de tomarem medidas apropriadas... orçamentárias, econômicas e medidas de outra natureza, na extensão máxima de seus recursos disponíveis, para assegurar que as mulheres consumarão seus direitos aos cuidados com a saúde’ (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 17).

A Corte Constitucional da África do Sul abordou a questão sobre se o governo deveria ou não, de acordo com sua Constituição,¹¹⁸ fornecer tratamento de diálise, em longo prazo, diante de uma demanda de paciente com insuficiência renal crônica.¹¹⁹ A corte considerou que o governo não é obrigado a fazê-lo, pois as obrigações constitucionais relativas ao acesso aos serviços de saúde, que incluem cuidados com a saúde reprodutiva, ‘são dependentes da disponibilidade de recursos para tais propósitos e... os direitos correspondentes são limitados por motivos de

¹¹⁶ UN, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *Concluding Observations on Gambia* (New York: UN, 1994), UN Doc. E/C.12/1994/9 at para. 16.

¹¹⁷ I. Boerefijn and B. Toebes, ‘Health and Human Rights, Health Issues Discussed by the United Nations Treaty Monitoring Bodies’, *Netherlands Institute for Human Rights, SIM special issue*, 21 (1998), 25–53.

¹¹⁸ Constituição Sul Africana, seção 27(3). A seção 27 estabelece que: ‘(1) Todos têm direito ao acesso: (a) serviços de atenção à saúde, incluídos os cuidados com a saúde reprodutiva; ... (2) O Estado deve tomar as medidas legislativas e outras, dentro da disponibilidade de recursos, para alcançar a realização progressiva desses direitos. (3) Ninguém será negado a tratamento médico de emergência.’

¹¹⁹ *Soobramoney v. The Minister of Health, KwaZulu Natal*, 1998 (1) SA 765 (Constitutional Court of South Africa).

falta de recursos'.¹²⁰ A corte determinou, entretanto, que os serviços de emergência não podem ser negados a pessoas que foram vítimas de uma catástrofe súbita, que demande atenção médica imediata'.¹²¹

Costuma-se fazer uma distinção legal entre a provisão de 'cuidados extraordinários', algumas vezes descritos como medidas heróicas, que podem ter efeito desconhecido e ser dependentes de recursos escassos e qualificações específicas, e 'cuidados ordinários', que são de benefício conhecido e disponíveis rotineiramente.¹²² Fornecer cuidados extraordinários não é considerado um dever pelas cortes, mas os governos e outros fornecedores de cuidados com a saúde são obrigados a manter a disponibilidade dos cuidados ordinários. A Corte Constitucional da África do Sul considerou que a insuficiência renal crônica é um caso que requer cuidados extraordinários e, portanto, não considerou uma obrigação o fornecimento de tratamento. Por outro lado, a Corte Constitucional da África do Sul considerou que o tratamento anti-retroviral para mulheres grávidas evitarem a transmissão vertical do vírus do HIV para seus filhos, que é rotineiramente disponível em algumas províncias, é cuidado ordinário, que deve, portanto, estar disponível para todas as mulheres grávidas.¹²³

Sendo assim, conforme os sistemas legais como o da África do Sul, as mulheres em busca de cuidados obstétricos essenciais ou outras formas de tratamento que salvam vidas, como tratamento para aborto incompleto, têm o direito de acesso a tratamento, da mesma forma que as mulheres grávidas com HIV/AIDS têm acesso a tratamento anti-retroviral.¹²⁴

A disposição de um Estado, em princípio, para tornar efetivos os direitos das mulheres à saúde e à maternidade segura pode ser desencorajada pelo medo de que a implementação integral tenha conseqüências econômicas indeterminadas para o orçamento nacional de saúde. Entretanto, a descoberta de um estudo feito pelo Banco Mundial estimou que o fornecimento do "pacote" padrão de serviços de saúde de maternidade e para recém-nascidos custaria, aproximadamente, US\$3 por pessoa, por ano, num país em desenvolvimento; sendo que só os serviços de saúde de maternidade custariam tão pouco quanto US\$2 por pessoa'.¹²⁵

O mesmo estudo do Banco Mundial também concluiu que os serviços de planejamento familiar e maternidade são os investimentos que mais trazem benefícios dentre as intervenções governamentais em saúde, em termos de prevenção de mortes e deficiências.¹²⁶ Quando uma mãe morre, a economia perde sua contribuição produtiva enquanto força de trabalho, sua comunidade perde os serviços domésticos e os

¹²⁰ Ibid. p. 771. ¹²¹ Ibid. p. 774.

¹²² *Re Quinlan* (1976), 355 Atlantic Reporter 2d 647, 664 (New Jersey Supreme Court).

¹²³ *Treatment Action Campaign* (ver n. 42).

¹²⁴ C. Ngwena, 'AIDS in Africa: Access to Health Care as a Human Right', *South African Public Law*, 15/1 (2000), 1–25.

¹²⁵ A. Starrs, *Safe Motherhood*, 17, com base na apresentação de A. Tinker, 'Safe Motherhood as an Economic and Social Investment', *Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka*, 18–23 Oct. 1997, Colombo, Sri Lanka. ¹²⁶ Ibid.

mais amplos cuidados de um membro vital, e sua morte coloca os que vivem ao seu redor em risco e com sua capacidade comprometida quanto a funcionarem em seus papéis sociais, empregatícios, dentre outros. Os estudos mostram que as crianças que têm suas mães mortas são de três a dez vezes mais propensas a morrerem nos próximos dois anos do que as crianças que vivem com ambos os pais.¹²⁷

O estudo também explica que a economia feita ao se investir em saúde materna e na redução da mortalidade materna é significativa.¹²⁸ A população terá menos mulheres pobres e a força de trabalho será mais saudável e portanto capaz de produtividade mais alta. A redução da morbi-mortalidade materna reduz a pobreza doméstica e beneficia o sistema de saúde. Além disso, os cuidados preventivos podem gerar economia, uma vez que resultam em menos mulheres doentes. As soluções práticas e economicamente viáveis para o problema da morbi-mortalidade materna incluem a compra de uma ambulância, para a comunidade, para garantir o pronto atendimento nas complicações de gravidez, isto nos lugares onde existam recursos para gasolina e manutenção da ambulância ou a disponibilização de auxílio financeiro para uma comunidade cobrir os custos com o transporte em caso de emergência.

As mulheres cujos governos falharam em atender suas necessidades obstétricas básicas na alocação de recursos de saúde de uma maneira justa e transparente podem entrar com ações que garantam seu direito ao justo procedimento nas tomadas de decisão administrativas. Os tribunais estão, aos poucos, aplicando o direito ao justo procedimento para exigir que os benefícios de saúde sejam alocados equitativamente ou, ao menos, que não sejam negados de forma injusta ou arbitrária.¹²⁹ Por exemplo, a Corte Européia de Direitos Humanos considerou que uma pensão por doença não poderia ser retirada, sem um processo justo.¹³⁰ Esta decisão poderia ser aplicada para exigir a restauração de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos lugares em que foram retirados de maneira injusta ou arbitrária, bem como para exigir explicações e justificativas por parte dos governos a respeito de políticas que desfavorecem os serviços de saúde sexual e reprodutiva, por conta de outros gastos com saúde ou outras alocações orçamentárias. E mais: uma vez que na economia global poucos países, se é que algum, exercem soberania fiscal integral, os governos podem estar abertos à persuasão internacional e à indução para investirem naqueles serviços compatíveis com os seus compromissos de direitos humanos.

4.3.1.2 *Reforma do setor de saúde*

O Comentário Geral sobre o Direito à Saúde do CDESC requer explicitamente que os Estados ‘garantam que a privatização do setor de saúde não constitua uma ameaça à disponibilidade, à acessibilidade, à aceitabilidade e à qualidade das instalações, bens e serviços de saúde’ (parágrafo 35). Além disso, o Comentário requer,

¹²⁷ Ibid. p.16. ¹²⁸ Ibid. p. 15–16.

¹²⁹ V. Leary, ‘Justiciability and Beyond: Complaint Procedures and the Right to Health’, *International Commission of Jurists Review*, 55 (1995), 105 at 115.

¹³⁰ *Feldbrugge v. The Netherlands* (1985), 8 EHRR 149 (European Court of Human Rights).

especificamente, que os membros governamentais de instituições internacionais financeiras garantam que as políticas de empréstimo e acordos de crédito assegurem o respeito ao direito à saúde (ver Parte III, Capítulo 6/3, parágrafo 39).

Algumas iniciativas de reforma em setores de saúde instituíram taxas de cobrança para o uso de serviços de saúde, para cobrir os custos parciais com os cuidados com a saúde. Os defensores de reformas nos setores de saúde explicam que há uma necessidade de se levantar renda para disponibilizá-la ao setor de saúde, mas que também as taxas de cobrança podem ajudar a impedir o uso egoísta ou irracional de serviços de saúde financiados publicamente. Além disso, é preciso fazer notar, dentre os usuários de serviços de saúde, que seu uso implica em custos econômicos. Acredita-se que fazê-los pagarem dos próprios bolsos trará esta realidade às suas vidas, e os fará questionar se suas demandas por serviços se baseiam em necessidades reais de saúde ou se são frívolas indulgências às custas do dinheiro público, que não os fariam gastar seu próprio dinheiro. Há uma percepção mercadológica de que as pessoas raciocinam diferente diante de gastos de seus próprios recursos, raciocínio este que elas não têm quando gastam o dinheiro alheio, ou público, e que a utilização custo-efetiva dos recursos pode ser alcançada através da imposição da cobrança de taxa pelo uso dos serviços.

Avaliar qual seria o efeito que a imposição de taxa de cobrança sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva teria dentre pessoas pobres em países em desenvolvimento é incerto e problemático, particularmente se estas taxas impedissem que essas pessoas pobres recebessem os cuidados necessários. Um estudo sobre maternidade segura, financiado pelo Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido e pela OMS reportou, em 1999, que ‘a falta de informações de relevância global, sem falar de relevância local, sobre custo coloca um desafio para os planejadores e administradores da saúde materna em países em desenvolvimento, pois no desenvolvimento de esquemas de financiamento de saúde, os programas de custos são fundamentais’.¹³¹ Evidências posteriores à remoção das taxas de cobrança pelo governo pós-*apartheid* eleito na África do Sul em 1994 ‘sugerem que os ganhos no cuidado com a saúde materna... foram relativamente modestos’, e que são necessários mais partos em instalações de saúde e melhorias na qualidade dos serviços para reduzir a mortalidade materna e perinatal.¹³²

As evidências contrárias vêm de outros países que experimentam a cobrança de taxa pelo uso dos serviços, incluindo o Quênia. Uma avaliação de serviços de maternidade conduzida no país observou que:

O custo afeta tanto a decisão quanto a demora em buscar ajuda. O governo do Quênia introduziu o sistema de divisão dos custos em 1989 para serviços específicos, excluindo serviços de

¹³¹ E. Weissman, O. Sentumbwe-Mugisa, A. K. Mbonye, e C. Lissner, ‘Costing Safe Motherhood in Uganda’, *Reproductive Health Matters* (1999), 85–91.

¹³² H. Schneider e L. Gibson, ‘The Impact of Free Maternal Health Care in South Africa’, *ibid.* 93–101 p.100.

prevenção e promoção, tais como cuidados pré-natais... Evidências de outros países em desenvolvimento indicam um declínio na utilização de serviços de maternidade ligados à introdução da cobrança de taxa de usuário, e isto precisa ser monitorado no Quênia. As taxas variam em cada unidade de saúde, mas, geralmente, as mulheres são taxadas na proporção dos serviços prestados. Uma cesariana, por exemplo, é mais cara do que um parto normal. Isto parece lógico em termos de rendimentos do serviço de saúde, mas pode também ser um impedimento importante para mulheres pobres que buscam cuidados.¹³³

A impossibilidade de famílias empobrecidas pagarem pela gama completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis somente mediante pagamento se faz evidente. Quando os serviços médicos são gratuitos, entretanto, a pobreza pode ainda permanecer como um obstáculo aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. Observou-se que:

Mesmo quando as taxas formais são baixas ou inexistentes, outros custos podem existir para impedir as mulheres de buscarem os cuidados. Estes custos incluem o transporte, a acomodação, remédios e suprimentos, bem como custos informais e outras remunerações que podem ser exigidas pelos profissionais de saúde. Quando as mulheres não controlam seus recursos e dependem de outros para obter fundos, as taxas, de qualquer tipo, podem ser um sério obstáculo à utilização dos serviços.¹³⁴

As opções propostas para superar as barreiras econômicas do acesso aos serviços de saúde incluem tornar os serviços médicos gratuitos, implantar esquemas de seguro baseados em filiação comunitária ou, por exemplo, um fundo de investimentos comunitários ou esquemas de empréstimo, cada qual com vantagens e desvantagens no que diz respeito à cobertura e efetividade.

Em resposta ao problema das barreiras econômicas aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e às condições econômicas agravantes das doenças e práticas inseguras, os governos são responsáveis, segundo o Pacto Econômico, pelas negações do direito ao mais alto padrão de saúde possível que se dão devido à pobreza dos indivíduos. Além disso, o artigo 12(2) da Convenção das Mulheres, ao abordar serviços de maternidade, obriga os Estados a ‘concederem serviços gratuitos, quando necessário’. Conseqüentemente, os governos terão que explicar se, e em que medida, os padrões de saúde possíveis em seus países incluem os fatores da pobreza pessoal e as opções nacionais na alocação de recursos econômicos, dentre outros (ver abaixo 4.4.1).

4.3.2. O direito aos benefícios do progresso científico

O Pacto Econômico, em seu artigo 15(1)(b), estabelece: ‘Os Estados-partes neste Pacto reconhecem o direito de todos... em desfrutar dos benefícios do progresso científico e de suas aplicações.’

¹³³ W. J. Graham, F. S. Murray, e C. Taylor, ‘A Question of Survival: I. A Review of Safe Motherhood in Kenya: II. Two Years after the Review: Accomplishments, Hurdles and Next Steps’, *ibid.* 102–16 p. 108.

¹³⁴ Starrs, *Safe Motherhood*, 42.

O direito de desfrutar dos benefícios do progresso científico e de suas aplicações precisa ainda ser efetivamente aplicado para que os governos dêem alta prioridade à condução de pesquisas de saúde reprodutiva, incluindo pesquisas nas áreas biomédica, das ciências sociais e legais, ou que apliquem as descobertas destas pesquisas. O direito pode ser invocado, por exemplo, quando, por razões religiosas ou políticas, as mulheres têm o acesso negado a drogas que a ciência farmacêutica tornou efetivas na contracepção de emergência ou em abortos não cirúrgicos (ver abaixo 4.5.3). O mesmo direito pode ser invocado, embora provavelmente com mais dificuldade, quando os serviços de saúde sexual e reprodutiva não estão financeira ou geograficamente acessíveis aos indivíduos cuja saúde sexual e reprodutiva esteja em alto risco.

O direito aos benefícios do progresso científico pode também apoiar a demanda de que governos deveriam gastar o dinheiro público em pesquisas desenhadas para beneficiar a saúde sexual e reprodutiva. A história moderna da regulamentação de pesquisas que envolvam seres humanos originou-se no julgamento dos médicos que conduziram experiências desumanas em pessoas vulneráveis, incluindo prisioneiros de campos de concentração, para servir a interesses militares e científicos, na Segunda Guerra Mundial. O seu julgamento diante do Tribunal Internacional de Crimes de Guerra, em Nuremberg, resultou no Código de Nuremberg, de 1947, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, que invocava conceitos de direitos humanos para proibir experiências médicas não consensuais. As décadas subsequentes arremataram o fortalecimento das proteções contra experimentações médicas impróprias numa série de convenções internacionais de direitos humanos. Sob esta inspiração, as pesquisas médicas recuperaram sua moral, e seus benefícios e se tornaram reconhecidas quase que universalmente. Na década de 1980 iniciou-se a percepção, entretanto, de que as mulheres não estavam participando equitativamente destes benefícios.

A proteção dos direitos humanos havia sido implementada excluindo rigorosamente as mulheres em idade reprodutiva das iniciativas de pesquisa, no intuito de proteger as crianças não nascidas contra os riscos. Tal exclusão foi também econômica, uma vez que era custoso conduzir estudos em larga escala para alcançar dados estatísticos válidos sobre mulheres em idade reprodutiva a cada estágio de seus ciclos menstruais. O efeito, entretanto, foi que a saúde das mulheres não foi seriamente estudada, com a exceção do que concerne à fertilidade. Os fatores relativos à saúde, que predispunham as mulheres à doenças de saúde reprodutiva, que não se relacionassem à fertilidade e ao seu controle, eram pouco pesquisados.

Nos anos 1980 concluiu-se que as mulheres haviam sido negadas em seu direito humano coletivo aos benefícios do progresso na ciência médica. Revertendo a percepção influenciada por Nuremberg de que os indivíduos deveriam ser protegidos através de sua exclusão dos estudos médicos, os grupos de mulheres mostraram que a proteção à saúde das mulheres dependia de pesquisas científicas, e que a exclusão do tema da saúde das mulheres de pesquisas com financiamento governamental

constituía discriminação. As mulheres se aliaram com ativistas da AIDS para exigir a condução de pesquisas médicas que abordassem e remediasses as causas da morbimortalidade materna, questão de seu especial interesse. Elas apontaram para os compromissos legais assumidos pelos Estados de respeito aos direitos das mulheres de desfrutarem dos benefícios do progresso científico e de suas aplicações.

Os profissionais de saúde podem usar este direito para reivindicar financiamento governamental para o alcance da equidade no recrutamento de sujeitos de ambos os sexos para estudos sobre a saúde. Pesquisadores médicos também podem invocar este direito ao buscarem financiamento público para seus estudos. Similarmente, as agências de pesquisa, os centros de pesquisa em saúde e, por exemplo, os departamentos de saúde governamentais deveriam lembrar-se das responsabilidades relativas aos direitos humanos quanto a alcançar o objetivo da saúde sexual e reprodutiva através do apoio e do patrocínio de estudos científicos apropriados. Estes deveriam incluir não somente estudos biomédicos, mas também pesquisas epidemiológicas ou de saúde pública, pesquisas sobre sistemas de saúde, e pesquisas nas áreas legal e das ciências sociais, que podem expor e remediar as causas subjacentes de doenças sexuais e reprodutivas.

4.4 *Direito à não-discriminação e direito ao devido respeito pelas diferenças*

O Pacto Político, artigo 2º(1), estabelece: ‘Cada Estado-parte do presente Pacto deve respeitar e garantir a todos os indivíduos em seu território e sujeitos à sua jurisdição os direitos reconhecidos no presente Pacto, sem distinção de nenhum tipo, tais como, raça, cor, sexo, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outros *status*.’

Este artigo é reforçado pelos artigos 3º e 26 do Pacto Político. O artigo 3º obriga os Estados a ‘garantir a igualdade de direitos entre homens e mulheres no desfrute de todos os direitos políticos e civis estabelecidos’ no Pacto. O artigo 26 determina que:

Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A este respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação.

O artigo 26 exige que os Estados atuem contra a discriminação em todos os campos dos direitos políticos e civis e também dos direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo a saúde. Os Estados também são obrigados a eliminar as leis, políticas e práticas discriminatórias, com bases específicas e não específicas (‘outros *status*’). É, portanto, necessário examinar as maneiras pelas quais os Estados irão garantir a eliminação da discriminação com base na raça, cor, sexo e origem nacional ou social. Estas não são as únicas bases proibitivas de discriminação que

são fatores de risco para doenças sexuais e reprodutivas. A expressão ‘outros *status*’ inclui bases proibitivas de discriminação tais como idade, residência rural e pobreza, que podem afetar as habilidades dos indivíduos de exercerem seus direitos.

Enquanto cada uma dessas formas de discriminação pode ser abordada separadamente, na prática elas se sobrepõem. Por exemplo, a discriminação por sexo é freqüentemente agravada pela discriminação com base no estado civil, raça, idade, *status* de saúde, deficiência, residência rural e classe. Formas múltiplas de discriminação, e portanto, complexas, deixam, muitas vezes, as mulheres jovens, pertencentes à minorias raciais e de baixo *status* socioeconômico, vivendo em áreas rurais, mais vulneráveis ao risco de problemas na saúde sexual e reprodutiva. Os órgãos de monitoramento de tratados estão exigindo que os Estados enfrentem as formas agrupadas de discriminação, seja por sexo e estado civil (ver Parte III, Capítulo 6, /4, parágrafo 19) sexo, raça, cor, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, propriedade e nascimento, ou outros *status* (ver Parte III, Capítulo 6/4, parágrafo 30), sexo e raça (ver Parte III, Capítulo 6/5, parágrafos 1–5), e sexo e deficiência.¹³⁵

Os Estados são obrigados a mudar as leis discriminatórias em seu texto, ou em seus efeitos. Um exemplo de uma lei que é discriminatória em seu texto é a que exige que mulheres casadas, mas não os homens, obtenham autorização de seus esposos para ter acesso a serviços de saúde. Os Estados devem também remediar os efeitos da discriminação de leis que são aparentemente igualitárias em seus textos, mas que colocam, desproporcionalmente, um grupo em desvantagem. Tais leis incluem aquelas que exigem que todos paguem o mesmo valor por serviços de saúde, mas que deixa os serviços com preços inacessíveis para pessoas desempregadas, tais como as mães solteiras que cuidam de crianças delas dependentes e mulheres solteiras ou viúvas que trabalham em casa e não podem ganhar mais que o salário mínimo por seus serviços domésticos. Um outro exemplo de uma política que é superficialmente neutra, mas que tem um impacto maléfico desproporcional sobre os interesses de saúde das mulheres é a lei que nega às adolescentes informações e serviços de saúde reprodutiva sem o consentimento dos pais. Tal política deixará meninas, mas não meninos, diante do risco da gravidez. Nos lugares em que as leis e políticas tratam homens e mulheres diferentemente com relação às suas necessidades de saúde, seja no texto de tais leis ou políticas ou em seus efeitos, os Estados são obrigados a fornecer as razões, e muitas vezes justificativas convincentes, para tais tratamentos diferenciados, uma vez que as desvantagens em função de diferenças no tratamento ou efeitos diferenciados levam à discriminação.

O direito geral à não-discriminação requer que se trate dos mesmos interesses sem discriminação, por exemplo, fornecendo a todas as raças acesso igualitário aos serviços de saúde. Entretanto, o respeito ao direito à não-discriminação também inclui tratar de interesses diferentes de maneira que se respeitem tais

¹³⁵ UN, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, ‘General Comment 5: Persons with Disabilities’ (1994), *International Human Rights Instruments*, 66–76, para. 19.

202 *Princípios médicos, éticos e legais*

diferenças. O direito à não-discriminação sexual requer que as sociedades tratem diferentemente os interesses biológicos, tais como a gravidez e o parto, de maneira a acomodar de modo razoável estas diferenças. As cortes nacionais e tribunais internacionais que têm sido vigilantes na aplicação do direito à não-discriminação para exigir o tratamento dos mesmos interesses sem discriminação estão começando a exigir que os Estados tratem diferentemente pessoas específicas, de acordo com suas diferenças legítimas. Por exemplo, a Corte Européia de Direitos humanos reconheceu que:

A Corte considerou, até o presente momento, que o direito exposto no artigo 14 [da Convenção Européia de Direitos Humanos] que não pode ser discriminado, pelo gozo dos direitos garantidos pela Convenção, é violado quando os Estados tratam diferenciadamente pessoas em situações análogas, sem fornecer uma justificativa razoável e objetiva... Entretanto a Corte considera não ser esta a única faceta da proibição à discriminação do artigo 14. O direito de não sofrer discriminação... também é violado quando os Estados, não diferenciam o tratamento entre pessoas em situações significativamente diferentes sem uma justificativa razoável e objetiva.¹³⁶

A Recomendação Geral sobre as Mulheres e a Saúde do CEDAW exige que os Estados apliquem o direito à não-discriminação para proteger os interesses distintos quanto à saúde reprodutiva das mulheres, tais como suas necessidades distintas de prevenir gravidezes, tratar as conseqüências de gravidezes não desejadas, e as necessidades de gravidezes e partos seguros.

Os Estados são obrigados a eliminar não somente suas próprias práticas discriminatórias, mas também as práticas discriminatórias de indivíduos, em todas as esferas. Por exemplo, as cortes têm defendido o uso da autoridade governamental para licenciar os profissionais que fornecem serviços às populações carentes.¹³⁷ Os governos podem, portanto, usar de sua autoridade para condicionar a licenciatura de profissionais de saúde a um desempenho a serviço dos interesses da justiça social, como, por exemplo, obrigá-los a atender, durante um tempo especificado, em hospitais públicos ou clínicas, aos grupos que tenham historicamente sido vítimas de discriminações.

4.4.1 *Sexo e gênero*

A Convenção das Mulheres, artigo 1º, estabelece:

a expressão “discriminação contra as mulheres” significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade dos homens, das mulheres, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

¹³⁶ *Thlimmenos v. Greece* (2001) 31 EHRR 15, para. 44 (European Court of Human Rights).

¹³⁷ *Van der Musselle v. Belgium* (1983) EHRR 163 (European Court of Human Rights).

A Convenção das Mulheres enfatiza a necessidade de se confrontar as diferentes causas da situação desigual das mulheres, abordando-se ‘todas as formas’ de discriminação por elas sofridas. As proibições legais englobam discriminações com base tanto no sexo, que é uma característica biológica, quanto no gênero, que é uma atitude social, cultural e psicológica que identifica atos ou funções particulares somente, ou primeiramente, com um único sexo, como por exemplo quando se supõe que os líderes religiosos são sempre homens e as enfermeiras sempre mulheres. O artigo 1 da Convenção das Mulheres é reforçado pelo artigo 3º do Pacto Político. O artigo 3º determina que: ‘Os Estados-partes do presente Pacto devem atuar para garantir a igualdade de direitos entre homens e mulheres no gozo de todos os direitos civis e políticos estabelecidos no presente Pacto.’

O Comentário Geral sobre a Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres deixa claro que o artigo 26 do Pacto Político (sobre os direitos à igualdade perante a lei e à proteção igualitária da lei) exige que os Estados atuem contra a discriminação em todas as esferas dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (ver Parte III, Capítulo 6/4). Os Estados são, portanto, obrigados a eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres, no que diz respeito a todos os direitos, como por exemplo os direitos à vida, à família e à vida privada e ao mais alto padrão alcançável de saúde.

O paradoxo devastador com relação aos direitos humanos observado em muitas sociedades é que estas discriminam as mulheres quando as diferenças entre os sexos não seriam relevantes e ignoram a distinção quando esta se faz fundamental. Os Estados muitas vezes discriminam quanto ao acesso das mulheres às oportunidades educacionais, políticas, espirituais, econômicas, dentre outras, quando a diferença sexual na capacidade para *insights*, inteligência, aplicação de conhecimentos, compaixão e iniciativa criativa não traz conseqüências, enquanto que ignoram a necessidade vital das mulheres de cuidados de saúde apropriados para a maternidade. Se instituições políticas, profissionais, religiosas, dentre outras instituições de influência, pudessem inspirar-se para investir no esforço de respeitar as necessidades distintas das mulheres para os cuidados com a saúde reprodutiva, que historicamente discriminaram, em áreas em que a diferença entre os sexos não deveria ser relevante, avanços consideráveis seriam alcançados para a saúde reprodutiva.¹³⁸

A proibição da discriminação por sexo e gênero obriga os Estados a eliminarem os estereótipos sexuais, o que requer iniciativas para reformular algumas presunções populares, como a que diz que a responsabilidade de se proteger de uma gravidez não desejada é da parceira do sexo feminino do casal. Para que se configure a igualdade sexual é preciso que os homens aceitem a responsabilidade junto com as mulheres para que tomem medidas contra a gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis. Em muitas sociedades, ser mãe solteira representa um estigma, enquanto que ser pai solteiro não representa, sem falar da existência de exigência de provas de virgindade para o casamento que se aplicam somente às mulheres.

¹³⁸ R. J. Cook, ‘Human Rights Law and Safe Motherhood’, *European J. of Health Law*, 5 (1998), 357–75.

A condição de igualdade exige não somente que se trate dos mesmos interesses sem discriminação, como por exemplo, no acesso de todos os jovens à educação, sem distinção de raça, sexo ou classe, mas também que se trate de interesses diferentes de modo a respeitar adequadamente as diferenças, tais como os interesses distintos das mulheres no acesso a tratamento pré-natal, durante o parto e no período pós-natal. O direito ao devido respeito às diferenças sexuais é violado quando os serviços de saúde falham em acomodar as diferenças biológicas fundamentais na reprodução, como demonstram as 515.000 mortes anuais, muitas vezes evitáveis, ocorridas por causas relacionadas à gravidez.¹³⁹

4.4.1.1 *Não-discriminação de sexo e gênero na família*

Os tribunais internacionais consideraram os governos responsáveis pelo tratamento desigual de mulheres, no que diz respeito ao seu direito de desfrutar da vida em família. O Comitê de Direitos Humanos obrigou um Estado a alterar as suas leis que punham suas cidadãs em desvantagem, sujeitando a residência e a cidadania de seus maridos estrangeiros à exames e à recusa, enquanto não sujeitavam simi-larmente as esposas estrangeiras dos cidadãos do sexo masculino. Uma reforma legal foi requerida para garantir a igualdade de mulheres e homens em relação à vida em família.¹⁴⁰ Os Estados foram também obrigados a modificar as idades diferenciadas para o casamento, em parte por enquadrar as mulheres em estereótipos de mães e trabalhadoras mal pagas ou nem sequer pagas e por prejudicar sua saúde desproporcionalmente (ver abaixo, item 4.2.2).

Em suas Observações Conclusivas sobre o relatório do México, o Comitê sobre os Direitos da Criança expressou a seguinte preocupação:

as idades legais mínimas para o casamento de meninos (16) e meninas (14) na maioria dos Estados-partes são muito baixas e são diferentes para meninos e meninas. Esta situação é contrária aos princípios e provisões da Convenção [sobre os Direitos da Criança] e constitui uma forma de discriminação de gênero, que afeta o gozo de todos os direitos. O Comitê recomenda que os Estados-partes implementem uma reforma legislativa, em nível estadual e federal, para aumentar e igualar as idades legais mínimas para o casamento de meninos e meninas.¹⁴¹

O CEDAW abordou a maneira pela qual o sistema patriarcal, significando a dominação ou liderança masculina, está enraizado em tantas leis nacionais. Em suas Observações Conclusivas sobre o relatório da Guatemala, o CEDAW explicou que: ‘a provisão legal de acordo com a qual o marido permanece o chefe da família e a mulher precisa da autorização do marido para trabalhar fora é contrária ao previsto na Convenção e reforça o sistema patriarcal’.¹⁴²

¹³⁹ WHO and UNICEF, *1995 Estimates of Maternal Mortality* (Geneva: WHO, 2000).

¹⁴⁰ *Aumeeruddy-Czizra et al. v. Mauritius*, Comm. No. 35/1978, UN Doc. A/36/40 (1981) (United Nations Human Rights Committee).

¹⁴¹ UN, Committee on the Rights of the Child, *Concluding Observations on Mexico* (New York: UN, 1999), para. 16. UN Doc. CRC/C/15/Add. 112.

¹⁴² UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding Observations on Guatemala* (New York: UN, 1994), para. 71. UN Doc. A/49/38.

Muitos governos estão promovendo a igualdade de gênero no curso principal de muitas de suas atividades e preocupações. Por exemplo, o Nepal melhorou o padrão de vida das mulheres de comunidades de base, facilitando seu acesso à empréstimos bancários e à contas bancárias. Através de treinamento, as mulheres desenvolveram habilidades de liderança e comunicação que possibilitaram a tomada de decisões. Este foi o primeiro passo para equipá-las com a habilidade para decidirem livremente e de maneira consistente sobre quantas crianças desejam ter e qual deveria ser o espaçamento entre as gravidezes.¹⁴³

4.4.1.2 Não-discriminação de sexo e gênero na saúde

O direito das mulheres ao acesso igualitário aos cuidados com a saúde, incluindo cuidados com a maternidade, é reconhecido no artigo 12 da Convenção das Mulheres, através do qual os Estados concordam em:

1. ... adotar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres, na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.

2. ... garantir às mulheres assistência apropriada, em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessária, e garantindo uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactação.

O conteúdo e o significado deste artigo foram desenvolvidos na Recomendação Geral sobre Mulheres e Saúde do CEDAW, que inclui a observação seguinte:

Estudos que enfatizam as altas taxas de morbi-mortalidade materna no mundo e o grande número de casais que gostariam de limitar o tamanho de suas famílias, mas que não têm acesso ou não utilizam nenhuma forma de contracepção, fornecem um importante indicador para os Estados-partes de possíveis falhas em suas obrigações de garantir o acesso das mulheres aos serviços de cuidados com a saúde. (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 17)

Esta Recomendação Geral estabelece qual a informação que o CEDAW pede aos Estados que apresentem sobre tais violações e sobre as medidas tomadas para alcançar os remédios necessários. Ela enfatiza os direitos de acesso à serviços de planejamento familiar confidenciais e nota que: 'Em particular, os Estado-partes deveriam garantir os direitos de adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino ao acesso à educação sobre saúde sexual e reprodutiva, ministrada por pessoal qualificado, em programas especialmente desenhados, que respeitem os seus direitos à privacidade e à confidencialidade' (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 18).

A Recomendação determina que os relatórios dos Estados 'devem demonstrar que a legislação, planos e políticas de saúde sejam baseados em pesquisas éticas e científicas e avaliar o *status* de saúde e as necessidades das mulheres, nos respectivos países, levando em consideração quaisquer variações étnicas, regionais ou

¹⁴³ UN Population Fund (UNFPA), *Promoting Gender Equality in Population and Development Programmes: Best Practices and Lessons Learned* (New York, UNFPA, 1999) at 5.

comunitárias ou práticas baseadas em religião, tradição ou cultura’ (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 9). Ela também clama que os Estados: ‘Priorizem a prevenção de gravidezes não desejadas, através de planejamento familiar e da educação sexual e da redução das taxas de mortalidade materna, através de serviços de maternidade segura e assistência pré-natal. Quando possível, a legislação que incrimina o aborto deve ser emendada para que se retire as provisões punitivas impostas sobre as mulheres que se submetem a este procedimento’ (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 31(c)).

Os Ministérios da Saúde, preocupados em garantir a adequação ao direito à não-discriminação no acesso à serviços de saúde, deverão avaliar as diferentes maneiras pelas quais os direitos das mulheres podem ser violados no contexto da saúde. Governos já foram notificados sobre suas falhas em reformar leis e políticas discriminatórias contra as mulheres, tais como políticas que exigem das mulheres que buscam por serviços de saúde, a autorização de seus maridos. Por exemplo, as Observações Conclusivas do CEDAW sobre o relatório da Indonésia explicaram que leis que exigem que uma mulher casada peça a autorização a seu marido para obter determinados serviços de saúde reprodutiva, até em situações de emergência, são discriminatórias e não estão de acordo com a Convenção das Mulheres.¹⁴⁴

O CEDAW pede que os Estados identifiquem ‘de que maneira eles avaliam se as mulheres têm o acesso aos cuidados com a saúde *numa base de igualdade entre homens e mulheres*, para demonstrarem sua adequação ao artigo 12’ (ênfase no original; ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafo 19). Os Estados são requisitados a reportarem sobre ‘o impacto que as políticas de saúde, procedimentos, leis e protocolos têm sobre as mulheres, quando comparados ao impacto sobre os homens’.

Órgãos de monitoramento de tratados têm sinalizado para a importância de Estados-membros alocarem recursos de maneira justa e apropriada para as necessidades específicas das mulheres de percorrem a gravidez e o parto com segurança. Em suas Observações Conclusivas sobre o relatório da Venezuela, por exemplo, o CEDAW destacou dentre os problemas: ‘a redução do orçamento da saúde, o aumento da taxa de mortalidade materna, a falta e o acesso limitado a programas de planejamento familiar (especialmente dirigidos para adolescentes), e o acesso limitado das mulheres aos serviços públicos de saúde. Além disso, a legislação que criminaliza o aborto, mesmo em casos de incesto ou estupro, continua em vigor.’¹⁴⁵

O CDESC, em suas Observações Conclusivas sobre o relatório do Paraguai, expressou sua preocupação com a distribuição desigual de serviços de saúde entre as áreas urbanas e rurais, o que resultou em taxas mais altas de mortalidade materna nas áreas rurais.¹⁴⁶ O CDH exigiu que um Estado fornecesse às mulheres os

¹⁴⁴ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding Observations on Indonesia* (New York: UN, 1998), para. 284. UN Doc. A/53/38.

¹⁴⁵ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding Observations on Venezuela* (New York: UN, 1997), para. 236. UN Doc. A/52/38/Rev. 1.

¹⁴⁶ UN, Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, *Concluding Observations on Paraguay* (New York: UN, 1996), para. 16. UN Doc. E/C.12/1/Add. 1.

mesmos benefícios da previdência social dos quais os homens usufruem.¹⁴⁷ O mesmo raciocínio pode ser aplicado para exigir que os Estados garantam acesso igualitário para homens e mulheres à cuidados com a saúde apropriados às suas necessidades.

4.4.2 Estado civil

A Convenção das Mulheres determina que as mulheres exerçam seus direitos ‘independente de seu estado civil’. Os artigos 2º e 26 do Pacto Político prevêm a eliminação da discriminação com base no estado civil pois são proibidas as ‘discriminações de qualquer tipo, tais como ... sexo ... ou outros *status*’. Não obstante, a discriminação com base no estado civil permeia as práticas, atitudes sociais e leis de muitos países, particularmente na área do direito de família, muitas vezes chamada de lei do *status* pessoal. A estigmatização experimentada por mulheres grávidas solteiras, mesmo se estão nesta condição por razões de violência sexual ou abuso, pode comprometer seu acesso à cuidados e à boa qualidade dos cuidados que recebem, agravando sua vulnerabilidade, por exemplo, para maternidade insegura.

Muitas leis de família e leis afins basearam-se em famílias fundadas de acordo com ortodoxias conservativas do casamento legal. Muitos países mantêm provisões legais, práticas governamentais e, por exemplo, regras judiciais que privilegiam casais casados sobre aqueles companheiros co-habitantes, sobre os solteiros e sobre casais do mesmo sexo. Cada vez mais, entretanto, os direitos humanos de parceiros vivendo em uniões estáveis sem casamento e de mães solteiras estão ganhando reconhecimento. O CEDAW expressou sua preocupação, por exemplo, com relação à República Dominicana, cujas ‘provisões discriminatórias, concernentes às mulheres não casadas e às mães solteiras, persistem na legislação da previdência social e no direito de herança de terras, conforme a lei da reforma agrária’.¹⁴⁸

4.4.3 Idade

A Convenção das Crianças, em seu artigo 2º, determina:

1. Os Estados-partes respeitarão os direitos previstos nesta Convenção e os assegurarão a toda criança sujeita à sua jurisdição, sem discriminação de qualquer tipo, independente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, impedimentos físicos, nascimento ou qualquer outra condição da criança ou de seus pais ou de seus representantes legais.

2. Os Estados-partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar que a criança esteja protegida contra todas as formas de discriminação ou punição...

¹⁴⁷ *Broeks v. The Netherlands*, Communications No. 172/1984, 42 UN GAOR, 1987, UN Doc. A/42/40 at 139 (United Nations Human Rights Committee).

¹⁴⁸ UN, Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding Observations on Dominican Republic* (New York: UN, 1998), para. 332. UN Doc. A/53/38.

A discriminação baseada na idade consiste em violação comum dos direitos reprodutivos das mulheres.¹⁴⁹ Jovens mulheres sofrem muitas vezes em comunidades que negam ou impedem a expressão natural da sexualidade adolescente. Este fato toma maior significância à luz do crescente risco que acompanha uma gravidez prematura. Estabeleceu-se que as mulheres que dão à luz antes dos 18 anos de idade estão três vezes mais propensas a morrer durante o parto do que mulheres com idade acima dos 18.¹⁵⁰

Enquanto a legislação internacional protege claramente os direitos da crianças à cuidados iguais aos de adultos, serviços de saúde reprodutiva para mulheres jovens são muitas vezes negligenciados, e mesmo contestados. A Convenção das Crianças, que define a criança como o ser humano abaixo da idade de 18 anos, prevê, em seu artigo 24(1) que ‘os Estados-partes devem esforçar-se para garantir que nenhuma criança seja privada de seu direito ao acesso à . . . serviços de cuidados com a saúde’. A interdependência da mãe e da criança é reconhecida no artigo 24(2)(d), pelo qual os Estados concordam em tomar as medidas ‘para garantir cuidados apropriados de tratamento pré-natal e pós-natal para as mães’. A plena realização desses direitos é vital para a redução da morbi-mortalidade materna, bem como para a sobrevivência e para a saúde das crianças.

Leis que estabelecem diferenças entre meninas e meninos, muitas vezes, impedem o acesso de meninas adolescentes à serviços de saúde destruindo assim o controle sobre suas vidas reprodutivas. A vulnerabilidade de jovens mulheres intelectualmente maduras à discriminação por sexo e por idade se aprofunda quando serviços de saúde reprodutiva, de vital importância para as mulheres, só lhes são disponibilizados sob a condição da autorização de seus pais, enquanto que os mesmos serviços estão disponíveis para adultos, sem a necessidade de autorização. Adolescentes maduras sofrem discriminação injusta quando não são livres para obterem aconselhamento e serviços de saúde reprodutiva com a mesma confidencialidade que os adultos. A Convenção das Crianças determina que: ‘Os Estados-partes devem respeitar os direitos e deveres dos pais e, quando aplicável, guardiões legais, de orientar a criança no exercício do seu direito *de modo compatível com a evolução de sua capacidade*’ (Artigo 14(2); ênfase adicionada).

Cortes modernas tendem a favorecer a interpretação de leis sobre os poderes legais de adolescentes que levem em conta ‘as capacidades evolutivas da criança’. Em geral, cortes não permitem que os pais vetem o acesso de um adolescente maduro à serviços de saúde reprodutiva, baseados somente na questão da menor idade. Muitas vezes, cortes determinam que os poderes dos pais sobre suas crianças não sejam absolutos, mas sim decrescentes à medida em que avança a capacidade de tomada de decisões das crianças, podendo as escolhas dos pais ser anuladas

¹⁴⁹ C. A. A. Packer, ‘Preventing Adolescent Pregnancy: The Protection Offered by International Human Rights Law’, *Int. J. of Children’s Rights*, 5 (1997), 47–76.

¹⁵⁰ World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993), 84–117.

pelas cortes. Uma abordagem judicial comum consiste no reconhecimento de que os direitos dos pais existem não para seus próprios benefícios, ou de terceiros, ou da sociedade, mas para o benefício das crianças. As leis fornecem aos pais ferramentas para o cumprimento de suas responsabilidades legais de proteger a melhor saúde e interesses afins de suas crianças, mas não para serem arbitrários ou seguirem suas próprias convicções religiosas ou outras, arriscando a saúde e o bem-estar de seus filhos.

As desvantagens dos adolescentes em receber aconselhamento e serviços de saúde reprodutiva podem ser a razão pela qual adolescentes se remetem tarde demais para serviços de saúde, por exemplo, em casos de gravidez ou IST's. Adolescentes podem temer que não lhes será garantida a mesma confidencialidade que mulheres adultas receberiam na busca pelos mesmos serviços. Muitos profissionais de saúde irão reconhecer os direitos dos menores aos cuidados com a saúde e à confidencialidade, se os menores demonstrarem emancipação ou maturidade intelectual e emocional. Entretanto, políticas de clínicas ou leis que estabelecem limites de idade cronológica para certos tipos de cuidados e que negam serviços de saúde reprodutiva para meninas adolescentes com capacidade para requisitá-los, na medida de suas capacidades evolutivas, violam a Convenção das Crianças.¹⁵¹

Órgãos de monitoramento dos direitos humanos estão começando a expor violações dos direitos de meninas adolescentes. Por exemplo, o Comitê sobre os Direitos da Criança expressou sua preocupação 'com a taxa de mortalidade materna relativamente alta, especialmente porque afeta meninas jovens' na Nicarágua. Notou-se, também, que os abortos clandestinos e a gravidez na adolescência são sérios problemas no país.¹⁵² O Comitê recomendou que 'o Estado-membro considere a possibilidade de focalizar sua atenção na organização de campanha mais compreensiva e co-ordenada para abordar os problemas inter-relacionados da família e relativos a questões sociais do alto número de separações, a relativamente alta taxa de mortalidade materna e a gravidez na adolescência'.¹⁵³

Ao abordar mortalidade materna entre adolescentes, os investigadores devem examinar qual o alcance das leis implementadas pelos governos na proteção dos interesses das mulheres, tais como leis que proíbem o casamento de crianças. A idade legal para o casamento irá muitas vezes ditar a habilidade de uma mulher para exercer escolha sobre os momentos de suas gravidezes. A falha ao impor leis de idade mínima para o casamento e provisões legais e práticas que condenem o casamento com crianças, configura discriminação contra meninas e mulheres, que têm negada a devida proteção legal, permitindo o casamento precoce e o risco inerente de morte por gravidez e parto prematuros.

¹⁵¹ R. J. Cook and B. M. Dickens, 'Recognizing Adolescents' "Evolving Capacities" to Exercise Choice in Reproductive Health Care', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 13–21.

¹⁵² UN, Committee on the Rights of the Child, *Concluding Observations on Nicaragua* (New York: UN, 1995), para. 19. UN Doc. CRC/C/15/Add. 36.

¹⁵³ *Ibid.*, para. 35.

4.4.4 *Raça e etnia*

A Convenção Racial, artigo 1º, estabelece:

A expressão "discriminação racial" significará toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano (em igualdade de condições) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública.

Há um crescente reconhecimento de formas complexas de discriminação, tais como aquelas baseadas no sexo e na raça, na área da saúde, geralmente e na área da saúde sexual e reprodutiva, especificamente. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial (CEDR) recomendou, em suas Observações Conclusivas sobre o relatório da Colômbia, que programas governamentais devem ser mais sensíveis às necessidades das mulheres indígenas e afro-colombianas, explicando que elas estão sujeitas à múltiplas formas de discriminação, baseadas no sexo, no gênero, na raça ou etnia e, muitas vezes, no seu *status* marginalizado.¹⁵⁴

O Parlamento sul-africano reconheceu a contribuição de uma lei de liberação do aborto para a igualdade entre os sexos e as raças no país, no Preâmbulo do Ato Sul Africano da Escolha de Interrupção da Gravidez, de 1996. O primeiro parágrafo do preâmbulo estabelece que suas provisões são decretadas 'Reconhecendo os valores da dignidade humana, o alcance da igualdade, da segurança pessoal, do não racismo e do não sexismo, e do avanço dos direitos humanos e das liberdades na África do Sul democrática.' O Comentário Geral sobre Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres do Comitê de Direitos Humanos requer que os Estados enfrentem a questão de como a discriminação baseada em motivos que não o sexo, tais como a raça, a religião ou a origem social, afeta as mulheres (ver Parte III, Capítulo 6/4, parágrafo 30). A Recomendação Geral do CEDAW sobre Mulheres e Saúde encoraja os Estados a enfrentarem a discriminação contra subgrupos particulares de mulheres (ver Parte III, Capítulo 6/2, parágrafos 6 e 12).

O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial, em sua Recomendação Geral sobre a Definição da Não-discriminação Racial, explica que será considerado discriminatório qualquer ato que contiver um 'impacto disparatado e injustificável sobre um grupo distinto pela raça, cor, descendência, nacionalidade ou origem étnica'.¹⁵⁵ Sua Recomendação Geral sobre as Dimensões de Gênero da Discriminação Racial amplifica tal explanação ao requerer que os Estados abordem o seguinte:

¹⁵⁴ UN, Committee on the Elimination of Racial Discrimination, *Concluding Observations on Colombia* (New York: UN, 1999), para. 15. UN Doc. CERD/C/55/Misc.43/Rev. 3.

¹⁵⁵ UN, Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 'General Recommendation XIV, Article 1 (definition of racial nondiscrimination)', 1993, *International Human Rights Instruments*, 95-6, para. 2.

a relação entre discriminação de gênero e discriminação racial, considerando particularmente:

- (a) a forma e a manifestação da discriminação racial;
- (b) as circunstâncias em que ocorreu a discriminação racial;
- (c) as conseqüências da discriminação racial; e
- (d) a disponibilidade e o acesso aos remédios e mecanismos de queixas para os casos de discriminação racial. (see Pt. III, Ch. 6, Sect. 5, para. 5)

A discriminação racial se manifesta contra mulheres pertencentes à subgrupos raciais ou étnicos, numa variedade de formas e em diferentes circunstâncias. Estas manifestações incluem o acesso mais pobre de um subgrupo à cuidados e uma maior vulnerabilidade ao abuso e à exploração de suas capacidades sexuais e reprodutivas.¹⁵⁶ Em muitos países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, o *status* de saúde entre grupos populacionais varia por raça e etnia, indicando acesso diferenciado aos serviços de saúde, à informação e à educação, necessários para a proteção da saúde. Com freqüência, estatísticas mostram disparidade no risco de morte materna entre majorias e minorias populacionais. Na Austrália, por exemplo, a população aborígine sofre até dez vezes mais do risco de mortalidade materna do que a população não-aborígine.¹⁵⁷ Diferenças existem até entre diferentes populações raciais que vivem nas mesmas cidades, tais como nos Estados Unidos, onde a população negra tem um risco relativo de morte materna 4,3 vezes mais alto do que a população não negra.¹⁵⁸

Taxas mais altas de doenças reprodutivas podem resultar do fato de grupos etnicamente marginalizados terem *status* sócio-econômico mais pobre do que outras comunidades, e menor acesso aos cuidados necessários com a saúde. Alguns grupos têm traços genéticos que podem causar problemas mais agudos, durante a gravidez. Certos grupos de mulheres negras da região mediterrânea que têm anemia falciforme sofrem dificuldades e têm problemas dolorosos durante a gravidez, o parto e o período pós-parto.¹⁵⁹ A anemia falciforme vem de um traço genético que fornece resistência à malária, mas ao mesmo tempo dispõe as mulheres à um risco mais alto de morbi-mortalidade materna. As necessidades de saúde particulares destes grupos de mulheres devem ser examinadas, pois quando não o são, a negligência é, cada vez mais, vista como uma forma de discriminação complexa.

O potencial para sofrer abusos de direitos é freqüentemente maior entre minorias étnicas, o que sugere que muito cuidado e sensibilidade devem ser aplicados no fornecimento de serviços de saúde reprodutiva e serviços correlatos, em comunidades de raça mista. Relatou-se, por exemplo, que algumas mulheres indígenas

¹⁵⁶ T. Banks, 'Women and AIDS: Racism, Sexism and Classism', *New York University Review of Law and Social Change*, 17 (1988-9), 351.

¹⁵⁷ H. K. Atrash, S. Alexander, and C. J. Berg, 'Maternal Mortality in Developed Countries: Not Just a Concern of the Past', *Obstetrics and Gynecology*, 86 (1995), 700-5.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ C. AbouZahr, 'Maternal Mortality Overview', in C. J. L. Muray and A. D. Lopez (eds.), *Health Dimensions of Sex and Reproduction* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1998), 111-64 at 150.

212 *Princípios médicos, éticos e legais*

no México não buscam serviços de parto, por medo de serem esterilizadas durante o procedimento, sem o seu consentimento ou mesmo conhecimento.¹⁶⁰ O uso de métodos contraceptivos permanentes ou de longa duração sem o consentimento livre e informado do usuário foi denunciado, em alguns países. Estes métodos podem ser oferecidos ou empregados de maneiras que explorem a falta de poder, a vulnerabilidade e o *status* de subordinação de populações de minoria racial. O controle da reprodução em tais comunidades nos Estados Unidos, por exemplo, ocorreu de maneiras suspeitas, tais como a oferta por parte de tribunais a mulheres criminosas, de baixa renda, oriundas de minorias étnico/raciais, de serem soltas da prisão sob a condição de aceitarem usar implantes de contraceptivos de longa duração.¹⁶¹

4.4.5 *Status de saúde/deficiência*

As convenções de direitos humanos proíbem discriminações não somente com base em características específicas, tais como sexo, raça e idade, mas também com base em ‘outros *status*’, tais como o *status* de saúde e deficiência. O CDESC, através do Comentário Geral 14 sobre o Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde interpretou que ‘outros *status*’ de proibição de discriminação incluem deficiências físicas e mentais e que o *status* de saúde inclui HIV/AIDS (ver Parte III, Capítulo 6/3, parágrafo 18).

O Comentário Geral do CDESC sobre Pessoas Portadoras de Deficiências adota a seguinte abordagem com relação à deficiência: ‘O termo deficiência resume um grande número de diferentes limitações funcionais, ocorrentes em qualquer população... Pessoas podem ser fisicamente ou intelectualmente deficientes e ter deficiências sensoriais, condições médicas ou doenças mentais. Tais comprometimentos, condições ou doenças são permanentes ou transitórios por natureza.’¹⁶² O Comentário exige que os Estados-membros do Pacto Econômico tomem medidas positivas para reduzir a discriminação com base na deficiência.¹⁶³ Além disso, os Estados-partes da Convenção sobre os Direitos da Criança são especificamente obrigados, através de seu artigo 23 a cuidarem das necessidades de crianças com deficiências, incluindo as deficiências relativas ao seu *status* de saúde.

O CEDAW enfatizou a necessidade de se evitar a discriminação contra mulheres em condições de alto risco, no desenvolvimento de estratégias nacionais para a prevenção e o controle do HIV/AIDS. Em suas Recomendações Gerais, o CEDAW insta os Estados-partes da Convenção das Mulheres a implementarem programas de combate ao HIV/AIDS que: ‘dêem especial atenção aos direitos e às necessidades das mulheres... e aos fatores relativos ao papel reprodutivo das mulheres e sua

¹⁶⁰ Citado em A. Yamin and D. Maine, ‘Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations’, *Human Rights Quarterly*, 21 (1999), 563–607, 599.

¹⁶¹ T. Lewin, ‘Implanted Birth Control Device Renews Debate over Forced Contraception’, *New York Times* (10 Jan. 1991).

¹⁶² *International Human Rights Instruments*, para. 3.

¹⁶³ *Ibid.*, paras. 8–12.

posição subordinada em algumas sociedades, o que as torna especialmente vulneráveis para a infecção do HIV'.¹⁶⁴

Como resultado das iniciativas do CDESC e do CEDAW, dos documentos do Cairo¹⁶⁵ e de Pequim¹⁶⁶ e das diretrizes internacionais sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos (ver Parte III, Capítulo 7), os governos se comprometeram a:

- eliminar a discriminação contra pessoas afetadas por HIV e contra suas famílias;
- fortalecer os serviços de testagem da infecção por HIV, assegurando-se que será respeitada a confidencialidade; e
- implementar programas especiais de fornecimento de tratamento e o necessário suporte emocional para homens e mulheres infectados pelo HIV/AIDS, bem como aconselhamento para suas famílias e relações próximas.

Os textos reconhecem que a infecção por HIV nas mulheres reflete freqüentemente a deficiência pré-condicionante das mulheres que, por sua condição de gênero, têm falta de poder social e legal para controlarem se, quando e com quais proteções terão relações sexuais.¹⁶⁷

O direito à não-discriminação de pessoas com deficiência, que existe não somente para a proteção contra, por exemplo, abuso sexual, mas também para o alcance da satisfação e saúde sexual, apresenta novas fronteiras para o avanço dos direitos humanos.

4.4.6. *Orientação sexual*

Leis não-discriminatórias incluem, cada vez mais, a orientação sexual, como base proibitiva para discriminação. O Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas explicou que a característica do sexo 'deve incluir a orientação sexual',¹⁶⁸ e não subordinar orientação sexual sob o termo 'outros *status*'.

Com relação à igualdade de acesso aos serviços de saúde, o CDESC explica que o Pacto Econômico proíbe 'qualquer discriminação no acesso à serviços de saúde e determinantes subjacentes de saúde, bem como aos meios e direitos para a sua obtenção, com base em... orientação sexual... que tenha a intenção ou o efeito de anular ou comprometer o gozo ou exercício do direito à saúde' (ver Parte III, Capítulo 6/3, parágrafo 18). Negar a indivíduos, vivendo em relações com pessoas do mesmo sexo, serviços que são necessários para proteger sua saúde e que são fornecidos para parceiros em relações heterossexuais, discrimina contra tais indivíduos com base na sua orientação sexual, ofendendo leis de direitos humanos. Agências de direitos humanos podem desenvolver leis e práticas nessa área, uma

¹⁶⁴ UN, 'CEDAW General Recommendation 15 (1990): Avoidance of Discrimination against Women in National Strategies on HIV/AIDS', *ibid.* 109–10.

¹⁶⁵ Cairo Programme, para. 8.34.

¹⁶⁶ Beijing Platform, para. 108.

¹⁶⁷ Cairo Programme, para. 7.34; Beijing Platform, para. 99.

¹⁶⁸ *Toonen v. Australia* (see n. 71), para. 8.

vez que cuidados médicos devem estar disponíveis numa base de não-discriminação devido à orientação sexual. Agências nacionais de direitos humanos têm, por exemplo, reconhecido direitos de testagem de espermas, para a reprodução assistida de mulheres solteiras¹⁶⁹ e mulheres vivendo em relações lésbicas.¹⁷⁰

4.5 *Direitos relativos à informação, à educação e à tomada de decisão*

4.5.1 *O direito de receber e compartilhar informações*

O Pacto Político, artigo 19, estabelece:

2. Toda pessoa terá o direito à liberdade de expressão; esse direito incluirá a liberdade de procurar, receber e difundir informações e idéias de qualquer natureza, independentemente de considerações de fronteiras, verbalmente ou por escrito, de forma impressa ou artística, ou por qualquer meio de sua escolha.

3. O exercício do direito prescrito no parágrafo 2º do presente artigo implicará deveres e responsabilidades especiais. Conseqüentemente, poderá estar sujeito a certas restrições, que devem, entretanto, ser expressamente previstas em lei, sendo necessárias para:

- (a) assegurar o respeito dos direitos e da reputação das demais pessoas;
- (b) proteger a segurança nacional, a ordem, a saúde ou a moral públicas.

O significado da informação para a saúde reprodutiva é reforçado pelo artigo 10(h) da Convenção das Mulheres, que requer que as mulheres tenham acesso a ‘informações educacionais específicas que ajudem a garantir a saúde e o bem-estar das famílias, incluindo informações e aconselhamento sobre planejamento familiar’. Não obstante, em diversos países ainda se considera crime, algumas vezes crime contra a moralidade, a difusão de informações acerca de métodos contraceptivos ou tornar pública a informação sobre lugares onde as mulheres podem obter serviços de interrupção da gravidez.¹⁷¹

Tradicionalmente, o direito à informação tem sido interpretado como a garantia para buscar, receber e compartilhar livremente informações e idéias sem a interferência governamental. Entretanto, alguns comentaristas agora argumentam que o direito evoluiu para um ponto em que governos têm obrigações imediatas e concretas de fornecer informações necessárias para a proteção e para a promoção da saúde reprodutiva, e não somente deixar de intervir na sua provisão.¹⁷² A demanda de que governos tenham obrigações positivas para garantir o acesso a informações necessárias para que indivíduos protejam sua saúde vem sendo crescentemente apoiada pelas decisões de tribunais de direitos humanos.

¹⁶⁹ *McBain v. Victoria*, Commonwealth Human Rights Law Digest, 3 (2000), 153 (Federal Court of Australia).

¹⁷⁰ *Korn v. Potter* (1996), 134 DLR (4th) 437 (British Columbia Supreme Court, Canada).

¹⁷¹ S. Coliver (ed.), *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information* (London and Philadelphia: Article 19 and University of Pennsylvania Press, 1995).

¹⁷² S. Coliver, ‘The Right to Information Necessary for Reproductive Health and Choice Under International Law’, *ibid.* 38–82.

A Corte Européia de Direitos Humanos examinou se uma injunção de corte nacional, impetrada para proibir o fornecimento de informações relativas à disponibilidade de serviços de aborto, violava o direito à liberdade de expressão.¹⁷³ A Corte determinou que uma interdição governamental, no aconselhamento e na circulação de informações sobre onde encontrar serviços de abortamento legal em outros países violava o direito de compartilhar e receber informações. A Corte enfatizou a conexão entre o acesso limitado a informações e o risco de saúde, considerando que a injunção impedia o fornecimento de informações sobre onde encontrar serviços de aborto

criando um risco à saúde de mulheres que buscam por abortos num estágio avançado da gravidez, devido a falta de aconselhamento apropriado e que não são submetidas à supervisão médica costumeira depois de ocorrido o aborto. Ainda, a injunção pode ter mais efeitos adversos sobre as mulheres sem recursos suficientes, ou sem o grau de instrução necessário para obter acesso a fontes alternativas de informação.¹⁷⁴

Parece, portanto, que os tribunais de direitos humanos serão especialmente vigilantes ao examinarem casos de alegação de violações do direito a informações necessárias para proteger a saúde reprodutiva, especialmente em casos em que tais violações possam colocar mulheres sem recursos ou educação em desvantagem desproporcional.¹⁷⁵

4.5.2 O direito à educação

O pacto Econômico, artigo 13, estabelece:

1. Os Estados-partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa à educação. Concordam que a educação deverá visar o pleno desenvolvimento da personalidade humana e do sentido de sua dignidade e fortalecer o respeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais. Concordam ainda que a educação deverá capacitar todas as pessoas a participar efetivamente de uma sociedade livre . . .

2. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem que, com o objetivo de assegurar o pleno exercício desse direito:

- (a) A educação primária deverá ser obrigatória e acessível gratuitamente a todos;
- (b) A educação secundária em suas diferentes formas, inclusive a educação secundária técnica e profissional, deverá ser generalizada e tornar-se acessível a todos, por todos os meios apropriados e principalmente, pela implementação progressiva do ensino gratuito;
- (c) A educação de nível superior deverá igualmente tornar-se acessível a todos, com base na capacidade de cada um, por todos os meios apropriados e, principalmente pela implementação progressiva do ensino gratuito; . . .

¹⁷³ *Open Door Counselling and Dublin Well Women v. Ireland* (1992), 15 EHRR 244 (European Court of Human Rights).

¹⁷⁴ *Ibid.*, para. 77.

¹⁷⁵ N. Whitty, 'The Mind, Body, and Reproductive Health Information', *Human Rights Quarterly*, 18 (1996), 224-39.

216 *Princípios médicos, éticos e legais*

3. Os Estados-partes do presente Pacto comprometem-se a respeitar a liberdade dos pais e, quando for o caso, dos tutores legais, de escolher para seus filhos escolas distintas daquelas criadas pelas autoridades públicas, sempre que atendam aos padrões mínimos de ensino, prescritos e aprovados pelo Estado, e de fazer com que seus filhos venham a receber educação religiosa ou moral que esteja de acordo com suas próprias convicções.

Existe uma forte relação entre o acesso de meninas à educação e à alfabetização e sua capacidade de proteger e melhorar sua saúde sexual e reprodutiva. Como fatores chave na redução de mortalidade materna em diversos países, incluindo o Sri Lanka, o Estado de Kerala na Índia, Cuba, e a China, encontram-se os efeitos combinados da educação e de estratégias de empoderamento de meninas, bem como as melhorias no acesso aos serviços de saúde necessários.¹⁷⁶ Cortes nacionais podem contribuir para esses efeitos, aplicando o direito à educação para requerer que o Estado garanta o fornecimento de educação primária gratuita para meninas.

A Suprema Corte da Índia, por exemplo, baseada no artigo 13 do Pacto Econômico, explicou que o Estado é obrigado a fornecer a cada criança educação gratuita até a idade de 14 anos.¹⁷⁷ A Corte considerou o direito à educação implícito no direito à vida e à liberdade pessoal, contidos no artigo 21 da Constituição indiana, mas não como um direito absoluto. Depois que as crianças chegam aos quatorze anos de idade, seu direito à educação está sujeito aos limites da capacidade econômica e do desenvolvimento do Estado. A Corte enfatizou que a Constituição indiana requer que ‘o Estado promova com cuidado especial a educação e os interesses econômicos das seções mais fracas da população... e os proteja das injustiças sociais e de todas as formas de exploração’.¹⁷⁸

Cortes nacionais também estão requerendo que as autoridades educacionais garantam oportunidades educacionais iguais para as meninas. Por exemplo, a mais alta corte na Inglaterra, a Casa dos Lords, considerou que uma autoridade educacional local estava tratando as meninas de forma menos favorável do que os meninos, em oposição ao Ato de Discriminação Sexual de 1975, porque havia menos vagas para as meninas do que para os meninos nas escolas secundárias.¹⁷⁹

Os documentos do Cairo e de Pequim encorajam os sistemas educacionais a eliminarem todas as barreiras que impedem a frequência às aulas de meninas casadas e/ou grávidas e de jovens mães.¹⁸⁰ Uma barreira deste tipo foi removida em 1995, por exemplo, quando a Corte de Apelação de Botswana considerou inconstitucional uma regulamentação de uma Universidade que discriminava contra estudantes mulheres exigindo que estas informassem ao diretor sobre suas gravidezes e assim

¹⁷⁶ UNICEF, *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival* (New York: UNICEF, 1999), 26–7.

¹⁷⁷ *Unni Krishnan v. State of Andhra Pradesh*, [1993] AIR 2178 (Supreme Court of India).

¹⁷⁸ *Ibid.* 2231.

¹⁷⁹ *R. v. Birmingham City Council*, [1989] 2 WLR 520 (House of Lords, England), digested in *Commonwealth Law Bulletin*, 15 (1989), 414.

¹⁸⁰ Cairo Programme, para. 11.8; Beijing Platform, para. 277(a).

se sujeitavam a suspensão ou expulsão.¹⁸¹ Alunos do sexo masculino que tivessem provocado gravidezes não estavam sujeitos a tal regulamentação.

Em lugares em que tentativas de introduzir a educação sexual compulsória nas escolas são desafiadas, por razões morais ou religiosas, por exemplo, as cortes tendem, geralmente, a favorecer tal educação. Por exemplo, a Corte Européia de Direitos Humanos abordou as dimensões de direitos humanos de um Estado requisitando que um currículo de educação sexual fosse ensinado em suas escolas. A Corte requisitou sensibilidade ‘como ponto de vista dos pais, mas determinou a implementação de um curso de educação sexual nas escolas do Estado pois ‘o currículo está sendo transmitido de maneira crítica, objetiva e pluralista, [e não] segue uma linha de ensino que possa ser considerada como não respeitosa das convicções religiosas e filosóficas dos pais’.¹⁸²

As cortes tendem a favorecer o acesso às oportunidades educacionais, com base na igualdade entre os sexos, pois reconhecem a educação como a fundação da autonomia e da responsabilidade individual. As mulheres capazes de exercitar a autodeterminação em seus relacionamentos sexuais e responsabilidade na escolha do momento e do espaçamento de suas gravidezes são mais propensas a uma melhor saúde sexual e reprodutiva.

4.5.3 O direito à liberdade de pensamento, consciência e religião

O Pacto Político, artigo 18, estabelece:

1. Toda a pessoa terá direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Esse direito implicará na liberdade de ter ou adotar uma religião ou crença de sua escolha e na liberdade de professar sua religião ou crença, individual ou coletivamente, tanto pública como privadamente, por meio de culto, celebração de ritos, práticas e ensino.

2. Ninguém poderá ser submetido a medidas coercitivas que possam restringir sua liberdade de ter ou de adotar uma religião ou crença de sua escolha.

3. A liberdade de manifestar a própria religião ou crença estará sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas.

4. Os Estados-partes no presente Pacto comprometem-se a respeitar a liberdade dos pais — e quando for o caso, dos tutores legais — de assegurar aos filhos a educação religiosa e moral que esteja de acordo com suas próprias convicções.

Muitas das leis que regulam a reprodução humana e as informações sobre opções reprodutivas refletem valores morais derivados de convicções religiosas e doutrinas. Liberdade de religião inclui uma liberdade individual de compulsão a se adequar

¹⁸¹ Student Representative Council, Molepolole College of Education v. Attorney General of Botswana (for and on behalf of the Principal of Molepolole College of Education and Permanent Secretary of Ministry of Education), unreported, Civil Appeal No. 13 of 1994, Misc. No. 396 of 1993. Judgment delivered on 31 Jan. 1995, reported in E. K. Quansah, ‘Is the Right to Get Pregnant a Fundamental Human Right in Botswana?’, *Journal of African Law*, 39 (1995), 97–102.

¹⁸² *Kjeldsen v. Denmark* (1976) 1 EHRR 711, para. 53 (European Court of Human Rights).

a leis desenhadas somente ou principalmente para sustentar doutrinas de fé religiosa. A liberdade de religião não tem substância a menos que indivíduos sejam livres para atuar consistentemente com suas próprias crenças sobre religião e tenham suas próprias consciências com relação às doutrinas de fé que não seguem. Esta visão foi expressa pelo Ministro da Saúde do Chile, Michelle Bachelet, quando cortes negaram contracepção de emergência para mulheres no país. O Ministro explicou que ‘não podemos negar a escolha para uma parte da população por causa da visão que a outra parte da população possa ter.’¹⁸³

Quando a lei é secular, há acomodação da consciência religiosa de cada indivíduo. Entretanto, quando a lei é baseada no sistema da crença de uma religião dominante há, com freqüência, pouca tolerância com a discordância religiosa ou com consciências religiosas alternativas. Isto é, quando leis permitem práticas ofensivas a uma religião, aos seguidores de tal religião é permitido o direito da objeção religiosa, mas quando leis incorporam um valor religioso, a discordância conscienciosa é freqüentemente negada e criminalizada. Este foi o caso quando a Suprema Corte do Chile negou às mulheres chilenas o acesso à contracepção de emergência, baseada em pontos de vista ideológicos da Corte.¹⁸⁴ Em contraste, o Invima (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) da Colômbia aprovou a contracepção de emergência, com base na determinação de sua segurança e eficácia para os propósitos para os quais é promovida.¹⁸⁵

A liberdade para expressar convicções religiosas, filosóficas e sociais relativas à autodeterminação reprodutiva corre em, pelo menos, duas direções. Os indivíduos desfrutam de direitos humanos de escolha reprodutiva e, igualmente, os profissionais de saúde devem estar livres para não participarem de práticas que considerem ofensivas, com base na religião, tais como realizar abortos e esterilizações e realizar procedimentos relativos à fertilização *in vitro*. Nos lugares em que os profissionais de saúde se opõem, com base na consciência, eles têm o dever profissional de referir o paciente para outro profissional que irá realizar os procedimentos. Além disso, a consciência não pode justificar a recusa de um profissional de saúde de participar de um aborto para salvar uma vida, quando não houver outro profissional adequado ou outro método disponível. Normalmente, a responsabilidade de justificar a objeção conscienciosa recai sobre o profissional de saúde que a invoca (ver Parte I, Capítulo 5/9, sobre os aspectos legais). O Ato de Aborto do Reino Unido, de 1967, torna a questão explícita, estabelecendo na seção 4:

¹⁸³ *Lancet* 357 (2001), 1188 (14 Apr. 2001).

¹⁸⁴ Recurso de Protección, rol C.S. 2186–2001 y otros, ‘Phillipi Izquierdo con Laboratorio Chile S.A. y otros’, 30 Aug. 2001 (Supreme Court of Chile).

¹⁸⁵ INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) Resolución No. 2001297067, 15 Nov. 2001, ‘Por la cuál se adoptan unos conceptos y recomendaciones de la Sala Especializada de Medicamentos de la Comisión Revisora’ (Embracing concepts and recommendations issued by the official review specialized board of medicaments INVIMA; Resolución No. 2002000510, 11 Jan. 2002, ‘Por la cuál se resuelve una revisión de oficio de un medicamento’ (Stating to carry out the official review of a medication)).

(1) Sujeito à subseção (2) desta seção, ninguém será obrigado, seja por contrato, estatuo ou outro instrumento legal, a participar na realização de nenhum tratamento autorizado por este Ato, com o qual tenha uma objeção conscienciosa: desde que, em qualquer procedimento legal, o ônus da prova desta objeção recaia sobre aquele que a invocou.

(2) Nada na subseção (1) desta seção afetará o dever de participar em tratamentos necessários para salvar vidas ou impedir danos graves à saúde física ou mental de uma mulher grávida.¹⁸⁶

Provisões de direitos humanos exigem o máximo respeito e equilíbrio entre as escolhas dos indivíduos para a utilização de serviços reprodutivos, e o direito dos profissionais de saúde de não participarem no fornecimento de serviços aos quais se opõem, com base na consciência. A não participação pode requerer, entretanto, exclusão voluntária de oportunidades de trabalho quando a participação na provisão de tais serviços de saúde reprodutiva é parte central do emprego.¹⁸⁷

5. Progressos e desafios

Pelo fato dos direitos humanos terem por objetivo conferir o poder da auto-defesa e da autodeterminação àqueles que vem sendo historicamente privados destes poderes, eles ainda sofrem resistência por parte de agências e de pessoas que historicamente desfrutaram de privilégios e poder de governo. A resistência é freqüentemente velada pela retórica que invoca aderência à valores democráticos e à subordinação individual à regra da maioria. Entretanto, agências políticas religiosas, profissionais, dentre outras convencionalmente acostumadas ao exercício de poder e liderança permanecem relutantes em abrir mão de seu poder em nome de indivíduos, e continuam com o controle paternalista de suas escolhas reprodutivas.

Assim sendo, o avanço em relação à saúde sexual e reprodutiva individual e à autodeterminação enfrenta o desafio contínuo de tornar os direitos humanos efetivos na prática, e de inspirar e exigir a adequação governamental. O conjunto e o detalhamento de direitos humanos acima descrito não é definitivo nem exaustivo. Os direitos humanos são material bruto, rico e infinitamente maleável sobre os quais indivíduos, comunidades e sociedades podem moldar sua liberdade sexual e reprodutiva. Os direitos humanos acima descritos, dentre outros, incluindo, por exemplo, o direito à liberdade de assembléia, podem ser invocados e empregados, diante de agências governamentais e não governamentais, tribunais e corpos judiciários nacionais e internacionais, para incitar que os direitos sexuais e reprodutivos sejam respeitados, protegidos e consumados.

Os direitos humanos também fornecem a moldura crítica de referência do trabalho dos órgãos de monitoramento de tratados internacionais de direitos humanos

¹⁸⁶ UK Statutes 1967, ch. 87 (as amended).

¹⁸⁷ B. M. Dickens and R. J. Cook, 'The Scope and Limits of Conscientious Objection', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 71 (2000), 71-7.

220 *Princípios médicos, éticos e legais*

que apresentam comentários visíveis internacionalmente sobre a adequação dos países às suas obrigações de direitos humanos, com base nos relatórios submetidos pelos governos e submetidos também por organizações não governamentais e outras organizações independentes. Órgãos de monitoramento fornecem uma fonte valiosa e acessível aos indivíduos e às organizações, inspirada para falar contra as falhas governamentais em observar suas responsabilidades para com os direitos humanos, através da qual os abusos de direitos humanos e as negligências podem ser expostos. Eles fornecem liderança internacional para exigir que os governos prestem contas de sua conduta, incluindo seus avanços no campo dos direitos humanos e suas falhas em torná-los efetivos, bem como declarações de padrões para medir a aquiescência dos Estados para com os direitos humanos.

Os direitos humanos e os padrões que determinam a adequação podem também ser empregados por profissionais de saúde, e suas associações e agências profissionais, para guiar suas próprias condutas e inspirar e exigir adequação por parte de pessoas e instituições que eles podem influenciar. Objetivando identificar originalmente um alto nível ou limite de conduta que profissionais conscientes e associações deveriam se esforçar para alcançar, os direitos humanos aparecem, cada vez mais, como base ou fundação sobre a qual profissionais e instituições devem se construir.

7

Implementação dos princípios legais e de direitos humanos

1. Visão geral

A implementação das leis analisadas no capítulo 5 e dos direitos humanos discutidos no capítulo 6 requer a colaboração e o esforço conjunto dos profissionais de saúde e de direito, das mulheres e de grupos sociais ativos. Um passo necessário em direção à aplicação dos direitos humanos para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva das mulheres é avaliar a situação e as necessidades em uma comunidade e cultura específica. A avaliação incluirá a atenção clínica, sistemas de saúde, e as condições sociais, econômicas e legais subjacentes. O cumprimento dos padrões, a medição de indicadores em um período de tempo, o progresso em direção a metas estabelecidas ajudarão nesta avaliação.

As leis podem ser cumpridas no nível das cortes e das instituições nacionais. Muitos princípios de direitos humanos ganham força de lei através da legislação nacional e das instituições judiciais e de outros tipos, e são desenvolvidos por agências que monitoram o cumprimento das convenções internacionais de direitos humanos. Quando os esforços para obter justiça falham na esfera nacional, podem ser procuradas reparações em tribunais regionais e internacionais de direitos humanos. Em geral, antes de envolver os tribunais judiciais internacionais no cumprimento de direitos, exige-se que os querelantes esgotem os mecanismos judiciais nacionais e outros existentes.

Quando os profissionais de saúde desfrutam do privilégio e da confiança pública que permitem que eles se auto-regulem, o princípio ético de justiça exige que as próprias profissões atuem como agentes morais e exijam que seus membros respeitem a lei.

As estratégias preparatórias para apresentação de reivindicações e de queixas na esfera nacional e internacional têm muito em comum. Este capítulo irá abordar primeiramente os fatores que auxiliam o desenvolvimento de queixas efetivas. Abrange a identificação e documentação das injustiças alegadas e suas causas, a determinação das leis e princípios de direitos humanos envolvidos e os padrões aplicáveis e, finalmente, a avaliação dos recursos que podem ser apropriados para a

reparação efetiva das violações. Em seguida, o capítulo considerará como as queixas legais (incluindo queixas de direitos humanos) podem ser defendidas através de mecanismos nacionais, tais como ouvidorias, comissões nacionais de direitos humanos, métodos de controle profissional, e, finalmente, as cortes de direito. As queixas de direitos humanos serão, então, tratadas de forma mais breve, observando como podem ser preparadas para apresentação, diante de agências regionais e internacionais e de órgãos de monitoramento de convenções de direitos humanos. A Corte Internacional de Justiça e outros tribunais judiciais internacionais semelhantes são muito remotos para incluí-los aqui, visto que, apesar de alguns deles poderem receber petições de indivíduos contra seus próprios países, seu papel principal concerne litígios entre Estados e instituições internacionais.

2. Avaliação das necessidades dos direitos humanos

Um passo necessário rumo à aplicação dos direitos humanos para promover a saúde reprodutiva e sexual é fazer uma avaliação da extensão, causas e consequências das deficiências na saúde reprodutiva e sexual, em uma comunidade e cultura específica, com base na reunião de dados novos relevantes ou de fontes de dados disponíveis (ver Parte III, Capítulo 1). A avaliação local deve identificar as leis, incluindo a linguagem das leis promulgadas e de qualquer regulamentação subordinada elaborada segundo a autoridade destas leis, as decisões judiciais ou outras que fixem critérios de interpretação e as políticas de governo, dos estabelecimentos de saúde, e de outros organismos influentes que facilitam ou obstruem a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde reprodutiva e sexual.¹ Deve-se determinar em que medida se implementam as leis que facilitariam o acesso e, caso não sejam adequadamente implementadas, como poderiam sê-lo. As leis e políticas que obstruem a autonomia e a escolha individual relativas à saúde reprodutiva e sexual, e a disponibilidade e acesso aos serviços, também devem ser identificadas, juntamente com aquelas que facilitam o empoderamento das pessoas.

É necessário avaliar o que deve ser feito em um distrito ou país para promover a obediência aos direitos humanos, em diferentes níveis, incluindo:

- Atenção clínica
- Operação de sistemas de saúde
- Condições subjacentes, incluindo condições sociais, econômicas e legais para a observância dos direitos humano

Estes níveis não são necessariamente separados. Frequentemente há superposição entre eles, a ponto de uma falha em respeitar os direitos humanos em um nível poder exacerbar problemas em outro nível. Seguem-se exemplos da aplicação de direitos humanos na atenção clínica, nos sistemas de saúde, e condições de saúde subjacentes, mas eles estão longe de esgotar o assunto.

¹ Ver Human Rights Impact Assessment em L. O. Gostin and Z. Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic* (New York: Oxford University Press, 1997).

2.1 Atenção clínica

Uma avaliação do nível em que os direitos humanos dos pacientes são respeitados, no contexto da atenção clínica, pode demonstrar falta de respeito pela dignidade do paciente e por sua opinião sobre suas circunstâncias pessoais. Os direitos de privacidade na prestação de serviços de saúde reprodutiva e sexual são suscetíveis de serem ignorados. Os profissionais de saúde devem estar capacitados sobre a importância de preservar a confidencialidade dos pacientes em busca de e que estejam recebendo cuidados. As quebras de confidencialidade são violações, não apenas de deveres éticos profissionais dos prestadores de serviços, mas também das leis sobre a confidencialidade do paciente (ver Parte I, Capítulo 5, Seção 7.2).

É necessário avaliar quão bem a atenção clínica leva em conta as doenças ou as condições específicas, ou mais prevalentes, entre certos subgrupos de mulheres grávidas, como a malária, a anemia falciforme, a hepatite, e o HIV/AIDS. Passos devem ser dados para garantir que serviços de aborto legal solicitados sejam prestados, e também para assegurar que estas condições subjacentes sejam tratadas, ou que as mulheres afetadas sejam encaminhadas a tratamentos apropriados e acessíveis. O desafio é abordar esses problemas de saúde reprodutiva de forma não discriminatória e construtiva. Também há necessidade de analisar as condições em que se apresentam manifestações clínicas específicas a certos subgrupos de mulheres, como a violência doméstica que resulte, por exemplo, em gravidez não desejada. Ênfase deve ser dada para identificar meios de reduzir o estigma do abuso, no contexto da atenção clínica, assegurando tratamento respeitoso a todos os pacientes em busca de serviços, independente de suas razões, circunstâncias ou, por exemplo, condição socioeconômica.

2.2 Sistemas de saúde

Uma avaliação do nível em que os direitos dos pacientes são respeitados, em todo o sistema de saúde, pode ser realizada através de uma análise das barreiras sistêmicas à disponibilidade dos cuidados, e de leis, políticas e práticas que possam dissuadir aqueles em busca de atenção médica de buscá-la. Primeiramente, é necessário analisar as *barreiras à disponibilização* de serviços de saúde reprodutiva e sexual, tais como:

- falta de implementação de leis e políticas benéficas à saúde reprodutiva, como falhas em conceder a permissão legal para aborto, quando a gravidez é consequência de estupro;
- falta de pessoal de saúde capacitado, devido a proibições ou limitações legais de procedimentos ou, por exemplo, devido ao abuso da objeção conscienciosa na participação em serviços lícitos;
- falta de serviços de saúde reprodutiva e sexual de boa qualidade, decorrente, por exemplo, da baixa prioridade dada a esses serviços pelas instalações de

224 *Princípios médicos, éticos e legais*

saúde, ou da alocação indevida de recursos governamentais ou de outras fontes orçamentárias necessárias;

- barreiras de gênero, como falta de disponibilidade de serviços institucionais, em momentos que seja possível às mulheres comparecer ao atendimento, e falta de unidades para cuidar de seus filhos pequenos ou dependentes enquanto elas recebem orientação e tratamento; e
- leis e políticas de saúde que demandem qualificação excessiva de profissionais da saúde para prestar serviços de saúde reprodutiva e sexual.

Em segundo lugar, deve-se analisar os *impedimentos ao acesso* aos serviços de saúde reprodutiva e sexual disponíveis, especialmente para as mulheres ou certos subgrupos de mulheres, como:

- ausência de proteção, ou impressão de falta de proteção da confidencialidade;
- baixa qualidade da atenção, incluindo atitudes desrespeitosas ou punitivas por parte dos provedores;
- exigência de autorização de terceiros, como necessidade de autorização matrimonial;²
- falha em tratar as meninas adolescentes, de acordo com sua ‘capacidade de desenvolvimento’ de fazerem escolhas maduras nos cuidados com a sua saúde reprodutiva e sexual;³ e
- exigências de pagamento total ou parcial dos serviços, especialmente para meninas adolescentes.

2.3 *Condições subjacentes, incluindo condições sociais, econômicas e legais*

As barreiras à melhoria da saúde reprodutiva e sexual, freqüentemente, derivam de condições sociais, econômicas, culturais, legais e outras relacionadas, que ofendem os direitos humanos. Uma avaliação das necessidades dos direitos humanos pode demonstrar obstáculos sociais à saúde reprodutiva, que incluem a falta de alfabetização ou de oportunidade de educação ou a falta de emprego, que negam às pessoas, como as mulheres jovens, alternativas à gravidez precoce ou repetida, ou neguem a elas os meios econômicos e demais meios de acesso a serviços de saúde reprodutiva e sexual. A vulnerabilidade das mulheres a abusos sexuais e outros, dentro e fora do casamento, aumenta os riscos de gravidez insegura e de doenças mentais.⁴ Os hábitos sociais, religiosos e econômicos passam a ser incluídos em leis que historicamente

² R. J. Cook e D. Maine, ‘Spousal Veto over Family Planning Services’, *American Journal of Public Health*, 77 (1987), 339–44.

³ R. J. Cook e B. M. Dickens, ‘Recognizing Adolescents’ “Evolving Capacities” to Exercise Choice in Reproductive Health Care’, *Int. J. Gynecol. Obstet. (World Report on Women’s Health)*, 70(2000), 13–21.

⁴ L. Gulcur, ‘Evaluating the Role of Gender Inequalities and Rights Violations in Women’s Mental Health’, *Health and Human Rights*, 5 (2000), 47–66.

têm sido invocadas para oferecer uma justificativa à discriminação contra as mulheres. Uma abordagem sensível à questão de gênero na ciência social e na pesquisa legal pode ajudar a identificar como as condições sociolegais subjacentes podem ter efeitos positivos ou negativos na promoção da independência das mulheres e no acesso, por exemplo, a serviços de aborto legal e aborto seguro.

Uma avaliação das necessidades dos direitos humanos permite analisar as condições subjacentes que aumentam os fatores de risco para as doenças reprodutivas e sexuais comuns, sobretudo nas mulheres ou em certos subgrupos de mulheres, como:

- violência contra as mulheres;
- abuso sexual;
- pobreza;
- diferentes formas de discriminação contra as mulheres; e
- diferentes condicionantes sociais e econômicos de impotência das mulheres.

Existem vários estudos comparativos que oferecem informações sobre leis em diversos países⁵ e regiões.⁶ A pesquisa jurídica pode ajudar a reconhecer como as leis promovem ou comprometem os interesses das mulheres em sua vida pessoal, familiar, e pública, com efeitos indiretos sobre sua saúde. Frequentemente, os direitos de família expressam valores culturais básicos da comunidade, como o direito à herança de terras. As culturas que se negam a admitir que são resistentes à igualdade entre mulheres e homens usualmente têm perpetuado, inconscientemente, a subordinação e a impotência das mulheres. Consideram o *status* inferior das mulheres uma condição ‘natural’ da vida em família e da ordem social, tão profunda a ponto de tornar as desvantagens das mulheres invisíveis. Quando a subordinação e a impotência das mulheres são percebidas, são consideradas não apenas uma característica, mas uma condição necessária para a manutenção da ordem e da estabilidade social.

As leis que fortalecem a condição de inferioridade das mulheres sobre os homens, e interferem no acesso das mesmas aos serviços de saúde, põem em risco os esforços para melhorar a sua saúde. Essas leis se expressam de diversas formas,

⁵ Por exemplo, W. Nowicka (ed.), *The Anti-Abortion Law in Poland: The Functioning, Social Effects, Attitudes and Behaviors* (Varsóvia: Federation for Women and Family Planning, 2000).

⁶ Ver e.g. V. Bermudez, *La regulación Judicial Del Aborto em América Latina y el Caribe* (Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), 1997); Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), e Demus, *Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives — Latin America and the Caribbean* (New York: CRLP, 1997); Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Demus, *Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas-América Latina y el Caribe, Suplemento 2000* (New York, CRLP, 2001); CRLP and International Federation of Women Lawyers – Kenya Chapter, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Anglophone Africa* (New York: CRLP, 1997); CRLP, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Anglophone Africa- 2001 Progress Report* (New York: CRLP, 2001); CRLP e Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Francophone Africa* (New York: CRLP, 1999; também disponível em francês); CRLP, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: East Central Europe* (New York: CRLP, 2000). Ver também referências no site Women’s Human Rights Resources www.law-lib.utoronto.ca/diana, last accessed 7/5/2002.

226 *Princípios médicos, éticos e legais*

como as que obstruem a independência econômica, limitando a educação das mulheres, os direitos à herança, ao emprego, ou a obtenção de empréstimos ou créditos comerciais; todas afetam a capacidade das mulheres de tomarem suas próprias decisões sobre suas vidas e saúde.⁷ Devem-se considerar as leis penais que toleram ou negligenciam a violência contra as mulheres e, por exemplo, as leis sobre família, educação e emprego, que não são equitativas, pois não permitem alternativas de vida para as mulheres adolescentes e adultas, diferentes do casamento, ou por limitarem a auto-realização das mulheres ao casamento e a maternidade.

As investigações devem definir, por exemplo, se as leis protegem adequadamente meninas e mulheres contra a coação sexual, incluindo o abuso sexual. Os estudos mostram que em muitas comunidades, a primeira relação sexual, afetando mais de 32% das meninas e mulheres, é forçada.⁸ As leis que protegem de forma inadequada as meninas e mulheres contra a coação em relações sexuais minam a independência e a capacidade de as mulheres se protegerem contra a gravidez não desejada. Devem ser identificadas e aplicadas as leis que permitem que as mulheres sejam defendidas, efetivamente, ou se autodefendam, e controlem o intervalo e o número de gravidezes.

3. *Desenvolvimento de queixas legais*

O desenvolvimento de queixas legais por violações de leis gerais ou de leis que protegem direitos humanos fundamentais é facilitado quando os fatos a seguir são abordados e solucionados, sempre que as circunstâncias específicas permitam.

3.1 Identificação da ofensa, de suas causas e do transgressor

Os líderes de instituições habituados a exercer a autoridade em suas comunidades, incluindo os funcionários de instituições governamentais, religiosas, educativas, de saúde e de outros tipos, podem não reconhecer que as práticas com as quais estão familiarizados afetem de maneira negativa a saúde reprodutiva e sexual. Pode ser que acreditem que a preservação destas práticas familiares preserva valores sociais necessários, incluindo a integridade familiar, a moralidade privada e pública e a ordem social. A negação a meninas adolescentes solteiras de acesso a métodos contraceptivos pode ser visto como necessário para manter o respeito da menina à desaprovação familiar e social com relação à falta de conduta sexual evidenciada pela gravidez. Conseqüentemente, os defensores de soluções para as violações legais e de direitos humanos podem arcar com o ônus inicial de persuasão, para mostrar como os interesses legítimos da saúde reprodutiva e sexual estão sendo violados.

⁷ CRLP, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000).

⁸ L. Heise, M. Ellsberg e M. Gottemoeller, 'Ending Violence Against Women', *Population Reports*, series L., 11(1999), 9–18, 10–11.

Os direitos humanos discutidos no capítulo 6 podem ser aplicados na identificação de danos à saúde reprodutiva e sexual. Os princípios incorporados aos direitos humanos podem indicar que as leis locais vigentes desrespeitam esses direitos e devem ser revisadas, e talvez revogadas ou modificadas. Assim, pode ser que a ofensa não só exija questionar determinadas práticas particulares que violam os direitos humanos, mas também as leis que condicionam estas práticas. Contudo, as causas das injustiças freqüentemente vão além das leis, e podem ser encontradas em hábitos e atitudes sociais, especialmente naqueles que equiparam manifestações de sexualidade fora do casamento com atos pecaminosos. As causas podem ser identificadas com referência a diferentes períodos de tempo, desde a causa imediata desencadeadora de um dano à saúde reprodutiva, como a ausência de cuidados obstétricos essenciais, até práticas socioculturais de longa permanência, como a subordinação das mulheres à autoridade do marido e dos pais. Da mesma forma, a ofensa pode ser identificada em diferentes níveis de relação, desde professores escolares que são obrigados a punir os alunos em posse de preservativos, a funcionários do governo, que se negam a alocar recursos favoráveis aos interesses da saúde reprodutiva. O principal responsável pode ser o próprio governo ou um Estado soberano quando, por exemplo, falha em punir e dissuadir atos de violência doméstica e de violação conjugal.

A construção de queixas legais envolve uma série de decisões para os ativistas e para as organizações. Eles têm que fazer escolhas sobre as ofensas, com base nas quais será apresentada a queixa, o nível a que identificam as causas destas ofensas, e as pessoas ou instituições que alegam serem responsáveis pela violação de direitos reprodutivos e sexuais. As partes que iniciam a ação legal têm o ônus de apresentar os fatos e de estabelecer as bases jurídicas de suas queixas. Elas têm a vantagem de poder escolher o objetivo e determinar a agenda da queixa legal, de acordo com o que julgarem mais conveniente. Podem identificar o abuso e a ofensa mais evidentes para basear a queixa, a causa mais demonstrável, e a parte responsável pela violação mais facilmente culpável. Caso haja, contudo, obstáculos (como evidências indisponíveis), ou doutrinas legais (como o reconhecimento de imunidade protegendo funcionários ou instituições do governo), as partes podem orientar suas queixas com os fatos que possam estabelecer, e com os réus que sejam sujeitos à jurisdição do tribunal, diante do qual será apresentada a queixa. Elas podem definir a agenda da queixa, a hora e o local dos processos, de acordo com o que seja mais vantajoso, por exemplo, através da cobertura da imprensa, e exigir que os réus reajam no contexto em que sejam mais vulneráveis.

3.2 Documentação das ofensas alegadas

A reunião documentação da alegada violação de direitos legais e humanos é um passo necessário para responsabilizar governos, outras instituições e funcionários.

228 *Princípios médicos, éticos e legais*

Os dados, baseados em eventos ou padrões,⁹ podem desempenhar um papel instrumental no êxito das queixas.

Os dados baseados em eventos meticulosamente documentados, como o abuso sexual repetido de alunos por funcionários de escola pública e o estupro de mulheres em custódia militar ou policial, ou na prisão, podem demonstrar que a violação dos direitos humanos representa tendências de conduta e não aberrações individuais. Os casos podem enfatizar a ausência de esforços exigidos dos funcionários responsáveis por eliminar e solucionar abusos, e podem ser utilizados para analisar tendências das condutas, durante um período de tempo. Casos apresentados perante tribunais nacionais e internacionais, e eventos divulgados por organizações não governamentais de direitos humanos podem direcionar a atenção para além dos fatos, para condições subjacentes do abuso. O depoimento individual pode ser mais eficaz que explicações sobre a história e as dimensões das violações de direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva e sexual. Um caso atribui uma conotação humana, identidade e história a uma violação representativa dos direitos humanos, e pode multiplicar-se de acordo com o entendimento comum de sua dimensão estatística.

Os dados baseados em padrões de prática, como os dados por país, presentes no capítulo 1 da Parte III, são usados especialmente no monitoramento internacional do cumprimento dos direitos humanos, quando o foco de análise é o cumprimento das obrigações programáticas dos Estados. O dado baseado em padrões é mais útil quando inclui referência aos padrões em questão, que os Estados e outros agentes são acusados de violar.¹⁰ Em geral, é essencial desagregar o dado por sexo para provar uma violação a padrões reconhecidos, que medem a discriminação contra as mulheres. Os defensores da autodeterminação reprodutiva podem utilizar dados existentes para a construção ou apoio de argumentos, por exemplo, quando a taxa de mortalidade materna é elevada (ver Parte III, Capítulo 1). Além disso, pode ser que os ativistas precisem gerar novos padrões, com base em dados críveis existentes, por meio de investigações objetivas de suspeitas de discriminação. Pode ser necessário que isto seja feito para determinar se as suspeitas são comprovadamente substanciadas, e para demonstrar violações de direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva, com referência a padrões favoráveis da prática que prevalecem em experiências nacionais e internacionais comparáveis. Por exemplo, as autoridades de alguns países podem ser chamadas para explicar por que as taxas de mortalidade e morbidade materna excedem de forma significativa as de países vizinhos, ou as de países com desenvolvimento econômico e recursos similares.

A natureza da violação que se pretende investigar pode definir os dados a serem utilizados. O abuso sexual de mulheres detidas em prisões públicas, por exemplo, pode ser comprovado através de relatórios médicos de exame das vítimas. Os dados também

⁹ T. B. Jabine e R.P. Claude (eds) *Human Rights and Statistics: Getting the Record Straight* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992).

¹⁰ *Ibid.* em 9–10.

podem demonstrar negligência na proteção de certos direitos reprodutivos. Evidências de elevado índice de abortos,¹¹ por exemplo, podem ser usadas para exigir que os governos e outras instituições ou entidades privadas expliquem por que não estão oferecendo de forma eficaz serviços contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência. Relatórios, incluindo aqueles elaborados pelas Nações Unidas e por suas agências especializadas,¹² e por organizações não governamentais,¹³ podem demonstrar como a ação e a negligência de organismos e funcionários responsáveis comprometem os direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva. Os dados com base em eventos e em padrões podem ser utilizados na avaliação sobre como um direito em questão foi de fato protegido, e se uma alternativa de proteção seria mais eficaz na prevenção de instâncias de violação ou na redução da evidência da sua ocorrência.

3.3 *Determinação das leis pertinentes*

Os tribunais judiciais nacionais, regionais e internacionais estão cada vez mais dispostos a tratar os direitos humanos como interdependentes, e a reconhecerem que a violação de um direito quase sempre afeta outro. No entanto, os defensores devem especificar qual direito legal e/ou humano ou direitos eles alegam terem sido violados numa queixa específica. A especificação é necessária em todas as queixas de violações legais, como as que envolvam negligência na prestação de atenção ou a demora no diagnóstico de uma condição que demandaria tratamento, ou de abuso quando se impõe a um paciente uma intervenção a que ele tenha se recusado. A especificação de um direito que se alega ter sido violado é de especial significado perante os tribunais de direitos humanos, pois os instrumentos nacionais, regionais e internacionais de direitos humanos podem ser aplicados de diversas formas. Dependendo de como se invoque o direito, a parte demandada poderá ser capaz de escapar da responsabilização com o argumento técnico de que o instrumento pressupostamente violado não é obrigatório para ela, ou não era no momento dos incidentes alegados, causadores do pressuposto dano.

Os direitos são raramente expressos em linguagem diretamente aplicável à saúde reprodutiva e sexual. O defensor deve demonstrar a relevância específica de um direito para uma suposta falha na prestação de serviço de saúde reprodutiva ou sexual. Isto pode ser feito com base em documentos de autoridade nacional e internacional, como os documentos do Cairo e de Pequim, e de suas revisões quinquenais subsequentes, Recomendações Gerais e Observações Conclusivas

¹¹ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (Geneva: WHO, 3ª ed., 1998).

¹² UN, *The World's Women: 2000 Trends and Statistics* (New York: UN, 2000).

¹³ Ver e.g. Latin American and Caribbean Committee for the Defence of Women's Rights (Cladem) e CRLP, *Silence and Complicity: Violence against Women in Peruvian Public Health Facilities* (New York: CLADEM CRLP, 1999; também disponível em espanhol); The Women's Rights Project of Human Rights Watch, *Criminal Injustice: Violence against Women in Brazil* (New York: Human Rights Watch, 1991; também disponível em português).

230 *Princípios médicos, éticos e legais*

de relatórios de desempenho nacionais, feitos por organismos de monitoramento de tratados, como o CEDAW, e a literatura jurídica, incluindo decisões judiciais. Devido ao fato de os princípios gerais da lei e dos direitos humanos terem sido aplicados com pouca frequência a problemas de saúde reprodutiva, o desafio é obter colaboração entre colegas que possam oferecer seus conhecimentos individuais sobre medicina, direito, organização do sistema de saúde, estrutura governamental, cultura e prática local.

3.4 *Identificação de padrões para determinar a violação de leis*

Os padrões de desempenho são necessários para determinar se governos e outras agências e funcionários responsáveis estão cumprindo suas obrigações legais de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos. Existem diferentes padrões, indicadores, e metas definidas ou acordadas suscetíveis de serem utilizados como referência, para demonstrar se as obrigações estão sendo atendidas com relação a leis que implementam direitos relacionados à saúde reprodutiva e sexual. Eles incluem, mas não se limitam a:

- padrões definidos em legislação nacional e desenvolvidos pelas cortes nacionais que, por exemplo, exigem acesso a certos tipos de cuidado como tratamentos de emergência¹⁴ ou respeito pela confidencialidade;
- metas fixadas em documentos internacionais como, por exemplo, aquelas desenvolvidas pelos processos do Cairo e de Pequim assegurando que pelo menos 50% de todos os nascimentos devem ser assessorados por atendentes capacitados até o ano de 2010;¹⁵ e
- padrões que evoluíram a partir de organismos de monitoramento de tratados de direitos humanos, como aqueles que exigem disponibilidade, acessibilidade e aceitação dos serviços de saúde (ver Parte III, Capítulo 6, Seção 3, parágrafo 12).

Os indicadores são necessários para avaliar se os padrões estipulados pelos diferentes organismos estão sendo cumpridos. A Organização Mundial da Saúde e outras agências das Nações Unidas, por exemplo, elaboraram os Indicadores de Saúde Reprodutiva para o Monitoramento Global (Indicadores Globais).¹⁶ Como discutido no capítulo 2, eles incluem:

¹⁴ *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity v. State of West Bengal* (1996), 4 SCC 37; (1996), 3 SCJ 25, compilado em *Commonwealth Human Rights Law Digest*, 2 (1998), 109 (Supreme Court of India).

¹⁵ Nações Unidas, Assembléia Geral, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-Fist Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, A/S-21/5/Add.1* (New York: United Nations, 1999) (hereinafter Cairo+5), para. 64.

¹⁶ WHO (Division of Reproductive Health) *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting* (Geneva: WHO, 2001) (hereinafter Global Indicators).

- taxa de fecundidade total
- prevalência de uso de métodos contraceptivos
- taxa de mortalidade materna
- cobertura de cuidados pré-natais
- nascimentos atendidos por pessoal capacitado
- disponibilidade de cuidados obstétricos primários essenciais
- disponibilidade de cuidados obstétricos integrais essenciais
- taxa de mortalidade perinatal
- prevalência de nascidos com peso baixo (<2,500g)
- prevalência de sorologia positiva para sífilis em mulheres grávidas
- prevalência de anemia em mulheres
- porcentagem de registros por causas obstétricas e ginecológicas em decorrência de aborto
- prevalência registrada de mulheres com mutilação genital feminina
- prevalência de infertilidade entre as mulheres
- incidência registrada de uretrite em homens
- prevalência de HIV em mulheres grávidas
- conhecimento de práticas de prevenção de infecção por HIV.¹⁷

A tabela III.1.1 oferece dados por país para estes indicadores e sobre taxas de fertilidade entre adolescentes. A vantagem dos Indicadores Globais é que a OMS e outras agências da ONU mantêm um banco de dados destes indicadores por país. Esforços têm sido feitos para coordenar os diferentes bancos de dados e para desenvolver novos indicadores e bancos de dados mais sensíveis, como para as taxas de fertilidade na adolescência.

Em geral, estes indicadores têm sido desenvolvidos para medir a efetividade de intervenções de saúde. Alguns medem a eficácia de intervenções de saúde com referência a condição de saúde, como mortalidade e morbidade maternas. Outros medem a eficácia de intervenções de saúde, com base em serviços de saúde, como a porcentagem de nascimentos acompanhados por atendentes capacitados.

Para ilustrar como os indicadores funcionariam em um contexto de direitos humanos, a OMS estima que apenas 55% dos partos nos países em desenvolvimento são atendidos por um profissional de saúde que tenha recebido pelo menos o treinamento mínimo necessário.¹⁸ Um assistente capacitado pode assegurar a higiene durante o trabalho de parto e o parto, oferecer cuidados seguros e não traumáticos, reconhecer e administrar complicações e, se necessário, referir a mãe a um nível de cuidado mais elevado. O documento Cairo+5 oferece um padrão para medir o grau de cumprimento do direito ao padrão de saúde mais elevado que possa ser alcançado:

¹⁷ UN *Global Indicators*, *ibid.* em 17–18.

¹⁸ WHO, *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information* (Geneva: WHO, 1997). WHO/RHT/MAM/96.28.

232 *Princípios médicos, éticos e legais*

Para monitorar o progresso em direção ao alcance das metas da Conferência no que se refere à mortalidade materna, países devem usar a proporção de nascimentos assistidos por atendentes capacitados como um indicador de referência. Até 2005, em lugares onde a mortalidade materna seja muito elevada, pelo menos 40% de todos os nascimentos devem ser acompanhados por atendentes capacitados; até 2010 esta porcentagem deve ser de pelo menos 50% e até 2015 de pelo menos 60%. Todos os países devem continuar seus esforços para que globalmente, até 2005, 80% de todos os nascimentos sejam acompanhados por atendentes capacitados, até 2010, 85%, e até 2015, 90%.¹⁹

Outras metas definidas no documento Cairo+5 estão presentes no capítulo 3.

Estes Indicadores Globais podem ter aplicação tanto em tribunais nacionais quanto internacionais, para determinar se os padrões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, estabelecidos na Observação Geral do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais sobre o Direito à Saúde estão sendo atendidos (ver parte III, cap. 6, seção 3, parágrafo 12 e ver parte I, cap. 6, seção 4.3.1). Contudo, deve-se ter muito cuidado para transportá-los a um contexto legal e de direitos humanos, pois estes indicadores foram desenvolvidos com o propósito de medir intervenções de saúde. Quando os indicadores de padrões de saúde demonstram, por exemplo, que as mulheres de um país estão com a saúde reprodutiva comprometida, isto pode sugerir que o governo e/ou agências e funcionários responsáveis tenham que se esforçar mais para atender às suas obrigações de garantir o direito à igualdade de acesso a serviços de saúde. Contudo, não necessariamente o indicador de padrão de saúde deve ser usado como prova de uma violação do direito de não-discriminação no acesso a cuidados de saúde.

Os indicadores também podem ser usados para demonstrar tendências através de um período determinado. Quando as tendências apontam para melhorias, há sugestão de que as entidades responsáveis estão progredindo na direção do alcance do direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva alcançável. Quando as tendências não demonstram melhorias, ou quando indicam a permanência da saúde reprodutiva precária, os dados podem transferir o ônus de explicar a situação para aqueles responsáveis pelo padrão de saúde reprodutiva e sexual. Caso os indicadores apresentem falhas na satisfação de padrões de desempenho, pode-se dizer que uma entidade não está cumprindo adequadamente com o dever de assegurar que os pacientes ou membros da comunidade tenham acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva alcançável. Como consequência, esta entidade deverá dar mais prioridade a proteção deste direito.

Nenhum indicador isolado pode refletir a situação geral da saúde reprodutiva de uma comunidade, quer isto reflita o padrão de saúde desta comunidade ou o nível de serviços e o grau em que são utilizados. Mesmo que os indicadores estejam sujeitos a algumas incertezas e limitações, eles podem falar algo sobre o grau em que as leis são de fato implementadas. Por exemplo, taxas elevadas de mortalidade

¹⁹ Cairo+5, at para. 47.

perinatal em um país indicam que as mulheres não estão recebendo atenção materna e nutrição adequadas durante a gestação (ver tabela III.1.1 para dados por país sobre taxas de mortalidade perinatal).

Além do serviço de saúde e dos indicadores de saúde relativamente bem desenvolvidos, existem indicadores de políticas de saúde que medem o grau em que uma política ou lei é implementada. A porcentagem de meninas adolescentes que se casam abaixo da idade legal para o casamento, por exemplo, ou dados sobre a idade no primeiro parto dentro do casamento, podem indicar o grau em que o governo controla a aplicação das leis sobre a idade mínima para o casamento, o que poderia afetar positivamente os efeitos da gravidez e do parto. Quando os dados mostram que uma alta porcentagem de meninas se casa abaixo da idade legal para o casamento, ou tem o seu primeiro parto abaixo da idade legal para casamento, os dados transferem para o governo o ônus de explicar suas ações e propostas para implementar a lei eficazmente.

Estes indicadores podem ser complementados com outro tipo de indicadores ou diretrizes, como as Diretrizes para Monitorar a Disponibilidade e o Uso de Serviços Obstétricos por Mulheres com Complicações que Constituem um Risco de Vida.²⁰ Alternativamente, quando existem dados em nível de comunidade, como estatísticas sobre admissões hospitalares decorrentes de abortos inseguros (ver tabela III.1.3.2 para dados por países sobre hospitalizações decorrentes de complicações com aborto), este dado indica disponibilidade inadequada de serviços contraceptivos acessíveis (ver tabela III.1.1 para dados por países sobre prevalência do uso de contraceptivos).

3.5 Avaliação sobre como buscar reparações eficazes

Como nem toda iniciativa disponível será eficaz para assegurar um resultado específico, o efeito desejado de uma queixa deve ser claramente identificado. O objetivo, por exemplo, de garantir a prestação futura de serviços governamentais pode requerer uma consulta junto ao mesmo. A intenção de obter soluções compensatórias ou mesmo punitivas pode demandar ações em tribunais. Manter os governos fiéis a seus compromissos internacionais pode requerer ações perante organismos de monitoramento de tratados internacionais, que podem determinar falhas por parte dos governos e alertar para melhorias em seu desempenho.

Os resultados esperados devem estar condicionados à identificação das causas dos danos à saúde reprodutiva e sexual. A eficácia das soluções, mesmo quando acompanhadas de forma exitosa, depende da correta identificação das causas dos danos. Desta forma, as melhores soluções podem não ser possíveis de se alcançar, e a raiz das causas dos problemas de saúde reprodutiva pode ser demasiado complexa ou culturalmente incorporada para ser modificada sem mudanças sociais fundamentais.

²⁰ D. Maine, T. M. Wardlaw, V.M. Ward, J. McCarthy, A. Birnbaum, M. Z. Akalin e J. E. Brown, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (New York: UNICEF, 2nd edn., 1997 (hereinafter UN *Guidelines*)).

234 *Princípios médicos, éticos e legais*

Assim, dentro dos limites de recursos, pessoais, de tempo, e de outras dificuldades práticas, os efeitos podem ser alcançados e as soluções buscadas que sejam menos perfeitas, mas que garantam avanços significativos para a saúde reprodutiva.

Um estudo, no Estado americano de Washington, por exemplo, mostrou que dois terços de uma amostra de 535 jovens mulheres engravidaram em decorrência de abuso sexual cometido por homens mais velhos.²¹ Estas descobertas demonstram que os governos em geral, e os organismos encarregados pelo cumprimento da lei e do bem-estar infantil em especial, precisam tratar do problema de abuso sexual de meninas adolescentes. Uma abordagem que oferece serviços de contracepção a adolescentes para diminuir a incidência de gravidez, ou que melhora o seu acesso a oportunidades educativas, não solucionaria estes abusos. Uma solução efetiva demandaria que as autoridades encarregadas do cumprimento da lei e os pais protegessem os adolescentes vulneráveis e que se reforçassem as iniciativas por parte de organismos de bem-estar social.

3.6 *Determinação das entidades ou pessoas obrigadas a prover reparações*

Em geral, as entidades governamentais têm a obrigação de oferecer algum tipo de reparação pela negligência ou violação de suas obrigações de implementar direitos. Entidades e funcionários subordinados podem ser obrigados a cumprir ordens de obediência emitidas por cortes de lei, ou por tribunais ou comissões munidas de poderes apropriados para fazê-lo, e sanções institucionais, ou até mesmo, no caso de oposição intencional, sanções pessoais ou acusações legais de desacato judicial. As reparações podem ser monetárias, como quando se demanda um pagamento indenizatório como compensação por ofensa decorrente de violação de um direito, ou não monetárias, como quando se exige a mudança de uma lei para ajustá-la às obrigações constitucionais ou derivadas de tratados. As obrigações podem se originar da força da lei, através de reformas legislativas ou de ordens de tribunais judiciais com base em leis existentes, e podem ser estabelecidas na esfera nacional, regional e internacional. As obrigações também podem se originar de pressões políticas empreendidas para sustentar ações legais, por meio de poder político persuasivo manejado por instituições políticas, religiosas, e por outras instituições incluindo a mídia e, algumas vezes, através da força da opinião pública, especialmente quando os governos respeitam princípios democráticos. As leis mais restritivas contra a contracepção e o aborto na Irlanda, por exemplo, foram liberalizadas devido à oposição pública a restrições apoiadas pela religião.

A vantagem de apresentar ações julgadas por leis nacionais é que elas podem tramitar em cortes ou organismos administrativos com poder para obrigar as partes a responderem às ações e a se defenderem das acusações de má conduta, e com o

²¹ D. K. Boyer *et al.*, 'Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment', *Family Planning Perspectives*, 24 (1992), 4–11.

poder para obrigar julgamentos criados para compensar ou reparar injustiças comprovadas. Algumas agências regionais de direitos humanos estão desenvolvendo autoridade comparável, como a Comissão Interamericana e Corte de Direitos Humanos. Em geral, quanto mais alto o nível que se busca para as reparações através de agências nacionais, regionais e internacionais, mais débil se torna o poder compulsório de obrigar a obediência. Frequentemente, os organismos que monitoram o cumprimento das convenções de direitos humanos regionais e internacionais dependem do poder de persuasão, ou da condenação moral, do constrangimento político, e do orgulho nacional para induzir a reforma, visto que eles não gozam da autoridade legal que têm os oficiais de justiça, a polícia e as entidades constitucionais de acordo com a legislação nacional de cada país.

Os funcionários governamentais que desejam demonstrar que atuam de acordo com o Estado de Direito podem ser persuadidos através de *advocacy* e do resultado de investigações judiciais e de outro tipo, de que as administrações das quais participam estão falhando na proteção dos direitos legais e dos direitos humanos, em geral, e de direitos reprodutivos, em especial. Os governos reconhecem amplamente que os maiores bens de seus países são as próprias pessoas, especialmente suas crianças. Ao demonstrar que os interesses das pessoas, famílias e crianças estão comprometidos pela negligência ou políticas públicas que ferem a saúde reprodutiva, os defensores podem inspirar ou obrigar uma reforma. Para ter sucesso, eles não devem, necessariamente, focar em compensação ou punição, mas lembrar que o objetivo reside em orientar ou direcionar reformas na direção de metas específicas que promovam mais diretamente a saúde reprodutiva.

4. Promoção de queixas legais

Os procedimentos disponíveis na esfera nacional, regional e internacional para obrigar a observância do dever de reparar, prevenir, e/ou punir violações de direitos reprodutivos podem ser empreendidos a partir de uma gama de mecanismos, que vão desde discussões e indagações mais consensuais e sem confrontação até ações políticas e legais claramente contenciosas. A decisão sobre qual mecanismo a ser usado será uma questão de avaliação política e social, e do grau de conforto que as entidades e pessoas envolvidas encontram ao iniciar processos para incentivar a obediência aos padrões de direitos legais e humanos perante tribunais específicos.

4.1 Procedimentos nacionais

As abordagens menos invasivas e mais amigáveis são as que indagam se as entidades que controlam ou financiam serviços de saúde reprodutiva e sexual consideram que suas práticas atendem aos padrões legais e de direitos humanos exigidos.

Pode-ser apresentar a elas as informações de outras entidades ou países sobre o nível de desempenho que atende a estes padrões ou pode-se perguntar a elas se estão tendo desempenho no mesmo nível, ou se dispõem de programas em andamento para fazê-lo. Caso existam dados públicos indicando que elas não estão atendendo a estes padrões, elas podem ser indagadas sobre como pretendem elevar seu desempenho a estes padrões de realização. Esta abordagem considera que, tanto os que interrogam, como os interrogados, compartilham propostas comuns, e que os primeiros podem oferecer ajuda ou orientação sobre o desenvolvimento que permita avançar em direção à satisfação dos padrões.

As entidades responsáveis podem alegar que seu desempenho é satisfatório, ou que elas não têm a obrigação ou os meios para satisfazer aos padrões mais elevados do que os que professam estarem alcançando. Uma alternativa pode ser solicitar uma averiguação dos padrões de desempenho vigentes nas entidades, os métodos para determinação do nível e da adequação dos padrões que atendem e pretendem atender, e da fonte e grau das obrigações que devem cumprir. A conduta destas averiguações pode ser inquisitória, no caso de um investigador escolhido levantar perguntas e buscar evidências, ou contenciosa, no caso de as partes apresentarem suas evidências e questionarem a evidência apresentada pela parte oponente, diante de jurados independentes.

4.1.1 Implementação de princípios legais e de direitos humanos

Freqüentemente os sistemas legais oferecem uma variedade de meios para encorajar e, se necessário, obrigar a observância de princípios legais. De fato, teorias históricas da lei alegam que o direito é distinguível de outros sistemas de ordem normativa por seus meios de aplicação. Ou seja, uma norma que não possa ser imposta através de um dever ou sanção legal não é uma norma verdadeiramente de direito, mas pode ser, por exemplo, uma norma moral. Contudo, meios de imposição da lei disponíveis na teoria são, freqüentemente, inoperantes na prática. Estes meios são inacessíveis a pessoas que acreditam terem sido prejudicadas ou lesadas pela má conduta de profissionais de saúde, por não disporem do conhecimento sobre as leis cabíveis e sobre como receberem orientação a respeito de seus direitos, e de procedimentos para obrigar a observância da lei. Da mesma forma, é possível que as organizações profissionais, governamentais, e de outros tipos não monitorem a conduta dos provedores de serviços de saúde. Nem todos os sistemas legais exigem que os profissionais de saúde informem seus pacientes sobre os erros ou cuidados que se encontrem abaixo dos padrões legais, ou sobre outras infrações dos direitos dos pacientes, que os provedores têm ciência da ocorrência. Em contrapartida, profissionais de saúde, em alguns países, se sentem oprimidos pela capacidade dos pacientes de abusarem da lei para pleitear queixas injustas, e pela responsabilidade das cortes de serem demasiadamente complacentes com as queixas sem mérito de pacientes.

Quando profissionais como médicos, enfermeiros e profissionais de saúde similares gozam do privilégio e da confiança pública de se auto-regularem, o princípio ético de justiça, que o direito reivindica como sua principal área de devoção, exige que os próprios profissionais atuem como agentes morais e exijam que seus membros cumpram a lei. Em geral, os grupos profissionais estão preocupados com possíveis violações da lei por seus membros e adotam comportamentos conservadores, não apenas para prevenir violações legais, mas também qualquer risco de violação. Contudo, quando a confiança pública parece não ter sido adequadamente respeitada ou ter sido traída, a sociedade pode considerar necessária a promoção de legislação que reforce a exigência de que os profissionais preservem padrões legais e de direitos humanos. Esta legislação pode substituir ou complementar a auto-regulação disciplinar profissional que tenha falhado com a população por ser muito frouxa ou por proteger os profissionais. Esta resposta não é específica aos profissionais de saúde, mas se aplica a todas as profissões que se auto-regulam, incluindo, por exemplo, os advogados.

Ultrajes mais sérios, quer sejam deliberados ou negligentes, podem merecer procedimentos criminais, freqüentemente iniciados por autoridades públicas responsáveis pelo cumprimento da lei, e punição (ver a seguir, seção 4.1.3). Em sociedades em que pacientes têm acesso relativamente fácil às cortes, o mais provável é que prefiram iniciar procedimentos civis, ou seja, não criminais, para obter compensação financeira por danos sofridos à sua integridade física e bem-estar e para custos financeiros das perdas, e talvez também para a punição da indignidade. Queixas civis também podem ser administradas sem procedimentos judiciais, através de resoluções alternativas de conflitos. Estes meios alternativos podem solucionar a insatisfação dos pacientes através de negociações de acordos alcançados com seus provedores de serviços de saúde, geralmente sem a publicidade que envolve os procedimentos judiciais (ver a seguir, seção 4.1.5).

Enquanto membros de uma profissão antiga com registros históricos de dedicação consciente àqueles que servem, os médicos em muitos países têm sido especialmente ativos na organização da observância da lei e dos direitos humanos dentro de sua profissão. A confiança de muitos países na capacidade dos médicos de manter a auto-regulação profissional tem sido justificada. Autoridades profissionais licenciadoras, primariamente dirigidas por médicos, concretizam a função legal a elas delegada por governos de aplicarem a autodisciplina profissional, assegurando que os membros licenciados se comportem de acordo com padrões legais e éticos. Ainda, os médicos, ao participarem do trabalho de autoridades licenciadoras, associações médicas profissionais nacionais e regionais voluntárias e associações médicas profissionais especializadas, por exemplo, de obstetria e ginecologia, têm defendido ativamente leis que melhor atendam as metas da saúde reprodutiva e sexual. Apesar de freqüentemente conservadores na exigência da obediência às leis vigentes, muitos têm sido corajosos

na defesa da reforma legal para melhorar as fronteiras dos cuidados com a saúde, em geral, e para remover os obstáculos para proteger e promover a saúde reprodutiva e sexual, em especial.

As associações médicas internacionais tendem a ser cuidadosas no envolvimento inadequado em assuntos jurídicos de países isolados. Elas têm sido ativas, contudo, no desenvolvimento de padrões internacionais, incluindo o respeito pelos direitos humanos universais, que membros de associações nacionais devem adotar e implementar entre os seus afiliados. Por exemplo, a Declaração de Helsinque (ver Parte I, Capítulo 4, seção 8, e Parte III, Capítulo 2), da Associação Médica Mundial, periodicamente revisada, é amplamente respeitada como base para revisão ética e conduta de pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos, e influenciou as exigências legais de países para pesquisa. Igualmente, o Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (COICM), conjuntamente constituído pela OMS e pela Unesco, publicou diretrizes para a pesquisa biomédica²² e para estudos epidemiológicos.²³

Na especialidade da saúde reprodutiva, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) tem sido ativa, especialmente através de seu Comitê para o Estudo da Ética na Reprodução Humana e na Saúde das Mulheres e de seu Comitê para os Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres. Estes Comitês estão fortemente engajados na promoção do entendimento sobre como aplicar a ética e os direitos humanos entre os seus membros, praticantes da saúde reprodutiva, e entre outros. O comitê de ética da FIGO desenvolveu diretrizes em uma gama de questões relacionadas a prestação ética de serviços sexuais e reprodutivos e a pesquisas sobre a reprodução humana.²⁴ O Comitê para os Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres da FIGO está desenvolvendo um Código de Direitos Reprodutivos. Entre as organizações não governamentais internacionais, a International Planned Parenthood Federation (IPPF) publicou a Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos²⁵, que oferece orientações para incentivar a observância a estes direitos.

Os organismos nacionais, incluindo cortes de direito, podem considerar as diretrizes da COICM e da FIGO e, por exemplo, a Carta da IPPF para indicar o nível de desempenho e os procedimentos esperados, que são parte dos padrões legalmente aplicados de atenção e conduta para os profissionais nacionais. Esses organismos podem transferir padrões e processos de origem internacional a leis nacionais.

²² Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (Geneva: CIOMS, 2002).

²³ CIOMS, *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (Geneva: CIOMS, 1991).

²⁴ FIGO, Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000). Also available at <http://www.figo.org>, last accessed 7/5/2002.

²⁵ IPPF, *Charter on Sexual and Reproductive Rights* (London: IPPF, 1996).

Conseqüentemente, os profissionais de serviços reprodutivos e sexuais contam com orientações elaboradas por colegas de profissão e por profissionais de disciplinas relacionados às suas, sobre o modo de cumprir a legislação vigente e sobre as reformas de lei para promover a saúde reprodutiva e sexual. Eles também têm a oportunidade de contribuir, e de liderar a promoção e proteção da saúde reprodutiva através do direito. A lei é uma ferramenta que empodera aqueles capazes de empregá-la, e pode ser usada tanto contra como em favor dos prestadores de serviços de saúde reprodutiva. Ela pode disciplinar práticas inadequadas, e oferecer bases para desafiar e retirar regras e práticas que prejudiquem a boa atenção médica, dirigida à saúde reprodutiva e sexual de pacientes. A justiça é uma faca de dois gumes.

Foi visto que os direitos humanos são reconhecidos através de sistemas legais na esfera nacional e internacional. Os mecanismos legais para implementar princípios de direitos humanos internacionalmente reconhecidos não são necessariamente diferentes dos utilizados na implementação da legislação nacional. Muitos direitos humanos são expressos em leis nacionais, incluindo as leis constitucionais de muitos países. Instrumentos internacionais de direitos humanos foram substancialmente derivados de leis nacionais. No entanto, o movimento internacional moderno de direitos humanos, iniciado após 1945, é uma reação a leis nacionais e cortes que negavam os direitos humanos sob influência de governos totalitários, tolerantes de opressões de países com bases raciais, religiosas, políticas, econômicas e militares.

Queixas de direitos humanos podem ser promovidas da mesma forma como queixas de outro tipo, mas o cumprimento de queixas de direitos humanos envolve aspectos muito distintos. Considerando que os direitos humanos estão expressos em importantes convenções internacionais que países concordaram em subscrever, as queixas tendem a ser apresentadas contra os próprios Estados, baseando-se no fato de que são os mesmos organismos ou funcionários do Estado que violaram os direitos humanos. Um desenvolvimento promissor é o reconhecimento de que os próprios Estados podem ser considerados culpados, se um ultraje aos direitos humanos é perpetrado por uma pessoa ou por um organismo privado, e o Estado facilitou ou permitiu a violação por sua própria falta de diligência, para prevenir ou dissuadir a violação. Quando, por exemplo, um membro de uma família comete um 'crime alegando defesa da honra' (nota do tradutor: no Brasil, em 1991, em decisão histórica o Superior Tribunal de Justiça rejeitou esse argumento, tradicionalmente utilizado na defesa dos réus, declarando que tal justificativa é contrária não encontra respaldo na legislação brasileira), contra uma familiar que ele pensa ter tido uma relação sexual extraconjugal, o Estado pode ser envolvido neste homicídio por não ter agido adequadamente para impedir o fato.

Os Estados são representados por seus governos, que podem desfrutar de imunidade, de acordo com suas próprias leis nacionais, e evocar sua soberania nacional, a fim de resistir às críticas nacionais e internacionais da conduta tomada dentro de sua jurisdição territorial. Querelantes podem ter o apoio de organizações não governamentais e de outros ativistas no avanço de suas queixas. Devem

240 *Princípios médicos, éticos e legais*

enfrentar poderosas defesas legais, investigativas e outras que os governos podem reunir, através de movimentos de base e da energia de pessoas com diferentes níveis e tipos de habilidades. Em geral, é exigido que os advogados qualificados redijam os documentos necessários e conduzam os estágios processuais de recursos diante de cortes e de outros tribunais. Eles devem atuar orientados pelas evidências e argumentos reunidos por e em nome dos querelantes que representam. A maneira como estes que apóiam e ajudam nas queixas de direitos humanos podem preparar materiais para seus advogados esta descrita na Seção 3 deste capítulo.

4.1.2 *Cortes de direito*

Como último recurso, quando abordagens consensuais tenham falhado ou tenham sido impossibilitadas, cortes nacionais podem ser mobilizadas para conduzir audiências, de acordo com leis civis, leis administrativas, ou com processos criminais. Cortes nacionais de direito podem obrigar a presença de organismos que não concordariam em participar de resoluções alternativas de conflitos. Em alguns países, existem cortes constitucionais independentes, com competência para resolver queixas referentes a direitos contidos em documentos constitucionais.

As cortes de direito conduzem processos, de acordo com regras de prática publicamente disponíveis, e geralmente permitem a presença do público e dos meios de comunicação. De acordo com a tradição de cada sistema legal, elas podem conduzir suas audiências através de processos contenciosos ou inquisitórios mas, em geral, irão acomodar os argumentos e as evidências das partes que têm o direito de ser ouvidas pelas cortes. Em geral, espera-se que os juízes justifiquem as suas decisões, que suas decisões sejam publicamente emitidas, e que suas decisões sejam executáveis pela autoridade dos próprios tribunais.

O padrão dos direitos humanos internacionais e das convenções ratificadas será diferente nas cortes de direito de cada país. Algumas exigem que seus corpos legislativos adotem leis especificamente encaminhadas para incorporar um tratado à legislação nacional para que possam ser aplicados, internamente. No Reino Unido, por exemplo, o Ato de Direitos Humanos foi promulgado, em 1998, para dar força, à lei nacional, à Convenção Européia de Direitos Humanos que, desde antes, era internacionalmente, vinculante para o Estado, mas não através de sua lei interna. Em outros países, como a Colômbia,²⁶ a constituição deu prioridade a um tratado internacional que o país tinha ratificado sobre a legislação nacional.

O problema que transcende as cortes de direito é que a justiça por elas oferecida é, na prática, muitas vezes, inacessível, a muitas pessoas e interesses. O acesso depende, freqüentemente, da contratação onerosa de serviços jurídicos, do conhecimento detalhado de procedimentos, da redação e interpretação de documentos complexos, e da paciência durante muitos meses ou anos até que se

²⁶ Constituição da Colômbia, Art. 93: 'Tratados e acordos internacionais ratificados pelo Congresso que reconhecem os direitos humanos e que proibem suas limitações em estados de emergência têm prioridade doméstica'.

concluem as etapas processuais que levam a uma sentença. Em geral, os julgamentos são abertos a apelação, o que prolonga o processo de solução e aumenta as complexidades e os custos. Iniciativas importantes estão a caminho para educar juízes de cortes nacionais sobre a aplicação doméstica de convenções internacionais de direitos humanos, como a Convenção para os Direitos da Criança.²⁷ Trabalhos similares podem ser proficuamente iniciados para treinar juízes sobre a aplicação em seus próprios sistemas legais de direitos humanos nacionais, regionais, e internacionais, concernindo a saúde reprodutiva e sexual.

Cortes nacionais estão começando a aplicar padrões internacionais de direitos humanos, especialmente onde haja uma lacuna na lei nacional.²⁸ A Suprema Corte Indiana, por exemplo, aplicou a 19ª Recomendação Geral do CEDAW em uma importante decisão sobre abuso sexual.²⁹ Um grupo de ativistas sociais e de organizações não governamentais foi à corte com o objetivo de prevenir o abuso sexual contra todas as mulheres, em todos os espaços de trabalho, preenchendo um vazio na legislação existente. A razão imediata da ação foi uma absolvição em um caso criminal conduzido em nome de uma assistente social empregada pelo Ministério da Saúde do Governo do Estado de Rajastán, que foi sujeita a um estupro brutal por uma gangue, em uma vila de Rajastán. Em sintonia com outras decisões sensíveis a questão de gênero,³⁰ a Suprema Corte da Índia reconheceu que o abuso sexual é uma clara violação à Constituição nacional (Artigos 14 (ausência de discriminação sexual), 19(1)(g) (procura de uma ocupação), 21 (vida e liberdade), e 42 (condições de trabalho justas e humanas)), e que merece uma reparação eficaz. Reconhecendo que as leis indianas existentes não protegeram, adequadamente, as mulheres de abuso sexual em seus locais de trabalho, a Corte produziu diretrizes para a prevenção do abuso sexual, e explicou que elas seriam judicialmente executáveis, até que a legislação nacional apropriada fosse promulgada. As diretrizes definem abuso sexual, e destacam o dever dos empregados de prevenir, punir, e reparar o abuso sexual.

Ao decidir por esta reparação, a Corte fiou-se na 19ª Recomendação Geral do CEDAW sobre Violência Contra as Mulheres (ver Parte III, Capítulo 6, seção 1). A Corte explicou que:

As convenções e normas internacionais devem ser interpretadas no contexto [dos direitos fundamentais garantidos na Constituição da Índia] na ausência de legislação doméstica promulgada sobre as mesmas matérias, e quando não haja nenhuma inconsistência entre elas. Atualmente, é uma regra aceita da construção judicial de que se deve considerar convenções e normas internacionais, a fim de se elaborar leis domésticas, quando não haja nenhuma inconsistência entre elas e haja uma lacuna na lei doméstica.³¹

²⁷ V. Yolles, *The United Nations Convention on the Rights of the Child: A Practical Guide to its Use in Canadian Courts* (Toronto: UNICEF Canada, 1998).

²⁸ A. Byrnes, J. Connors, e L. Bik, *Advancing the Human Rights of Women: Using International Human Rights Standards in Domestic Litigation* (London: Commonwealth Secretariat, 1997).

²⁹ *Vishaka v. State of Rajasthan* (1997), 6 SCC 241 (Supreme Court of India).

³⁰ S. P. Sathe, 'Gender, Constitution and Courts', em A. Dhanda e A. Parashar, *Engendering Law: Essays in Honour of Lotika Sarkar* (Lucknow: Eastern Book Co., 1999), 117–35.

³¹ *Vishaka* (ver n.29), em 251, para 14.

242 *Princípios médicos, éticos e legais*

A Corte deu conteúdo e significado aos princípios constitucionais indianos, ao fiar-se na Recomendação Geral do CEDAW. Talvez, ainda mais importante, a Corte também afirmou o significado internacional do trabalho de agências como o CEDAW, forjando, assim, um caminho para outras cortes seguirem no uso de padrões internacionais como guias interpretativos, dando consistência a princípios de leis nacionais de direitos humanos. Com base nesta decisão, outras cortes irão reconhecer o potencial para a aplicação da dita Recomendação Geral e de outros padrões de leis desenvolvidos internacionalmente na abordagem de causas subjacentes de violações dos direitos das mulheres. A iniciativa e a visão da Corte dão razão para se pensar que outros esclarecimentos internacionais de padrões de proteção exigidos possam ser semelhantemente adotados em leis nacionais, no tratamento de outras afrontas à dignidade humana, como a negligência de causas evitáveis de doenças reprodutivas e sexuais.

4.1.3 *Abordagens de direito criminal*

Evidentemente, as leis criminais direcionadas à sociedade em geral também são aplicáveis aos profissionais de saúde. Conseqüentemente, caso suas práticas violem estas leis gerais eles estarão passíveis de processos criminais. Aplicações da lei criminal, para compelir a observância de provedores de cuidados de saúde perante leis especificamente relacionadas aos cuidados de saúde têm sido pouco usuais. Contudo, existem casos, alguns de significância histórica, no campo do direito da saúde reprodutiva, concernindo contracepção e aborto. As exceções à responsabilização legal que permitem aos médicos a realização de condutas que não são permitidas a pessoas não médicas são mais comuns, como a realização de exames físicos em pessoas inconscientes. Cada vez existem mais propostas legislativas para controlar as novas tecnologias reprodutivas, e para proibir desenvolvimentos antecipados, como a clonagem reprodutiva de seres humanos (em oposição à terapêutica). Estas leis podem ser reforçadas em circunstâncias extremas, como quando haja oposição deliberada, com sanções criminais. Quando qualquer tipo de prática profissional é permitida, unicamente às pessoas licenciadas, as práticas sem licença são, geralmente, criminalmente puníveis.

A lei criminal tende a ser, mais propriamente, um instrumento drástico que a sociedade pode utilizar para as violações mais severas de padrões de conduta social e segurança. Ela regula delitos deliberados como agressões, negligências evidentes causadoras de danos corporais e descuidos no cuidado de outros em perigo. Um anestesista, por exemplo, foi condenado por homicídio quando uma morte foi causada por sua negligência evidente de desatenção durante a cirurgia.³² Médicos licenciados gozam do privilégio de realizar exames físicos e procedimentos invasivos, como cirurgias, mas profissionais desqualificados podem enfrentar sanções penais por conduzirem estes procedimentos, mesmo com o consentimento de pacientes que saibam que eles não apresentam as qualificações médicas

³² *R. v. Adomako*, [1994] 3 All ER 78 (House of Lords, England).

necessárias. Pessoas mentalmente competentes, tanto adultos como adolescentes maduros que não tenham alcançado a idade legal de maioridade, em geral, são considerados competentes para dar consentimentos legais e eficazes sobre intervenções médicas. Geralmente, os pais podem dar seu consentimento para exames e tratamentos que sejam medicamente indicados para seus filhos e, além disso, têm deveres legais de assegurar que eles recebam os cuidados médicos necessários. Isto pode incluir a interrupção de uma gravidez, por exemplo, quando meninas jovens tenham sido vítimas de abusos sexuais (ver Parte I, Capítulo 5, seção 6.3.2 e Capítulo 6, seção 4.4.3).

Em muitas jurisdições, pais e outros responsáveis legais de menores de idade não estão livres para autorizar tratamentos médicos amenos, que atendam a propostas terapêuticas ou preventivas ortodoxas de cuidados de saúde. Isto pode apresentar dificuldades quando investigadores propõem procedimentos de pesquisa não terapêuticos para as crianças, ou adultos mentalmente comprometidos. A circuncisão de bebês e de jovens homens, por exemplo, com bases religiosas, tem sido juridicamente considerada dentro do poder dos pais de aprovar,³³ mas a circuncisão feminina é considerada mais controversa. Em diversos países, as regras de conduta de profissionais de saúde proíbem esta prática, e um número cada vez mais crescente de leis criminais proibitivas está sendo promulgado (ver Parte I, Capítulo 5, seção 11).

Da mesma forma, estão aumentando as proibições profissionais e legais contra procedimentos de esterilização contraceptiva de mulheres jovens, sem o seu consentimento, e daqueles que sofrem de problemas mentais e estão sob a guarda de pais ou responsáveis. Quando os responsáveis não têm a faculdade legal de autorizar estes procedimentos, através de cortes de lei ou de legislação especialmente criada, os profissionais que os levam adiante perdem o consentimento legal, e estão sujeitos a processos disciplinares criminais e profissionais. Caso os profissionais estejam convencidos de que o procedimento seja benéfico para as mulheres a quem estão sendo propostos, como por exemplo os procedimentos para controlar uma menstruação com a qual elas não podem aprender a lidar, e que as deixam alarmadas, ou causam sérias tensões mensais, eles podem apresentar as evidências sobre suas avaliações aos responsáveis, os quais podem, assim, ter autoridade para aprovar os procedimentos, com base no fato de serem terapêuticos. Se a aprovação dos responsáveis é concedida, os profissionais podem levar adiante estes procedimentos com segurança legal. A histerectomia teria o propósito de deixar as mulheres estéreis, mas o procedimento não visa o controle reprodutivo deste modo. Contudo, a condução desse tipo de procedimento, sem prévia aprovação judicial ou outra aprovação legal específica, permanece sendo profissionalmente arriscada.

No direito penal, a responsabilização por agressão surge se configura pelo toque em outra pessoa sem a autorização legal da mesma, caso ele ou ela tenha capacidade de outorgar esta autorização, ou de outra pessoa legalmente empoderada para

³³ *R. v. Brown* [1993] 2 All ER 75 (House of Lords, England).

consentir, como um guardião responsável ou um juiz. Uma preocupação especial de ginecologistas e urologistas, é que alguns sistemas legais consideram que agressões sexuais são mais severamente puníveis do que agressões ordinárias ou comuns, e que a diferença entre agressão comum e sexual é o objetivo ou natureza impessoal do contato não autorizado. O fato de que o contato não tenha sido motivado por alguma intenção sexual não se constitui em defesa contra uma acusação de agressão sexual. Assim, se um ginecologista toca a genitália de uma pessoa, durante um exame médico regular, sem autorização legal, isto pode ser considerado uma acusação criminal de agressão sexual, o que é mais estigmatizado socialmente do que acusações por abusos comuns e pode atrair grande atenção e sanções por associações médicas e tribunais disciplinares com controle sobre as licenças profissionais. Contudo, os procuradores públicos devem exercer responsabilidade profissional, imputando acusações, de acordo com o seu dever de agir em nome do interesse público. Este interesse não é atendido ao tornar os profissionais de saúde reprodutiva (ou quaisquer outros) relutantes de conduzirem cuidados necessários, assim, em geral as acusações criminais são limitadas, exceto em casos mais notórios. Os procuradores públicos agem sob a autoridade de agentes como os Ministros da Justiça ou Procuradores Gerais. Estes são politicamente responsáveis por sua prática, e podem dar declarações sobre quais práticas serão ou não investigadas como condutas criminais. O Promotor Público da Inglaterra, por exemplo, afirmou que o uso de contracepção de emergência, dentro das setenta e duas horas após a relação desprotegida, não estava regulado por dispositivos da lei de aborto.³⁴

4.1.4 *Abordagens de direito civil (não criminal)*

Quando os membros de uma comunidade desfrutam de acesso conveniente e financeiramente acessível a advogados e cortes, os profissionais de saúde devem se preocupar com o fato de que alegações de suas falhas em observar princípios legais ou padrões governando cuidados do paciente resultarão em litígio civil, e de que eles serão processados especialmente por compensações financeiras chamadas ‘indenizações’. As cortes, considerando estes profissionais responsáveis, irão, pelo menos, exigir o reembolso do montante cobrado por serviços indevidamente prestados. Além disso, podem conceder indenizações nominais. Quando os pacientes tiverem sofrido angústias, danos físicos e/ ou psicológicos, e outros danos, como perda de emprego ou de oportunidades profissionais, as cortes concederão indenizações substanciais. Além disso, as cortes podem conceder compensações adicionais, chamadas de indenizações exemplares ou punitivas, onde tenham sido prestados cuidados impróprios com indiferença ou insensíveis aos interesses dos pacientes, ou que tenham causado humilhação, indignidade ou perda de auto-estima.

A causa mais comum de responsabilidade civil surge da negligência profissional (ver Parte I, Capítulo 5, Seção 8). Não obstante, tratar pacientes sem autorização

³⁴ Sir. Michael Havers, Resposta Escrita, *Parliamentary Debates (Hansard)* 6th series, vol. 42, cols. 235–6 10/5/1983.

legal também é um delito legal, freqüentemente chamado de agressão ou abuso, o qual, em geral, é uma forma menor de abuso criminal. Isto não é necessariamente suficientemente grave para precisar de punição penal, mas justifica uma recompensa ou compensação para o paciente, mesmo se o dano resultante for menor. A agressão pode surgir quando o tratamento é diferente daquele com o qual um paciente consentiu, ou quando ele excede o procedimento aprovado, como a realização de esterilização quando o solicitado tinha sido apenas um aborto. O fato de a esterilização ter sido medicamente indicada, e do interesse do paciente de que ela tivesse sido feita, ao mesmo tempo em que o aborto cirúrgico, não é uma defesa válida, exceto quando seja necessária para salvar vidas. O contato físico, em si, é um delito, mesmo se o procedimento tiver sido conduzido de forma idônea. O fato de o procedimento ter sido desempenhado com habilidade não constitui defesa para uma acusação civil de agressão.

O capítulo 5 da Parte I explica que, se um procedimento é realizado de forma negligente, mesmo com autorização legal integral para sua condução, o profissional será responsável, caso sejam causados danos. Pacientes conferem consentimento informado aos riscos inerentes ao procedimento, mas não consentem ao risco envolvido na realização do procedimento de forma negligente.³⁵ Quando um profissional se defronta com um dever legal de cuidar, a responsabilidade pelo pagamento de compensação aparecerá, caso o dever não seja cumprido, de acordo com os padrões de cuidado legalmente definidos, causando danos a uma pessoa a quem é devido um dever de cuidar. Apesar da descrição do que constitui negligência poder guiar profissionais na diferenciação entre práticas aceitáveis e inaceitáveis na lei, a negligência é tratada apenas como um incidente transitório. Todavia, algumas vezes, os profissionais de saúde reagem desproporcionalmente a uma alegação de negligência, entendendo isso como um defeito de personalidade duradouro no profissional em questão.³⁶

Quando um paciente é danificado por um procedimento que traz um nível irredutível de risco inerente, a ocorrência do dano não é evidência de que o profissional que realizou o procedimento tenha sido negligente. Porém, a explicação do profissional de que o paciente assumiu conscientemente aquele nível de risco e, conseqüentemente, não pode prevalecer a queixa de negligência, depende do paciente ter sido adequadamente informado sobre o risco, e de ter a capacidade e a liberdade para aceitar o risco. Um paciente que permite a realização de um procedimento não pode ter sucesso em uma queixa por agressão, se ela resulta em danos; mas pode ter êxito em uma queixa por negligência, mostrando que não estava provido das informações adequadas sobre o nível irredutível de risco inerente ao procedimento. Os danos podem não ter sido causados por nenhuma falta de idoneidade ou cuidado do profissional na realização do procedimento. No entanto,

³⁵ Ver n. 32.

³⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinions (Committee on Professional Liability), 'Coping with the Stress Malpractice Litigation', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 74 (2001), 65-6.

pode-se demonstrar que tenham sido causados por divulgação incompleta de informação, pois, de posse das informações relevantes, o paciente não teria optado pelo procedimento, e desta forma, não teria sido exposto ao risco inerente ao procedimento. O profissional deve evitar negligência, não apenas na realização do procedimento, mas também assegurando que a informação apropriada seja oferecida para auxiliar a decisão do paciente ou do responsável sobre qual tratamento receber.

Como regra geral, os profissionais não têm a obrigação de garantir a eficácia ou a segurança absoluta dos procedimentos que se propõem a realizar. Todavia, em alguns casos, os profissionais ou as clínicas se encarregam ou firmam contratos com pacientes, e são incluídos termos (o que as cortes podem considerar implícito quando estes termos estão em linguagem escrita) que garantem certos resultados, ou que algum evento específico não ocorrerá. Um profissional pode ter dado a garantia, por exemplo, de que um procedimento interromperá uma gravidez, ou de que um procedimento de esterilização excluirá o risco de gravidez, ou de que a droga Viagra assegurará o desempenho sexual de um homem e a segurança de seu consumo. Estes termos geram uma obrigação, e o seu não cumprimento justifica compensação, mesmo quando não tenha havido nenhuma negligência por parte do profissional realizando o procedimento em questão, e o resultado tenha sido impossível de alcançar ou garantir, ou o dano tenha sido inevitável. As partes dos contratos que oferecem garantias que são impossíveis de serem cumpridas são, não obstante, responsáveis pelo rompimento da garantia. Os profissionais não devem, assim, arriscar cometer erros sobre os limites, dentro dos quais os procedimentos que se propõem a realizar podem ser seguros e efetivos. Eles devem permanecer vigilantes, por exemplo, em casos de aborto, e também alertar pacientes, para observar sinais de continuidade da gravidez, e informar pacientes esterilizados sobre o risco de gravidez futura. As mulheres devem ser alertadas, por exemplo, sobre o risco continuado da gravidez tubária, e os pacientes vasectomizados devem ser informados sobre relações sexuais desprotegidas muito próximas da cirurgia.

4.1.5 Resolução alternativa de conflitos

A prática moderna está enfatizando a capacidade de sistemas legais de acomodarem soluções não judiciais de conflitos, com a finalidade de alcançar acordos convenientes, privados, rápidos e menos onerosos para conflitos sobre a observância de deveres legais. Muitos sistemas legais conservam métodos históricos, habituais, e comuns de solução de conflito que evitam os custos, atrasos, e processos de solução de conflitos contenciosos com um ganhador absoluto, que caracterizam os processos judiciais de muitos sistemas legais modernos. As ações judiciais refletem individualismo e relacionamentos contenciosos entre estranhos. As técnicas de resolução alternativa de conflitos refletem como desacordos podem ser superados, quando surgem entre as partes que esperam manter uma relação recíproca, como membros de famílias e moradores da mesma comunidade, e que não desejam que um conflito se torne uma preocupação em seu relacionamento duradouro e colaborativo.

O objetivo dos métodos de resolução alternativa de conflitos é de que as partes de uma disputa alcancem uma solução, através de negociação que as deixem satisfeitas com os resultados. A ênfase dos negociadores pode ser em como os danos ou as falhas dos serviços podem ser superados da melhor forma, ao invés de centrar-se na identificação do culpado, e também em como superar danos emocionais, para que as partes resgatem sua auto-estima e respeitem os sentimentos da outra parte. As ações judiciais prolongadas podem ser contra-terapêuticas, uma vez que oferecem incentivos para querelantes preservarem sinais do dano, inabilidade, e perigo até o julgamento, enquanto que nos métodos de resolução alternativa de conflitos os danos podem ser rapidamente confirmados e se pode buscar as medidas para iniciar a recuperação. Os métodos de resolução alternativa de conflitos evitam os excessos dos conflitos contenciosos, incluindo queixas exageradas de danos e insultos por parte dos querelantes e o exagero das virtudes, por parte dos defensores, que pode ser repugnante para os que as executam, assim como para aqueles contra quem elas foram feitas.

Diferente das cortes de lei, os aspectos importantes dos métodos de resolução alternativa de conflitos envolvem desculpas sinceras, como por omissões e falta de respeito pela dignidade da outra pessoa. Além disso, quando os princípios legais não estão em questão, os métodos de resolução alternativa de conflitos podem facilitar investigações factuais, e permitem a participação de assessores cientificamente qualificados e aprovados por ambas as partes, ao invés de recorrerem a testemunhas apresentadas pelas partes, para determinar fatos em disputa por meio de uma ‘batalha de especialistas’. Em muitos sistemas legais, as cortes de direito são o único recurso para pacientes ressentidos de que seu conforto emocional e sua dignidade tenham sido degradados por profissionais de saúde, que parecem agir como administradores de tecnologias sofisticadas e condutores de drogas que, com nomes impronunciáveis e efeitos incertos, ao invés de agirem como responsáveis por uma atenção médica cuidadosa. O litígio é usado como um meio de ganhar a atenção e o respeito dos profissionais indiferentes, e de colocá-los no nível dos pacientes. A resolução alternativa de conflitos pode alcançar o respeito mútuo das partes, de um modo menos público, menos contencioso, e menos oneroso, e que considere a relação entre as diferentes partes em termos pessoais. É possível que todas as partes prefiram um mecanismo alternativo de resolução de conflito aos processos judiciais, que são impessoais e requerem o emprego de linguagem, descrições e documentos específicos, freqüentemente distantes da experiência de pacientes e profissionais, e que caracterizam as ações judiciais formais.

Os métodos de resolução alternativa de conflitos não podem ser usados quando a entidade contra a qual se apresenta a queixa se recusa a reconhecer a capacidade do querelante de questionar seu desempenho ou de pedir explicações. Os métodos de resolução alternativa de conflitos são consensuais, dependendo do reconhecimento e respeito mútuos e da colaboração entre as partes dispostas a se tratarem em condições de igualdade.

4.1.6 Enfoques reguladores e disciplinares

A disciplina profissional pode ser imposta por associações de profissionais de saúde, às quais os membros pertencem por vontade própria. Em geral as associações profissionais voluntárias, como as associações médicas nacionais, exercem influência em seus países, representando os interesses tanto da profissão médica como dos pacientes atendidos por seus membros. Elas oferecem a seus membros o prestígio de pertencer a associações com base no entendimento, acordado no intercâmbio contratual dos privilégios dos associados, derivados do pagamento de taxas de associação, de que seus membros aceitam submeter sua prática ao seu escrutínio e aceitam submeter-se à avaliação de profissionais semelhantes. Os comitês éticos ou disciplinares das associações tendem a incluir membros superiores da profissão e especialmente respeitados, assim como colegas em condições semelhantes a dos membros regulares. Os comitês podem atuar sob queixas feitas por membros, e por outros, como pacientes, e iniciar suas próprias indagações sobre a conduta dos membros.

Os membros aceitam, voluntariamente, sua responsabilidade pela censura, e mesmo, expulsão por má conduta comprovada. É possível impor esses tipos de normas disciplinares por má conduta, que não constituam em si mesmas violações da lei, como quando não se responde rapidamente à requisição de informação feita pela associação profissional. A má conduta também pode ser demonstrada, contudo, por condutas que violam a lei, como quando se trata pacientes em casos não emergenciais, sem o consentimento apropriado, e há falhas em manter a confidencialidade profissional. Os membros também podem ser requeridos a, por exemplo, explicar sua recusa em oferecer serviços específicos, em hospitais públicos, baseados em seus direitos de objeção conscienciosa, ao mesmo tempo em que realizam estes serviços em clínicas particulares.

Sendo, ou não, os profissionais membros de associações profissionais voluntárias, freqüentemente a sua condição profissional depende da outorga de uma licença. Em geral, as autoridades licenciadoras são constituídas pelos governos e seus membros são por eles designados, de acordo com normas que facultam a essas autoridades a licenciarem, adequadamente, pessoas qualificadas para que exerçam sua prática enquanto profissionais licenciados, e a regularem e disciplinarem os profissionais que estão submetidos a sua jurisdição. Estas autoridades são, em geral, compostas, principalmente, por membros da mesma profissão licenciada e por alguns membros não especialistas indicados pelo governo. Em geral, o seu mandato legal é de proteger o interesse público, contra práticas desqualificadas, e contra condutas incompetentes ou antiéticas por profissionais licenciados. A licença profissional inclui a responsabilidade legal de profissionais de se submeterem ao escrutínio da autoridade que lhes conferiu a licença, na sua esfera reguladora, quanto a sua idoneidade para exercer a prática, e na sua esfera disciplinadora, quanto a sua integridade pessoal. Falhas em manter padrões profissionais de competência e, por exemplo, confidencialidade podem, assim, levar à ações reguladoras ou disciplinares.

As ações reguladoras focam no conhecimento, na capacidade, e na aptidão da pessoa de desempenhar as funções da profissão, para que receba a autorização, ou a renovação, da permissão para praticá-la. As ações disciplinares dizem respeito a observância, pelo profissional licenciado, do código de conduta profissional, o qual incluirá o dever de observar a lei e os padrões éticos. Ações reguladoras e disciplinares devem ser conduzidas, de acordo com os princípios do direito administrativo, o que foca na justiça processual. Estes princípios tratam da composição do tribunal, conduzindo uma audiência sobre a idoneidade ou a integridade, por exemplo, de excluir o risco de preconceito, a justa apresentação das evidências e dos argumentos, e do direito de apresentar recursos perante cortes de lei em matéria de direito e procedimento. Eles podem incluir acessos subsequentes a cortes de regulares regulares para apelar contra decisões de tribunais, ou de buscar revisão da adequação da conduta dos tribunais das ações ou, por exemplo, as sanções disciplinares impostas.

4.1.7 A exceção internacional

Muitas das decisões judiciais relevantes para os cuidados com a saúde reprodutiva derivam de cortes civis, nos Estados Unidos. Frequentemente, os profissionais de saúde de outros países receiam que a aceitação de princípios legais, declarados por cortes dos EUA, leve a mesma enxurrada de litígios por má prática médica, que ocorreram neste país. As mesmas preocupações existem sobre a acessibilidade financeira dos seguros de má prática, devido ao alto custo dos prêmios, e a decorrente inflação nos honorários dos médicos, que tornam os seus serviços inacessíveis a muitas pessoas; e o comprometimento da atenção aos pacientes e o acesso aos serviços associados ao que se chama medicina defensiva. Os juizes de cortes mais altas de outros países têm feito eco a algumas destas preocupações.³⁷ Contudo, os princípios que as cortes americanas aplicam não são muito diferentes dos de outros países, onde existem profissionais igualmente qualificados e organizados,³⁸ mas onde não tem havido uma avalanche similar de processos por má prática médica. O volume de processos por má prática médica, nos EUA, não se deve a nenhum princípio legal distinto aplicado por suas cortes, mas sim a regras processuais, governando o acesso a cortes americanas, que são encontradas em um pequeno número de países, ou talvez em nenhum outro. A experiência americana é uma exceção não representativa.

Talvez a razão principal que explique o volume excepcionalmente elevado de processos por má prática médica nos EUA é que, em seu sistema legal, em geral, não custa nada perder um caso, e os médicos americanos estão suficientemente assegurados para pagar uma recompensa razoável, no caso de um paciente ganhar o caso. Com o objetivo de facilitar o acesso de pessoas às cortes em países em que

³⁷ Ver, por exemplo, Lord Scarman em *Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors*, [1985] 1 All ER 643 em 650 (House of Lords, England).

³⁸ D. Giesen, *International Medical Malpractice: A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care* (Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1988).

250 *Princípios médicos, éticos e legais*

governos não suprem ou não subsidiam serviços legais para pessoas físicas em queixas civis, o governo e a profissão permitem que os advogados ofereçam serviços e caso queixas que eles conduzem não tenham sucesso, seus clientes não devem pagar seus honorários ou despesas. Este sistema se denomina de honorários contingentes. Caso uma queixa tenha sucesso, os honorários do advogado são pagos, de acordo com a compensação obtida. Assim, os advogados se tornam sócios, ou acionistas, das queixas de seus clientes. As associações profissionais têm escalas progressivas de honorários permitidos, indo freqüentemente, por exemplo, de 40% quando as quantias recuperadas são pequenas a 10%, ou menos, quando elas são muito grandes, como indenizações de milhões de dólares. Tanto as associações profissionais, como as cortes, monitoram as taxas que os advogados fixam como tarifa para os seus honorários. Os direitos dos advogados, oriundos de casos bem sucedidos, tendem a ser relativamente altos, pois seus honorários cobrem despesas de queixas conduzidas sem sucesso.

Além disso, os litigantes mal sucedidos não são obrigados a pagar os custos legais da parte ganhadora. Em outros países a regra geral é de que litigantes devem pagar os custos dos casos. Ou seja, infratores que ignoram suas responsabilidades, levando a pessoa injuriada a processá-los, são obrigados a pagar as compensações pelos danos que causaram, e também a pagar as despesas legais incorridas pelas vítimas, por terem sido compelidas a processá-los. Aqueles que processam outras pessoas sem justa causa, demonstrada pelo malogro de suas queixas, são obrigados a pagar as despesas legais para incorrer em autodefesa causadas àqueles que foram processados erroneamente. Todavia, talvez de forma singular, as cortes dos EUA não obrigam que os perdedores paguem as despesas legais daqueles que eles processaram. Assim, os perdedores não pagam nem os seus próprios custos legais e nem o da parte demandante. Isto incentiva as pessoas a processarem, pois elas nunca perdem financeiramente, mesmo quando não ganham o caso.

Em geral, vale a pena processar os médicos dos EUA. Ou seja, advogados trabalhando com honorários contingenciados consideram-nos alvos interessantes. Tendo, ou não, os médicos meios pessoais, eles quase que invariavelmente têm um seguro, adquirido como um serviço comercial. Em geral, os médicos que possuem seu próprio consultório ou clínica dispõem de seguro. Aqueles que trabalham em hospitais, por exemplo, com privilégios de admissão e tratamento, em geral são solicitados pelo hospital a portarem um seguro, para que tenham condições de indenizá-lo por qualquer despesa que o hospital tenha com processos resultantes dos médicos. Além disso, a Constituição dos EUA concede aos litigantes o direito a um tribunal com júri, e os jurados formados por pessoas comuns tendem a simpatizar com pacientes, algumas vezes genuinamente prejudicados, e ainda mais quando os médicos são presumidamente ricos e são apresentados pelos advogados dos querelantes como mercenários, indiferentes, despreocupados ou insensíveis, e exploradores. Os jurados também têm poder para outorgar compensações ou ‘indenizações’, não apenas por perdas financeiras que tenham sido comprovadamente causadas e

pela dor e sofrimento dos pacientes, mas também podem conceder indenizações punitivas, para expressar o sentimento comum de indignação, diante da enormidade dos erros e indignidades que eles acreditam ter sido comprovados.

A defesa de um julgamento com jurados pode ser muito onerosa, as despesas legais de defesas bem sucedidas não são recuperáveis por aqueles que iniciaram a ação de forma injustificada, e as compensações conferidas pelos jurados podem ser altas pois, mesmo que os danos dos pacientes sejam menores, os jurados podem conceder indenizações punitivas bastante grandes. As indenizações compensatórias podem ser reduzidas, apenas, através de apelos igualmente caros a cortes mais altas, que podem rejeitar os apelos ou, caso os outorgue, exigir que a queixa inicial seja retirada. Assim, as companhias de seguros médicos comerciais podem preferir liquidar com as queixas rapidamente longe da corte, mesmo quando seguras de que elas não teriam êxito quando levadas a corte. Os advogados de pacientes queixosos sabem que, mesmo que suas queixas não tenham chances de serem bem sucedidas, ainda assim elas podem ter um ‘valor de negociação’, significando que as companhias de seguro defendendo os médicos preferem oferecer pagamentos para resolvê-las, sem tribunais a brigar por elas. É assim que os advogados dos pacientes podem lucrar ao pegar casos de pacientes, mesmo quando não tem êxito no final de um processo judicial.

As companhias de seguro, nos EUA, podem resolver queixas pagando uma porcentagem muito modesta das somas solicitadas pelos pacientes nos processos, e transferindo as despesas aos médicos através de prêmios que cobram pela cobertura do seguro. Os médicos passam adiante estes custos do seguro aos pacientes nos honorários por seus serviços. Assim, outros pacientes que, por si só, ou através de seus empregadores, podem dispor de cuidados médicos irão, coletivamente, fornecer os meios para satisfazer queixas individuais de pacientes. Em outros países, as pessoas que têm meios financeiros pagam coletivamente pelo infortúnio de outros, através da taxação de seus rendimentos pelo governo, transferidos a pessoas menos afortunadas, por meio do pagamento de seguros sociais, por exemplo, a pessoas incapacitadas ou desempregadas. Nos EUA, isso ocorre de forma indireta, com a empresa privada através das demandas por má prática médica e dos seguros comerciais. Os prêmios de seguros cobrados dos médicos são passados adiante aos pacientes ou as seguradoras de saúde dos seus empregadores, através do aumento do custo de atenção aos pacientes. Uma consequência é que a atenção médica está fora do alcance de muitos milhões de cidadãos americanos, que não têm os meios para cobrir os custos. Estimou-se, em 2000, que 38,7 milhões de americanos não dispunham de seguro de saúde.³⁹ Por outro lado, um estudo nacional descobriu que metade das pessoas que registraram falência, em 1999, estavam envolvidas em um problema médico.⁴⁰ Além de cuidados de saúde financiados publicamente para os idosos e

³⁹ R. Pear, ‘Number of Uninsured Drops for 2nd Year’, *New York Times* (28 set. 2001), A20.

⁴⁰ M. B. Jacoby, ‘Rethinking the Debates over Health Care Financing: Evidence from the Bankruptcy Courts’, *New York University Law Review*, 76 (2001), 375–416 em 377.

para os muito pobres, não há nenhum serviço publicamente financiado nos EUA, caso quase isolado entre os países desenvolvidos. A experiência dos EUA de litígio por má prática médica é única, e seus efeitos no acesso individual a serviços de saúde o tornam um sistema não confiável para ser deliberadamente copiado em outro lugar.

4.1.8 Enfoques legislativos

Quando não há convicção no cumprimento das obrigações legais e de direitos humanos dos profissionais de saúde, pode-se propor e promulgar uma legislação que prescreva como estes profissionais devem se comportar, e como sua prática será examinada minuciosamente, através de fiscais profissionalmente qualificados ou de outros fiscais. A legislação também pode definir sob que circunstâncias, e por meio de que categorias de profissionais as drogas controladas poderão ser prescritas.

Quando o cumprimento da lei, em geral confiado a autoridades profissionais auto-reguladas, é passível de ser inadequado em alguns aspectos, as práticas que sejam objeto de preocupação pública podem se tornar objeto de controle por parte de leis específicas. Por exemplo, quando exista um conflito de interesse oculto, devido ao fato de que um profissional de saúde seja o dono de laboratório clínico ao qual encaminha pacientes para testes custosos, pode-se decretar uma legislação para proibir este tipo de propriedade, ou para exigir que os profissionais proprietários informem a seus pacientes de seus interesses enquanto proprietários e ofereçam opções alternativas. Quando tenham sido realizados procedimentos clínicos em pacientes mentalmente incapazes, sem a aprovação de seus responsáveis, ou sob a insistência dos responsáveis, mas que não sejam, claramente, para os interesses dos pacientes, como a esterilização contraceptiva, a legislação pode ser promulgada para regular procedimentos de consentimento. A legislação pode, por exemplo, exigir que cada procedimento proposto seja referido a um funcionário público apropriado ou a tribunais, ou a uma corte de direito.

Em países em que se pode recorrer à reprodução medicamente assistida, especialmente através do emprego de biotecnologias recentemente desenvolvidas, pode-se promulgar uma legislação que especifique as condições e limitações sob as quais esta assistência pode ser demandada, oferecida e divulgada. Alguns países, apreensivos com tentativas de clonagem humana com fins reprodutivos, por exemplo, propuseram leis para banir e punir estas tentativas. Estas leis podem se fazer cumprir, através de meios como processos criminais ou processos disciplinares profissionais, ou por meio de sistemas de licenças. As licenças podem ser concedidas sob a aprovação de autoridades governamentais indicadas que especificam as condições, realizam inspeções, e monitoram a prática dos titulares de licenças individuais e a evolução das técnicas e práticas de ponta concernindo sua segurança e eficácia.

No Reino Unido, por exemplo, uma legislação, de 1990⁴¹, estabeleceu a Autoridade sobre Fertilização Humana e Embriologia que tem forte representação médica e científica, define padrões e monitora a prática profissional da reprodução assistida e

⁴¹ Human Fertilisation and Embryology Act 1990, UK Statutes, chapter 37.

facilita o acesso informado do público aos serviços.⁴² Profissionais de saúde, a título individual, as associações profissionais e outras pessoas e organismos podem exigir a adoção de legislação, e mesmo propor a sua linguagem, para preservar e promover interesses considerados como sendo para atender ao público. Isto pode ser, por exemplo, pela submissão ou proibição de condutas específicas, ou pela criação da capacidade para o exercício do julgamento profissional. Um exemplo de como o entendimento médico profissional pode ser expresso na legislação é encontrado no Reino Unido, onde a subseção 2(3) da legislação sobre fertilização humana e embriologia, de 1990 afirma que ‘Para os efeitos desta lei, uma mulher não será considerada grávida, até que o embrião seja implantado’. Conforme esta lei, as tentativas de evitar a implantação, como a contracepção de emergência pós-coito, não se enquadra no Ato de Aborto, de 1967.

4.1.9 Comissões de direitos humanos

Comissões nacionais de direitos humanos, como aquelas na Índia, nas Filipinas, e no Sri Lanka, e comissões regionais de direitos humanos, ou comissões nacionais mais estritamente interessadas nos direitos dos pacientes ou das mulheres, oferecem outras oportunidades para investigar e promover as leis e os direitos humanos relacionados com a saúde reprodutiva e sexual. Algumas destas comissões estão começando a considerar a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais,⁴³ e podem oferecer plataformas para explorar como estes direitos podem ser mais eficazmente aplicados na promoção da saúde reprodutiva e sexual. Elas podem conduzir investigações sobre questões que consideram de interesse público, e investigações reservadas sobre queixas de violações legais e de direitos humanos, cuja divulgação indevida poderia estigmatizar aqueles que não cometeram infrações, ou que não têm culpa. Ou seja, em geral as comissões são vigilantes para salvaguardar os direitos humanos e a reputação daquelas cujos atos estão sob investigação.

4.1.10 Ombudsmen (Ouvidorias)

Em alguns países, existem funcionários designados por organismos do governo ou por organismos privados, como hospitais ou agências de serviço de saúde, com a faculdade de conduzirem inquéritos sobre queixas de injustiça, e talvez de atuarem em nome de organismos e interesses em conflito. O modelo de *Ombudsman* sueco tem sido amplamente adotado. Os *ombudsmen* são pessoas de qualquer sexo que, em geral, agem de acordo com procedimentos predeterminados para receber queixas de injustiça decorrentes de má administração, para determinar os feitos por meio de suas próprias indagações, e para receber evidências das partes interessadas, e

⁴² Ver on Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), Code of Practice (Londres: HFEA, 4th edn., 1998).

⁴³ Canadian Human Rights Foundation e Philippine Commission on Human Rights, *The Role of National Human Rights Commissions in the Promotion and Protection of Economic, Social and Cultural Rights* (Montreal: Canadian Human Rights Foundation, 1999).

apresentar conclusões. Eles podem fazer recomendações de reforma, e de correção de qualquer impropriedade divulgada por uma investigação.

O *Ombudsman* de Direitos Humanos da Colômbia, por exemplo, presidiu audiências para desenvolver estratégias para a prestação de serviços de saúde para adolescentes, incluindo serviços de saúde reprodutiva e sexual baseados e suas capacidades de desenvolvimento, e não em uma limitação arbitrária de idade.⁴⁴ O *Ombudsman* de Mulheres da Costa Rica, por exemplo, registrou lapsos significativos em cuidados ginecológicos e obstétricos, incluindo falta de atenção à privacidade e falha em acompanhar exames para detecção de câncer cervical.⁴⁵ O modelo do *ombudsman* é um exemplo sistemático de resolução alternativa de conflitos, através de uma autoridade definida, de antemão, para qualquer disputa específica que se apresente.

4.2 *Enfoques regionais e internacionais*

Existem diversos procedimentos nas convenções regionais⁴⁶ e internacionais⁴⁷ de direitos humanos, através dos quais é possível monitorar e avaliar a observância nacional dos direitos humanos à saúde reprodutiva e sexual. Alguns destes procedimentos, como relatórios, podem ser utilizados por tribunais regionais ou internacionais ou por comitês, simultaneamente, com esforços nacionais; outros, como o procedimento para apresentar queixa individual, requer, em geral, a exaustão dos recursos domésticos, antes que tribunais regionais e internacionais se envolvam. Estes procedimentos oferecem meios importantes para desenvolver normas e padrões de saúde sexual e reprodutiva, na esfera regional⁴⁸ e internacional.⁴⁹

⁴⁴ Correspondência com o diretor executivo do PROFAMILIA, Bogotá, Colômbia, 8 de maio de 2002.

⁴⁵ International Women's Rights Action Watch, *The Women's Watch*, 12/2-3 (1998), 7.

⁴⁶ D. Shelton, 'The Promise of Regional Human Rights Systems', em B. B. Weston and S. P. Marks (eds.), *The Future of International Human Rights* (New York: Transnational Publishers, 1999); C. Medina, 'Toward a More Effective Guarantee of the Enjoyment of Human Rights by Women in the Inter-American System', em R. J. Cook (ed.), *Human Rights of Women: National and International Perspectives* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994), 257-84, tradução para espanhol, disponível no PROFAMILIA, Bogotá, Colômbia; C. Beyani, 'Towards a More Effective Guarantee of the Enjoyment of Human Rights by Women in the African System', em Cook (ed.) *Direitos Humanos das Mulheres*, 285-306; R. J. Cook, 'Foresting Compliance with Women's Rights in the Inter-American System', *Revue Québécoise de Droit International*, 111 (1998), 129-42; F. Viljoen, 'Application of the African Charter on Human and Peoples' Rights by Domestic Courts in Africa', *Journal of African Law*, 43 (1999), 1-17.

⁴⁷ A. Byrnes, 'Towards a More Effective Enforcement of Women's Human Rights through the Use of International Human Rights Law and Procedures', em Cook (ed.), *Human Rights of Women*.

⁴⁸ M. C. Calderón, M. I. Plata, J. Lemaitre, et al., *El Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Derechos Sexuales y Reproductivos en Acción* (Bogotá: Profamilia Legal Services for Women, 4 vols., 2001); A. Carbert, J. Stanchieri, e R. J. Cook, *Advocating for Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of the European Human Rights System* (Warsaw: Federation for Women and Family Planning and ASTRA - Central and Eastern European Women's Network for Sexual and Reproductive Rights, 2 vols., 2002).

⁴⁹ I. Boerefijn a B. Toebes, 'Health and Human Rights: Health Issues Discussed by United Nations Treaty Monitoring Bodies', Netherlands Institute for Human Rights, *SIM, special issue*, 21 (1998), 25-53; J. Stanchieri, I. Merali, e R. J. Cook, *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of International Treaty Bodies* (Ottawa: Action Canada for Population and Development, 2001). Disponível em www.acpd.ca, ultimo acesso em 7 de maio de 2002; J. Zajkowski, K. H. Martinez, e R. J. Cook, *Bringing Rights to Bear on Reproductive and Sexual Rights: Na Analysis of the Work of the UN Treaty Monitoring Bodies* (New York: CRLP, 2003).

4.2.1 Procedimentos para a elaboração de relatórios

Os países que são membros de diferentes convenções internacionais e regionais de direitos humanos são obrigados a apresentar informes periódicos sobre o desempenho nacional, no cumprimento de seus deveres perante os organismos de monitoramento de tratados. Em abril de 2002, por exemplo, 168 Estados se comprometeram, através da Convenção das Mulheres (ver Parte III, Capítulo 5) a relatar regularmente ao CEDAW o que eles haviam feito para ‘adotar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres no campo dos cuidados de saúde a fim de garantir... acesso a serviços de cuidados de saúde, incluindo aqueles ligados ao planejamento familiar... a gestação, o parto e ao período pós-natal, oferecendo serviços gratuitos quando necessários, assim como [garantir] uma nutrição adequada durante a gestação e a lactação’ (Artigo 12). Para cumprir com suas obrigações de apresentar informes, os países contam com uma série de Recomendações Gerais, desenvolvidas pelos organismos de monitoramento de tratados⁵⁰. Ao explicar o conteúdo e o significado dos dispositivos dos tratados, as Recomendações também destacam o tipo de informação que é útil para os organismos de monitoramento de tratados quando da revisão de informes de cumprimento das obrigações dos países. A Recomendação Geral do CEDAW sobre Mulheres e Saúde, por exemplo, afirma que:

Para possibilitar que o Comitê avalie se medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres, no campo dos cuidados de saúde são apropriadas, os Estados-partes devem basear suas legislações de saúde, planos e políticas para as mulheres, em dados confiáveis, classificados por sexo, sobre a incidência e seriedade de doenças e condições arriscadas à saúde e nutrição das mulheres e sobre a disponibilidade e custo-eficácia de medidas preventivas e curativas. (ver Parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 9)

Esta Recomendação também ressalta que: ‘os relatos apresentados ao Comitê devem demonstrar que a legislação, os planos e políticas de saúde são baseados em pesquisa científica e ética e na avaliação da condição de saúde e das necessidades das mulheres no país, e devem levar em conta qualquer variação ou prática ética, regional ou comunitária baseada na religião, tradição, ou cultura’ (ver parte III, cap. 6, seção 2, para 9). Além de requerer a observância de sua Recomendação Geral, o CEDAW também concordou em aplicar o Programa do Cairo no desenvolvimento de padrões⁵¹ de desempenho, para determinar se Estados estão em acordo com suas obrigações, perante a Convenção das Mulheres.

Os comitês de monitoramento têm a obrigação de serem vigilantes em sua apuração dos relatos dos países para investigar evidências de falhas em atender as responsabilidades dos Estados. Com este propósito, muitos comitês de monitoramento

⁵⁰ UN, *International Human Rights Instruments, Compilation of Central Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies* (New York: UN, 1996), HRI/Gen1/Rev.2.

⁵¹ UN, *Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (14th Session)* (New York: UN, 1995), A/50/38.

de tratados, incluindo o CEDAW, estão dispostos a receber relatórios alternativos ou comentários sobre o desempenho dos Estados, submetidos por organizações não governamentais.⁵² Estes relatórios podem incorporar descobertas significativas de falhas dos Estados em proteger e promover a saúde reprodutiva e sexual. Estes achados podem ser o resultado de pesquisas médicas, de saúde pública, ou de ciências sociais, incluindo dados baseados em eventos e dados baseados em padrões. Conseqüentemente, um comitê pode investigar um caso individualmente documentado ou um incidente, para ver se ele revela uma falha representativa de um Estado em proteger um direito humano.

Nas Observações Conclusivas sobre um relatório submetido por um governo de um Estado-membro, um comitê de monitoramento de tratado destaca as conquistas do Estado nas medidas para ajustar suas leis, políticas e práticas as obrigações do tratado, assim como as inquietações do comitê frente à falta de adequação.⁵³ As Observações Conclusivas do CEDAW, por exemplo, no relatório de 1996, do governo da Hungria, incluíram os seguintes pontos com relação à saúde reprodutiva e assuntos correlatos: ‘o estado de saúde da população feminina não era satisfatório, quando avaliado de acordo com as normas internacionais à respeito. Sobretudo o elevado custo dos contraceptivos impedia que mulheres planejassem livremente o nascimento de seus filhos. O aumento muito elevado na taxa de abortos foi uma preocupação do Comitê’.⁵⁴ Como resultado, o CEDAW exigiu que o governo oferecesse programas de educação sexual a todos os jovens, e subsidiasse contraceptivos para promover planejamento familiar e reduzir o número de abortos.⁵⁵ O CEDAW também exigiu que o governo tomasse medidas legislativas urgentes e concretas para oferecer proteção e serviços apropriados a mulheres vítimas de violência.⁵⁶ O CEDAW também observou, com preocupação, a magnitude do problema da prostituição, que afeta especialmente meninas e mulheres de minorias étnicas,⁵⁷ e exigiu, com urgência, que o governo tomasse as medidas necessárias para reabilitar e reintegrar as prostitutas à sociedade.⁵⁸

4.2.2 Procedimentos para a apresentação de queixas

Convenções, como a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos, a Convenção Européia de Direitos Humanos, o Pacto Internacional para os Direitos Civis e Políticos, e a Convenção das Mulheres estabelecem procedimentos que permitem as pessoas e, em alguns casos, grupos de pessoas apresentarem queixas

⁵² Ver por exemplo CEDAW Alternative Report by Indian Non-Governmental Organizations (NGOs): Artigo 12 Health Care, Chetna, Ahmedabad, Índia, em *Women's International News Network*, 23/3 (1997), 23–4; Cladem, CRLP, e Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Women's Sexual and Reproductive Rights in Peru: A Shadow Report* (Nova York: CRLP, 1998); CRLP e Women's Legal Aid Centre, *Women's Reproductive Rights in Tanzania: A Shadow Report* (New York: CRLP, 1998).

⁵³ Ver n. 49.

⁵⁴ UN, *Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Hungary* (New York: UN, 1996), para. 254, A/51/38.

⁵⁵ *Ibid.* em para. 260.

⁵⁷ *Ibid.* em para. 225.

⁵⁶ *Ibid.* em para. 259.

⁵⁸ *Ibid.* em para. 261.

internacionais contra seus próprios Estados por violações alegadas. Todavia, estes procedimentos podem ser empregados apenas por pessoas ou grupos nacionais, cujos próprios Estados tenham reconhecido, voluntariamente, seus direitos.

Uma condição que usualmente se exige para que tribunais regionais e internacionais recebam petições individuais é de que estas pessoas tenham exaurido todas as possibilidades possíveis de alcançar reparações perante tribunais nacionais dos Estados, contra os quais suas petições são apresentadas. Esta condição respeita os deveres legais e oportunidades dos Estados repararem as violações, por meio de seus próprios procedimentos. Uma vez que querelantes tenham exaurido procedimentos domésticos disponíveis, sem a reparação que julgam adequada, podem, então, proceder a tribunais regionais ou internacionais para clamar reparações por violações alegadas. Quer as queixas sejam trazidas por pessoas, ou grupos de pessoas em seu próprio nome, as suas queixas bem sucedidas podem ter o efeito de exigir que governos mudem leis, em benefício de toda sociedade, visto que querelantes igualmente prejudicados provavelmente desfrutariam do mesmo sucesso.

4.2.3 Procedimentos de investigação e de comunicação

O Protocolo Opcional da Convenção das Mulheres permite um procedimento de averiguação, que pode ser apresentado por especialistas indicados pelo CEDAW para a realização de uma visita a um Estado-parte, caso existam informações confiáveis, indicando a possibilidade de existência de violações graves, ou sistemáticas, aos direitos protegidos pela Convenção. Este procedimento permitiria, por exemplo, visitas a locais apropriados para investigar alegações de negligência governamental de elevados índices de mortalidade materna evitáveis, ou de falha em oferecer tratamentos a mulheres grávidas infectadas com HIV.

Fora dos regimes estabelecidos pelos tratados, o Relator Especial da ONU sobre Violência Contra as Mulheres facilitou esclarecimentos de padrões internacionais e nacionais de proteção contra esta violência. A Comissão da ONU de Direitos Humanos designou um Relator Especial sobre Violência Contra as Mulheres, em 1994, com um amplo mandato de eliminar esta violência e suas causas, e de reparar suas conseqüências, recomendando caminhos e meios de eliminar a violência de gênero, nas esferas nacional, regional e internacional.⁵⁹ O Relator Especial recebe comunicados sobre incidentes alegados de violência específica de gênero contra as mulheres que não foram eficazmente tratadas através de sistemas legais nacionais. De formas similares a de um *ombudsman* trabalhando na esfera nacional, o relator adota a informação sobre situações de violência para iniciar e conduzir diálogos com governos em busca de soluções⁶⁰. Os relatórios

⁵⁹ UN Doc. E/CN.4/1995/42, 22/11/1994.

⁶⁰ UN Doc. E/CN.4/1997/47/Add.4, 30/1/1997.

258 *Princípios médicos, éticos e legais*

do Relator Especial⁶¹ mostram que esta violência pode ser uma ofensa por parte de um Estado contra uma ampla gama de direitos aceitos e expressos em tratados internacionais de direitos humanos, já assumidos pelo Estado em questão.⁶²

Em 2002, a Comissão da ONU de Direitos Humanos estabeleceu um Relator Especial sobre o Direito de Todos ao Mais Alto Padrão Alcançável de Saúde Física e Mental. O papel do Relator Especial é de relatar à Comissão sobre a concretização da capacidade de todos de exercerem este direito.⁶³

⁶¹ Ver missões específicas de relatorias do Relator Especial das Nações Unidas em Violência contra as Mulheres: *Report on the Mission to the Democratic People's Republic of Korea, the Republic of Korea and Japan on the Issue of Military Sexual Slavery in Wartime* (New York: UN, 1996), E/CN.4/1997/47/Add. 1; *Report on the Mission to Poland on the Issue of Trafficking and Forced Prostitution of Women* (New York: UN, 1996), E/CN.4/1997/Add. 1; *Report on the Mission to Brazil on the Issue of Domestic Violence* (New York: UN, 1997), E/CN.4/1997/47/Add. 2; *Report on the Mission to South Africa on the Issue of Rape in the Community* (New York: UN, 1997), E/CN.4/1997/47/Add. 3.

⁶² Ver e.g. *Velasquez v. Honduras* (1988), OAS/Ser. L/V/III. 19, doc. 13 (Inter-American Court of Human Rights); *X and Y v. The Netherlands* (1985), 8 EHRR 235 (European Court of Human Rights).

⁶³ UN, Commission on Human Rights Res. 2002/31, The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health.



PARTE II

Do princípio à prática

1

Visão geral

Por meio de uma série de estudos de caso, a Parte II aplica os princípios da medicina, da ética, do direito e dos direitos humanos a uma série de situações representativas de saúde sexual e reprodutiva. O objetivo é examinar abordagens que integrem a medicina, a ética e o direito na análise desses cenários. Os capítulos anteriores servem de referência e são seletivamente desenvolvidos para demonstrar como a saúde sexual e reprodutiva pode ser beneficiada pela aplicação de princípios éticos, legais e de direitos humanos. As abordagens envolvem responsabilidades no atendimento clínico, obrigações dos sistemas de saúde e obrigações sociais preocupadas com as causas das doenças sexuais e reprodutivas. Espera-se que a integração dessas perspectivas relacionadas intensifique o desenvolvimento profissional de códigos de atendimento ético com base nos direitos humanos.

O objetivo deste exercício não é simplesmente oferecer uma discussão sobre a prática competente da medicina e de outras disciplinas relacionadas à saúde, mas também indicar como pode ser iniciado o diálogo entre os médicos de mesmas disciplinas e de outras para fazer avançar as metas de saúde e de direitos reprodutivos das mulheres. A declaração de 1999, sobre o Papel do Obstetra/Ginecologista como Defensores da Saúde das Mulheres, publicado pelo Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), inicia com a observação de que ‘obstetras e ginecologistas têm o dever ético de atuar como defensores da saúde das mulheres’.¹ Além de fazer um apelo aos profissionais de saúde para que promovam um debate, visando melhorar as práticas e as leis de saúde, o sexto parágrafo da declaração afirma que ‘o debate deve incluir um amplo espectro da sociedade, tais como outras associações médicas, organizações de mulheres, legisladores, educadores, advogados, cientistas sociais e teólogos’.²

Portanto, um dos objetivos da Parte II é ajudar a preparar os profissionais de saúde a interagirem com suas comunidades e promoverem a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos. A meta é avançar a boa prática clínica com base nos direitos humanos, estimular a discussão entre profissionais de saúde a partir de

¹ The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, ‘General Issues in Women’s Health and Advocacy’, in FIGO, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000), 6, para. 1.

² Ibid. 7, para. 6.

262 *Do princípio à prática*

visões comuns e prepará-los para promover responsabilidade social, ou seja, responsabilidade para com a comunidade na qual eles trabalham, identificando e superando obstáculos à saúde e aos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Na linguagem da ética, o objetivo é, ao mesmo tempo, microético, preocupado com as interações entre provedores e usuários dos serviços, e macroético, preocupado com o cumprimento de responsabilidades que esses grupos profissionais devem aos pacientes, colegas de trabalho e agentes oficiais e informais que influenciam as políticas de saúde. A declaração da FIGO, de 1999, termina com a observação de que ‘obstetras e ginecologistas têm a obrigação de se organizarem e organizarem outros grupos profissionais para garantir que os serviços essenciais de saúde estejam disponíveis para as mulheres carentes e menos privilegiadas’.³

Os estudos de caso não se referem a países específicos, mas têm como base experiências que refletem uma série de importantes questões enfrentadas com frequência. Neles se reúnem questões médicas, éticas e legais, ora de forma harmoniosa, ora em aparente conflito. Ao prepararem-se para responder profissionalmente a circunstâncias como as descritas nos estudos de caso, os profissionais devem consultar, quando possível, advogados e autoridades locais de saúde, talvez com a colaboração das sociedades regionais de obstetras e ginecologistas e das associações médicas mais abrangentes.

1. *Metodologia*

As abordagens dos estudos de caso a seguir são desenvolvidas, inicialmente, com cada estudo de caso inserido em um contexto social que afete a saúde. Depois, é feita uma avaliação mais detalhada dos aspectos médicos relevantes ao atendimento à pessoa central do estudo de caso, normalmente uma paciente mulher. O caso, então, é situado dentro de um marco ético, com a identificação dos princípios éticos ali levantados e, por exemplo, uma revisão das implicações éticas das diversas opções de como administrá-lo. Em seguida, os aspectos legais são considerados, inclusive os componentes básicos como o consentimento da paciente, a confidencialidade e outras dimensões legais mais abrangentes de opções de administração médica e ética. Antes de se analisar as abordagens específicas para cada estudo de caso, a dimensão dos direitos humanos essenciais é levada em conta, inclusive a disponibilidade e o acesso aos serviços e a atenção dada à condição e à dignidade das mulheres, em geral, e dos potenciais beneficiados da prestação de serviços de saúde, em específico. As abordagens de administração dos casos identificam:

³ *The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 'General Issues in Women's Health and Advocacy', in FIGO, Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology (London: FIGO, 2000), 7, para. 6.*

- a responsabilidade clínica dos profissionais de saúde (isto é, as obrigações da relação médico-paciente),
- as obrigações dos sistemas de saúde com relação ao tratamento e prevenção, e
- as ações sociais disponíveis aos profissionais de saúde e outros para corrigir e prevenir a recorrência das condições básicas que provocaram os malefícios à saúde para os quais os estudos de caso estão direcionados.

Os dados médicos e de saúde muitas vezes precisam ser analisados para que possam gerar conhecimento. E o conhecimento deve ser inserido no conjunto de princípios abstratos que determine abordagens possíveis e preferíveis. O conhecimento pode demonstrar como a priorização de um princípio, de uma orientação ou de níveis éticos de análise podem levar a diferentes respostas práticas. Do mesmo modo, o conhecimento pode revelar como os resultados decorrem da aplicação da lei e como diferentes aplicações da lei — ou priorização de uma lei diferente, talvez inspirada pelos valores dos direitos humanos — podem levar a uma melhor abordagem.

Ao atender às preocupações éticas e legais da prática clínica, os profissionais de saúde podem cumprir com suas responsabilidades dentro dos limites estreitos de suas funções. Isto é, a responsabilidade para com seus pacientes, no nível microético, requer a observação de responsabilidades básicas. Estas responsabilidades são de garantir, por exemplo, que os profissionais tenham a escolha adequadamente informada de pacientes cognitivamente e racionalmente capazes, que respeitem sua confidencialidade, que tratem os pacientes com respeito e dignidade e que pratiquem medicina levando em consideração as obrigações das leis sobre negligência. Se, além das responsabilidades clínicas, os profissionais tenham responsabilidades administrativas relacionadas à alocação de recursos, eles devem resolver dilemas éticos e jurídicos de conflito de interesses quando, por exemplo, o atendimento a seus pacientes compromete a alocação justa de recursos já escassos entre os pacientes em geral.

Dentro das condições de seus próprios países, os profissionais de saúde podem encontrar diferentes fontes de referência para lidar com questões legais e de ética clínica. Os clínicos podem encontrar auxílio, por exemplo, por meio da análise de casos segundo as indicações médicas para opções de tratamento, as preferências do paciente e considerações sobre qualidade de vida. Alguns fatores contextuais podem ser analisados também, tais como as circunstâncias familiares e a condição financeira do paciente e os recursos institucionais disponíveis para as opções de tratamento.⁴ O objetivo desses estudos de caso é incluir e ir além da análise clínica, a fim de encorajar e permitir os leitores a incorporarem dimensões mais amplas. Os estudos de caso identificam as sensibilidades médicas, éticas e legais que devem influenciar os problemas clínicos, e focalizam de forma mais abrangente nas dimensões dos direitos humanos, que podem estar refletidas na legislação ou, em alguns

⁴ A. R. Jonsen, M. Siegler, and W. J. Winslade, *Clinical Ethics* (New York: McGraw-Hill, 4th edn., 1998); presented in the context of US law and practice.

países, comprometidas por ela. Deve-se buscar uma solução para cada problema imediato apresentado nos estudos de caso, mas o problema também deve ser enfrentado em termos da capacidade do sistema predominante de saúde em administrar a solução clínica, bem como da ação social direcionada às causas.

Os responsáveis pelos cuidados clínicos de seus pacientes são incentivados a cultivarem o desejo de serem mais do que apenas clínicos satisfatórios. Capazes de exercer liderança profissional e social em suas comunidades, os médicos são incentivados a utilizar os casos específicos para avaliar como os sistemas de saúde em que atuam podem ser aprimorados para resolver e prevenir problemas específicos de saúde e desenvolver a consciência social. Apesar de serem apresentados como problemas clínicos, os estudos de caso estão situados em estruturas mais amplas de dimensões pessoais, culturais, econômicas e de gênero, além de outras dimensões relacionadas à justiça e à injustiça. Os profissionais de saúde vêem seus pacientes como possíveis beneficiários de serviços médicos, mas o cuidado médico é apenas uma parte do sistema de saúde. Existe uma aceitação universal da definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde: a saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social. Os profissionais de saúde, portanto, devem levar em consideração não apenas o bem-estar físico, como também o mental e o social. Isto pode ser alcançado com a reforma das circunstâncias sociais e pessoais do paciente, inclusive o direito à justiça econômica e cultural. A preocupação básica não é simplesmente que as pessoas satisfaçam os critérios físicos de saúde, mas que tenham um máximo de oportunidades justas para aproveitar a vida. Este é o principal objetivo dos direitos humanos.

As dimensões mais amplas dos direitos humanos no que se refere à aplicação das prescrições éticas e legais podem servir para analisar se os resultados respeitam ou violam os princípios transcendentais dos direitos humanos.⁵ Em resumo, a metodologia que consiste na consideração de estudos de caso visa demonstrar — mediante uma revisão ética e jurídica dos dados relacionados à saúde reprodutiva — como o conhecimento pode levar ao reconhecimento dos valores dos direitos humanos, que devem ser protegidos, respeitados ou alcançados, e como as violações desses direitos podem ser evitadas e remediadas por profissionais na área da saúde. É evidente que se esses profissionais quiserem atuar como defensores críveis e eficientes dos direitos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, eles devem respeitá-los no próprio exercício de sua profissão. Ademais, os profissionais podem ser julgados em dois níveis. Individualmente, devem respeitar os direitos humanos ao lidar com os pacientes, colegas de profissão, membros da comunidade e organizações locais. Além disso, devem contribuir com a proteção e a promoção dos direitos humanos por meio das associações profissionais. O comportamento consciente dos profissionais de saúde para com os pacientes, comunidades e outros é insuficiente quando os serviços locais de saúde excluem mulheres ca-

⁵ British Medical Association, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda* (London: Zed Books, 2001).

rentes do acesso aos serviços necessários. É também um fracasso do profissionalismo quando não são abordadas as deficiências dos serviços, que poderiam ser remediadas pelos profissionais de saúde por meio da ação coletiva, inclusive ação junto a agências governamentais, institucionais e sociais.

Ao considerar cada estudo de caso, é preciso lembrar que a lei local é apenas uma ética mínima, mesmo quando compatível com os direitos humanos. Manter a lei é necessário, mas a ética normalmente exige mais que o mero respeito à lei. Dizer que o comportamento é ético porque está dentro da lei não é uma resposta satisfatória à questão. A lei muitas vezes fornece opções legítimas de ação. O exercício das opções legais deve ser avaliado com referência a julgamentos éticos individuais e profissionais. Da mesma forma, as abordagens para cada estudo de caso devem ser sensíveis aos valores éticos e aos princípios de direitos humanos que podem ser implementados por meio da legislação local.

2. Escolha e seqüência dos estudos de caso

Os estudos de caso que merecem maior consideração podem ter origem em diversas experiências, podendo ser examinados minuciosamente em vários níveis de análise. Esses quase inúmeros⁶ estudos de caso podem ser vistos de todas as perspectivas, da microscópica à telescópica, ou manter o foco em determinadas culturas ou países historicamente ligados.⁷ Por motivos de economia, os 15 estudos de caso aqui apresentados utilizam como base modelos factuais rudimentares, derivados de experiências em lugares que demonstrassem, em grande parte, uma carência de recursos. Esses estudos de caso visam profissionais e ativistas na área de saúde, estudiosos da ética, advogados e outros dedicados à proteção e promoção da saúde sexual e reprodutiva. Seus interesses são considerados sob um leque de preocupações; desde os pacientes que sofrem e precisam de cuidados clínicos, às sociedades desiguais nas quais a negligência aos direitos humanos e à justiça social contribui de forma significativa para o sofrimento dos pacientes na ausência de atendimento adequado.

Os estudos de caso baseiam-se nas diferentes percepções apresentadas nos diversos capítulos da Parte I deste livro. Os recursos na Parte I não podem ser totalmente explorados nos estudos de caso apresentados a seguir, e são empregados seletivamente, incansavelmente e, para o leitor crítico, talvez de forma controversa. O objetivo não é ‘solucionar’ os casos, mas demonstrar como estes podem ser submetidos a análises médica, ética, legal e dos direitos humanos, além de como as percepções dentro dessas áreas podem vir a influenciar a

⁶ European Network of Scientific Co-operation on Medicine and Human Rights, *The Human Rights, Ethical and Moral Dimensions of Health Care: 120 Practical Case Studies* (Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1998).

⁷ Commonwealth Medical Association Trust, *Training Manual on Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals* (London: Commonwealth Medical Association Trust, 1999).

realização de soluções corretivas e preventivas de forma satisfatória. Os leitores são convidados a enfrentar o desafio de alcançar uma análise e uma resolução superiores àquelas propostas aqui.

Os estudos de caso são apresentados de forma a refletir a seqüência do ciclo da vida humana, começando com as deficiências reprodutivas sofridas por meninas em decorrência da mutilação genital feminina, passando pelos obstáculos cultural e legalmente condicionados à saúde sexual e reprodutiva da adolescente, à vulnerabilidade da mulher à agressão sexual e à necessidade de livrá-la de suas conseqüências. A preocupação com a reconstituição do hímen está às vezes relacionada com a agressão sexual e, mais além, com desigualdades sociais de gênero. A demanda por tratamentos de reprodução assistida está, muitas vezes, relacionada ao avanço da tecnologia reprodutiva, mas a preocupação com a infertilidade é universal e, possivelmente, mais urgente em países com poucos recursos. A vulnerabilidade das mulheres é um tema abordado por meio de duas preocupações. A primeira se refere à vulnerabilidade das mulheres à esterilização involuntária, muitas vezes associada à impotência e dependência. A segunda preocupação é com o HIV, inclusive as demandas de pacientes soropositivos por cuidados clínicos e aconselhamento médico sobre a participação em estudos experimentais de produtos não aprovados, o que levanta a questão sobre a necessidade não apenas de promover pesquisas de medicamentos contra o HIV, mas também de se proteger contra as mesmas. A questão do aborto permanece inevitável entre os desafios da saúde reprodutiva. Essa questão é abordada por si só e por meio de preocupações relacionadas de diagnóstico genético pré-natal, demandas por serviços de seleção de sexo do bebê e tratamentos de abortos incompletos, tanto induzidos como espontâneos. As preocupações com o aborto se tornaram tão onipresentes que acabaram influenciando questões a princípio não relacionadas, como a questão da confidencialidade nos estudos de caso aqui apresentados. Infelizmente, a experiência geral exige um estudo de caso que trate da violência doméstica contra as mulheres. O último estudo de caso está relacionado ao aprendizado médico e geral obtido a partir da tragédia da mortalidade materna.

A seqüência de estudos de caso a seguir visa seguir uma forma lógica, embora seja arbitrária por ser apresentada conforme um critério entre vários. Os estudos de caso sobre a saúde sexual poderiam percorrer, por exemplo, da mais grave à menor das conseqüências. Neste caso, o primeiro abordaria o tema da mortalidade materna, seguido de acordo com as percepções de prioridades do autor. Não é necessário acompanhar os estudos de caso na ordem em que eles estão apresentados, podendo os leitores selecionar os estudos que lhes pareçam mais próximos às suas experiências. Espera-se, no entanto, que ao concluir a leitura de todos os estudos de caso, o leitor adquirirá uma noção das experiências representativas de tratamento e ocupação com a saúde sexual e reprodutiva, e um sentido de como se equipar para reagir às deficiências da saúde nos diversos níveis de eficácia e reforma social.

Vale ressaltar que a análise e as abordagens propostas, apresentadas nos estudos de caso, não são consideradas definitivas. Existem diferentes abordagens éticas, e vários direitos humanos podem ser aplicados ao mesmo caso. Os leitores estão convidados a refletir sobre como hierarquizar as preferências e prioridades dentro das circunstâncias de seus próprios sistemas legais e de saúde, e das condições de suas comunidades, observadas sob a luz do respeito que concedem aos valores dos direitos humanos.

2

Incisão genital feminina (circuncisão/mutilação)

Estudo de caso

A mãe de uma menina de nove anos traz a filha ao Dr. D, pedindo-lhe que a circuncide. Explica que deseja que essa operação seja feita por temer que, caso contrário, a filha não seja pedida em casamento em sua comunidade. A mãe explica, ainda, que deseja que a operação seja feita por um médico, pois procedimentos semelhantes praticados por uma parteira tradicional em suas filhas mais velhas resultaram em grave hemorragia e infecção dos ferimentos. A mãe diz que, se o Dr. D não aceitar executar a operação, a sua sogra insistirá em levar a menina a uma parteira. O que deve o Dr. D fazer, considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

A terminologia usada para descrever essa operação varia muito. O termo “circuncisão feminina” tem sido historicamente usado. Contudo, à medida que os danos, cada vez mais reconhecidos, que tais procedimentos causam à meninas e mulheres e também por essa operação, qualquer que seja a forma praticada, não ser análoga à circuncisão masculina, o termo “circuncisão feminina” deu lugar ao termo “mutilação genital feminina”. O termo “mutilação genital feminina” tem sido adotado por muitas organizações de saúde das mulheres, tais como o Comitê Inter-Africano sobre Práticas Tradicionais que Afetam a Saúde de Mulheres e Crianças e organizações intergovernamentais, como a Organização Mundial da Saúde. Todavia, o uso do termo pode ofender as mulheres que foram submetidas a essa operação e não se consideram mutiladas, nem consideram que suas famílias sejam mutiladoras¹.

Há quem use o termo “cirurgia genital feminina”.² Os profissionais de saúde consideram esse uso incorreto, porque o termo “cirurgia genital feminina” é usado

¹ Rahman and N.Toubia, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* (New York: Zed Press, 2000), 4.

² C.M.Obermeyer, *Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown and the Unknowable*, *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (1999), 79–106.

por eles para descrever procedimentos cirúrgicos realizados com propósitos terapêuticos, tais como a remoção de tumores dos órgãos genitais internos ou externos. Neste estudo de caso, o termo “incisão genital feminina” – IGF é uma tentativa para encontrar uma linguagem que tenha um valor neutro, mas que descreva adequadamente a natureza da operação.

A Organização Mundial da Saúde estima que hoje, em todo o mundo, cerca de dois milhões de meninas por ano, são submetidas a esse tipo de operação³ (ver Tabela III.1.2). Cerca de seis mil meninas por dia, são submetidas à IGF. A operação é realizada, normalmente, em meninas de 4 a 12 anos de idade, mas sabe-se também que em algumas comunidades, é efetuada em bebês, poucos dias depois de nascidas, e em outras comunidades, pouco antes do casamento ou depois da primeira gravidez.⁴ A maioria dessas meninas e mulheres vive na África Ocidental e Oriental e em partes da Península Arábica, embora algumas vivam na Ásia, e algumas outras sejam encontradas em grupos de populações imigrantes vivendo na Europa, nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia.⁵ A incidência entre esses países e dentro desses países varia. Essa variação entre os países vai de 5% a 99%.⁶

O clitóris tem sido vítima de agressões resultantes da maneira como algumas sociedades encaram a sexualidade feminina. A clitorectomia tem uma história e um passado diferentes no Ocidente e no Oriente⁷. Na Inglaterra, na Europa e nos Estados Unidos, muitas clitorectomias foram efetuadas por cirurgiões ginecologistas, na segunda metade do século XIX, sob a alegação necessidade médica. A clitorectomia foi considerada necessária não apenas para curar desvios sexuais, como a “ninfomania”, mas também para impedir a masturbação e para sanar uma série de distúrbios, alguns considerados conseqüências da masturbação, como a histeria, a epilepsia, a melancolia e a insanidade mental. Era impensável também que uma mulher decente pudesse sentir prazer no sexo.

A origem da circuncisão feminina se perde na antiguidade. As razões preponderantes para efetuar a IGF são complexas, multifacetadas e interligadas a conceitos socialmente construídos sobre gênero e sexualidade. As razões incluem costume e prática de controle da sexualidade da mulher e pressão social.⁸ A IGF é realizada como um rito de passagem da infância para a idade adulta, ligando as mulheres às tradições culturais e valores familiares de gerações presentes e passadas. A razão desse procedimento é controlar a sexualidade feminina e reduzir seu desejo sexual,

³ WHO, *Management of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation: Report of a 1997 Who Technical Consultation* (Geneva: WHO, 2001), 2.

⁴ N. Toubia, *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action* (New York: Rainbo, 2 ed., 1995) 9.

⁵ British Medical Association, *Female Genital Mutilation: Caring for Patients and Child Protection: Guidance from the BMA* (approved by Council Jan. 1996, revised April 2001, www.bma.org.uk/public/ethics.nsf/, last accessed 31/112001).

⁶ Ibid. 3; <http://www.who.int/frh-whd/FGM>, acessado em 14 de julho de 2001.

⁷ M.F.Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York e London: Parthenon, 1997).

⁸ Rahman and Toubia, *Female Genital Mutilation*, 5–6.

270 *Do princípio à prática*

sob a alegação de se estar, assim, protegendo a menina da tentação, salvaguardando sua castidade antes do casamento e garantindo sua fidelidade depois de casada. Em muitas situações, a pressão social, criada por um ostracismo social a que são submetidas meninas não submetidas à IGF e a recusa dos homens de se casarem com elas perpetuam essa prática.

2. Aspectos médicos

O dano causado por essa prática às meninas e mulheres jovens é imediato e se faz sentir, também, no longo prazo, segundo o grau de remoção da genitália feminina, desde uma incisão insignificante, para a remoção do clitóris, até uma operação maior, em que o clitóris e os lábios menores são removidos e a abertura da vagina é suturada (infibulada). Como nenhum desses procedimentos tem um propósito terapêutico, não se encontram definições médicas para eles. Geralmente são realizados por leigos que sequer conhecem a anatomia da genitália feminina. Baseados na observação de mulheres que sofreram uma versão desses procedimentos, as diferentes formas de incisão genital feminina são classificadas em quatro tipos. As categorias não são separadas, pois na prática elas comumente se sobrepõem⁹:

Tipo I, geralmente conhecido como clitorectomia, consiste na remoção parcial ou total do clitóris;

Tipo II, conhecido como excisão, refere-se à remoção do clitóris e dos lábios menores;

Tipo III, conhecido como infibulação, consiste na remoção do clitóris, dos lábios menores e algumas vezes dos lábios maiores, e na sutura ou fechamento (infibulação) da abertura da vulva, deixando uma pequena passagem para o fluxo da urina e do sangue menstrual;

Tipo IV, refere-se a procedimentos não qualificados, tais como punção, perfuração, corte ou esticamento do clitóris e/ou dos lábios; a cauterização por queimadura do clitóris e tecidos adjacentes; a raspagem (cortes tipo *angurya*) do orifício vaginal ou corte (cortes tipo *gishiri*) da vagina; introdução de ervas ou materiais corrosivos que causam sangramento ou estreitam a vagina e a tornam mais apertada.

Deve ficar claro que a IGF não tem nenhuma relação com a circuncisão masculina.¹⁰ Na circuncisão masculina, a parte removida é o prepúcio (uma dobra de pele que cobre a parte superior do pênis). Sua remoção pode trazer um benefício para a saúde (a proteção contra a infecção do HIV¹¹) e representa pouco (embora sempre haja algum) risco ou dano. As religiões judaica e islâmica autorizam a prática da circuncisão masculina.

O tamanho do corte na circuncisão feminina é, anatomicamente, muito mais extenso do que na circuncisão masculina. O equivalente masculino da clitorectomia,

⁹ WHO, *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth* (Geneva: WHO, 2000), 11.

¹⁰ Fathalla, *From Obstetric*, 210.

¹¹ UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Geneva: UNAIDS, 2000), 70.

em que o clitóris é removido parcial ou totalmente, seria o corte de grande parte do pênis. O equivalente masculino da infibulação — que envolve não apenas a clitorectomia, mas a remoção ou o fechamento dos tecidos sensíveis que ficam em volta da vagina — seria a remoção total do pênis, de suas raízes de tecido delicado, e de parte da pele do escroto.¹²

Além das diferenças fisiológicas, há também diferenças em como os respectivos procedimentos vão influir nos homens e nas mulheres, em termos de comportamento feminino e masculino. A circuncisão masculina reafirma a masculinidade, com seu status social superior e associações com a virilidade. Um propósito da IGF é reforçar o gênero passivo das meninas e das mulheres, confinando-as socialmente e restringindo seu desejo sexual.¹³

A parte removida na chamada circuncisão feminina varia enormemente, mas o procedimento mais comum visa a remover o clitóris, parte importante na excitação e no orgasmo femininos. Essa operação não traz benefícios à saúde e pode ser associada com danos físico e psicológico e acarretar disfunções sexuais e reprodutivas. Ao contrário da circuncisão masculina, a IGF não é recomendada por qualquer religião, nem tem qualquer relação com a distribuição geográfica de nenhuma religião.

Todos os tipos de IGF trazem complicações de saúde, de imediato e no longo prazo. As complicações médicas incluem hemorragias, que podem requerer intervenção médica de emergência. Há riscos de saúde, geralmente relacionados ao fato de que a operação é freqüentemente realizada por leigos, sem o apoio de instalações adequadas e de assistência médica. Podem ocorrer graves sepsias, particularmente quando forem usados instrumentos de corte não esterilizados. Se a área genital contaminar-se com urina ou fezes, em poucos dias após a operação pode desenvolver-se uma infecção. Se as bactérias atingirem a corrente sanguínea, a infecção pode levar à septicemia que, por sua vez, pode ser fatal. A tumefação e inflamação na região do ferimento podem acarretar a retenção aguda da urina.¹⁴

Complicações no longo prazo podem surgir de todos os tipos de IGF, mas as mais graves resultam das operações do Tipo II e III. Complicações comuns ao Tipo III (infibulação) incluem repetidas infecções no trato urinário e infecções pélvicas crônicas, que podem causar danos irreparáveis aos órgãos reprodutivos, provocando a infertilidade. O crescimento excessivo do tecido cicatricial pode causar uma desfiguração. Um quisto (implantação dermóide) no local da incisão pode também resultar de um inadvertido implante de um pedaço de pele no ferimento. Tais quistos podem afetar a menina e seus pais, com a suspeita de que ela tenha tido relações sexuais.

As complicações de IGF para o parto incluem complicações durante a gestação, e antes, durante e após o parto.¹⁵ Geralmente há dor durante e depois da

¹² N. Toubia and S. Izatt, *Female Genital Mutilation: An Overview* (Geneva: WHO, 1998), 9.

¹³ N. Toubia, *Evolutionary Cultural Ethics and Circumcision of Children*, in G. Denniston, and F.M. Hodges, and M.F. Milos (eds), *Male and female Circumcision: Medical, Legal, and Ethical Considerations in Pediatric Practice* (New York: Kluwer Academic and Plenum, 1999).

¹⁴ Toubia e Izatt, *Female Genital Mutilation*, 26.

¹⁵ WHO, *Systematic Review*.

desinfibulação, momento em que se faz necessária uma incisão anterior na vulva para permitir o parto. Complicações pré-natais e no início do trabalho de parto, trabalho de parto prolongado ou obstruído, e fistulas obstétricas (orifícios ou túneis entre a bexiga e a vagina e entre o reto e a vagina) são as complicações que surgem especialmente com o Tipo III, da IGF. Sofrimento e óbito do feto (natimorte ou morte neo-natal) também podem acontecer. As mortes parecem estar relacionadas com a obstrução no parto, causada pela má cicatrização da vulva, que ocorre como consequência das operações do Tipo III, ou com a cicatrização adicional que pode ocorrer nas complicações de operações dos Tipos I ou II.¹⁶ A incidência de hemorragia pós-natal é muito mais comum em mulheres com IGF, geralmente em decorrência das incisões adicionais e lesões no períneo, resultantes da cicatrização de todos os tipos de IGF.¹⁷ A IGF tem sido apresentada como um fator contribuinte ou como a causa de óbito materno, devida à cicatrização da vulva,¹⁸ geralmente consequência de obstrução no trabalho de parto sem assistência ou tratado inapropriadamente.

3. Aspectos éticos

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) tem assumido uma posição firme em oposição à circuncisão feminina, descrevendo-a como “mutilação”. Uma resolução unanimemente adotada pela Assembléia Geral da FIGO, em 1994, reconheceu que “a mutilação genital feminina é uma violação dos direitos humanos, uma operação nociva realizada em uma criança incapaz de consentimento consciente”.

Muitos países já aprovaram leis ou regulamentos proibindo a realização da operação, deixando pouca opção do ponto de vista ético. Contudo, a divulgação de explicações e orientações éticas pode reforçar a legislação que proíbe tais procedimentos. No Reino Unido, por exemplo, o Ato de Proibição da Circuncisão Feminina, de 1985, (Estatutos, capítulo 38) estabelece o crime, mas permite que os médicos registrados realizem procedimentos de outra maneira proibidos, seja durante o parto ou quando se trate da saúde física ou mental da paciente. A Associação Médica Britânica tem fornecido orientação relativa ao cumprimento da lei, assim como ao que constitui grave falta profissional, reconhecida pelo Conselho Médico Geral.¹⁹

Vários princípios conflitantes podem ser encontrados em lugares onde não há legislação local, regulamentos proibitórios, ou declarações éticas feitas por associações médicas nacionais com sanções disciplinares, cabendo aos médicos a opção ética. O poder que os pais têm de impor suas preferências às filhas menores nega às meninas o direito à autonomia em sua futura vida adulta e a possibilidade de defesa

¹⁶ Ibid. 51.

¹⁷ Ibid. 46. ¹⁸ Ibid. 48.

¹⁹ BMA, *Female Genital Mutilation*.

imediate, contra a insistência paterna para a realização de uma operação não terapêutica, irreversível e cheia de riscos.

Existe uma preocupação diante da possibilidade de se superestimar as complicações médicas, por estas serem, em grande parte, resultado de IGFs de qualquer tipo realizadas por pessoas não qualificadas em ambientes sem segurança. Uma maneira de tratar essas complicações seria assegurar que a IGF seja feita por pessoas qualificadas e em ambiente seguro. No entanto, a medicalização de qualquer dos tipos da IGF não pode ser justificada, por não ter propósitos terapêuticos. A Resolução da Assembléia Geral da FIGO, de 1994, recomenda que os obstetras ou ginecologistas “se oponham a qualquer tentativa de medicalização da operação e não permitam a sua realização, em quaisquer circunstâncias, em estabelecimentos médicos, ou por profissionais de saúde”.²⁰

O princípio ético da não-maleficência, que proíbe qualquer ato prejudicial, exige dos médicos que não realizem esse procedimento. Contudo, o mesmo princípio requer que todo risco de dano deva ser minimizado e, para um médico, realizar uma forma limitada e simbólica de incisão genital é menos prejudicial do que a operação muito mais invasiva realizada por uma pessoa sem treinamento, como é o caso de uma parteira tradicional. Entretanto, embora esse enfoque possa reduzir os danos médicos causados à saúde de um indivíduo em particular, pode também causar um prejuízo social profundo nas mulheres, de modo geral. A realização de qualquer tipo de IGF é, de fato, aprovar uma prática de controle da sexualidade feminina e uma afronta à integridade e à dignidade da pessoa.

A abordagem ética adotada pelos profissionais de medicina, conforme indicação da Assembléia Geral da FIGO e da Assembléia Mundial da Saúde da OMS²¹, é a de que mais esforços devem ser feitos para tratar dessa prática nos níveis macro-ético e social. A classe profissional caracteriza a operação, social e individualmente, como um procedimento prejudicial à saúde e à dignidade das mulheres e das meninas, sem qualquer benefício médico compensador. O fato de que, em certas culturas, essa operação seja considerada benéfica e descrita como purificadora, levando mulheres e meninas que não se submetem ao procedimento a serem consideradas impuras, não convence a classe profissional. Em conseqüência, a opinião ética da medicina organizada é a de que os médicos e os estabelecimentos de saúde não devem participar dessa operação, posto que implica, para os profissionais de saúde, em um procedimento de danos irreversíveis.

O mal é duplo — pelo que se refere à vulnerabilidade das meninas sujeitas a operações arriscadas de incisões que não lhes proporcionam nenhum benefício de saúde, higiene nem qualquer outro benefício, e pelo fato de a operação também perpetuar uma forma de controle sexual sobre as mulheres que as diminui como membros de suas comunidades uma vez que elas deveriam gozar dos mesmos

²⁰ M. F. Fathalla, “*The Girl Child*”, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 7-12, em 17.

²¹ *World Health Assembly Resolution: Maternal and Child Health and Family Planning; Traditional Practices Harmful to the Health of Women and Children* (WHA 47.10, 1994), parcialmente citado por Toubia and Izatt, *Female Genital Mutilation*, 62.

274 *Do princípio à prática*

direitos à proteção que os homens. A alegação de que os médicos devem realizar tais procedimentos para limitar o mal que causam — uma vez que, caso se recusem a fazê-lo, essas operações podem ser executadas, com maior dano, por pessoas não qualificadas — é rejeitada, da mesma maneira como as organizações de medicina profissional proíbem a participação médica na tortura e na execução de sentenças judiciais que determinem a flagelação, a amputação e a morte.

4. *Aspectos legais*

Existem leis penais genéricas contra ataques injustificados que podem ser aplicadas para punir a IGF. Por exemplo, o Código Penal do Quênia estabelece que “qualquer pessoa que agrida outra ilegalmente é culpada de contravenção” (seção 250) e que “qualquer pessoa que cometa uma agressão ocasionando dano físico real é culpada... e passível de prisão por cinco anos” (seção 251). O Código define “dano grave” como “dano que implica em aleijar ou em prejudicar ou lesar a saúde de forma perigosa, grave ou permanente” e prevê como punição até a prisão perpétua (seção 234).

O Quênia reforçou essa provisão geral na Lei das Crianças de 2001 (Número 8, de 2001). A Seção 14 prevê que: “Ninguém pode sujeitar uma criança à incisão feminina, ao casamento precoce ou a ritos culturais, costumes ou práticas tradicionais que possam afetar negativamente a saúde, a vida, o bem-estar social, a dignidade da criança ou seu desenvolvimento físico ou psicológico”. Em dezembro de 2000, a Corte do Distrito do Quênia, de Keiyo condenou a prática de forma mais ampla, considerando-a moralmente repugnante e uma violação dos direitos humanos, conforme estipulado na constituição nacional, e concedeu um mandado de segurança permanente, proibindo réu e aqueles a ele associados de realizar a prática.²²

Alguns países como Burkina Fasso²³, Gana²⁴, Senegal²⁵ e o Reino Unido²⁶ também têm ido além da aplicação da legislação geral penal, aprovando leis que condenam especificamente a IGF. O grau de punição e a maneira de tornar efetiva a aplicação dessas leis específicas variam. Burkina Fasso prende de seis meses a três anos, e multa em pelo menos 150.000 a 900.000 francos (cerca de 240 a 1.440 dólares) “qualquer pessoa que viole ou tente violar a integridade física dos órgãos genitais femininos, seja pela total ablação, excisão, infibulação, dessensibilização ou qualquer outro meio”. Se a operação resultar em morte, a punição mínima é de cinco e máxima de dez anos de prisão (Artigo 380, do Código Penal). Sendo o transgressor membro do corpo médico ou para-médico, são impostas punições

²² Decisão de 13 de dezembro, 2001, Keyio District Court, Quênia, Magistrado Ochenja.

²³ Lei n. 43/96/ADP de 13 de novembro, 1996, no Código Penal, Artigos 380-2, Journal officiel du Burkina Fasso, 27 de janeiro, 1997, reproduzida por Rahman and Toubia, *Female Genital Mutilation*, 115.

²⁴ Ato do Código Criminal (Emenda), 1994, Gana, reproduzida na International Digest of Health Legislation, 47 (1996), 30-1.

²⁵ Lei n. 99-05, de 29 de janeiro, 1999, que emenda várias provisões do Código Penal, Artigo 2999b, Journal Officiel (27 fevereiro de 1999), n. 5.847, 832.

²⁶ *Prohibition of Female Circumcision Act 1985* (UK) Estatutos 1985, capítulo 38.

máximas e a suspensão da licença para praticar medicina por até cinco anos também pode acontecer, a partir do cumprimento da sentença de custódia (Artigo 381). Além disso, aquele que tiver conhecimento da infração e não informar as autoridades competentes é multado em 50.000 a 100.000 francos (cerca de 80 a 160 dólares) (Artigo 382).

Ainda que a lei tenha sido aplicada por meio de numerosos processos contra transgressores e cúmplices, as sentenças de prisão têm sido mínimas, e em alguns casos, suspensas²⁷. Um importante oficial de justiça na capital de Burkina Fasso, Uagadugu, que trabalha pela eliminação da IGF, observou ser necessário o efetivo cumprimento da lei, pois a experiência mostra que, freqüentemente, a educação é, por si só, ineficaz para pôr um fim à IGF. Ele explica que os extirpadores “não pararão a menos que tenham as repercussões” da aplicação da lei, cujo potencial confere aos profissionais de saúde, e aos funcionários que se ocupam com o cumprimento da lei, a legitimidade para intervir quando os pais, aqueles encarregados de exercer a prática e outros propõem a IGF.²⁸

Os tribunais nacionais têm uma atuação cada vez maior no cumprimento das leis ou das políticas do Ministério da Saúde relativas à proibição da IGF. Em 1997, por exemplo, o Conselho de Estado, a mais alta corte administrativa do Egito, ratificou uma ordem do Ministério da Saúde, de 1996, proibindo a realização da circuncisão genital feminina em hospitais e clínicas, públicas ou privadas, exceto em casos de necessidade médica. O Conselho de Estado ratificou a ordem do Ministério da Saúde, mesmo se a realização da operação tem o consentimento da mulher e de seus pais, determinou que a circuncisão não é um direito individual que emane da *Shariah* (lei islâmica). Declarou que nada existe no Corão (o Livro Sagrado do Islã) que autorize a circuncisão genital feminina.²⁹

Pelo fato de que a IGF não tem nenhuma finalidade médica ou relacionada com a saúde, os médicos que a realizam não estão amparados por justificativas médicas ou explicações de necessidade cirúrgica que proteja atos que, quando realizados por pessoas não qualificadas, constituem crime. O consentimento dos pais não retira a responsabilidade do médico, uma vez que os pais podem consentir em intervenções médicas em seus filhos dependentes apenas para cumprir com seus deveres paternos de prover assistência médica e de saúde, e essa operação está fora do escopo de tal assistência. Ela expõe as crianças a riscos de saúde e de bem estar imediatos e futuros, diversamente das pequenas operações cosméticas legais, como furar as orelhas, que permitem às crianças usar adornos.

Se uma mulher madura solicitar a operação como opção própria, livremente assumida, o médico que não tenha objeções de consciência para executá-la poderá ainda enfrentar obstáculos legais. Várias formas de perfuração do corpo são legal-

²⁷ Rahman and Toubia, *Female Genital Mutilation*, 115.

²⁸ WHO, *Female Genital Mutilations — Programmes to Date: What Works and What Doesn't: A Review* (Geneva; WHO, 1999), 16, declaração de Mr. Issa Kabré, junho, 1998.

²⁹ Decisão de 28 de dezembro, 1997, publicada na *Annual Review of Population Law*, 23-4 (1996-7), 128.

276 *Do princípio à prática*

mente toleradas, mas nem todas as formas de invasão física são legais. A lei histórica contra a mutilação (*maim* ou “*mayhem*” — lesão corporal) tolera a circuncisão masculina, seja por motivos religiosos ou higiênicos, mas proíbe a mutilação sadomasoquista.³⁰ Os tribunais podem restringir igualmente toda incisão genital voluntária, por menor que seja, baseados em políticas públicas, ou na moral, ou na ordem pública. Um adulto desejoso de fazer essa operação deve ser instado a obter aprovação judicial.

O consentimento ao pedido de uma mulher para ser novamente suturada, em seguida ao parto, de modo a ser restaurada a maneira como estava acostumada a ser, pode, em princípio, não parecer polêmico. Além do que, negar-lhe essa operação pode ser psicologicamente difícil de aceitar, uma vez que a sua identidade e *status* podem depender de sua aparência infibulada. Contudo, do ponto de vista médico, há oposição contra suturar uma segunda vez essa mulher, por constituir-se em transgressão por parte do médico ou do profissional de saúde legalmente obrigado a prestar apenas os serviços que estejam em acordo com os códigos profissionais de saúde e de conduta ética.³¹

Além da responsabilidade, nos termos da lei geral, os médicos podem ser legalmente inquiridos pelas autoridades licenciadoras e disciplinatórias, por alegações de má conduta profissional. Muitas dessas autoridades declararam ser a IGF má conduta profissional e outras autoridades, que ainda não o fizeram, podem vir a ser persuadidas por resoluções como a adotada na FIGO, em 1994. As associações e organismos licenciadores de profissionais de medicina podem legalmente impor sanções por má conduta profissional, que não é por si só uma infração da lei, sanções estas que dão poder às autoridades disciplinatórias para fazer cumprir os códigos de conduta ética. Conseqüentemente, os médicos podem sofrer sanções legais por aceitarem fazer incisões genitais femininas, mesmo quando esses cortes não constituam, legalmente, uma infração independente da lei.

5. Aspectos de direitos humanos

Nenhum tipo de IGF, independente de qualquer complicação médica, pode ser justificado. Muitos direitos humanos são violados pela imposição da IGF a recém-nascidas, adolescentes e outras pessoas incapazes de dar um consentimento autônomo e devidamente consciente. Os mais óbvios incluem os direitos humanos à saúde e à segurança pessoal, tendo em vista os muitos problemas de saúde associados com essa operação, particularmente quando realizada por pessoal profissionalmente não habilitado. O problema mais grave é a morte, devida a hemorragias ou infecções, mas outros referem-se à obstrução urinária e menstrual, no Tipo III e,

³⁰ *R. v. Brown*, [1993] 2 All ER 75 (House of the Lords, England).

³¹ WHO, *Female Genital Mutilation — The Prevention and Management of Health Complications: Policy Guidelines for Nurses and Midwives* (Geneva:WHO, 2001), 11–12.

possivelmente, em operações menos agressivas, como a impossibilidade de ter prazer na relação sexual e usufruir da assistência pré-natal e no momento do parto, assim como a reações psicológicas permanentes devidas ao trauma da operação. O risco de morte por infecção ou por outros fatores a ela relacionados viola o direito da mulher à vida. Em alguns contextos, pode ser apropriado argumentar que a operação viola o direito de meninas e mulheres de estarem livres de tratamentos desumanos e degradantes. Em um nível mais amplo, a operação viola o direito de meninas e de mulheres de não sofrerem qualquer tipo de discriminação, já que uma justificativa para a IGF é reforçar a castidade e a fidelidade das mulheres, tornando-as incapazes de terem prazer na relação sexual, enquanto o homem não é obrigado a tais restrições. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres condena vigorosamente a IGF, chamando à ordem os países que negligenciam o problema e enfraquecem o cumprimento da lei.³²

Embora a IGF possa ser realizada em mulheres adultas e adolescentes, sua incidência maior envolve a exploração de meninas vulneráveis, dependentes dos cuidados paternos, e incapazes de qualquer exercício social ou intelectual de escolha. Além das violações das convenções gerais dos direitos humanos, a IGF viola várias provisões da Convenção das Crianças, que reforçam as proibições nos termos das diferentes convenções, mas demonstram ainda o caráter agravante de violações dos direitos de crianças indefesas. A violação é particularmente ofensiva quando perpetrada por aqueles de quem supostamente dependem a proteção dos interesses e da integridade física das crianças e o desempenho de julgamentos prudentes para a sua defesa. O fato de que pais acreditem que a IGF seja do interesse imediato e a longo termo das filhas ilustra a subserviência desses pais a costumes que lhes causam danos e até lhes ameaçam a vida, costumes a que falta um fundamento religioso, mas que têm, gerações de aceitação de discriminação sexual, como se fosse normal e até mesmo desejável. O Comitê sobre os Direitos da Criança persiste nas suas denúncias de países onde a IGF ainda continua e os pressiona para que combatam e erradiquem essa prática com urgência.³³

A resolução da FIGO de que a “Mutilação Genital Feminina” constitui uma violação dos direitos humanos³⁴ apóia provisões da Convenção das Crianças e da Convenção das Mulheres. Ambas contêm proibições de não discriminação em termos de sexo, e a última requer que as partes “modifiquem os modelos sociais e culturais de conduta... com vistas a alcançar a eliminação de... práticas... costumei-

³² Ver *Concluding Observation on the Report of Ethiopia to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women*, 9 de maio, 1996, A/51/38 parágrafo 148, publicado em Action Canada for Population and Development, *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of International Treaty Bodies* (Ottawa, : Action Canada for Population and Development, 2000), 97, disponível em <http://www.acped.ca>, acessado em 6 de maio de 2002.

³³ Ver *Concluding Observation on the Report of Benin to the Committee on the Rights of the Child*, 12 de agosto, 1999, |CRC/C/15/Add.106, parágrafo 26, publicado em Action Canada, *Application of Human Rights*, 187, disponível em: <http://www.acpd.ca>, acessado em 6 de maio de 2002.

³⁴ *Female Genital Mutilation Resolution*, Assembléia Geral da FIGO, Montreal, Canadá, 1994: www.figo.org/default.asp?id=00000086.htm, acessada em 6 de maio de 2002.

278 *Do princípio à prática*

ras... baseadas em... papéis estereotipados para homens e mulheres”. Se a IGF é uma condição cultural para o casamento da mulher, se o homem não está sujeito a operações comparativamente invasivas e prejudiciais, isso viola essa provisão. Da mesma maneira, se o propósito da IGF é reduzir o apetite sexual da mulher ou assegurar a castidade pré-marital, isso serve para lançar uma imagem estereotipada da virtude sexual da mulher ou de sua passividade, o que não é esperado ou tido como obrigatório no caso do homem.

Seria possível apresentar um direito humano que contrabalance essa exigência como apoio à alegação dos pais de que essa operação é realizada baseada em suas liberdades religiosas. Essa postura pode apoiar a circuncisão ritual dos recém-nascidos masculinos, por exemplo, nas tradições islâmicas e judaicas, mas os riscos de saúde acarretados pelas operações masculinas e femininas não são comparáveis. Nos termos das convenções dos direitos humanos, os Estados devem equilibrar os interesses em jogo, de forma que quaisquer Estados, cujo sistema legal permita a realização da IGF, tenham que enfrentar a oposição em favor das crianças femininas, nos termos de que tais estados toleram a violência contra as crianças e perpetuam a discriminação contra a mulher. A desaprovação das aspirações paternas, baseadas no desejo de habilitar suas filhas para o casamento, é consistente com a possibilidade de permitir que as meninas tomem, elas próprias, suas decisões, quando intelectualmente capazes e livres dos constrangimentos familiares, comunitários e culturais.

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

O Dr. D não pode concordar com o pedido da mãe, nem sucumbir ao temor de que sua recusa vá resultar numa operação mais prejudicial, realizada por um profissional de saúde não qualificado. O Dr. D cumpre com suas responsabilidades éticas, legais, correspondentes aos direitos humanos no nível clínico, simplesmente recusando-se a realizar a operação, e aconselhando vivamente à mãe a proteger sua filha da exposição aos sofrimentos por que passaram suas filhas mais velhas. O Dr. D deve informar à mãe e ao pai, se possível, as conseqüências nocivas da operação e lhes explicar as conseqüências legais potenciais que ela pode trazer, a despeito do consentimento dos pais. O Dr. D pode sugerir ainda que, se a filha desejar fazer a operação quando estiver em idade e em condições de dar seu consentimento livre e consciente, o assunto poderá então ser levantado. Contudo, o Dr. D deve observar qualquer legislação proibitória aplicável e respeitar a condenação manifestada pelos órgãos médicos internacionais e intergovernamentais contra indivíduos que cedem a pressões para realizar a IGF, o que contribui para legitimar a IGF como um procedimento médico.

6.2 *Obrigações dos sistemas de saúde*

O Dr. D pode alertar a comunidade profissional de saúde para as conseqüências imediatas e a longo prazo dessa operação, por exemplo, ajudando a desenvolver e a utilizar programas sobre a prevenção e a manipulação da IGF destinados aos profissionais de saúde, inclusive enfermeiras e parteiras.³⁵ O Dr. D pode encorajar as autoridades que concedem licenças médicas, cujo mandato seja proteger o público contra práticas não qualificadas e não éticas, a recomendar medidas mais sistemáticas e transparentes para o cumprimento da legislação criminal e de outras proibições, inclusive a suspensão de licenças para praticar a medicina daqueles médicos qualificados que realizem a IGF.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

As muitas estratégias de programas para reduzir a incidência da IGF incluem³⁶:

6.3.1 *A abordagem da saúde*

Sublinha os benefícios para a saúde, de não fazer a operação. O uso do enfoque sobre a saúde apenas tem resultado em um certo número de problemas, inclusive o exagero das complicações e dos efeitos colaterais da operação. Isso tem levado ao descrédito em relação às conseqüências nocivas da IGF entre algumas das mulheres operadas que tiveram experiências sem complicações. Esse enfoque, se não for complementado por outros, tende a trazer essa prática para o âmbito médico, tendo em vista que muitas pessoas acreditam que podem evitar os efeitos colaterais levando suas filhas a clínicas de saúde ou a hospitais, a quem pressionam para que realizem a operação.³⁷

6.3.2 *A abordagem cultural*

Examina como reforçar tradições e culturas locais alternativas que não sejam prejudiciais às mulheres. Isso inclui apoiar e celebrar o significado social de ritos de passagem que sejam positivos para as mulheres, ao mesmo tempo em que condenam e eliminam a IGF como um ato prejudicial. Esse enfoque tenta também apoiar outras formas de expressão que celebrem a sexualidade feminina em termos positivos, e não do modo como a IGF tenta controlar sua sexualidade. Por exemplo, em alguns países, as canções tradicionais das cerimônias de casamento são uma rica fonte de expressões culturais positivas da vida sexual das mulheres³⁸.

³⁵ WHO, *Female Genital Mutilation: integrating the Prevention and the Management of the health Curricula of Nursing and Midwifery: A Teacher's Guide* (Geneva: WHO, 2001); WHO, *Female Genital Mutilation: Integrating the Prevention and the Management of the Health Curricula of Nursing and Midwifery: A Student's Manual* (Geneva: WHO, 2001).

³⁶ WHO, *Female Genital Mutilations — Programmes to Date*.

³⁷ Ibid. 74.

³⁸ WHO, *Female Genital Mutilations*, 74, 112, 120.

6.3.3 *A abordagem do empoderamento feminino ou de desenvolvimento/gênero*

Procura encontrar papéis positivos para meninas adolescentes através da educação, da capacitação, e, por exemplo, dos esportes. Pode, ainda, incluir a busca de fontes alternativas de renda e de *status* para esses extirpadores tradicionais, que, geralmente, tendem a ser mulheres. Trata-se de um enfoque mais amplo e necessita do envolvimento de líderes da comunidade, de professores e até mesmo de líderes religiosos.

6.3.4 *A abordagem ética/legal e de direitos humanos*

Este tipo de abordagem provê uma linguagem normativa para fazer entender que a operação é um erro. A natureza definitiva da linguagem dos direitos éticos, legais e relativos aos direitos humanos legitima o empenho em defender a erradicação da IGF. A dificuldade deste enfoque está no fato de que os militantes locais nem sempre estão familiarizados com essa linguagem. Os ativistas locais podem ser particularmente movidos por argumentos baseados nas convenções internacionais de direitos humanos. O desafio está em treinar pessoas na utilização dos direitos humanos que sejam protegidos pelas constituições nacionais, pela legislação e normas éticas locais.

Dados os pontos fortes e fracos dessas abordagens, um determinado enfoque pode ser mais útil neste ou naquele contexto. Além disso, essas são abordagens que se superpõem e que não se excluem mutuamente. Cada uma tem seu modo diferente de implementação, por exemplo, através da educação e do envolvimento da comunidade, incluindo aí as atuações dos líderes religiosos e políticos, o treinamento de jovens e o uso da mídia.

Nos lugares em que os pais seguem seus líderes religiosos, os médicos devem instar esses líderes a declarar que a prática não tem base na autoridade religiosa e que é prejudicial. Em lugares em que a liderança religiosa reacionária subscreve a cultura da dominância masculina e reforça a condição de castidade feminina forçada, os médicos podem pressionar para que as meninas sejam inspiradas e encorajadas à abstinência e à modéstia sexual, e exortar os homens para que igualmente se refreiem. As famílias podem ser persuadidas de que a virgindade de suas filhas pode ser adequadamente protegida de maneira menos prejudicial à saúde, para que tenham uma maternidade segura e para a sobrevivência de seus filhos. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres — Convenção das Mulheres — exige a reforma das práticas culturais que humilham ou põem em perigo as mulheres, e o Dr. D e a sociedade profissional da qual é membro podem invocar essa provisão para resistir ao favorecimento dos pais a essa prática. O Dr. D pode também colaborar com as agências governamentais e não governamentais que se opõem à violência contra as mulheres e ao abuso das crianças para

restringir essa prática e ensinar às famílias os danos que ela causa e o desserviço a qualquer interesse legítimo.

A resolução da Assembléia Geral da FIGO de 1994 relativa à mutilação genital feminina exortou as sociedades-membros a “pressionar seus governos a respeito da urgência de se tomar medidas legais e/ou outras para tornar essa prática socialmente inaceitável por todos os grupos e setores da sociedade”, e a “colaborar com as autoridades nacionais, as organizações não governamentais e intergovernamentais para defender, promover e apoiar medidas com a finalidade de eliminar a mutilação genital feminina”.³⁹ Na mesma resolução, a FIGO recomendou que obstetras e ginecologistas: “expliquem aos líderes religiosos, aos legisladores e àqueles que detêm o poder de decisão, os perigos imediatos e as conseqüências a longo termo da mutilação genital feminina, e que esclareçam os profissionais de saúde, os trabalhadores e professores da comunidade a respeito dessa prática tradicional danosa... [e] que ajudem na pesquisa para a documentação da incidência da prática e de suas nocivas conseqüências”.⁴⁰

³⁹ Female Genital Mutilation Resolution, FIGO General Assembly, 1994.

⁴⁰ Ver R.J. Cook, B.M. Dickens and M.F. Fathalla, “Female Genital Cutting (Mutilation/Circumcision): Ethical and Legal Dimensions”, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 79 (2002), 281–7.

3

Uma jovem adolescente à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva

Estudo de caso

B, uma jovem solteira de 15 anos, procura o consultório do Dr. CD em busca de atendimento na área de contracepção. Explica que tem mantido vida sexual ativa há vários meses e que seu parceiro é um rapaz alguns anos mais velho com quem pretende se casar, embora o meio social do casal só aceite o casamento daqui a dois anos. Uma gravidez seria socialmente desastrosa em sua situação. Sua família sabe sobre seu relacionamento com o rapaz, mas desconhece sua natureza sexual. Ao ser perguntada, B diz acreditar que seu namorado já teve relações sexuais com outras mulheres antes de conhecê-la, mas garante estar segura de que, atualmente, ela é sua única parceira sexual. Quais são as responsabilidades de Dr. CD, tendo em vista considerações éticas, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

A OMS define a adolescência e a juventude, respectivamente, como os períodos entre 10 e 19 anos e 15 e 24 anos.¹ A Convenção sobre os Direitos da Criança define a criança como qualquer ser humano com menos de 18 anos de idade. A adolescência, por sua vez, é o período de transição entre a infância e a maturidade. As definições de criança, adolescente e jovem variam de forma considerável de país para país, da mesma forma como variam as leis e políticas que regem o acesso de adolescentes a serviços de saúde reprodutiva e sexual.²

Do ponto de vista biológico, a adolescência é um período de vida saudável. Os principais riscos à saúde do adolescente não decorrem de suas condições biomédicas, mas sim de aspectos sociais que podem ser prejudiciais à saúde. As morbidades decorrentes de comportamentos sociais que põem em risco a saúde do adolescente estão relacionadas ao abuso de drogas, danos decorrentes de aciden-

¹ WHO, *The Health of Young People* (Geneva: WHO, 1993), 1.

² Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000), 57–67.

tes ou atos de violência, exploração e abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez na adolescência.

Os jovens representam uma parte relativamente grande da população mundial. Em 2000, indivíduos entre 10 a 24 anos constituíam 27% da população mundial, 20% nas regiões mais desenvolvidas e 29% em regiões menos desenvolvidas.³ Estima-se que essa proporção deva diminuir neste século, embora os números gerais tendam a crescer. Até 2025, espera-se que o número aumente, de 1,663 bilhão em 2000, a 1,796 bilhão. Em regiões mais desenvolvidas, espera-se uma queda, de 241 milhões a 198 milhões, ao passo que, nas regiões menos desenvolvidas, o número deverá subir de 1,423 bilhão, aproximadamente, a 1,597 bilhão.

Há três tipos de desenvolvimento que ocorrem durante o período da adolescência.⁴ O desenvolvimento biológico progride desde o surgimento inicial de características sexuais secundárias até a maturidade sexual; os processos psicológicos e os padrões emotivos e cognitivos de uma criança se desenvolvem em processos e padrões de um adulto e há a transição entre um estado de total dependência socioeconômica até um estado de relativa independência. Duas tendências vêm se apresentando em quase todas as sociedades, apesar de ocorrerem em ritmos diferentes: a tendência de uma maturidade biológica precoce e a tendência de uma maturidade socioeconômica tardia, o que leva a uma maior distância biossocial no desenvolvimento humano. Hoje, meninas de todas as partes se tornam sexualmente maduras com idades inferiores àquelas das gerações anteriores. As grandes variações na idade da menarca entre diversos países têm influências genéticas, socioeconômicas e relacionadas à saúde. Como meninos e meninas atualmente permanecem mais tempo na escola, aprendendo e obtendo o treinamento necessário para que possam entrar no complexo mercado de trabalho de hoje, o período de dependência socioeconômica é normalmente prolongado.

Restam aos adolescentes as difíceis escolhas no âmbito do comportamento sócio-sexual: sexo antes do casamento, casamento precoce ou abstinência. Diferentes padrões de comportamento predominam em países diferentes, e existem padrões de transição. Sexo antes do casamento é, atualmente, o padrão predominante em países desenvolvidos e em algumas partes do mundo em desenvolvimento, inclusive em partes da América Latina e do Caribe. Há também evidências de uma tendência semelhante em outras regiões. Esta opção geralmente carrega com si uma prevalência crescente de infecções sexualmente transmitidas, casos de gestações indesejadas e abortos, levando a conseqüências negativas à saúde e à vida social. Muitas vezes os critérios dos padrões de comportamento para meninos são diferentes daqueles impostos para meninas. O casamento precoce é um padrão predominante em várias partes de mundo, especialmente na Ásia e na África, e

³ Population Reference Bureau, *The World's Youth 2000 Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2000), 10, 18.

⁴ M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997), ch. 17, 'Adolescent Sexual and Reproductive Health', 215–21.

284 *Do princípio à prática*

representa um limite ao desenvolvimento socioeconômico das meninas, muitas vezes reduzindo seus papéis e oportunidades na vida a uma carreira de produção e criação de filhos, pressupondo uma responsabilidade materna antes da maturidade social. Pelo menos até recentemente, a abstinência, junto ao casamento tardio, parece ser um padrão em declínio, com a possível exceção da China.

Além da crescente divisão biossocial nas sociedades humanas de hoje, a família não é mais o ator dominante na transmissão de conhecimento entre gerações. A comunicação entre pais e adolescentes diminuiu de forma significativa. O problema de comunicação não está no adolescente em si, mas na necessidade de se enfrentar as novas realidades da adolescência, as quais os pais podem não conhecer. Concepções equivocadas vêm contribuindo para transformar em problema o que deveria ser uma fase de crescimento e desenvolvimento normal e positiva.

Embora as adolescentes tenham maior probabilidade de sofrer conseqüências adversas à saúde reprodutiva do que as mulheres adultas, reunir todas as adolescentes em um único grupo pode induzir a conclusões errôneas. Vale ressaltar que as adolescentes não formam um grupo homogêneo, e que as mais jovens são especialmente suscetíveis a conseqüências negativas à saúde.

2. Aspectos médicos

2.1 Considerações gerais

As adolescentes têm necessidades de saúde reprodutiva relacionadas à sexualidade, proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, regulação de fertilidade e gravidez. A resposta não deve ser oferecida de forma fragmentada. Independente do motivo do contato da adolescente com o sistema de saúde reprodutiva e sexual, suas necessidades devem ser atendidas na totalidade, garantindo respeito, sigilo e privacidade. Uma jovem adolescente em busca de um método de regulação de fertilidade não estaria bem servida se suas necessidades de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis não fossem atendidas. Além disso, vale lembrar que a adolescente que procura conselhos médicos não-especializados pode ter ‘segundas intenções’, esperando que o profissional de saúde toque no tema da sexualidade. Conseqüentemente, os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer e fornecer conselhos e tratamentos compreensivos com relação à saúde sexual e reprodutiva.

2.2 Sexualidade

A adolescente lida com o relacionamento sexual, muitas vezes, de forma diferente do adolescente. Sua abordagem é geralmente direcionada à procura de amor, carinho e intimidade e não para a liberação sexual. Com o tempo, ela aprende a apreciar e procurar o ato sexual tanto quanto o homem; e o homem também poderá começar

a desenvolver uma abordagem mais carinhosa e amorosa com relação à mulher. Até pouco tempo, a atividade sexual de adolescentes era um tema sensível demais para se discutir. No entanto, as informações disponíveis hoje, resultantes de uma série de pesquisas, apontam para uma tendência, na maioria dos países, a um início de vida sexual precoce tanto para meninos como para meninas.

Com relação ao estupro, as estatísticas de vários países sugerem que um a dois terços das vítimas de estupro no mundo são jovens de 15 anos ou menos.⁵ É preciso educar os meninos adolescentes sobre o comportamento sexual responsável. Alguns estudos também já demonstraram altos índices de gravidez na adolescência resultantes do abuso sexual de meninas por homens mais velhos,⁶ podendo estes ser parentes ou desfrutar de posições de autoridade ou influência sobre as meninas. Quando uma adolescente procura atendimento na área de contracepção ou outra área de saúde reprodutiva, o fato de seu relacionamento sexual ser voluntário ou involuntário tem uma relevância.

2.3 Infecções sexualmente transmissíveis e a contracepção para adolescentes

Jovens entre 15 e 24 anos demonstram as maiores taxas de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV.⁷ É importante que os adolescentes saibam que qualquer relacionamento sexual, à exceção de um relacionamento mutuamente monógamo, carrega em si o risco de infecções sexualmente transmissíveis; um dos parceiros pode estar infectado sem apresentar qualquer lesão ou mesmo sem saber que está infectado. Deve-se utilizar preservativo durante qualquer relação sexual que apresente o risco de transmissão ou infecção.

Para a adolescente solteira, em termos de proteção, dizer “não” é o melhor contraceptivo oral, isto é, se rejeitar o avanço sexual for uma opção realista. O preservativo é o melhor método de contracepção quando há risco de transmissão de DST e possibilidade de a adolescente exigi-lo de seu parceiro. Se ela não tiver acesso ao preservativo feminino, outras formas de contracepção podem deixá-la exposta às DST. A contracepção de emergência é um método de segurança útil após o ato sexual desprotegido, mas infelizmente é pouco aproveitado. Esse método pode evitar uma gravidez indesejada, e deveria ser mais amplamente divulgado e conhecido.

2.4 Gravidez na adolescência

Nos países em desenvolvimento, 33% das mulheres dão à luz antes dos 20 anos de idade, variando de um mínimo de 8% na Ásia Oriental até 55% na África Ocidental.⁸ Em países mais desenvolvidos, cerca de 10% das mulheres dão à luz

⁵ Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health*, 215–21.

⁶ L. Heise, M. Ellsberg, e M. Gottemoeller, ‘Ending Violence Against Women’, *Population Report Series L.*, 11 (1999), 9.

⁷ Population Reference Bureau, *2000 Data Sheet*.

⁸ *Ibid.* 1.

286 *Do princípio à prática*

até os 20 anos; entretanto, nos Estados Unidos, o nível de maternidade na adolescência é significativamente mais alto, chegando a 19%. Apenas alguns casos de gravidez na adolescência são realmente desejados pelas jovens mães. Muitas são coagidas por pressões sociais a optarem por casamento e gravidezes precoces, ou a gravidez é resultado do fato de se negar às adolescentes solteiras o livre acesso à contracepção. As adolescentes correspondem a pelo menos 10% do total de abortos induzidos.

O casamento ocorre mais cedo em regiões em desenvolvimento do que em regiões desenvolvidas, com variações locais na faixa de 4 a 37%.⁹ A relação de mulheres de 15 a 19 anos atualmente casadas é aproximadamente 19% mundialmente, 6% em países desenvolvidos, 21% em países em desenvolvimento e 26% em países em desenvolvimento excluindo a China. A jovem noiva sofrerá pressões sociais para comprovar sua fecundidade, o que em algumas sociedades é a medição de seu valor.

O número de crianças nascidas de adolescentes solteiras vem aumentando, não só devido a uma maior exposição ao risco de gravidez, como também ao acesso limitado a informações e meios de proteção. As oportunidades de se manter uma vida sexual ativa sem casamento ou fora dele aumentam, os códigos morais vão se modificando e, em algumas áreas, mulheres jovens trocam favores sexuais como forma de atender suas necessidades materiais. O acesso à contracepção, inclusive com relação à informação e educação, ainda é limitado para adolescentes solteiras em muitas sociedades.

Em regiões menos desenvolvidas, complicações decorrentes da gravidez, parto e aborto inseguro são as maiores causas de morte entre mulheres de 15 a 19 anos de idade. A gravidez na adolescência pode ter conseqüências adversas à saúde no curto e longo prazos. Em curto prazo, o resultado da gravidez tem maior probabilidade de ser negativo. Um dos motivos é de natureza biomédica: a jovem adolescente tem maiores chances de desenvolver toxemia gravídica e desproporção céfalo-pélvica (quando a pélvis estreita ainda não teve tempo suficiente de crescer totalmente), e a probabilidade de seu bebê nascer com o peso abaixo do normal é mais alta. Outro motivo para o resultado negativo é a má utilização dos serviços de saúde e a falta de cumprimento dos conselhos médicos entre as adolescentes. Um terceiro motivo é social, uma vez que a gravidez na adolescência é mais comum em comunidades de nível socioeconômico mais baixo. Existem evidências de que as necessidades nutricionais da mãe adolescente aumentam para satisfazer as necessidades acumuladas de uma jovem, ainda em fase de crescimento, e as exigências nutricionais do feto em desenvolvimento, de maneira que uma nutrição deficiente afetará ambos.

Não se deve subestimar o impacto de uma gravidez indesejada na saúde mental de uma adolescente. Se uma jovem decide interromper uma gravidez indesejada, sem serviços disponíveis ou acessíveis de aborto seguro ela poderá pôr sua saúde e

⁹ Population Reference Bureau, *2000 Data Sheet*. 10, 18.

sua vida em risco. No longo prazo, a gravidez na adolescência pode ter conseqüências sociais negativas, especialmente no caso da adolescente solteira, que provavelmente deixará seus estudos e, em alguns casos, poderá até ser expulsa do colégio. Além disso, a jovem poderá encontrar dificuldades econômicas para criar um filho e se sustentar. Há, ainda, a possibilidade de ser forçada a um casamento indesejado. Em alguns países, uma mãe solteira pode ser socialmente excluída, podendo até correr o risco de ser morta por algum parente na tentativa de ‘enterrar a vergonha’ e salvar a honra da família. As chamadas ‘mortes pela honra’ estão livres de qualquer penalidade em vários países, e onde puníveis, são raramente investigadas ou encaminhadas a um processo penal, ou simplesmente recebem penas leves.¹⁰

A procura pelo aborto é comum entre jovens adolescentes que se deparam com uma gravidez indesejada. A probabilidade de um aborto inseguro forçado é maior para adolescentes do que para mulheres mais adultas. Ademais, o procedimento tende a ser realizado em fase tardia da gravidez, o que o torna mais difícil e arriscado. As adolescentes, portanto, representam um número desproporcional de complicações decorrentes do aborto.

3. Aspectos éticos

O princípio ético de justiça, em que casos semelhantes devem ser tratados de forma semelhante e casos diferentes de forma diferente, nos leva a questionar se o tratamento do adolescente deve ser equiparado ao de um adulto ou ao de uma criança. Talvez encontremos a resposta no fato de que os adolescentes são um pouco de cada, em níveis diferentes. Adolescentes com vida sexual ativa que procuram proteção contraceptiva parecem exercer uma prudência adulta, e podem ser tratados como adultos tanto em termos do fornecimento de informações sobre suas opções de prevenção contra a gravidez e infecções por DST, como em termos de garantir-lhes a confidencialidade. No entanto, algum nível de proteção paternal, ou paternalismo, é geralmente adequado no atendimento a adolescentes. A inexperiência dos adolescentes com relação a relacionamentos adultos faz com que seja ético avisá-los de sua vulnerabilidade à exploração e ao abuso, mesmo em relacionamentos com parceiros em que confiam, quando a proteção contra a gravidez indesejada possa não proteger contra infecções por DST, inclusive o HIV.

A proteção da adolescente dentro de seu ambiente social e familiar também pode ser uma questão relevante. Em culturas nas quais a atividade sexual na adolescência antes do casamento, mesmo quando não incentivada, é reconhecida como parte do cortejo que precede o casamento, as conseqüências da sexualidade adolescente para a segurança educacional, familiar e outros tipos comparáveis são geralmente menos graves que em culturas em que o sexo antes do casamento é

¹⁰ Vide as legislações da Jordânia, Paquistão e Síria, comentadas pelo *Center for Reproductive Law and Policy* (CRLP), em *Reproductive Rights*, ch. 6: ‘Rape and Other Sexual Violence’, 45–50.

inaceitável e punido de forma severa. Neste último caso, entretanto, aconselhar a adolescente contra a violação das expectativas sociais e oferecer proteção contra a gravidez são dois pontos provavelmente mais urgentes, lembrando que as sanções contra uma gravidez fora do casamento representam uma maior ameaça à mulher que a ostenta do que ao homem que a causou.

Quando os serviços de saúde à adolescente implicam em pagamentos que elas não podem fazer, o envolvimento de seus pais pode ser necessário para tanto, seja de forma direta ou por meio de planos de seguro públicos ou privados. Desta forma, os pais podem tomar conhecimento do tratamento ginecológico, mas do ponto de vista ético, o sigilo garantido a pacientes adolescentes deve, contudo, ser protegido. Não devem ser revelados os serviços de atendimento solicitados em específico sem o consentimento explícito da paciente. Todavia, no caso de uma paciente revelar ao médico que procura proteção contra envolvimento sexual aos quais tem sido submetida de maneira involuntária, a notificação a terceiros, tais como os pais ou autoridades policiais, obrigadas a oferecer proteção, será apropriada no ponto de vista da ética.

4. Aspectos legais

As leis que definem quem pode dar consentimento informado e legal são diferentes para cada país. As leis mais comuns estipulam que os indivíduos mentalmente competentes, como os adultos em geral, podem agir conforme seus desejos, mesmo se estes pareçam ser contrários a seu bem-estar. Quando os desejos de menores parecem contrariar seus interesses, há uma tendência de se presumir que eles não têm competência para tomar decisões próprias. No entanto, alguns sistemas legais reconhecem duas categorias de menores; ou seja, os ‘menores maduros’ e os ‘menores emancipados’. O termo ‘menor maduro’ é utilizado para adolescentes mais velhos que compreendem os riscos e os benefícios do atendimento médico e são capazes de dar seu consentimento com base em conhecimento. O termo ‘menor emancipado’ geralmente se refere a adolescentes livres do controle dos pais: casados, membros das forças armadas, grávidas ou vivendo fora de casa.

A tendência dos sistemas legais é reconhecer o direito de menores maduros, e de menores emancipados segundo seu nível de emancipação, em dar consentimento legal a serviços médicos sem a aprovação ou conhecimento de seus pais. Isto é, o consentimento reconhecido de menores evita que exames e tratamentos médicos sejam considerados agressões sob a ótica da lei. Este reconhecimento legal pode ter como base regulamentações do Ministério da Saúde, a legislação ou decisões judiciais. Ademais, a lei exige que pacientes adolescentes tenham direito ao sigilo médico.

Existem leis em alguns países que tratam a relação sexual consensual com adolescentes abaixo de uma certa idade, como 16 anos, por exemplo, como crime, por vezes descrito como ‘estupro por presunção de violência’, uma vez que o consentimento

de menores não é legalmente reconhecido. Essas leis, no entanto, não consideram adolescentes como criminosos, mas sim aqueles que praticam o ato sexual com eles. Por essa razão, os profissionais de saúde que estendem a adolescentes a proteção contra a gravidez e as DST não estão participando em nenhum crime, apesar de possivelmente correrem um risco legal no caso de aconselharem e equiparem os parceiros sexuais de adolescentes a manterem relações seguras. A educação e a informação oferecidas a meninos adolescentes são, em geral, mais adequadas do ponto de vista legal, por exemplo, à proteção contra as DST. No entanto, o ato de orientá-los sobre relações sexuais com parceiras adolescentes específicas poderá implicar o profissional de saúde nos crimes cometidos pelos meninos.

5. Aspectos de direitos humanos

A Convenção sobre os Direitos da Criança prevê, em seu Artigo 24 (1), que os Estados devem velar pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a serviços de saúde. Isto significa que os pais não podem vetar tais serviços quando apropriados às circunstâncias de um adolescente. A Convenção exige respeito aos direitos dos pais, mas seu Artigo 14 (2) determina que os pais devem orientar a criança no exercício deste direito ‘de forma compatível com o desenvolvimento das capacidades do menor’.

O Relatório Cairo +5 reiterou o papel central das famílias, dos pais e de outros representantes legais, na educação de seus filhos sobre a saúde sexual e reprodutiva de forma compatível com ‘o desenvolvimento das capacidades dos adolescentes’.¹¹ Estas disposições incorporam o consentimento legal do adolescente maduro, capaz de exercer os direitos e arcar com as responsabilidades de um adulto. Dão validade ao princípio transcendente de direitos humanos de que, ao serem capazes de tomar decisões e cumprir responsabilidades adultas, os adolescentes não devem ser discriminados por sua idade cronológica.¹²

Ademais, os adolescentes têm direito a informações, educação e serviços relativos à saúde, assim como o direito à privacidade e ao sigilo médico. As seguintes disposições do Programa de Ação da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, foram adotadas pelos governos:¹³

¹¹ UN, General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, A/S-21/5/Add.1 (New York: UN, 1999) (hereinafter Cairo+5), parágrafo 73(d).

¹² R. J. Cook and B. M. Dickens, ‘Recognizing Adolescents’ “Evolving Capacities” to Exercise Choice in Reproductive Healthcare’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 13–21.

¹³ UN, *Population and Development*, i. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1994), ST/ESA/SER.A/149.

290 *Do princípio à prática*

Os países devem remover, quando necessário, os obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde dos adolescentes. (§ 7.45)

Os países devem assegurar que os programas e posturas dos profissionais de saúde não restrinjam o acesso dos adolescentes aos serviços adequados e à informação de que precisam, inclusive sobre doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual... Esses serviços devem salvaguardar os direitos do adolescente à privacidade, à confidencialidade, ao respeito e ao consentimento informado. (§ 7.45)

Com o apoio da comunidade internacional, os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes à educação, à informação e a serviços de saúde reprodutiva, e reduzir, de forma significativa, o número de casos de gravidez na adolescência. (§7.46)

Os governos são encorajados, em colaboração com organizações não governamentais, a atender às necessidades especiais dos adolescentes e estabelecer programas adequados que respondam a tais necessidades. Os programas devem incluir mecanismos de apoio à educação e aconselhamento a adolescentes nas seguintes áreas: relações de gênero e igualdade, violência contra adolescentes, comportamento sexual responsável, prática responsável de planejamento familiar, vida familiar, saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis, infecção de HIV e prevenção da AIDS. Os adolescentes sexualmente ativos necessitarão de informações sobre planejamento familiar, aconselhamento e serviços especiais. (§ 7.47)

Os jovens devem se envolver de forma ativa no planejamento, implementação e avaliação do desenvolvimento das atividades que causam impacto direto em suas vidas cotidianas. Isto é especialmente importante no que se refere a serviços e atividades de informação, educação e comunicação relativos à saúde sexual e reprodutiva. (§ 6.15)

O Relatório Cairo +5 ampliou os deveres previstos nos subparágrafos 7.45 a 7.47 do Programa do Cairo, estendendo aos países a exigência de ‘assegurar que os programas e posturas dos profissionais de saúde não restrinjam o acesso dos adolescentes aos serviços adequados e à informação de que precisam... e... removam os obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde para adolescentes’.¹⁴

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

Dr. CD deve conversar com a jovem B para avaliar sua capacidade de manter um relacionamento sexual e proteger suas emoções durante a formação de um vínculo amoroso com seu parceiro. No caso de incerteza, o Dr. CD deve fazer com que a jovem B converse também com outro colega para obter uma segunda avaliação, ou procurar orientação com base nos indicadores da maturidade demonstrada por B.

¹⁴ Cairo+5, parágrafo 73(f).

A jovem B deve ser aconselhada sobre as opções disponíveis do serviço contraceptivo que solicitou, além dos meios de proteção contra as DST. Deve-se também recomendar à jovem B que ela peça ao seu parceiro que ele assegure a sua própria saúde reprodutiva, e que utilize preservativos pelo menos até obter resultados negativos das DST, inclusive a infecção de HIV, e talvez mesmo depois de obter os resultados, até que esteja preparado para assumir as responsabilidades de pai. A jovem B deve ser incentivada pelo Dr. CD a assegurar a educação de seu parceiro no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. Caso exista algum risco de responsabilidade legal por causa da idade da jovem B, Dr. CD não deve ocupar-se da educação do parceiro, mas sim facilitar para que receba aconselhamento independente sobre a saúde reprodutiva de outra fonte. De qualquer forma, a jovem B deve ser incentivada a depender de si mesma para garantir sua proteção contra a gravidez não planejada.

O Dr. CD deve assegurar que o sigilo da jovem seja protegido por parte de todos os médicos e pessoal a par de sua identidade e tratamento. Caso os pais da jovem B venham a tomar conhecimento do atendimento recebido pela filha em função dos pagamentos necessários para a realização dos serviços, o Dr. CD todavia não deverá apresentar-lhes informações detalhadas, mas poderá oferecer uma descrição generalizada do atendimento dado a uma condição ginecológica. No caso de a polícia ou outra autoridade solicitar acesso ao prontuário médico da jovem B para uma investigação de possível crime cometido por seu parceiro, o Dr. CD deve invocar o sigilo médico e negar-se a revelar tal informação e, se sofrer maior pressão, deve consultar os profissionais e autoridades de licenciamento clínico apropriados e as associações profissionais.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

A Recomendação Geral 24 sobre a Saúde da Mulher, do Comitê sobre a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), estabelece:

A obrigação de respeitar os direitos requer que os Estados-partes abstenham-se de obstruir as ações tomadas pelas mulheres em busca de assistência à saúde... os Estados-partes não devem restringir o acesso das mulheres aos serviços de saúde ou clínicas que oferecem tais serviços por não terem autorização de seus maridos, parceiros, pais ou autoridades de saúde, por não serem casadas ou por serem mulheres. (§ 14)

A Recomendação Geral 24 da CEDAW determina, além disso, que: ‘em particular, os Estados-partes devem assegurar os direitos de meninos e meninas adolescentes à educação de saúde sexual e reprodutiva por profissionais devidamente treinados e em programas especialmente desenvolvidos para respeitar seus direitos à privacidade e confidencialidade’ (§ 18).

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu Comentário Geral 14, sobre o direito de acesso ao melhor padrão de saúde possível, declara: ‘a

292 *Do princípio à prática*

realização do direito à saúde dos adolescentes depende do desenvolvimento de um atendimento à saúde orientado para a juventude, que respeite a confidencialidade e a privacidade, e que inclua serviços adequados de saúde sexual e reprodutiva' (§ 23).

O Dr. CD deve se informar quanto à educação da jovem B quanto à saúde reprodutiva e sexual, recebida inclusive durante sua formação escolar, e que tipo de educação seu parceiro recebeu através dela. O Dr. CD deve investigar, também, a eficácia da organização de clínicos gerais, médicos especialistas e outros profissionais de saúde, além de colaborar com os órgãos do governo e não governamentais para oferecer os serviços e aconselhamento necessários aos adolescentes. Deve também analisar a possibilidade e apresentar informações sobre até que ponto esses serviços são adequados ou não, durante a próxima reunião da comunidade nacional ou regional de obstetras e ginecologistas. O Dr. CD provavelmente sabe se seus colegas já se depararam com questões semelhantes ao atender outros adolescentes, e se há interesse na elaboração de orientações profissionais sobre os cuidados à saúde reprodutiva e sexual do adolescente. Além disso, deve considerar se a elaboração dessas diretrizes proporcionaria oportunidades valiosas na avaliação de como adotar princípios tais como o respeito ao desenvolvimento das capacidades dos adolescentes através de políticas nacionais e regionais.

O calibre dos serviços de saúde sexual e reprodutiva deve ser avaliado. O Dr. CD deve considerar a tolerância e a intolerância públicas à expressão sexual do adolescente, assim como o equilíbrio entre as restrições sociais, inclusive religiosas, que enfatizam a abstinência sexual antes do casamento, e o ônus prático da gravidez e parto não desejados, do aborto ou de infecções por DST.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

O Dr. CD deve refletir sobre as causas familiares e sociais do pedido da jovem B, e determinar se ela está demonstrando prudência, de forma madura, contra uma gravidez precoce e infecções por DST, ou se teme que a revelação de sua atividade sexual poria em risco sua reputação social e de sua família, além de sua segurança física, ou mesmo sua vida. Deve ser levado em conta, também, o fato de os serviços e a assessoria médica serem considerados pela comunidade um cuidado rotineiro e responsável, ou serem entendidos, de forma errônea, como uma cumplicidade imoral com a conduta do jovem casal. A educação sobre saúde sexual e mesmo sobre higiene é às vezes vista por líderes sociais como incentivadores de curiosidade sexual e conduta imprópria por parte dos adolescentes. Deve existir uma colaboração entre o Dr. CD e seus colegas e associações da área de saúde, organizações públicas e não governamentais, para demonstrar o desserviço que é a ignorância dos adolescentes com relação ao sexo, à sexualidade e aos cuidados preventivos. Juntos, eles podem comprovar que a educação e os serviços de saúde reprodutiva e sexual são compatíveis com as preocupações dos pais em garantir os interesses e o melhor atendimento possível à saúde de seus filhos adolescentes.

4

Agressão sexual e contracepção de emergência

Estudo de caso

O Dr. R é chamado ao setor de emergência do hospital para examinar a Sra. S, que afirma ter sofrido agressão sexual. Ela relata que o namorado a estuprou e que deseja impedir uma possível gravidez por não sentir-se preparada para enfrentar tal situação. A legislação local permite o aborto em casos de estupro, desde que seja registrada a queixa na polícia e concluído o inquérito relativo às circunstâncias da agressão. A Sra. S diz que o namorado nega tê-la estuprado, e o Dr. R sabe que os inquéritos policiais são geralmente demorados. Quais são as obrigações do Dr. R, considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e relativos aos direitos humanos?

1. Histórico

A violência contra as mulheres vem sendo, cada vez mais, considerada como grave problema de saúde pública.¹ As mulheres sempre foram vulneráveis ao horrendo crime de estupro. Não existem dados confiáveis sobre a incidência de estupro, uma vez que a tendência é ocultá-lo e, quando relatado, o é de maneira imprecisa. Pesquisas realizadas em alguns países mostraram que entre 10% e 20% das mulheres jovens sofreram estupro.² Ao contrário do que se pensa, a maioria dos que perpetraram esse crime não é de estranhos, mas de pessoas conhecidas da vítima. Um grupo importante de vítimas é o de meninas muito novas. Por exemplo, em um país latino-americano, a estimativa é a de que sejam reportados apenas 72 casos de agressão sexual, dos 360 casos diários, e 60% dos casos de gravidez em meninas entre 12 e 14 anos são consequência de estupro, por membros da família ou por pessoas próximas das vítimas.³

O estupro e a violência sexual, mais do que outros tipos de lesão, causam traumas físicos e emocionais profundo. As vítimas correm ainda o risco de gravidezes não desejadas e de serem contaminadas por doenças sexualmente transmissíveis

¹ L. Heise, M. Ellsberg e M. Gottemoeller, *Ending Violence Against Women*, Population Reports, Series L, 11 (1999).

² Ibid.

³ S. Tuesta, *The Search for Justice* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2000), 5.

(DSTs), inclusive infecção por HIV, e em muitas sociedades, o risco do estigma social. O processo de cura psicológica depois de um estupro é longo, principalmente se a mulher foi violentada por alguém em quem confiava, em lugar supostamente “seguro”. A mulher estropada passa a sentir que não existe mais lugar seguro que lhe sirva de refúgio. Uma vítima comentou que o corpo logo se recupera. Ficam apenas as cicatrizes. Mas as feridas da alma levam muito mais tempo para sarar. E cada vez que a vítima revive aqueles momentos, essas feridas recomeçam a sangrar. O espírito alquebrado leva mais tempo para recuperar-se; o dano causado à personalidade é o mais difícil de ser superado.

As mulheres de todas as idades são vulneráveis ao abuso sexual. Mais recentemente, a prostituição infantil e o abuso sexual de crianças vêm recebendo atenção internacional. O sexo pode também ser uma imposição econômica às meninas adolescentes, como no caso de colegas africanas que têm de procurar “padrinhos” para conseguir pagar os estudos.⁴ O assédio sexual é uma realidade que muitas mulheres enfrentam em suas comunidades, no trabalho e em vários estabelecimentos institucionais, inclusive naqueles destinados à sua segurança, e algumas vezes em suas próprias casas e, só recentemente, este problema vem recebendo a devida atenção.

Geralmente, as mulheres não lutam em guerras, mas estão entre os que mais sofrem as suas conseqüências. São, muitas vezes, deslocadas como refugiadas, e enfrentam o abuso sexual por parte de guardas dos campos de refugiados e de patrulhas de segurança.⁵ A prostituição forçada e a exploração sexual impostas por forças militares constituem uma violação permanente. Durante a Segunda Guerra Mundial, milhares de mulheres coreanas, filipinas e indonésias foram forçadas à escravidão sexual pelas tropas japonesas no leste e sudeste da Ásia.⁶ O estupro e a gravidez forçada foram usados como instrumento de guerra em conflitos mais recentes, na antiga Iugoslávia⁷ e, por exemplo, em Ruanda.⁸ Embora o estupro e outros atos de violência sexual sejam formalmente reconhecidos como crimes internacionais, eles não eram sustentados em juízo até à criação do Tribunal Criminal Internacional para a ex-Iugoslávia (TCIY), em 1993 e o Tribunal Criminal Internacional para Ruanda (TCIR), em 1994. O TCIR chegou à conclusão de que os acusados ordenaram, instigaram, ou de alguma forma ajudaram e encorajaram a violência

⁴ G.S. Mpangile, M.T. Leshabari, e D.J. Kihwele, *Induced Abortion in Dar Es Salaam, Tanzania: The Plight of Adolescents*, em A.I. Mundigo e C. Indriso (eds.), *Abortion in the Developing World* (Nova Delhi: Vistaar Publications, 1999).

⁵ Human Rights Watch, *Seeking Refuge, Finding Terror: The Widespread Rape of Somali Women Refugees in North Eastern Kenya* (New York: Human Rights Watch, 1993); Human Rights Watch, *Seeking Protection: Addressing Sexual and Domestic Violence in Tanzania's Refugee Camp* (Nova Iorque: Human Rights Watch, 2000).

⁶ U. Dogopol e S. Paranjape, *Comfort Women — An Unfinished Ordeal: A Report of a Mission* (Geneva: International Commission of Jurists, 1994).

⁷ UN, *Report on the Situation of Human Rights in the Territory of the Former Yugoslavia* (New York: UN, 1993, UN Doc. E/CN. 4/1993/50, em 19–20, 63–4, 67–73).

⁸ Human Rights Watch, *Shattered Lives: Sexual Violence during the Rwanda Genocide and its Aftermath* (New York: Human Rights Watch, 1996).

sexual,⁹ e o TCIY decidir que o estupro pode ser equiparado a uma forma de tortura, quando usado durante um interrogatório como meio de intimidar a vítima.¹⁰

2. Aspectos médicos

A violência sofrida por uma vítima de agressão sexual é multidimensional. Muitos profissionais de saúde, especialmente os médicos, podem sentir-se mais capacitados para tratar das conseqüências físicas apresentadas pela vítima de uma agressão, sujeita a risco de infecção. É, obviamente, muito importante que o tratamento seja efetuado o mais rápido possível. A agressão tem conseqüências mais amplas, contudo, porque seus efeitos psicológicos são de longo prazo, afetando as mulheres em sua auto-estima e auto-confiança perante os homens e a forma como são vistas na sociedade.¹¹ Conseqüentemente, as respostas médicas a uma agressão sexual devem se concentrar no trauma imediato, no risco de gravidez, na possibilidade de infecção por DSTs e nos danos psicológicos imediatos e a longo prazo que a vítima venha a sofrer.

Se a mulher procurar tratamento a tempo, a contracepção de emergência pode salvá-la do risco de uma gravidez forçada. Entende-se como contracepção de emergência os métodos contraceptivos que podem ser usados pelas mulheres nos primeiros dias que se seguem a uma relação sexual sem proteção, para evitar uma gravidez indesejada. Os métodos contraceptivos de emergência são seguros e eficazes para a maioria das mulheres que possam precisar deles, sendo também simples de usar.¹²

Podem ser usados dois sistemas de pílulas hormonais contraceptivas de emergência. O regime padronizado consiste em combinar pílulas orais contraceptivas contendo estrogênio e progesterona em doses relativamente elevadas. Esse regime é conhecido como o “método Yuzpe”, assim denominado por ter sido desenvolvido pelo Dr. Yuzpe. Deve-se tomar duas pílulas numa primeira dose, tão logo quanto possível, mas não 72 horas após a relação sexual sem proteção. Esta dose deve ser seguida por outra dose igual 12 horas mais tarde. Uma nova alternativa é a pílula única de 0,75 mg de levonorgestrel (que não contém estrogênio). Toma-se uma pílula como primeira dose, seguida de outra 12 horas mais tarde. É tão eficiente quanto o método Yuzpe e tem menos efeitos colaterais.¹³

⁹ *Prosecutor v. Akayesu, Judgement, ICTR-96-4-T* (2 de setembro de 1998) (International Criminal Tribunal for Rwanda).

¹⁰ *Prosecutor v. Furundzija, Judgement, IT-95-17/1*, parágrafo 163 (10 de dezembro de 1998) (International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia).

¹¹ WHO, *Women's Mental Health: An Evidence Based Review* (Geneva:WHO, 2000), WHO/MSD/MHP/00.1, Part 4: Violence Against Women.

¹² WHO, *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (Geneva: WHO, 1998), WHO/FRH/FPP/98.19.

¹³ Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, *Randomized Controlled Trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception*, *Lancet*, 352 (1998), 428–33.

O mecanismo de ação das pílulas de contracepção de emergência não está claramente determinado. Alguns estudos mostram que podem inibir ou retardar a ovulação. Também tem-se sugerido, embora sem comprovação, que essas pílulas podem impedir a implantação, fertilização ou transporte do esperma ou do óvulo. O que se sabe, com certeza, é que elas só são eficazes dentro de um prazo de até três dias após a relação sexual sem proteção, ou seja, antes que ocorra a implantação, não interrompendo, portanto, uma gravidez. Assim, do ponto de vista médico, não são consideradas como uma forma de aborto.¹⁴

A contracepção de emergência tem um índice de falha de 2%, considerando-se um só ato de relações sexuais sem proteção. A contracepção de emergência não é um substitutivo para o uso regular de contraceptivos. Além disso, as pílulas contraceptivas de emergência não oferecem proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Deve ser fornecida orientação psicológica sobre esse aspecto, juntamente com os serviços de diagnóstico e encaminhamento para outros serviços, conforme a necessidade.

Um método menos usado para a contracepção de emergência é a inserção de um dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, no prazo de até cinco dias da relação sexual sem proteção.¹⁵ O que se sabe é que esse procedimento age interferindo na fertilização e não na implantação. Não é um método aconselhável se houver risco da mulher contrair uma infecção sexualmente transmitida.

3. Aspectos éticos

Em casos de agressão social, as obrigações micro-éticas são: avaliar o estado de saúde ginecológico da mulher; considerar seu pedido de proteção máxima contra a gravidez; protegê-la, tanto quanto possível, de qualquer infecção sexualmente transmissível; e tratar de suas necessidades psicológicas decorrentes da agressão sexual. Uma obrigação mais ampla é a preservação de comprovantes que possam confirmar a agressão, talvez incluindo amostras de sêmen e outras amostras de tecidos que possam ser relevantes para os inquéritos. Esta obrigação não se restringe apenas à comprovação de que houve agressão, mas resulta também do respeito ao pedido de ajuda e às explicações da mulher, atendendo também à necessidade das evidências legalmente requeridas para o inquérito forense.

O direito ético à autonomia de que uma mulher desfruta assegura-lhe a proteção contra a gravidez. Nem todos os profissionais que têm objeções contra participar de procedimentos de aborto são igualmente contrários à contracepção. Em qualquer circunstância, o profissional de saúde é eticamente obrigado a assegurar à vítima o acesso à assistência médica indicada. O atendimento não depende de inquéritos policiais sobre a alegação de estupro, já que a contracepção de emergência pode evitar a necessidade de se recorrer ao aborto legal. Evidentemente, a obrigação ética

¹⁴ WHO, *Emergency Contraception*.

¹⁵ *Ibid.*

de não prejudicar a paciente exige que o médico aja prontamente, a fim de evitar uma gravidez indesejada e qualquer uma de suas conseqüências. Isto, quer o ato sexual seja ou não legalmente classificado como agressão, pois o elemento-chave é que a mulher foi levada a uma relação sexual sem proteção. A primeira resposta ética devida à mulher, de acordo com seu pedido, é evitar qualquer risco de gravidez. As providências seguintes devem tratar da proteção contra os riscos a que ela está sujeita em termos de transmissão de infecções, e contra os danos psicológicos.

4. Aspectos legais

A lei reflete a distinção médica entre contracepção e aborto. Em muitos países, o controle legal sobre o aborto permaneceu mais rigoroso do que sobre o uso de meios contraceptivos, assim, a distinção legal fundamental se dá entre o uso médico de produtos abortivos e meios não abortivos. A contracepção de emergência não é abortiva, já que impede e não interrompe a gravidez. A avaliação legal adota as práticas da fertilização *in vitro*, segundo a qual a fertilização de um óvulo em uma proveta não constitui gravidez no óvulo da doadora (ou de qualquer outra mulher). É comumente aceito por lei que a gravidez começa apenas quando o óvulo fertilizado está instalado no útero feminino.¹⁶

A definição legal de gravidez corresponde à definição médica. O Relatório Técnico da Organização Mundial da Saúde determina que a gravidez começa quando a implantação está completa, sendo implantação o processo iniciado pela fixação dos blastócitos na parede uterina (quinto ou sexto dia após a fertilização). O blastócito então penetra no epitélio uterino e invade o estroma. O processo está completo quando o blastócito desenvolve vilosidades primárias e a falha na superfície do epitélio se fecha (décimo terceiro a décimo quarto dia após a fertilização).¹⁷ Na sua definição de gravidez de 1998, o Comitê para os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher, da FIGO afirma que a gravidez é aquela parte do processo da reprodução humana “que começa com a implantação do concepto em uma mulher”.¹⁸

O profissional que, por questões de consciência, não providenciar a contracepção de emergência, quando esse tipo de procedimento normalmente estiver disponível¹⁹,

¹⁶ R.J. Cook, B.M. Dickens, C. Ngwena, e M.I. Plata, *The Legal Status of Emergency Contraception*, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 75 (2001), 185–91.

¹⁷ WHO, *Mechanisms of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices: Report of a WHO Scientific Group. Technical Report Series 753* (Genebra: WHO, 1987), 12.

¹⁸ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, *Definition of Pregnancy, Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Londres: FIGO 2000), 38, disponível em <http://www.figo.org/default.asp?id=6082>, acessado a 6 de maio de 2002; repr. em *Int. J. Gynecol. Obstet.* 64 (1999) 317.

¹⁹ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) *Practice Bulletin, Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists No. 25 (Emergency Oral Contraception)* (Washington, DC: ACOG, 2001); repr em *Int. J. Gynecol. Obstet.* 78 (2002), 191.

298 *Do princípio à prática*

tem a obrigação legal de encaminhar as mulheres que a ela têm direito a outros profissionais ou instituições que possam fazê-lo. Negar ou omitir o encaminhamento correto constituem negligência por abandono e são passíveis de ação judicial. Além disso, o profissional que assim proceder, atendendo a paciente sem esclarecê-la quanto a essas opções, estará sujeito ao pagamento de indenização à paciente, podendo inclusive ter de arcar com os custos de sustento da criança que vier a nascer como resultado de sua negligência.

Muitas leis relativas ao aborto consideram crime agir “com a intenção de provocar o aborto em uma mulher, esteja ela ou não realmente grávida”, tal como prevê a lei inglesa de 1861. Essa linguagem destinava-se a punir atos que levavam a induzir o aborto, mesmo quando o promotor não tinha como demonstrar evidência biológica de que a mulher estava mesmo grávida pela implantação de um óvulo fertilizado no útero. Assim, a lei reconhece três estados, denominados “gravidez”, “possível gravidez” e “não-gravidez”. Um ato cuja intenção fosse de acabar com a gravidez ou a possível gravidez, seria regido pela lei do aborto, mas um ato cuja intenção fosse a de preservar o estado de não-gravidez não consignaria. A contracepção de emergência, que só é eficaz se realizada dentro das 72 horas ou três dias da relação sexual sem proteção é, portanto, não-abortiva.

A possibilidade de gravidez aumenta com o passar do tempo após a relação sexual. Ou seja, quanto maior o intervalo de tempo decorrido entre a relação sexual e a intervenção médica, mais fácil é para um promotor demonstrar que o iniciador da intervenção tinha consciência da possibilidade de gravidez e a intenção de interrompê-la, tivesse ela ocorrido. Conseqüentemente, quanto mais cedo se agir, mais segura é sua condição legal para que possa ser caracterizada como não-abortiva.

No passado, as leis referentes às evidências necessárias para condenar os homens por estupro, eram associadas a gênero. Normalmente, exigia-se provas de que a mulher tivesse, no mínimo, sido tratada de tal forma que indicasse violação de seu consentimento, assim como a prova de ejaculação. Assim, os inquéritos forenses tinham que apresentar evidências de ferimentos e/ou dilaceramentos, e era necessário colher sêmen do corpo da mulher por meio de técnicas invasivas.

No entanto, as leis evoluíram em muitos países, reconhecendo ser possível às mulheres submeterem-se passivamente a uma relação sexual indesejada por medo, podendo até adotar a submissão passiva como alternativa preferível, minimizando as conseqüências mais sérias de um estupro violento. Com o tempo, as leis passaram a considerar como estupro as evidências de penetração forçada, sem ejaculação, e de penetração com objetos. Em casos de acusações de estupro, os inquéritos criminais modernos reconhecem que homens em posições de autoridade sobre mulheres — no que toca à situação social, por exemplo — podem delas obter vantagens sexuais que deveriam ser proibidas por lei.

As leis mais avançadas já não adotam a simples categoria “estupro”, mas estabelecem punições diferentes, através de distinções entre agressões sexuais, agressões sexuais agravantes, agressões sexuais cometidas por autoridades e, por exemplo,

agressões sexuais perpetradas sob ameaça ou com uso de armas. Conseqüentemente, para fins de processos penais, a evidência de sêmen, ferimentos, ou penetração sexual não é exigida e não são estabelecidas distinções entre vítimas de agressão sexual que sofrem penetração sexual ou não. Isso diminuiu a necessidade de exames invasivos em mulheres para a obtenção de provas forenses.

5. Aspectos de direitos humanos

Os Estados se comprometem a tratar e eliminar todas as formas de violência contra as mulheres através das convenções gerais internacionais de direitos humanos, convenções específicas das mulheres, tais como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres e convenções mais específicas, como a Convenção Interamericana sobre a Proibição de Violência contra Mulheres. Essas convenções são cada vez mais aplicadas para requerer dos Estados que efetivamente façam cumprir as leis contra a violência de que as mulheres são vítimas. A Recomendação Geral 19 sobre Violência contra Mulheres do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) explicita que a discriminação contra as mulheres “inclui violência de gênero, ou seja, violência que é dirigida contra uma mulher, porque ela é mulher ou que afeta as mulheres desproporcionalmente. Inclui atos que infligem danos ou sofrimento físico, mental ou assédio sexual, ameaças de tais atos, coerção e outras privações de liberdade” (ver Protocolo III, Capítulo 6, Seção I, parágrafo 6). Essa Recomendação Geral explicita, de maneira significativa, que a violência de gênero viola direitos humanos específicos, mesmo que estes não mencionem expressamente a violência. Os direitos incluem: o direito à vida; o direito de não ser submetido à tortura ou a tratamento ou punição cruéis, degradantes ou desumanos; o direito à liberdade e à segurança da pessoa; o direito à igualdade dentro da família; o direito a condições justas e favoráveis de trabalho; e o direito ao mais alto nível disponível de saúde.

A Recomendação Geral 24 sobre Mulheres e Saúde, da CEDAW, situa a violência no contexto de saúde das mulheres, ao requerer que os Estados contemplem características e fatores distintos que fazem as mulheres diferirem dos homens, tais como fatores biológicos, sócio-econômicos e psicossociais, inclusive a depressão pós-parto (ver Protocolo III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 12). Itens de direitos humanos referem-se à prevenção da gravidez não planejada, à proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, e à preservação da saúde mental da vítima. A grande preocupação, que condiciona as respostas para as preocupações imediatas e urgentes, é a de que a mulher que se queixa de agressão sexual seja tratada com respeito por sua dignidade humana e não se veja submetida a um atendimento impessoal e indiferente ou ainda, que tenha conotações condenatórias, podendo ser considerado tratamento degradante ou desumano.

As violações dos direitos humanos por estupro vão além dos danos à saúde,

300 *Do princípio à prática*

causados pela agressão sexual, porque põe em perigo a capacidade da mulher de controlar sua fertilidade, de engravidar, de conceber filhos e de constituir uma família. O direito de fundar uma família inclui o direito de uma mulher não se submeter a uma gravidez imposta pela violência. Conseqüentemente, o direito humano à saúde física e mental e o direito a fundar uma família de sua escolha dão às mulheres o direito de recorrer à contracepção de emergência para evitar uma gravidez indesejada, fruto de estupro.

Alguns outros direitos podem ser invocados para reforçar o direito das mulheres à saúde e à integridade de sua família. O direito das mulheres ao mais alto nível disponível de saúde justifica o seu atendimento por profissionais de saúde e os direitos das mulheres aos benefícios do progresso científico justificam o emprego dos meios mais eficazes e menos invasivos para esse fim, inclusive a contracepção de emergência.

No âmbito do respeito pela dignidade pessoal da mulher e por sua proteção diante de tratamentos desumanos ou degradantes, os direitos humanos exigem que caiba à mulher o contexto de seu atendimento. Mesmo quando justificada, do ponto de vista médico, nenhuma intervenção de emergência pode ser imposta a despeito das objeções da mulher, fundamentadas, por exemplo, em convicções religiosas ou outras. Da mesma forma, a mulher não deve estar sujeita a objeções religiosas daqueles que lhe prestarem atendimento condizente com seu estado. Conseqüentemente, os profissionais de saúde que consideram a contracepção de emergência como um aborto podem invocar suas objeções de consciência, mas não podem recusar o encaminhamento imediato das pacientes a profissionais que não partilhem da mesma convicção. As leis que condenam a contracepção de emergência considerando-a como um aborto são questionáveis nos termos das provisões dos direitos humanos, no que toca, por exemplo, a tratamento desumano ou degradante e a tortura, talvez, dependendo do caso.

As provisões dos direitos humanos também tratam do impacto mental, de longo prazo, causado em mulheres vítimas de agressão sexual.²⁰ O tratamento da saúde mental pode ser indicado em si mesmo, e os processos de investigação médica, provas forenses, inquéritos policiais e, por exemplo, julgamento criminal, devem ocorrer de forma a que não obstruam a recuperação física ou mental da mulher, e não agravem sua condição de vítima. O enfoque legal tradicional é tratar as acusações de estupro de modo conservador e cético, pois acusações de estupro são fáceis de fazer e difíceis de provar, principalmente quando se trata de amigos masculinos. Este enfoque tradicional está se rendendo às evidências da frequência de estupros e de que as mulheres podem ficar tão constrangidas e intimidadas diante dos procedimentos do inquérito legal que deixam de registrar queixa, concedendo, assim, imunidade legal aos seus agressores. Os direitos humanos que protegem as mulheres contra tratamento degradante ou desumano estendem-se para além das obrigações dos profissionais de saúde, incluindo igualmente obrigações

²⁰ L. Gulcur, *Evaluating the Role of Gender Inequalities and Rights Violations in Women's Mental Health, Health and Human Rights*, 5 (2000), 46–67.

relativas aos funcionários da polícia e do judiciário. Talvez seja necessário aos profissionais de saúde incumbirem-se da proteção das mulheres contra a insensibilidade e desumanidade desses funcionários.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

O Dr. R deve oferecer à Sra. S procedimentos de contracepção de emergência, tratando desse caso de contracepção pós-coito como se fosse um pedido de contracepção pré-coito. Além disso, devem ser iniciados os procedimentos para casos de estupro, tais como proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), embora evitando técnicas mais invasivas, como coleta de sêmen para fins judiciais, por não haver necessidade de identificar um agressor desconhecido, salvo se as leis locais ainda exigirem evidências de ejaculação. O desmentido quanto ao estupro por parte do namorado pode consistir em negativa de ter tido relações sexuais, mas é provável que ele se negue a admitir que a relação com a Sra. S não foi consensual. Em ambos os casos, a coleta de sêmen seria comumente considerada desnecessária, uma vez que os sistemas legais, em sua maioria, definem estupro a partir de evidências de simples penetração sexual. Uma preocupação maior é o fato do namorado ser portador de HIV, já que a Sra. S pode precisar de profilaxia por exposição à infecção por HIV, assim como de uma orientação apropriada. Alguns sistemas legais requerem o exame de HIV para homens acusados de estupro ou de agressão sexual.

As seqüelas psicológicas necessitam de cuidadosa atenção e de aconselhamento adequado. Em muitos países industrializados e em alguns países em desenvolvimento, há grupos de apoio que desempenham um papel significativo na cura e na recuperação da tranqüilidade da paciente. Existindo tais grupos, o Dr. R deve fazer o devido encaminhamento da Sra. S. Em grupos de apoio como esses, ela conhecerá mulheres que passaram por experiências semelhantes e se recuperaram. Assim terá esperanças de também poder recuperar-se.

6.2 Obrigações dos sistemas de saúde

Se no hospital onde o Dr. R atende forem desconhecidos os métodos modernos de contracepção de emergência, será necessário reafirmar sua conformidade clínica, e deixar claro que esses métodos não envolvem aborto. Algumas instituições hostis à indução do aborto são igualmente hostis à contracepção artificial e associam o primeiro à segunda, mas o Dr. R poderá ter que demonstrar que a contracepção de emergência não é, do ponto de vista médico, ético ou legal, um aborto, destinando-se, assim como a contracepção pré-coito, a prevenir a gravidez, e não a interrompê-la. O Comitê para os Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher

302 *Do princípio à prática*

da FIGO explica em suas Diretrizes para a Contracepção de Emergência que “a contracepção de emergência é altamente eficaz na diminuição do número de concepções indesejadas sem a necessidade de um aborto... [e recomenda] que os médicos profissionais devem defender a idéia de torná-la disponível e acessível às mulheres em todos os momentos”.²¹

O Dr. R pode, também, atentar para o grau de sensibilidade com que o hospital examina as vítimas de estupro, porque alguns exames podem ser tão indevidamente invasivos, a ponto de serem considerados como “um segundo estupro”. A busca de evidências para uso em inquéritos policiais e para estabelecer bases legais para uma interrupção de gravidez podem representar maiores riscos para a paciente. Para acusar alguém de estupro e condená-lo criminalmente precisa-se de provas mais convincentes do que uma dúvida razoável, mas para justificar a contracepção de emergência, ou mesmo a interrupção de uma gravidez, não são necessárias provas nesses níveis. O sentimento autêntico de uma mulher ter sido violentada justifica, por si só, o procedimento, mesmo não obtendo-se provas para uma condenação do agressor, porque, por exemplo, não foi encontrado ou identificado, ou por não poder ser levado a julgamento ou condenado devido a alguma incapacidade mental.

Os profissionais dos setores de emergência em hospitais e os responsáveis pelo treinamento e equipamentos de emergência podem considerar a contracepção como um serviço preventivo, mais como parte da medicina familiar do que da medicina de emergência. O serviço de contracepção de emergência deve ser disponibilizado dentro da prática da medicina familiar, sem dúvida, mas o pessoal de emergência deve também ser incentivado, instruído e equipado no sentido de dar-lhe o mesmo tratamento dado a outras formas de atendimentos pós-traumáticos a mulheres vítimas de agressão sexual. Mais do que isto, os serviços de emergência devem oferecer o procedimento como um serviço comunitário, independente da evidência de estupro. Ou seja, mulheres que acreditam que suas precauções contraceptivas falharam, devem ter acesso imediato à contracepção de emergência, dispensada da mesma maneira consciente e livre de julgamentos, como qualquer outro serviço médico. A procura e a concessão do procedimento passariam a constituir uma oportunidade para orientar as mulheres com relação à contracepção pré-coito de maneira geral, de modo que a contracepção de emergência servisse apenas como um método de reforço ou em caso de falhas, sem tornar-se um meio contraceptivo primário.

A Recomendação Geral 24 sobre a Saúde e a Mulher do CEDAW apela aos governos e àqueles que atuam em nome do governo, como os hospitais, que desenvolvam protocolos de atendimento às vítimas de violência (ver parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 15). Existem diretrizes e protocolos²², mas estes

²¹ FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, *Guidelines in Emergency Contraception*, Int. J. Gynecol. Obstet. 77 (2002), 174.

²² Brasil, Ministério da Saúde, *Prevention and Treatment of Harms Resulting from Sexual Violence against Women and Adolescent Girls* (Brasília: Ministério da Saúde, 1999); S. MacDonald, J. Wyman, e M. Addison, *Guidelines and Protocols for the Sexual Assault Nurse Examiner* (Toronto: Sexual Assault Care Centre, Women's College Hospital, 1995).

necessitam ser revistos, para sua aplicação em diferentes circunstâncias e para orientar os profissionais de saúde na aplicação da contracepção de emergência.

Para assegurar uma disponibilização mais ampla da contracepção de emergência, o Dr. R pode levantar, junto ao Ministério da Saúde, a possibilidade de distribuir este método de contracepção diretamente à população. A experiência médica indica que a contracepção de emergência pode ser auto-administrada com toda segurança, seu uso inadequado não causa danos sérios, não tem nenhuma contra-indicação médica documentada e não há necessidade de intermediário médico para a sua distribuição. E, uma vez que previne o aborto, é do interesse da saúde pública.²³

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

A imagem da mulher nas sociedades tem que ser corrigida. Vê-se, com frequência, uma tendência a culpar a vítima. Certa vez, durante um debate sobre a reforma da legislação relativa ao estupro, um parlamentar comentou que as mulheres deveriam usar *pardah* (véu da cabeça aos pés) para assegurar que homens inocentes não se vejam desnecessariamente excitados pelos corpos das mulheres e inconscientemente forçados a tornarem-se estupradores. Se não quiserem ser predadas por esses homens, disse ele, as mulheres deveriam tomar as devidas precauções, ao invés de estarem sempre acusando os homens.²⁴ Quando uma estudante de enfermagem, num país latino-americano, relatou ter sofrido assédio sexual por parte de policiais quando esteve presa, a resposta do assistente do promotor público foi: “Você é virgem? Se não é, do que está reclamando?” Em alguns países latino-americanos — Brasil, Costa Rica, Equador e Guatemala, por exemplo — a lei só define certas transgressões sexuais como crimes se forem cometidos contra mulheres ou meninas “honestas” — ou seja, virgens.²⁵

Em 1977, a Assembléia Geral da FIGO recomendou que os ginecologistas e obstetras trabalhassem juntos, para alcançarem uma maior compreensão das causas do problema, e prestassem assistência nos processos judiciais de casos de abuso sexual e de estupro, através da apresentação de documentação cuidadosa e sensível das evidências.²⁶ Algumas sociedades de obstetras e ginecologistas tomaram iniciativas para tratar do problema de modo mais abrangente.²⁷

²³ D. Grimes, *Switching Emergency Contraception to Over-the Counter Status*, *New England Journal of Medicine*, 347 (2002), 846–9.

²⁴ H. Epstein, *The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health*. Panos Briefing No.27 (Londres: Panos Institute, 1998), 6.

²⁵ L.L. Heise, J. Pitanguy, e A. Germain, *Violence against Women: The Hidden Health Burden*. *World Bank Discussion Paper*, 255 (Washington, ED: World Bank, 1994), 31.

²⁶ WHO, *FIGO General Assembly Resolution on Violence against Women, FIGO/WHO < Pre Congress Workshop on Violence against Women: In Search of Solutions* (Genebra: WHO, 1998), WHO/FRH/WHD/97.38, de 33–4.

²⁷ R.F.Jones e D.L. Horan, *The American College of Obstetricians and Gynecologists; A Decade of Responding to Violence against Women*, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 58 (1997), 43–50.

5

Reconstituição do hímen

Estudo de caso

Há dois anos, quando seu vilarejo foi tomado por um combate militar, a jovem D, uma adolescente de 16 anos, solteira, foi estuprada por um dos soldados invasores. Os habitantes do vilarejo sabem da violência sofrida pela comunidade, mas não têm conhecimento da gravidade das agressões sofridas individualmente por cada vítima. A jovem D está noiva, e seu futuro marido e sua família esperam que ela seja virgem. A jovem D pede ao Dr. E a reconstituição de seu hímen para que seu casamento não seja prejudicado. Levando-se em conta fatores médicos, éticos, legais e de direitos humanos, o que deve fazer o Dr. E?

1. Histórico

O hímen é um tecido fino que bloqueia parcialmente a entrada da vagina. Seu nome vem do deus grego do casamento. O hímen não tem nenhuma função biológica, e permite a saída do sangue menstrual por não cobrir totalmente a abertura vaginal.

Esse fino tecido tem sido historicamente o marco da virgindade da mulher, e em culturas onde ela é extremamente valorizada, acredita-se que o hímen deve ser mantido intacto até que a mulher se case. Em algumas comunidades tradicionais, o defloramento é feito manualmente na noite de núpcias para demonstrar e celebrar a virgindade da noiva. Se não houver sangramento, ela é submetida a humilhação pública e será considerada uma vergonha para seus pais e, em algumas culturas, poderá ser morta para salvar a honra da família.

Nessas culturas, as mulheres, compreensivelmente, farão de tudo para reconstruírem seus hímens antes do casamento se a membrana estiver rasgada. Apesar de vários grupos da África, Oriente Médio e Ásia terem imigrado para os países do Norte, estes ainda preservam a tradição de que as meninas devem ser virgens até o casamento.

A reconstituição do hímen é um procedimento relativamente simples, mas provoca preocupações éticas, legais, sociais e de direitos humanos.

2. Aspectos médicos

O hímen varia muito em formato, tamanho e consistência. Pode ter bastante elasticidade para permitir a penetração durante a cópula sem que se rompa. Pode, também, ser grosso o suficiente para impedir a cópula e precisar ser removido cirurgicamente para esse fim. A ruptura do hímen ocorre por completo apenas durante o trabalho de parto, e o hímen nem sempre é rompido através do ato sexual, podendo romper durante uma queda, ou por meio de uma atividade esportiva rigorosa, ou mesmo durante a inserção de um tampão durante a menstruação.¹ A mulher pode engravidar mesmo que o hímen esteja intacto e sem penetração. O espermatozóide depositado na vulva poderá encontrar o caminho até a vagina.

A reconstituição do hímen (a himenoplastia) pode ser um procedimento simples, realizado como intervenção temporária, utilizando suturas com fio de catigute absorvível para remendar o restante do hímen. A intervenção é feita alguns dias antes do casamento, às vezes com a inclusão de uma cápsula gelatinosa contendo uma substância semelhante ao sangue, que se rompe durante o ato sexual. Outra opção consiste em uma intervenção mais definitiva em que o restante do hímen é cuidadosamente recomposto após restauração de suas bordas. Onde não há resquícios suficientes de hímen, uma tira fina da parede posterior da vagina é dissecada para se fazer a reconstituição. A cirurgia pode ser realizada em ambulatório, e anotações normalmente não são registradas no prontuário médico da paciente.

3. Aspectos éticos

Um dos principais aspectos éticos que o Dr. E deverá resolver é saber em primeiro lugar se a intervenção é possível,² e caso o seja, se as circunstâncias nas quais o rompimento do hímen ocorreu poderão influenciar na realização da cirurgia. A questão inicial surge da decepção inerente ao fato de se permitir que uma mulher que não é virgem se apresente como tal.³ Esta decepção pode ser uma injustiça para com aqueles que são induzidos a serem falsamente convencidos de que suas expectativas de virgindade foram satisfeitas. A falsidade de que o Dr. E estaria sendo cúmplice, ao concordar com a solicitação da jovem D de não informar o futuro marido da intervenção antes do casamento, levanta a preocupação ética não só de justiça e veracidade, mas também de desrespeito à sua autonomia de escolha de uma parceira, e a quebra da obrigação do médico de não cometer nenhum mal ou injustiça.

¹ S. J. Eman, E. R. Wood, E. N. Allred, and E. Grace, 'Hymeneal Findings in Adolescent Women: The Impact of Tampon Use and Consensual Sexual Activity', *Journal of Pediatrics*, 125 (1994), 153–60.

² S. Paterson-Brown, 'Should Doctors Reconstruct the Vaginal Introitus of Adolescent Girls to Mimic the Virginal State?', *British Medical Journal*, 316 (1998), 461.

³ D. D. Raphael, 'The Ethical Issue is Deceit', *British Medical Journal*, 316 (1998), 460.

Este modo de ver a questão ética inerente, no entanto, é bastante incompleto. O princípio de justiça exige que uma avaliação dos objetivos da futura noiva seja equiparada à avaliação dos objetivos do futuro marido e sua família. Visto que a família do noivo poderá exigir não só um padrão diferente, como também um padrão de pureza maior de um parceiro do que do outro, ela pode estar agindo injustamente. Sua cultura poderá exigir, de forma ostensiva, a virgindade de ambos os parceiros, mas a desigualdade permanece em que só um precisa apresentar uma prova convincente. Já que, por razões anatômicas, o marido não pode oferecer mais do que uma garantia verbal, é injusto exigir um padrão mais alto da esposa. Uma intervenção médica que reforce qualquer garantia de virtude necessária exigida da noiva é eticamente defensável.

O fato de o procedimento ajudar os dois parceiros a serem igualmente enganosos obviamente não favorece em sua defesa ética. Uma defesa pode ser feita, no entanto, pelo reconhecimento de que a exigência de virgindade da noiva é discriminatória contra as mulheres, além de perpetuar o controle opressivo da sexualidade da mulher. A exigência de virgindade das noivas pode, por si, ser antiética. Além disso, o Dr. E não tem nenhuma obrigação ética de concordar com a prática antiética do futuro marido, ou de monitorar ou impor as obrigações que os futuros noivos devem um ao outro. Por questões de consciência, o Dr. E poderá se recusar a realizar a intervenção, alegando motivos pessoais. Poderá, também, alegar motivos profissionais se não acreditar que o procedimento seja clinicamente recomendável, e neste caso deverá encaminhar a jovem D a outro profissional.

A relevância das circunstâncias da ruptura do hímen está relacionada ao contraste entre a virgindade e a castidade. Estas duas palavras muitas vezes parecem sinônimas, mas, enquanto a primeira se refere a uma condição biológica ou fisiológica, a segunda se trata de uma condição ética ou moral. Uma vítima de estupro não é imoral e nem age de forma incasta ou ilegal. Da mesma forma, a menina que sofre uma ruptura traumática ou acidental é inocente, e não carrega qualquer marca que possa estigmatizá-la do ponto de vista ético. Uma intervenção médica que coloque a condição fisiológica da pessoa em equilíbrio com o seu estado moral não é antiética, e é benéfica quando ajuda a satisfazer, justificadamente, as expectativas morais que o marido tem com relação à esposa no casamento, mesmo que essas expectativas sejam eticamente suspeitas. O desafio ético que essa abordagem apresenta, no entanto, é saber se o médico está agindo de forma ofensivamente crítica e discriminatória ao negar o procedimento a uma futura noiva que afinal se permitiu a mesma liberdade sexual que sua cultura coloca à disposição do noivo.⁴

4. Aspectos legais

Na ausência de uma legislação, como a que limita o aborto, por exemplo, não há barreiras legais, em geral, para a realização de uma intervenção consensual, mesmo

⁴ E. Webb, 'Cultural Complexities should Not be Ignored', *British Medical Journal*, 316 (1998), 462.

que clinicamente desnecessária, indicada por motivos sociais ou simplesmente solicitada por uma paciente mentalmente apta. Muitos procedimentos da medicina cosmética são legalmente praticados dessa forma, tal como os implantes de mama, a quais a reconstituição do hímen, realizada com o objetivo de criar uma aparência preferível à paciente, é muitas vezes considerada analógica. O médico da jovem D não tem nenhuma responsabilidade legal de oferecer atendimento ou revelar informações ao futuro marido e à família da jovem, e nem a obrigação legal de exigir que a futura noiva diga a verdade. De fato, a obrigação legal de se manter a confidencialidade pode exceder os limites normais no que, com aconselhamento adequado, os médicos podem excluir do histórico da paciente qualquer referência à intervenção.

Ao omitir as informações do prontuário da paciente, o médico geralmente se arrisca a ser legalmente responsabilizado legal, principalmente por negligência. Esse prontuário é o instrumento através do qual os profissionais de saúde trocam informações entre si sobre a paciente e, no interesse da paciente, as informações devem ser idênticas e completas entre os diversos usuários. O consentimento informado à exclusão de informações médicas pode ser questionado quando a paciente não compreende claramente as implicações da omissão. No entanto, a reconstituição do hímen é uma intervenção relativamente trivial e sem grandes conseqüências do ponto de vista clínico, geralmente realizada em ambulatório, sem uso de medicamentos e com anestesia local. O benefício da inclusão do procedimento no prontuário médico é tão mínimo, e o risco para a paciente pode ser tão grande, em alguns casos resultando em violência física, chegando ao homicídio, ou abandono, que consentir com a solicitação da paciente e oferecer-lhe a oportunidade de excluir informações sobre a intervenção em seu prontuário médico são atos legalmente justificáveis.

Muitas adolescentes justificam seu pedido de reconstituição do hímen pelo fato de terem sido submetidas a relações sexuais involuntárias as quais não puderam resistir física ou socialmente. Em vários países, os médicos têm a obrigação legal de notificar as agências de amparo à criança sobre suas suspeitas de casos de abuso, assim como a suscetibilidade da criança ao abuso. Se, por exemplo, uma adolescente mais velha revela um caso de abuso, e uma menina mais nova aparenta estar vulnerável a uma situação semelhante por morar na mesma residência ou próximo do abusador, poderá surgir uma obrigação legal de denunciar o abuso cometido ou o abuso em potencial. Onde não há obrigação de denúncia, o poder de denúncia será geralmente reconhecido perante a lei, desde que exercido sem negligência e de boa fé.

5. Aspectos de direitos humanos

Quando se define a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, a reconstituição do hímen pode ser considerada como uma maneira de contribuir com o direito à saúde das mulheres, cujo bem-estar social depende da aparência da virgindade. Contudo, exigir das mulheres provas dessa condição e não exigir dos

homens é uma forma de discriminação contra as mulheres, e uma desconsideração para com seus direitos à igualdade na família. A falta de provas adequadas põe as mulheres numa posição de grande desvantagem, por exemplo, no casamento, na sociedade e na sobrevivência contra a ameaça de ‘morte pela honra’. Qualquer exigência de prova da virgindade constitui, portanto, uma forma grosseira de discriminação sexual contra as mulheres. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (Convenção das Mulheres) prevê, em seu Artigo 5º(a), que os Estados-parte tomarão todas as medidas cabíveis para modificar os padrões de conduta social e cultural a fim de eliminar os costumes e outras práticas fundamentadas nos papéis estereotipados dos homens e das mulheres. Enquanto essas modificações não acontecem, a reconstituição do hímen pode proteger os direitos humanos das mulheres à vida, à proteção contra a violência e tratamento inadequado e desumano, ao casamento e, por exemplo, ao mais alto padrão de saúde possível, além do direito fundamental à não discriminação.

O papel da mulher como virgem é particularmente opressivo nos lugares em que as mulheres não têm controle sobre sua disponibilidade sexual, não só em situações de conflito militar, mas durante períodos de ordem civil quando as mulheres não têm como resistir aos homens autoritários, tanto dentro quanto fora da família. A exigência da virgindade como um símbolo de virtude é uma negação opressiva dos direitos humanos em que as mulheres não têm o poder de proteger sua integridade física. A Recomendação Geral Nº 19 sobre a Violência Contra as Mulheres, do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), refere-se à necessidade de proteger as mulheres contra a depredação física. Além disso, a recomendação exige de cada Estado um relatório sobre como foram aplicados os direitos humanos para proteger suas mulheres contra a violência social de negá-las oportunidades de vida, inclusive o casamento, o acesso à educação e a oportunidade de seguir carreira, a não ser que passem no exame da virgindade. A reconstituição do hímen, ao proteger as mulheres contra esse injusto exame, promove seus direitos humanos.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

O Dr. E não tem nenhum dever clínico de atender a solicitação da jovem D, mas se recusar, deve encaminhá-la a outro médico, uma vez que a solicitação não é ilegal e a jovem tem direito à assistência. Fazendo ou não a intervenção, a solicitação da jovem D e o procedimento realizado devem ser mantidos em sigilo. Caso o Dr. E se recuse a fazer a intervenção por suspeitar que a ruptura do hímen tenha ocorrido em circunstâncias menos constrangedoras ou compreensíveis do que lhe foram descritas pela jovem D, ele tem o dever de informar a jovem de tal suspeita. Desta

forma, ela terá a oportunidade de reforçar sua explicação em conversa com o próprio Dr. E ou com outro clínico. Além disso, o Dr. E não deve pôr em risco o direito da jovem ao tratamento médico ao anotar observações negativas em seu prontuário, a não ser que ele acredite que as explicações dadas por ela tenham alguma implicação patológica como a paranóia ou alguma incapacidade cognitiva.

Se a jovem D identificar ou indicar a pessoa que a obrigou a ter relações sexuais sem o seu consentimento, é dever do Dr. E informá-la sobre os meios disponíveis para fazer a denúncia. Onde a denúncia não é obrigatória, o Dr. E poderá consentir à preferência da jovem D e exercer seu poder de escolha para denunciar ou não, reconhecendo que uma denúncia poderá expor a jovem D a mais violência.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

Especialmente no caso de meninas adolescentes, os médicos devem educar-se melhor para compreender tanto as características físicas do hímen quanto o impacto psicológico de sua ruptura por ato de violência pessoal, trauma ou outras situações indesejadas. A educação deve também tratar de casos em que não há ruptura do hímen durante a relação sexual forçada, assim como dos casos em que há, para que seja possível oferecer a assistência e o aconselhamento necessários quando a mulher não pode fornecer provas da agressão.

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

As condições que levam à solicitação de reconstituição do hímen são as expectativas sociais injustas e opressivas voltadas ao gênero, a quais a jovem D está sujeita. Entre elas estão a condição da virgindade da mulher ao se casar, a vulnerabilidade da mulher à desvantagem e à violência, muitas vezes atingindo um nível letal com a existência de provas ou apenas suspeitas da perda da virgindade antes do casamento, e a culpabilidade pelo exame realizado de forma involuntária como ‘prova’ da preservação ou perda da virgindade.⁵ A ação social deve ser direcionada à igualdade dos sexos e à independência da sexualidade da mulher da opressão infligida pela sociedade, pela comunidade e pelos pais. O que não significa defender a licenciosidade ou licença sexual, mas sim aliviar as mulheres das expectativas de virtude sexual, medidas por padrões nada científicos e socialmente irrealistas aos quais os homens não são submetidos.

As culturas que permitem, ou que impõem apenas punições leves para casos de ‘morte pela honra’ de mulheres jovens, suspeitas de incastidade por atos cometidos pelos pais ou irmãos, revelam um lado do espectro da opressão do qual as mulheres devem ser protegidas e liberadas por meio de ação social. Menos letal,

⁵ M. W. Frank, H. M. Bauer, N. Arican, S. K. Fincanci, and V. Iacopino, ‘Virgin Examinations in Turkey’, *Journal of the American Medical Association*, 282 (1999), 485–90.

310 *Do princípio à prática*

mas igualmente injusta, é a perda da perspectiva de casamento e de *status* social sofrida pelas mulheres dentro de suas comunidades após a evidência de que foram vítimas de estupro. Igualmente opressiva é a necessidade de mostrar publicamente o sangue no lençol da cama nupcial, não de menor importância já que está clinicamente comprovado que nem todas as mulheres apresentam sangramento durante seu primeiro ato sexual. Os médicos devem incentivar e colaborar com a educação social para superar esse tipo de crença convencional e desinformada, e promover tanto a igualdade sexual com relação à elegibilidade ao casamento como ao respeito coletivo às mulheres que não dependem de critérios diferentes daqueles exigidos dos homens.

6

Em busca de serviços de reprodução assistida

Estudo de caso

O Sr. e a Sra. F estão casados há dez anos e não têm filhos. Exames médicos revelaram que o marido é subfértil; não há produção de espermatozóides com motilidade pelos testículos. O casal está feliz com seu relacionamento conjugal, mas a Sra. F gostaria de gerar seu próprio filho. Eles descartaram a hipótese de adoção, e estão pensando em recorrer a um doador para inseminação artificial. Entretanto, eles estão preocupados com o direito da criança de ter um pai 'natural' (ou seja, o marido da esposa), ou de não conhecer seu pai biológico. Eles pedem o conselho do Dr. R e sua possível assistência para conseguir uma inseminação artificial por meio de um doador. Qual deveria ser o conselho e que tipo de assistência deveria oferecer o Dr. R à luz de relevantes considerações médicas, éticas, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

A infertilidade pode ser consequência de uma doença, mas não é necessariamente uma doença. Na verdade, em muitos casos de infertilidade não se consegue detectar evidências de nenhuma doença. A infertilidade em si não ameaça a vida e não coloca em risco a saúde física. Entretanto, a saúde não é definida apenas pela capacidade física. Conforme a definição da constituição da Organização Mundial da Saúde, a saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de total bem-estar físico, mental e social. Para os pacientes, o sofrimento decorrente da infertilidade é muito real e compromete a saúde.

Para algumas pessoas, pode parecer estranho que se trate de infertilidade como um problema de saúde pública, quando o mundo depende urgentemente da capacidade de autocontrole da fertilidade. Com o problema da população nas mãos, será apropriado continuarmos a nos preocupar com o problema da infertilidade? A resposta é que deveríamos nos preocupar ainda mais. A adoção de uma família pequena como norma, através da infertilidade voluntária, que é o objetivo primordial em muitos países e também no nível global, torna a questão da infertilidade

involuntária ainda mais urgente. Se os casais são persuadidos a adiar e espaçar muito cada gravidez, é imprescindível que eles recebam ajuda para conseguir engravidar quando assim o decidirem, no tempo mais curto de que dispõem.

As definições de infertilidade variam enormemente. Algumas estimativas consideram o casal infértil quando não ocorre gravidez após doze meses de relações sexuais sem a proteção de contraceptivos, enquanto outras estimativas só consideram o casal infértil após vinte e quatro meses sem conseguir conceber. Uma estimativa geral é de que entre 8 e 12% dos casais experimentam alguma forma de infertilidade involuntária ao longo de suas vidas reprodutivas. Se extrapolarmos para a população global, isto significa que de 50 a 80 milhões de pessoas podem estar sofrendo de algum problema de infertilidade.¹

Provavelmente haverá sempre um certo percentual de casais inférteis por razões que não podemos evitar, não podemos tratar, ou sequer sabemos quais são. Esta é a que chamamos de infertilidade básica, cujo percentual provavelmente não é mais que 5%, podendo ser ainda menor. Uma taxa de infertilidade mais alta que esta é considerada infertilidade adquirida, e geralmente indica que há causas na comunidade contribuindo para o aumento em número de casais inférteis. Em algumas partes da África subsaariana, a taxa de infertilidade pode chegar a 30% ou mais.² A causa mais importante de infertilidade adquirida é a infecção pélvica resultante de doenças transmitidas sexualmente (tais como a clamídia e a gonorréia), abortos mal-feitos ou infecção puerperal (depois do parto).

2. Aspectos médicos

Os novos avanços em tecnologias reprodutivas abriram novas perspectivas para a reprodução assistida, quando um dos quatro requisitos fundamentais para a concepção (espermatozóide, óvulo, encontro do óvulo com o espermatozóide, e implantação) está *totalmente* ausente.³ Antigamente a esperança para casos como estes era praticamente nula.

- *Espermatozóide.* A técnica mais antiga de concepção clinicamente assistida é a inseminação artificial pelo marido ou por algum doador.
- *Encontro do óvulo com o espermatozóide.* No final dos anos 70 a técnica de fertilização *in vitro* (FIV) em humanos teve seu primeiro êxito. Ela envolve três passos básicos: o recolhimento de óvulos maduros do ovário, a fertilização pelo espermatozóide num meio de cultura fora do corpo e a transferência do embrião para o útero.

¹ WHO, *Infertility: A Tabulation of Available Data on Prevalence of Primary and Secondary Infertility* (Geneva: WHO, 1991), WHO/MCH/91.9, at 2.

² M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997), 49–60.

³ *Ibid.*

- *Óvulos.* A doação de óvulos pode fazer com que uma mulher que não ovula consiga engravidar. Até mesmo uma mulher na pós-menopausa pode ser auxiliada a engravidar. Esta mulher será a mãe biológica da criança mas não a mãe genética.
- *Implantação.* Uma mãe substituta pode carregar o óvulo fertilizado de outra mulher.

Através da reprodução assistida (RA), uma criança pode ter até cinco pais: o pai genético, o pai de criação, a mãe genética, a mãe gestacional e a mãe de criação. Há preocupações com relação à natureza da prática médica, já que nem sempre fica claro quais processos são experimentais e quais já estão estabelecidos. O controle da qualidade dos serviços em muitos países deixa a desejar. O custo é um dos fatores mais importantes, mas também existem preocupações com relação a pesquisas futuras, e a um possível abuso na seleção de embriões, por exemplo.

Atualmente só se usa sêmen fresco se for proveniente do próprio marido. Os doadores de sêmen fazem testes de HIV e suas doações são congeladas. Se o teste der negativo, um segundo teste é feito seis meses ou mais depois, e se o resultado continuar negativo a doação previamente feita pode ser descongelada e usada na RA. A criopreservação e o descongelamento de óvulos apresentam mais desafios, mas um embrião formado a partir de gametas não testados pode ser criopreservado e descongelado depois que for comprovado que os doadores dos tais gametas eram HIV negativos no momento da doação.

Algumas das preocupações de ordem prática levantadas pela FIV, com implicações éticas e legais, são o descarte dos embriões excedentes criados *in vitro*, desnecessários ou inadequados às exigências reprodutivas do casal; a implantação de vários embriões, o que resulta em alta taxa de gravidez múltipla, e a criação desse mesmo resultado na concepção natural após indução à ovulação através de medicamentos; e a opção chamada de ‘redução seletiva’ para reduzir a gravidez múltipla. A gravidez múltipla implica em uma série de cuidados com a saúde da mãe, dos fetos no útero e dos recém-nascidos, que possivelmente nascerão prematuros, com baixo peso e risco de sofrer complicações.

A questão da redução da gravidez multi-fetal, e em alguns países a do descarte de embriões *in vitro* excedentes ou em criopreservação, levanta questões de como as leis locais de aborto são redigidas e aplicadas. O desafio é considerar a redução da gravidez multi-fetal não como um aborto em si, que interrompe a gravidez, mas como um meio de proteger a gravidez do perigo do aborto espontâneo de todos os embriões ou fetos que estiverem no útero.⁴

⁴ B. M. Dickens and R. J. Cook, ‘Some Ethical and Legal Issues in Assisted Reproductive Technology’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 66 (1999), 55–61.

3. Aspectos éticos

As questões éticas levantadas pela RA foram consideradas tão profundas que vários países, principalmente aqueles em que se aplicam tecnologias reprodutivas mais avançadas, criaram comissões nacionais para resolvê-las e propor regulamentações legais. O Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), fez declarações e recomendações, principalmente quanto a Conduta Ética na Venda de Gametas e Embriões (1996), Doação de Material Genético para Reprodução Humana (1994), e Aspectos Éticos da Doação de Gametas por Doadores Conhecidos (Doações Direcionadas) (2000).

Os procedimentos conhecidos de modo geral como reprodução assistida RA vão da simples inseminação artificial, pelo marido ou doador, à tecnologia sofisticada de injeção intracitoplasmática de espermatozóide (IICE) e gestação substitutiva. Na verdade, em muitos países, a atenção dada às implicações éticas das tecnologias reprodutivas avançadas supera amplamente a atenção dada às questões éticas da reprodução natural, maternidade segura, e prevenção da infertilidade. As comissões nacionais e públicas tendem de modo geral a considerar a RA no nível macroético ao invés do microético, considerando mais o impacto, por exemplo, da transferência de gametas e embriões e das mães substitutas nas políticas sociais, do que como um modo de resolver o problema da falta de filhos em determinados pacientes. Entretanto, com relação às crianças produzidas pelas tecnologias de RA, as comissões freqüentemente vão ao nível microético para considerar a experiência das crianças que descendem de apenas um, ou de nenhum, de seus pais sociais.

As considerações sobre promover a disponibilidade de RA com base na idéia do que é ‘melhor para a criança’ se confundem com a idéia de que proibir o acesso à RA resulta no não nascimento dessas crianças. Isto levanta a preocupação ética de que talvez seja melhor que certas crianças nem sejam concebidas. Pode-se dizer que é do interesse de determinadas sociedades que crianças não sejam concebidas através de certos métodos de RA, mas a afirmação de que é melhor que determinadas crianças não sejam concebidas e não nasçam normalmente encontra resistência, com base, por exemplo, no princípio ético de que é melhor nascer do que não nascer.⁵ É neste princípio de beneficência que se baseiam aqueles que se opõem ao aborto. Esta questão expõe conflitos éticos de interesse, tais como aqueles entre os interesses macroéticos das sociedades e das futuras crianças, e os interesses microéticos das mulheres de terem os filhos que quiserem e das crianças de serem criadas por seus dois pais biológicos, ou de pelo menos saberem quem eles são.

A infertilidade levanta implicações éticas diferentes em cada sociedade, embora, de modo geral, ela seja uma fonte de sofrimento emocional para as pessoas que desejam ser pais. Algumas sociedades negam que a infertilidade do casal seja

⁵ J. Harris, ‘Rights and Reproductive Choice’, in J. Harris and S. Holm (eds.), *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice and Regulation* (Oxford: Clarendon Press, 1998), 5–37.

causada pelo fator masculino, e as mulheres acabam levando a culpa por não conceber os filhos de seus maridos, chegando a ponto de divórcio, vergonha e destituição de bens. Os deveres éticos de respeito pela autonomia reprodutiva dos indivíduos e de beneficência, nos quais se baseia a reprodução assistida, são limitados nas sociedades onde a doação de sêmen de terceiros é inaceitável e considerada uma forma de adultério. No mundo islâmico, por exemplo, os casais são encorajados a ter quantos filhos puderem sustentar, mas a integridade da linhagem familiar é um valor importante, e a doação de sêmen de terceiros é inaceitável.⁶

Onde a doação de sêmen é aceitável, as preocupações éticas são com os critérios médicos e sociais que qualificam uma pessoa como doadora, as exigências de anonimato dos receptores ou a aprovação dos doadores designados, e a posterior identificação dos doadores aos seus filhos biológicos. A doação deve ser altruísta e não visar o lucro, embora os custos da doação possam ser recuperados, inclusive os dois testes de HIV. O número de usos de uma determinada doação deve ser limitado para reduzir o risco de que filhos diferentes do mesmo doador, ignorante dos fatos, venham a se conhecer e querer se casar. Os registros das doações devem ser guardados para que as heranças genéticas das crianças possam ser conhecidas, mas, a não ser que as leis estipulem o contrário, os doadores e as crianças só devem ser identificados entre si se houver consentimento mútuo. A doação direcionada é aceitável em pouquíssimos casos.

4. Aspectos legais

As principais questões legais da RA são o consentimento dos dois membros de um casal infértil, o consentimento dos doadores de gametas ou embriões e o status legal da criança que vão nascer. Exige-se normalmente o consentimento do marido para que sua mulher seja inseminada por um doador, de modo que qualquer presunção legal de sua paternidade seja mantida. Sua objeção faria com que a criança não fosse sua responsabilidade legal, e ele pode negar a paternidade se sua esposa estiver servindo de mãe substituta para o filho de outro homem. Os doadores de sêmen e de óvulos devem dar o consentimento para que a doação seja legal, mas a retirada de sêmen de homens inconscientes ou recentemente falecidos, nos países onde isto não é proibido por lei, pode levantar preocupações sobre as formas em que este consentimento deve ser evidenciado.⁷ Uma questão legal que continua sem solução em muitos países diz respeito a casos em que a doação de um embrião criopreservado do casal é possível, mas apenas um dos cônjuges dá o consentimento.

As leis divergem quanto ao status de crianças nascidas por doação de gametas e embriões. Onde as leis visam o bem-estar das crianças e a prevenção do estigma

⁶ G. I. Serour and B. M. Dickens, 'Assisted Reproduction Developments in the Islamic World', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 74 (2001), 187-93.

⁷ *R. v. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex p. Blood*, [1997] 2 All ER 687 (Court of Appeal, England).

316 *Do princípio à prática*

de ilegitimidade, acredita-se firmemente que as crianças nascidas durante a vigência do casamento, ou em tempo razoável após seu término por divórcio ou pelo falecimento do marido, como 300 dias, por exemplo, são consideradas filhos legítimos do marido, a não ser que ele negue. Da mesma forma, quando as mulheres geram o bebê e dão à luz, as crianças são consideradas suas, mesmo no caso de doação de óvulos ou embriões. Na maternidade substitutiva parcial, na qual as mulheres são inseminadas, normalmente de modo artificial, com o sêmen do homem, e geram seu próprio ovo fertilizado para posterior entrega da criança ao homem e sua esposa, as substitutas são as verdadeiras mães biológicas. Entretanto, no caso da maternidade substitutiva total, na qual uma mulher gera o óvulo de outra mulher, fertilizado *in vitro* e depois transferido a ela, alguns sistemas legais farão um teste de paternidade genética e reconhecerão a doadora do óvulo como a mãe legal da criança. Nos casos em que os sistemas legais visam a integridade da linhagem genética masculina para fins de legitimidade e herança, a doação de sêmen é inaceitável por constituir adultério. O marido que apresenta o filho de outro homem como sendo seu, especialmente um filho homem, pode se deparar com acusações de falsidade e fraude contra a sociedade, a não ser que ele dê início a algum processo legal de legitimação ou de adoção.

Os médicos e suas equipes devem seguir as leis locais que tratam, por exemplo, do consentimento médico e do sigilo em geral, e da assistência médica na reprodução em específico. Leis mais específicas podem envolver questões tais como o consentimento do cônjuge, a aquisição e a doação de gametas e a revelação das identidades dos diversos participantes. Além disso, as autoridades de licenciamento e as associações profissionais podem adotar práticas que os médicos são obrigados a obedecer, tais como não ajudar mulheres acima de uma certa idade a reproduzir, e limitar o número de embriões fertilizados *in vitro* que podem ser colocados no útero num único ciclo de tratamento. O não cumprimento destas normas na prática profissional pode atrair sanções disciplinares profissionais aplicáveis por lei.

A lei sobre negligência médica aplica-se aos exames de saúde das mulheres antes da gravidez e à triagem de doadores de sêmen com relação à saúde genética e à não existência de DST, inclusive do HIV. Também se pode aplicar quando os médicos selecionam doadores de origens étnicas, constituição física e cor de pele específicas, semelhantes às dos maridos. Além disso, espera-se que os médicos cumpram a exigência de manter um registro de dados com a identificação dos gametas e embriões preservados. Quando técnicas avançadas de testagem de gametas e embriões estão disponíveis, como por exemplo o diagnóstico genético pré-implantação, os médicos são obrigados a discuti-las com os pacientes, a não ser que estes processos estejam obviamente além das condições financeiras dos mesmos. Os danos decorrentes do nascimento de uma criança deficiente podem ser substanciais, mas danos menores também ocorrem quando crianças saudáveis nascem, mas não correspondem às características de seus pais, tanto étnicas quanto outras. Além da sua responsabilidade legal para com os pacientes, os médicos também são legalmente responsáveis

perante os órgãos de licenciamento profissional e as associações médicas por prática incompetente e antiética, tais como enganar os pacientes inseminando-os com seu próprio sêmen ou com outro sêmen não aprovado.

5. Aspectos de direitos humanos

Alguns críticos das tecnologias de reprodução humana as comparam com as práticas originadas na medicina veterinária, e alegam que elas ofendem os direitos coletivos à dignidade humana. Alguns documentos internacionais contra a clonagem reprodutiva invocam o mesmo conceito. Contra isto, entretanto, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (o Pacto Econômico) defende o recurso a novas tecnologias de reprodução pelos benefícios do progresso científico. O direito geral de fundar uma família, reconhecido pela constituição de muitos países e constante de muitas das principais convenções de direitos humanos, defende a assistência médica na prevenção e na superação dos efeitos da infertilidade, quer se aplique tecnologia científica ou não. O direito à vida privada e familiar pode revelar que a promulgação de leis invasivas que proíbam ou monitorem a RA com bases morais é uma violação aos direitos humanos. Reforçar esses direitos humanos de acesso à RA é ter direito ao mais alto padrão de saúde possível. A saúde tem dimensões físicas, mentais e sociais, e a infertilidade entre os que querem filhos acaba por diminuir seu bem-estar mental e social, podendo ter repercussões na sua saúde física. A objeção de que muitas técnicas de RA não curam a infertilidade é correta, mas elas podem ajudar a superar a falta involuntária de filhos, encaixando-se assim nos direitos humanos aos serviços de saúde.

As reivindicações de direitos humanos indiretamente relevantes à RA incluem o direito de receber e transmitir informações. Este direito pode ser violado por leis ou práticas que proíbam a divulgação dos locais onde se pode obter serviços de RA, inclusive em outros países, e também por leis que exijam ou aprovelem o sigilo quanto à identidade dos doadores ou receptores de gametas. Os filhos dos doadores de gametas têm direito à informação sobre as características genéticas dos doadores, e podem tentar exigir a abertura dos registros de identidade de seus pais biológicos. Um dos problemas é que, mesmo que este direito obrigue a divulgação de um registro existente, ele talvez não obrigue que a identidade pessoal de um doador seja registrada inicialmente. Da mesma forma, talvez não obrigue que um possível doador se submeta a testes involuntários de DNA para indicar parentesco genético. O direito do doador à integridade física o protege contra a doação obrigatória de amostras para testagem de DNA. Entretanto, seu direito à privacidade não pode prevalecer sobre o direito da criança de receber informações, de forma a impedir a testagem de DNA em amostras de doadores adquiridas legalmente para outros propósitos.

Como os casais que recorrem à RA são incapazes de conceber, ou querem evitar o risco de conceber naturalmente um filho comprometido geneticamente usando,

por isso, a doação de gametas ou embriões de terceiros, eles podem alegar uma deficiência da saúde reprodutiva, e o direito humano de não sofrer discriminação por conta disso. Como os casais em geral não estão sujeitos a regulamentação ou monitoramento públicos na concepção natural de seus filhos, um casal com deficiências reprodutivas pode alegar que qualquer dificuldade imposta ao seu uso de RA, tais como ter que satisfazer os mesmos critérios aplicados na seleção de pais adotivos, pode ser considerada discriminação e constitui em violação dos direitos humanos. Entretanto, sua reivindicação de reproduzir tão livremente quanto os casais saudáveis pode ter um aspecto negativo para eles. Os casais que concebem de forma natural usam serviços custeados pelo estado na gestação e no parto, mas não recebem praticamente nenhuma ajuda do estado para fins de concepção.

Os serviços de saúde pública estendem às mulheres o direito a exames ginecológicos de rotina e cuidados preventivos contra a infertilidade, e as mulheres em casamentos com problemas reprodutivos têm este mesmo direito. Entretanto, nenhum fundo do estado financia a concepção natural, e por este motivo o estado pode se negar a financiar os custos da RA, já que desta forma não estaria negando às mulheres de relações inférteis os mesmos serviços que estariam à disposição das mulheres em relações férteis. O reconhecimento de que o não financiamento da RA não se constitui em discriminação contra os casais comprometidos reprodutivamente indica que os direitos humanos de acesso à RA são apenas direitos negativos. Os casais podem exigir acesso total aos serviços de RA que puderem pagar, mas não exigir que o estado financie o acesso a serviços que, tal como a medicina estética, caem na categoria da ‘medicina de luxo’.⁸

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

Mesmo que o Sr. e a Sra. F tenham vindo juntos pedir conselho e assistência, o Dr. R deve falar com cada um separadamente para se certificar de que eles compartilham, espontaneamente, o mesmo desejo de que a Sra. F seja inseminada por um doador, e de que não estão cedendo à pressão indevida ou ameaça do outro. O Dr. R também deve verificar se eles não querem experimentar algumas das opções disponíveis pelas quais a Sra. F pode tentar conceber o filho do Sr. F, tal como a IICE. Se os costumes locais proibem a inseminação por meio de doadores, e esta é considerada por lei como adultério, o Sr. e a Sra. F devem ser questionados sobre o que pensam disto, e as implicações quanto à legitimidade da criança. Da mesma forma, o Dr. R deve revelar qualquer objeção pessoal real que ele tenha em realizar

⁸ *Cameron v. Nova Scotia (Attorney General)* (1999), 177 DLR (4th) 513 (Nova Scotia Court of Appeal, Canada).

o procedimento, e se seus colegas clínicos se recusarão a colaborar. O Dr. R deve avisar a Sra. F sobre as possibilidades e os riscos de gravidez múltipla, e as opções do que fazer caso isso ocorra naturalmente ou como resultado do tratamento para aumentar a fertilidade. Deve-se tomar um cuidado especial se a Sra. F estiver perto da menopausa.

Se essas questões forem resolvidas satisfatoriamente, o Dr. R pode procurar identificar e abordar um doador de sêmen adequado, ou procurar uma amostra adequada em algum banco de sêmen existente. Questões como a etnia do doador e sua combinação com a coloração e estatura do Sr. F podem ser importantes, assim como a garantia de suas características genéticas e materiais e, é claro, seu consentimento. Outro fator relevante pode ser a vontade do eventual doador de ser identificado como pai biológico da criança, fator que está sujeito a leis locais que proíbem ou obrigam a revelação de sua identidade. O Dr. R deve preservar as informações genéticas do doador, além de outras, caso venham a ser relevantes para o bem-estar ou para o tratamento de uma criança subsequente concebida.

Quando o Dr. R assiste no nascimento da criança, ele não pode oferecer falsas informações para a certidão de nascimento, mas as leis locais normalmente permitem que o Sr. F seja registrado como pai, a não ser que este se oponha, onde as leis favorecem a legitimidade da criança. O Dr. R não pode insistir que a Sra. F permaneça aos seus cuidados por toda a gestação, já que uma mulher que passou por reprodução assistida pode preferir o acompanhamento de seu clínico geral como uma simples paciente casada e grávida. Entretanto, o Dr. R deve compartilhar as informações sobre a Sra. F com seu clínico geral, a não ser que ela não dê consentimento, e fornecer toda as informações necessárias aos cuidados com a criança por nascer.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

Um dos principais objetivos da saúde reprodutiva é a prevenção, mais do que a cura ou a superação da infertilidade. Da mesma forma, a origem do problema reprodutivo do Sr. F merece estudo, e o auxílio prestado à Sra. F não deve comprometer a disponibilidade de recursos necessários para diagnosticar a condição do Sr. F.

O Dr. R deve verificar se pacientes como a Sra. F consideram os serviços de RA acessíveis, e se estes serviços estão disponíveis de forma equivalente em níveis locais, regionais e nacionais. O padrão dos serviços também deve ser levado em consideração, com relação à testagem dos doadores de gametas, eficiência dos serviços, capacidade do pessoal especializado e de apoio, padrão e manutenção de equipamentos, inclusive o de preservação dos gametas e embriões e, por exemplo, veracidade e qualidade dos dados.

As informações sobre os resultados dos tratamentos dos diferentes procedimentos devem estar à disposição, inclusive os da gravidez monozigótica e outros

320 *Do princípio à prática*

tipos de gravidez múltipla, e como lidar com eles. Também é necessário fornecer informações sobre o custo-benefício das diversas opções de tratamento, e sobre as listas de espera dos diferentes centros. O Dr. R deve estar consciente dos custos emocionais e financeiros do tratamento, e considerar como o peso emocional pode ser aliviado, talvez através de aconselhamento e do envolvimento da Sra. F em um grupo de apoio à infertilidade.

De acordo com as recomendações do Grupo Científico da OMS, respeitar o princípio da qualidade de serviços requer:

- a iniciação e promoção da auto-regulamentação profissional logo no início do desenvolvimento de novas técnicas, de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma política nacional;
- a integração do procedimento ao sistema de saúde;
- a auditoria e o credenciamento dos serviços para garantir a qualidade necessária e a manutenção de registros adequados;
- a disponibilidade do procedimento à população que precisa desses serviços;
- a educação sobre as técnicas e o papel da RA no tratamento da infertilidade aos profissionais de saúde e à população em geral;
- a promoção de uma troca de dados em nível internacional.⁹

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

O Dr. R deve contribuir para a prevenção da infertilidade procurando compreender a origem da condição do Sr. F, se foi causada por doença, hereditariedade, fatores ocupacionais ou ambientais. A infertilidade em mulheres também pode ser resultado de infecções sexualmente transmitidas, infecções pós-parto ou após um aborto inseguro.

Em nome de sua profissão, o Dr. R deve divulgar experiências que ajudem a aprimorar a lei, expondo as provisões legais que perpetuam fontes de infertilidade, obstruem os esforços preventivos e negam tratamento a pacientes inférteis. O Dr. R também deve participar de atividades profissionais voltadas para a melhoria dos padrões de atendimento científico e solidário, e apoiar leis e códigos de conduta profissional que levem adiante a prática da RA. Da mesma forma, o Dr. R deve contribuir em debates profissionais e públicos, e discutir com as agências públicas e não governamentais, de forma a melhorar as posturas com relação a pais inférteis, e aumentar a confiança pública na integridade das práticas de RA e nos médicos que as praticam.

⁹ WHO, *Recent Advances in Medically-Assisted Conception: Report of a WHO Scientific Group WHO Technical Report Series 820* (Geneva: WHO, 1992).

7

Esterilização feminina involuntária

Estudo de caso

O Dr. T é funcionário de um hospital público que presta assistência a uma comunidade carente. Dr. T cresceu na comunidade, se dedica ao seu bem-estar e pretende aumentar a capacidade do hospital de cuidar dos residentes locais. Há uma preocupação no país com a alta taxa de crescimento da população. A comunidade onde o Dr. T clinica apresenta uma alta taxa de natalidade, e o sistema de saúde está sob pressão do governo para que aumente o uso de contraceptivos com o objetivo de reduzir a fecundidade local. O conselho do hospital está propondo introduzir um regulamento no qual qualquer mulher que tiver quatro filhos ou mais poderá ter o próximo filho gratuitamente se ela concordar em se submeter à esterilização após o parto. Como deverá o Dr. T agir, levando em consideração relevantes fatores médicos, éticos, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

É legítimo um país se preocupar com o aumento da população e com o seu impacto no desenvolvimento socioeconômico. Mas as medidas tomadas para influenciar o número de gravidezes de uma mulher, seja para aumentar ou diminuir, incidem em um amplo espectro, desde o desejável e aceitável ao repreensível. A provisão de programas de serviços de planejamento familiar, inclusive de educação e informação sobre a esterilização voluntária,¹ é uma medida social desejável por si só, assim como benefícios maternos ou paternos e a mesada familiar como medidas para o aumento da fecundidade. A promoção da conscientização pública desse tipo de política social é aceitável, quer seja para a diminuição ou para o aumento da fecundidade. Beira o limite, entretanto, pois poderá tornar-se facilmente censurável se resultar em pressão psicológica desnecessária em indivíduos. Na categoria de

¹ C. A. Church and J. S. Geller, 'Voluntary Female Sterilization: Number One and Growing', *Population Reports*, C10 (1990), 1–23. J. A. Ross, 'Sterilization: Past, Present and Future', *Studies in Family Planning*, 23 (1992), 187–98. EngenderHealth, *Voluntary Sterilization: Policies and Perspectives* (New York: EngenderHealth, 1999).

322 *Do princípio à prática*

atos repreensíveis estão incluídos os estímulos, desestímulos e a coerção para diminuir a fecundidade e a restrição de acesso ao planejamento familiar ou aborto para aumentá-la. Essas medidas de pulso firme podem ter um impacto prejudicial à saúde das mulheres, e são igualmente censuráveis tanto para diminuir como para aumentar sua fecundidade.

No que concerne à saúde das mulheres, há pouca escolha entre a *contracepção coagida*, a *esterilização* ou o *aborto* pela sociedade não aceitar a criança, e a *maternidade coagida* pela sociedade desejar a criança. Ambas as interferências negam às mulheres a dignidade da escolha em suas vidas reprodutivas.

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, enfatizou que ‘os programas de planejamento familiar devem ter como meta dar condições aos casais e indivíduos para decidirem livre e responsabilmente quantos filhos terão e qual será o intervalo entre cada um, tendo as informações e os meios para tanto, e assegurar escolhas instruídas e disponibilizar uma variação ampla de métodos seguros e eficazes’, e que ‘as metas demográficas, embora objeto legítimo das estratégias governamentais, não devem ser impostas aos profissionais da área de planejamento familiar na forma de metas ou cotas para o recrutamento de clientes’.² A intenção dos contraceptivos femininos é de dar mais poder às mulheres, aumentar suas escolhas e permitir que controlem sua fecundidade, e portanto, suas vidas. A conveniência dos métodos permanentes e de longa duração é bem-vinda por muitas mulheres. Esses métodos, no entanto, podem e têm sido utilizados pelos governos para controlar ao invés de dar poder às mulheres.

2. *Aspectos médicos*

A esterilização feminina é uma intervenção cirúrgica segura, simples e bastante eficaz. Pode ser feita com anestesia local ou com um leve sedativo. A esterilização pós-parto é realizada através de uma mini-laparotomia (pequena incisão abdominal).

É possível reverter a esterilização em algumas mulheres. É uma intervenção difícil, cara e não está amplamente disponível, além de ter um baixo índice de êxito. Ademais, quando há gravidez, o risco de ser uma gravidez ectópica, condição que coloca em risco a vida da mulher, é maior. A RA continua sendo uma possibilidade, mas os métodos geralmente não estão disponíveis ou não são financeiramente acessíveis, e os índices de êxito são baixos. Portanto, a esterilização deve ser considerada permanente.

Sendo permanente, a decisão feita pela mulher deverá ser resultado de uma escolha voluntária e informada, e não deverá ser feita sob pressão ou estresse.

² United Nations, *Population and Development*, i. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994), parágrafo 7.12.

Outros métodos de contracepção devem ser explicados e oferecidos, para permitir que a mulher faça a sua escolha. O dispositivo intra-uterino (DIU) é uma boa alternativa para mulheres que querem um contraceptivo de longo prazo, mas que não têm certeza se vão querer outros filhos no futuro. Os dispositivos intra-uterinos atuais são bastantes eficazes e protegem as mulheres contra a gravidez indesejada durante 10 anos ou mais.

3. Aspectos éticos

Adeptos de várias religiões ou de outras orientações éticas consideram a esterilização voluntária moralmente inaceitável. Seus princípios de objeção devem ser levados em consideração. O conselho de um hospital pode alegar que a política não é forçar a esterilização, mas somente exigir que mulheres com quatro filhos ou mais paguem pelo serviço de parto. Essa alegação pode ser contrariada quando se chama atenção à discriminação antiética, embutida na política proposta, contra famílias pobres e contra mulheres cujas crenças religiosas condenam a esterilização. Estes argumentos reforçam o fato de esse tipo de política violar os deveres éticos de respeito à autonomia, à beneficência, à não-maleficência e à justiça.

Uma política dessa natureza negaria o único tratamento médico ao qual as mulheres carentes têm acesso, agravando os problemas de mortalidade e morbidez, e das mortes e desvantagens relacionadas a crianças órfãs. Este argumento utilitário contra tal política pode ser reforçado com a alegação de que um hospital que é mantido com verbas públicas para prestar solidariedade social não deve discriminar contra famílias carentes. Outro argumento contra essa política é que, às mulheres com provável gravidez de alto risco devido à alta paridade, não devem ser oferecidos cuidados somente em condições inaceitáveis, de modo que as obrigue a procurar tratamentos de atendentes não qualificados, e que incluam procedimentos inseguros.

Em 2000, ao resumir as considerações éticas sobre a questão de esterilização, o Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), constatou que ‘não deve ser dado nenhum incentivo ou não devem ser tomadas medidas de coerção para promover ou desencorajar qualquer decisão relacionada à esterilização. Sobretudo, é inaceitável impedir qualquer cuidado médico por vinculá-lo à esterilização’.³

³ FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, ‘Ethical Considerations in Sterilization’, in *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000), parágrafo 7 at 53. Available at website: <http://www.figo.org/default.asp?id=6097>, last accessed 2 May 2002.

4. Aspectos legais

A política proposta tem o objetivo de recusar serviços gratuitos às mulheres vindas de comunidades carentes, algumas das quais, por motivos religiosos, não aceitam a esterilização que a proposta pretende induzir. Essa política se resume em discriminação contra religião ou pobreza, podendo ser anulada pela constituição ou por outras previsões legais que proibem discriminações desse tipo.

Na área de direito privado, as mulheres que recebem serviços gratuitos não os recebem numa base contratual, e não estão legalmente comprometidas a qualquer acordo que fizerem em troca dos serviços. Mesmo que o contrato exista, impor a esterilização pós-parto na mulher constitui uma ofensa criminosa e uma agressão civil (ou seja, não criminosa) cometida pelo médico e pelo próprio hospital. O repúdio a um acordo contratual feito com uma mulher para a realização da esterilização pode ser compensável, obrigando-a a pagar pelos serviços gratuitos realizados em troca de seu consentimento, mas uma ação legal para obter compensação de uma mulher carente seria fútil. Qualquer acordo feito pela mulher dentro dessa proposta política não seria executável, nem pela imposição de esterilização, nem com a tentativa de coibição pelo hospital ao dar entrada em um processo de compensação. Mesmo um processo iniciado para servir de exemplo público poderia demonstrar ainda mais a sua inexecutabilidade. Os tribunais geralmente recusam reivindicações feitas por partes mais poderosas e baseadas em acordos inescrupulosos, e ainda podem declarar nulas qualquer promessa feita pela mulher e a política proposta devido à dependência da mulher da assistência hospitalar e sua impotência em resistir à condição opressora da esterilização.

Os hospitais não têm obrigação legal de prestar atendimento médico às pessoas recusadas como pacientes, mas normalmente os hospitais que recebem verbas públicas são legalmente obrigados a admitirem pacientes indigentes que residem em suas áreas de captação. Uma vez admitidos, esses pacientes são protegidos pelas leis que proibem seu abandono. Podem receber alta involuntária devido ao não cumprimento do tratamento receitado, mas não podem ser dispensados por recusa das condições não relacionadas aos seus casos. A esterilização não está relacionada ao parto. Sendo assim, o hospital pode ser legalmente obrigado a admitir grávidas carentes da redondeza como pacientes, e não poderão dispensá-las caso elas recusem a esterilização durante ou depois do parto.

O conselho pode ter amplo poder administrativo de acordo com o regulamento interno do hospital, mas os tribunais não permitem que esses poderes prejudiquem o principal propósito para a existência do hospital, que é o de fornecer os cuidados necessários sem ônus para aqueles que necessitam de atendimento médico. A política proposta pode ser contestada com base na lei administrativa, como sendo abuso de poder do conselho. O regulamento interno proposto pode ser considerado nulo por ser contrário à política pública, uma vez que exige que os médicos façam uma cirurgia invasiva e não-terapêutica sem o consentimento das pacientes,

constituindo ofensa criminosa e agressão civil. O conselho e o regulamento interno do hospital não podem permitir a violação da proteção de seus pacientes de acordo com a lei penal ou civil.

5. Aspectos de direitos humanos

O argumento, apresentado em nome do conselho do hospital, de que a política proposta não obriga a esterilização, mas exige que as mulheres com quatro filhos ou mais paguem pelos serviços, não convence, pois as mulheres em questão não possuem meios financeiros. Essa política efetivamente deixará de prestar os devidos cuidados às mulheres cuja alta paridade faz com que suas gravidezes sejam de alto risco, e, portanto não garante a elas o direito à segurança pessoal. Recusar o único cuidado profissional a qual as mulheres têm acesso também constitui um tratamento desumano e degradante, levando à recusa dos seus direitos à vida e aos mais altos padrões de saúde. As mulheres que aceitassem essa política de esterilização comprometeriam o direito de decidir o número de filhos e, de forma mais ampla, o direito à vida privada e familiar. Conseqüentemente, verifica-se que a política constitui na recusa de vários direitos reconhecidos, de forma cumulativa pelas conferências da ONU do Cairo e de Pequim, como necessários para a proteção da saúde reprodutiva.

Vários órgãos profissionais têm sugerido formulas para o fornecimento apropriado de serviços de esterilização sensíveis aos direitos humanos.⁴ No Reino Unido, por exemplo, o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas publicou diretrizes de boas práticas médicas de esterilização contraceptiva, aplicáveis para ambos os sexos. As diretrizes estabelecem que

não existem contra-indicações absolutas para a esterilização em homens ou mulheres desde que eles mesmos façam o pedido, estejam mentalmente saudáveis e não estejam agindo sob pressão externa. Como uma precaução contra o risco de arrependimento, cuidados redobrados devem ser tomados durante o aconselhamento daqueles com menos de 25 anos ou sem filhos. Deve-se dar maior atenção também em discussões com pacientes grávidas, ou logo após o rompimento de uma relação, ou com aqueles que podem estar sendo coagidos pelo companheiro, pela família, por profissionais de saúde ou assistentes sociais. . . Os orientadores e assessores também devem considerar e estar a par das questões culturais, religiosas, psicossociais, psicosssexuais e outras questões psicológicas, algumas das quais podem ter implicações que vão além da fecundidade. A autorização prévia deve ser obtida de um juiz do Supremo Tribunal para todos os casos de esterilização quando existe dúvida quanto à capacidade mental para o consentimento.⁵

⁴ R. J. Cook and B. M. Dickens, 'Voluntary and Involuntary Sterilization: Denials and Abuses of Rights', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 68 (2000), 61-7.

⁵ 26 Oct. 1999, <http://www.rcog.org.uk/guidelines.asp?PageID=108&GuidelineID=30>, last accessed 6 May 2002.

326 *Do princípio à prática*

Em seu Parecer, o Comitê de Ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) afirmou que ‘os valores do médico, o sentido das metas da sociedade e as questões raciais, étnicas ou socioeconômicas não devem servir como base para uma recomendação de esterilização’.⁶ Onde o recurso à autorização judicial não é viável, por razões econômicas ou outras, os médicos, em respeito aos direitos humanos da pessoa cuja capacidade mental está sendo questionada, podem consultar pessoas que a conhecem e que demonstram respeitar seus interesses, integridade e dignidade.

6. Abordagens

6.1 *Deveres clínicos*

O Dr. T deve esclarecer ao conselho do hospital que, por motivos éticos e legais, inclusive no que diz respeito aos direitos humanos de médicos e pacientes, a política proposta não pode ser implementada em nível clínico. O Dr. T e seus colegas podem invocar seus deveres éticos de respeito à autonomia dos pacientes em não exigir que as mulheres grávidas que não podem pagar pelos serviços concordem antecipadamente com a esterilização em troca de atendimento gratuito. Eles podem usar o mesmo princípio de autonomia para explicar por que não realizarão o procedimento de esterilização pós-parto em mulheres que receberam tratamento gratuito se elas não concordarem com isso durante ou após o parto.

Além disso, qualquer tentativa do conselho de infligir medidas disciplinares contra os médicos ou outros funcionários do hospital que se recusam a aplicar o regulamento discriminatório constituiria uma violação do direito nacional e internacional de direitos humanos, pela qual o hospital, o governo e o país arcariam com a responsabilidade e sofreriam condenação internacional. Além de condenar essa postura, o Dr. T e seus colegas devem continuar a promover os serviços de programação familiar na comunidade, disponibilizando-os com base na escolha livre e informada do receptor.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

O Dr. T pode colaborar com associações e profissionais de saúde para que se oponham a qualquer política discriminatória e punitiva que condene mulheres carentes a abrir mão do único serviço seguro ao qual elas têm acesso, ou a receber cuidados médicos de natureza irreversível, não recomendados com base terapêutica. A intenção do conselho de restringir a alta taxa de natalidade na

⁶ ACOG Committee on Ethics, ‘Sterilization of Women, Including Those with Mental Disabilities. Committee Opinion 216, April 1999’, in ACOG, *Ethics in Obstetrics and Gynecology* (Washington, DC: ACOG, 2002), 92–5; repr. in *Int. J. Gynecol. Obstet.* 65 (1999), 317–20.

comunidade não é necessariamente equivocada, mas seus meios são opressivos. O conceito de que a disciplina reprodutiva pode ser imposta pela autoridade na população menos favorecida é ofensivo ao espírito igualitário e democrático. Além disso, a proposta do conselho de controlar, por meio de sanções econômicas, o uso dos serviços prestados pelo hospital e a taxa local de fecundidade é inapropriada quando se trata de serviços necessários, como o de assistência ao parto. Reflete uma filosofia direcionada ao mercado que equipara serviços de saúde a serviços comerciais e ao consumismo eletivo, o que é inconsistente com o funcionamento de um hospital financiado por verbas públicas, que fornece serviços de saúde necessários àqueles que não possuem meios financeiros. O conselho deve ser encorajado e oferecido a oportunidade de melhorar seus objetivos por meio de estímulos legítimos ao invés de sanções ilegítimas, e de aplicar uma filosofia harmoniosa e não conflitante com a comunidade que utiliza seus serviços, inclusive através de consultas com os membros da comunidade, talvez por intermédio de líderes eleitos livremente.

Meios alternativos poderiam ser levados ao conselho com a intenção de reduzir o alto índice de paridade na comunidade pela livre escolha dos pacientes. A ampliação de opções contraceptivas e a melhoria da qualidade desses serviços aumentariam a aceitação e a continuação do uso de contraceptivos.

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

Como cidadão responsável, o Dr. T deve associar-se a organizações não governamentais, atuantes na comunidade, para defender a ação social e abordar as causas fundamentais da alta fecundidade, em vez de tentar lidar com a questão com medidas coercivas. Entre essas causas fundamentais, a mais importante é a posição das mulheres. Garantir educação para meninas, e poder para mulheres, são metas sociais desejáveis por si só, e estão associadas à baixa fecundidade. As mulheres são quem mais se arriscam com o controle da fecundidade. Seria muita falta de visão por parte dos governos não enxergar que quando as mulheres são dadas escolhas reais, informações e meios para implementar suas escolhas, elas tomam as decisões mais racionais para si próprias, sua comunidade e para o mundo como um todo. Os profissionais de saúde devem apoiar as mulheres em sua luta para proteger seus direitos humanos e sua devida posição na comunidade.

O Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da FIGO, em sua declaração de 1999 sobre o papel dos obstetras e ginecologistas como defensores da saúde da mulher, defende que a profissão deve 'promover amplo debate para influenciar as práticas de saúde e uma legislação favorável à saúde reprodutiva das mulheres'. Observa, ainda, que

o debate deve incluir um amplo espectro da sociedade, inclusive associações médicas, organizações de mulheres, legisladores, educadores, advogados, cientistas sociais e teólogos. Além disso,

328 *Do princípio à prática*

os obstetras e ginecologistas devem se organizar, junto com outros grupos profissionais, para garantir que os serviços de saúde essenciais estejam disponíveis para mulheres carentes e desprivilegiadas.⁷

Com esse espírito, o Dr. T deverá procurar apoio para combater essa proposta política e insistir na sua substituição por uma política favorável às mulheres que o hospital visa servir.

⁷ See FIGO Committee, 'Ethical Considerations', 'The Role of the Ob/Gyn as Advocates for Women's Health', London 1999, parágrafo 6, in *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000) at 7. Available at website: <http://www.figo.org/default.asp?id=6087>, last accessed 2 May 2002.

8

Orientação e assistência à uma mulher portadora de HIV

Estudo de caso

O Dr. GH constata que é positivo o exame de HIV da Sra. JK, uma paciente da clínica em sua oitava semana de gestação. O resultado do exame do marido da Sra. JK é também positivo. Esta é a sua primeira gravidez. Indaga ao Dr. GH a respeito dos riscos que ela e seu bebê correm em função de sua condição, pois deseja dar continuidade à gestação, e pergunta se há algum tratamento que proteja o bebê antes do nascimento. Que considerações médicas, éticas, legais e relativas aos direitos humanos devem orientar a resposta do Dr. GH?

1. Histórico

Vinte anos após as primeiras evidências clínicas da síndrome da imunodeficiência adquirida serem divulgadas, a AIDS é a doença mais devastadora que a humanidade já enfrentou. Desde o início da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram contaminadas com o vírus. O HIV/AIDS é agora a principal causa de mortalidade na África subsaariana. No mundo todo, é a quarta maior causa de morte. Calcula-se que, ao final de 2001, havia em todo o mundo 40 milhões de pessoas contaminadas com o vírus HIV. Em grande parte do mundo em desenvolvimento, a maioria das contaminações ocorre em jovens adultos, sendo as jovens mulheres especialmente vulneráveis. Cerca de um terço das pessoas atualmente contaminadas com o HIV/AIDS tem idade entre 15–24 anos. A maioria não sabe que é portadora do vírus. Muitas outras milhões de pessoas nada ou pouco sabem a respeito do HIV para protegerem-se contra ele.¹

As contaminações por HIV concentram-se no mundo em desenvolvimento, principalmente nos países menos capazes de arcar com o custo do tratamento das pessoas contaminadas. Dos 40 milhões que se calculou estarem contaminados com o HIV/AIDS até o fim de 2001, 28,1 milhões vivem na África subsaariana e 6,1 milhões no sudeste asiático (vide dados sobre predominância entre gestantes por países na Tabela III.1.1).

¹ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Geneva: UNAIDS, 2001), UNAIDS/01.74E-WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2, 1–2.

2. Aspectos médicos

Não existem normas estabelecidas para definir o acesso a tratamentos de fertilidade para indivíduos contaminados pelo HIV. No entanto, a UNAIDS e a Organização Mundial da Saúde publicaram um estudo de tudo o que se conhece sobre o HIV na gestação, apresentando sugestões sobre cuidados adequados no tratamento de mulheres HIV-positivas durante a gestação, no parto e no período pós-parto; para a amamentação e controle de infecção, assim como sobre as condições seguras de trabalho.² Os Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos publicaram uma Revisão das Recomendações para Triagem de HIV em gestantes.³

O relatório da OMS explica que a maioria dos casos demonstra que a gestação não produz efeitos adversos importantes na evolução do HIV. No entanto, diversos estudos africanos relatam resultados adversos devidos à gravidez em mulheres contaminadas e estudos de alguns países centro-africanos demonstram que a AIDS tornou-se uma das principais causas de mortalidade materna.⁴

Uma das principais preocupações em relação a Sra. JK é a sua expectativa de vida e o risco de transmissão viral ao bebê. Dependendo do estado nutricional e de infecções concomitantes da Sra. JK, pode ser necessário considerar fatores como parto prematuro e baixo peso do bebê. A terapia anti-retroviral combinada tem produzido melhoras radicais na expectativa e na qualidade de vida tanto de crianças quanto de adultos contaminados com o HIV em países desenvolvidos.⁵ Estimativas atuais sugerem que, havendo acesso à terapia anti-retroviral, uma doença anteriormente identificada com morte certa é compatível com uma expectativa de vida de pelo menos vinte anos a partir do diagnóstico.

Na maioria absoluta dos casos, as crianças adquirem a infecção por HIV de suas mães antes ou durante o parto, ou ainda, através do leite materno. Uma maioria igualmente absoluta vive em países em desenvolvimento. A distância entre países ricos e pobres em termos de transmissão do HIV de mãe para filho vem aumentando. Na França e nos EUA, por exemplo, menos de 5% das crianças nascidas de mulheres HIV-positivas em 1997 foram infectadas com o vírus.⁶ Em países em desenvolvimento, a média ficou entre 25% e 30%. O uso judicioso da terapia anti-retroviral combinada durante a gestação, o parto por cesariana e o cuidado de

² J. McIntyre e P. Brocklehurst, *HIV in Pregnancy: A Review* (Genebra: UNAIDS e WHO, 1999), WHO/CHS/RHR/99.15; UNAIDS/99.35E.

³ Centers for Disease Control and Prevention, 'Revised Guidelines for HIV Counselling, Testing, and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (2001), No. RR-19, 1–85. Disponível também em www.cdc.gov/hiv/ctr, último acesso em 6 de maio de 2002.

⁴ McIntyre e Brocklehurst, *HIV in Pregnancy*, 7.

⁵ D. H. Watts e R. C. Brunham, 'Sexually Transmitted Diseases, Including HIV Infection in Pregnancy', em K. K. Holmes, P. F. Sparling, P. Mardh, P. Piot, e J. N. Wasserheit (editores.), *Sexually Transmitted Diseases* (Nova York: McGraw-Hill, 3ª ed., 1999), cap. 80, 1089–1132.

⁶ UNAIDS/WHO *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic—junho, 1998* (Genebra: UNAIDS, 1998), UNAIDS/98.10-WHO/EMC/VIR/98.2-WHO/ASDF/98.2, 48.

evitar a amamentação são medidas comprovadas com potencial de reduzir o risco de transmissão vertical para menos de 2%.⁷ A questão de possíveis efeitos teratogênicos das drogas anti-retrovirais administradas durante a gestação permanece em aberto. Efeitos adversos sérios parecem ser raros, embora danos a componentes citoplásmicos intercelulares, especialmente mitocôndrias, que levaram à morte do neonato tenham sido documentados.⁸

Calcula-se que em países em desenvolvimento, entre um terço e metade das infecções por HIV nas crianças é adquirida através da amamentação. De acordo com a UNAIDS, mais de nove em dez mulheres HIV-positivas em países em desenvolvimento não têm consciência de que estão contaminadas. A amamentação protege a criança contra uma série de outras infecções. Em muitos países em desenvolvimento, um ano de suprimento de leite artificial para a criança custa mais do que o produto interno bruto per capita (PIB).⁹

A assistência reprodutiva a casais HIV discordantes pode ter um impacto importante na prevenção da transmissão viral. A parceira de um homem HIV-positivo corre um risco de 0,1%–0,2% de adquirir o HIV em uma relação sexual sem proteção e a tentativa de conceber naturalmente representa grave risco para a mulher não contaminada e seu futuro bebê.¹⁰ Quando a inseminação artificial é possível, obtém-se uma redução significativa do risco de transmissão viral se os espermatozoides forem separados do plasma seminal e de outras células antes da inseminação na mulher durante o período de ovulação. A prevenção da transmissão viral de uma mulher contaminada para um homem não contaminado é menos sofisticada e depende da inseminação artificial regulada pelo marido.¹¹

3. Aspectos éticos

O Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) divulgou uma declaração sobre os Aspectos Éticos da Infecção por HIV e Reprodução observando que a infecção por HIV “traz profundas conseqüências sociais e psicológicas para as mulheres, seu parceiro e suas famílias, assim como para as equipes médicas e a sociedade”.¹² Uma mulher HIV-positiva tem direito a todo o respeito ético devido a qualquer paciente, inclusive o direito de recusar exames e tratamentos indiscriminados devido a seu estado HIV-positivo. Ela tem, portanto, o direito à escolha própria do tratamento médico disponível.

⁷ C. Gilling-Smith, jun., e A. E. Semprini, *Editorial. HIV and Infertility: Time to Treat*, *British Medical Journal*, 322 (2001), 566–7.

⁸ *Ibid.*

⁹ UNAIDS/WHO, *Report*, 48.

¹⁰ Gilling-Smith e Semprini, ‘Editorial’.

¹¹ *Ibid.*

¹² FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Londres: FIGO, 2000), 33.

332 *Do princípio à prática*

A orientação da paciente não deve ser dirigida para a continuação ou interrupção da gestação, quando legal. Se ela decidir pela continuidade da gestação, os direitos éticos da criança que ela pretende gerar devem ser considerados. O Relatório da OMS identificou as seguintes questões na orientação à gestantes HIV-positivas para que possam tomar decisões fundamentadas sobre a gestação:

- o efeito da gestação na infecção por HIV;
- o efeito da infecção por HIV na gestação: riscos de ocorrências adversas durante a gestação;
- os riscos de coito durante a gestação e os riscos em especial de DSTs adquiridas durante a gestação;
- o risco de transmissão ao feto durante a gestação, o parto e a amamentação;
- opções de interrupção da gestação;
- opções de tratamento durante a gestação;
- intervenções disponíveis para prevenção da transmissão de mãe para filho;
- opções de alimentação do bebê: vantagens e desvantagens da amamentação;
- a informação de resultados de exames ao parceiro e/ou à família pertinente ou membros da comunidade: vantagens e riscos;
- a necessidade de acompanhamento tanto para a mãe quanto para a criança;
- futuras opções contraceptivas e de fertilidade.¹³

Embora, do ponto de vista jurídico, geralmente o feto não seja considerado uma pessoa, as responsabilidades éticas aplicam-se a pessoas em potencial, mesmo que ainda não concebidas. A possibilidade do bebê ser infectado pelo HIV durante o parto e sucumbir à AIDS pouco depois deve, portanto, ser incluída na informação dada, assim como as conseqüências da continuação da gestação sobre a própria saúde e o tratamento da mulher. As informações e as orientações devem também abordar as vantagens e desvantagens da amamentação para a mulher e o bebê, levando em consideração os recursos disponíveis para a Sra. JK. O Comitê de Ética da FIGO observa que: “Em sociedades onde existam alternativas seguras e acessíveis de alimentação do bebê, pode ser anti-ético uma mulher infectada pelo HIV amamentar o filho no peito. Quando for elevado o risco da alimentação alternativa para o bebê, a amamentação pode ser eticamente justificável.”¹⁴

Desafios éticos e legais podem surgir para o provedor de assistência médica em relação à condição sorológica da paciente. Podem surgir casos onde o provedor de assistência médica tem obrigações conflitantes — por um lado, proteger a confidencialidade do paciente e, por outro, revelar resultados de exames visando prevenir danos graves a terceiros. O Comitê de Ética da FIGO explica que:

A orientação deve empenhar-se em convencer pacientes individuais no que se refere a suas responsabilidades com terceiros, incluindo a importância de se permitir que tal informação seja

¹³ McIntyre e Brocklehurst, *HIV in Pregnancy*, 31.

¹⁴ FIGO Ethics Committee, *Recommendations*, 34.

usada para proteger parceiros sexuais e profissionais da área de saúde. Se, apesar de todos os esforços, não se obtiver o consentimento [para divulgar informações] e sendo o risco de transmissão alto, pode-se, em certas circunstâncias, justificar-se a quebra da confidencialidade da paciente mediante consulta prévia.¹⁵

Em um parecer de seu comitê, A Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas (EAOG), explica que “a quebra da confidencialidade pode ser eticamente justificada em casos de informação ao parceiro quando (1) há alta probabilidade de risco à saúde do parceiro; (2) o risco potencial é sério; (3) a informação comunicada pode ser usada com o objetivo de prevenir danos a terceiros; e (4) a quebra de confidencialidade representa um benefício maior do que seu cumprimento”.¹⁶ Este parecer explica que, ao se contemplar a quebra de confidencialidade, suas consequências negativas devem ser cuidadosamente ponderadas. O parecer enumera entre tais consequências:

- Os riscos pessoais ao indivíduo, cuja confidencialidade for rompida, tais como sérias implicações na relação da pessoa com a família e amigos; ameaça de discriminação no trabalho e em casa; violência doméstica; e impacto sobre os membros da família;
- A perda de confiança do paciente, podendo diminuir a capacidade do médico de comunicar-se e fornecer serviços eficientemente;
- Um efeito cascata entre grupos de mulheres que podem dissuadir outras mulheres em risco de se submeterem a exames, tendo um impacto negativo sério sobre os esforços educacionais que estão no âmago das tentativas de reduzir a propagação da doença.¹⁷

Os fatos do caso da Sra. JK revelam que o resultado do exame do marido foi positivo, não provocando, portanto, no provedor de assistência médica obrigações conflitantes em relação a se deve informá-lo. Porém, o problema da quebra de confidencialidade em relação à condição sorológica da Sra. JK pode surgir em relação aos profissionais da área de saúde. De modo geral, o Comitê da EAOG explica que “A privacidade não deve ser rompida somente por causa de um risco detectado para os profissionais da área de saúde. Estes devem observar rigorosas práticas de precaução e de segurança para minimizar os riscos.

Entretanto, a condição sorológica da paciente deverá ser informada a outros profissionais da saúde para garantir uma conduta médica otimizada”.¹⁸ Evidentemente, aqueles profissionais de saúde que, para sua proteção, forem informados da condição HIV-positiva da paciente, se vêem limitados pelas obrigações normais

¹⁵ Ibid. 33–4.

¹⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG), Human Immunodeficiency Virus Infection: Physician's Responsibilities. Committee Opinion Number 255, abril 2001, em *Ethics in Obstetrics and Gynecology* (Washington, DC: ACOG, 2002), 43–7 em 45.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

de confidencialidade a não revelar a condição da paciente a ninguém que não esteja correndo risco direto de contato com os fluidos corporais do paciente.

4. Aspectos legais

Quando uma mulher HIV-positiva decide continuar a gestação ela passa a ter direito ao padrão legal de assistência no pré-natal e no parto. Ela deve ser informada a respeito da amamentação e das opções alternativas, mesmo se a legislação e os órgãos locais responsáveis pelo bem-estar do menor considerarem a amamentação por mães HIV-positivas um risco inaceitável ao bebê, caracterizando abuso de menor.

Nem a mulher nem o bebê devem sofrer discriminação por sua condição de HIV-positivos, embora não seja considerado discriminatório transferi-los para um centro de maternidade convenientemente acessível, equipado para atender pacientes portadores de HIV. A mãe e o bebê, uma vez nascido vivo, têm direito a certos cuidados, tais como assistência de qualidade no período pré-natal, parto e período pós-natal, assim como à orientação.

De acordo com as leis de saúde e segurança do trabalho, os centros de tratamento médico têm a obrigação de proteger seus funcionários. Por exemplo, um médico deve certificar-se de que colegas dispensando assistência médica no período pré-natal, parto e período pós-parto a uma mulher HIV-positiva e a seu bebê detenham a informação e proteção adequada relativas aos riscos de infecção. Os membros da equipe não têm o direito à “objeção consciente” no tratamento da mulher e do bebê, mas, sendo possível uma substituição segura, podem ser dispensados de suas obrigações todos aqueles que demonstrarem estar sujeitos a riscos desnecessários para si próprios ou para terceiros — como, talvez, uma enfermeira grávida sujeita ao risco de uma picada de agulha.

O médico responsável pelo tratamento não pode ser juridicamente responsabilizado caso, por razões de força maior, não disponha dos medicamentos anti-retrovirais ou de outros produtos necessários ou indicados para o tratamento da mulher e do bebê. Nesses casos, entretanto, os médicos têm a obrigação legal de requisitar àqueles que controlam o acesso a tais produtos que os disponibilizem.

5. Aspectos de direitos humanos

Os direitos à vida e à sobrevivência da mulher HIV-positiva, de acordo com o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, (o Pacto Político), assim como direito ao melhor padrão de saúde possível, segundo o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, (o Pacto Econômico) — que inclui bem-estar físico, mental e social — vêm reforçar seu direito a continuar ou interromper a

gestação. Sendo a opção em favor da continuidade da gestação, ela tem direito à medicação anti-retroviral, direito este protegido pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (a Convenção das Mulheres), que exige o fornecimento de “serviços adequados relativos à gestação, parto e período pós-natal, garantindo o serviço gratuito, quando necessário” (Artigo 12(2)). O direito da mulher a serviços adequados é reforçado pelo direito da criança a cuidados adequados. A Convenção sobre os Direitos da Criança, (a Convenção das Crianças), exige que os Estados garantam o fornecimento de “assistência médica pré-natal e pós-natal adequada para as mulheres” (Artigo 24(2)). Tribunais nacionais e de direitos humanos decidiram que negar recursos e tratamentos indicados por médicos aos infectados por HIV viola o direito à vida, o direito à segurança da pessoa, o direito à saúde,¹⁹ e o direito de não sofrer tratamento desumano e degradante.²⁰

Em algumas comunidades pode haver incentivos mais ou menos sutis para uma gestante com HIV/AIDS fazer um aborto. Tais incentivos, mesmo que aconselháveis por razões médicas, podem constituir uma violação do direito da Sra. JK de construir uma família, seu direito de decidir sobre o número de filhos e sobre o intervalo entre eles e, mais amplamente, seus direitos à privacidade, à liberdade e à segurança de sua pessoa.²¹ Alternativamente, quando uma mulher HIV-positiva opta por interromper uma gestação, ela tem o direito de fazê-lo em países onde o aborto é permitido, por razões de proteção à saúde ou onde for permitido, por razão da sua condição de portadores do vírus HIV.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

O tratamento médico da Sra. JK e o bem-estar do bebê que pretende ter serão afetados pelo acesso a um regime de tratamento de curto prazo com drogas anti-retrovirais que reduzem o risco de transmissão vertical do HIV. O Dr. GH deve saber ou descobrir se tais medicamentos podem ser obtidos através de uma entidade, tal como o Ministério da Saúde, que irá arcar com o custo ou reduzi-lo suficientemente para garantir o tratamento da Sra. JK, pelo menos durante a gestação avançada.

¹⁹ *Cruz Bermudez, et al. v. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)*, Caso No. 15789 (1999) Supremo Tribunal da Venezuela, <http://www.tsj.gov.ve/>, último acesso (6 Set. 2001); R. J. Cook e B. M. Dickens, ‘Human Rights and HIV-Positive Women’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 77 (2002), 55–63.

²⁰ *D. v. Reino Unido* (1997) 24 EHRR 423, Tribunal Europeu de Direitos Humanos

²¹ United Nations, *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines: The Results of the Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, 23–25 de setembro de 1996* (Genebra: UN, 1998), HR/PUB/98/1, 47; veja resumo em Pte. III, Ch. 7. Republicado pela UNAIDS e Inter-Parliamentary Union – IPU, *Handbook for Legislators on HIV/AIDS and Human Rights* (Genebra: UNAIDS/IPU, 1999). Disponível no: <http://www.unaids.org/publications/documents/human/index.html>, último acesso em 6 de maio de 2002.

Do ponto de vista ético e legal, o Dr. GH é obrigado a empenhar-se, pela *advocacy* em favor da Sra. JK se ela não puder pagar e não tiver acesso garantido a tais medicamentos.

A Sra. JK deve estar informada a respeito das obrigações do Dr. GH perante a equipe médica que a trata, a qual deve ter ciência de sua condição HIV-positiva. Ou seja, a Sra. JK deve ser informada de que os colegas do Dr. GH precisam saber da sua condição de HIV-positiva, de forma a poderem tomar as precauções universais de proteção, mas também de que estes farão o máximo para proteger a confidencialidade. As precauções universais não são uniformes, mas estão relacionadas ao grau de risco de exposição. Por exemplo, os que tiverem exposição a sangue devem fazer uso de máscaras e proteção para os olhos, enquanto os que apenas manuseiam tubos de ensaios com amostras corporais usam pouco mais do que luvas. Neste caso, são necessárias as precauções para a prevenção, por exemplo, de contaminação de instrumentos utilizados na assistência à paciente, tais como instrumentação de parto natural ou cesariana.

O Dr. GH deve avaliar a capacidade da clínica para pacientes HIV-positivas, de forma a assegurar um tratamento seguro para a Sra. JK, para os funcionários da clínica e para o bebê que a Sra. JK terá. Havendo uma clínica de fácil acesso para a Sra. JK, que seja especialmente equipada e com pessoal treinado para cuidar de pacientes infectados pelo HIV, o Dr. GH pode oferecer-lhe esta opção de transferência. Se a Sra. JK continuar como paciente do Dr. GH, este deve transmitir as informações e as orientações relevantes à opção em favor da gestação. O Dr. GH deve providenciar meios para fornecer à Sra. JK, no mínimo, um regime de tratamento de curto prazo com medicação anti-retroviral na gestação avançada e no período próximo ao parto, assim como orientá-la quanto à amamentação e as alternativas a serem consideradas após o parto. O Dr. GH deve também orientar a Sra. JK no que toca a futuros cuidados contraceptivos.²²

A Sra. JK deve ser informada das vantagens e desvantagens da amamentação para si e para o bebê, assim como da busca de alternativas. Embora as pesquisas ainda necessitem de maior aprofundamento, os efeitos potenciais da amamentação e sua resultante perda de peso, a imunidade e o prognóstico da mãe no longo prazo figuram entre as preocupações relativas à amamentação em mulheres HIV-positivas.²³ Dado o maior risco de transmissão do HIV através da amamentação, a possibilidade de mudar as práticas de alimentação da criança devem ser discutidas com a Sra. JK, inclusive a total eliminação da opção de amamentar, em casos de ocorrência de abscessos na mama ou rachaduras nos bicos dos seios.²⁴

A Sra. JK pode sofrer pressões sociais para amamentar porque, em muitas comunidades, ao deixar de amamentar, a mulher é suspeita de ser portadora do HIV/AIDS.

²² W. Cates, 'Use of Contraception by HIV-Infected Women', International Planned Parenthood Federation (IPPF) Medical Bulletin, 35 (2001), 1-2.

²³ McIntyre e Brocklehurst, *HIV in Pregnancy*, 26.

²⁴ Ibid.

Se a Sra. JK optar por não esconder sua condição HIV e, por exemplo, decidir não amamentar, deve-se aconselhá-la a procurar o apoio de que precisará para enfrentar o estigma de ser HIV-positiva, através das redes de apoio a portadores da AIDS.

6.2 Obrigações dos sistemas de saúde

O Dr. GH deve considerar o acesso proporcionado à Sra. JK e ao bebê aos recursos necessários – inclusive aos medicamentos anti-retrovirais e às alternativas seguras ao leite materno contaminado – representativo de como o sistema de saúde responde à gravidez em mulheres com HIV/AIDS. Se os recursos forem adequados, o Dr. GH deve empenhar-se por sua manutenção. Caso contrário, todo seu esforço, energia e *advocacy* devem ser dirigidos no sentido de influenciar pessoas e órgãos capazes de elevá-los ao nível necessário, de modo a maximizar o potencial de saúde e sobrevivência da Sra. JK e do bebê. O Dr. GH deve considerar como tal influência pode ser desenvolvida e mantida, inclusive através da colaboração com colegas, associações médicas, grupos de *advocacy* HIV, e entidades não governamentais similares.

As leis que proíbem a discriminação por deficiências exigem que a Sra. JK seja tratada, mesmo sendo HIV-positiva. Porém, o Dr. GH e os colegas envolvidos no tratamento devem ser adequadamente instruídos e equipados para protegerem-se da exposição aos fluidos corporais da paciente durante a assistência no período pré-natal, na gestação e no parto. Se o sistema de saúde local concentra o tratamento de pacientes HIV-positivos em centros onde precauções universais são adotadas, o Dr. GH pode encaminhar a Sra. JK ao centro mais convenientemente acessível.

Além de certificar-se de que a Sra. JK tenha acesso aos serviços adequados para prevenir o desenvolvimento de complicações e seqüelas, o Dr. GH pode unir seus esforços aos de outros colegas na avaliação de como o programa nacional de prevenção contra DSTs/HIV/AIDS pode ser melhorado para garantir que mulheres na situação da Sra. JK não contraiam HIV/AIDS. Podem começar examinando se o programa nacional do país tem apoio significativo da liderança nacional e de um amplo espectro da sociedade civil, e se obedece às normas para programas nacionais de prevenção contra DSTs desenvolvidas e regularmente atualizadas pela Organização Mundial da Saúde e pela UNAIDS.²⁵ Um amplo pacote de medidas de saúde pública compreende:

- a promoção da saúde para reduzir o risco de exposição a infecções e a adoção de práticas sexuais mais seguras, inclusive o uso de preservativos e a prática continuada de comportamentos sexuais seguros;

²⁵ WHO, *Management of Sexually Transmitted Diseases* (Genebra: WHO, 1994), WHO/ GPA/TEM/ 94.1; WHO, *Policies and Principles for Prevention and Care of Sexually Transmitted Diseases* (Genebra: WHO, 1996); UN, *HIV/AIDS and Human Rights*.

338 *Do princípio à prática*

- assistência adequada a pacientes com DSTs e seus parceiros;
- intervenções intensificadas em grupos populacionais com maior grau de comportamento de risco;
- identificação e tratamento de casos de sífilis em populações neo-natais;
- tratamento para a prevenção contra infecções oftalmológicas em recém-nascidos.²⁶

Se o programa nacional não cumpre essas normas, o Dr. GH pode trabalhar com colegas e seu Ministério da Saúde, visando assegurar o desenvolvimento, a disseminação e a implementação de novas normas.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

O Dr. GH talvez enfrente seu maior desafio profissional na superação dos obstáculos que a Sra. JK e seu bebê encontram para obterem produtos e tratamentos de qualidade oferecidos às famílias de países desenvolvidos. O Dr. GH deve empenhar-se junto a organismos de saúde e associações profissionais, até mesmo em níveis nacionais e internacionais, e agências governamentais e similares, para conseguir que a paciente obtenha os medicamentos a um custo acessível. Fabricantes de drogas comerciais e genéricas podem ser abordados coletivamente para determinar como leis de patentes e práticas comerciais esclarecidas podem estimular inovações em terapias com drogas e vacinas e garantir a pacientes necessitados sua obtenção a um custo acessível e equitativo. O Dr. GH pode concentrar-se inicialmente em como o governo nacional e as instituições comerciais no país em que clínica podem engajar-se nessa iniciativa e como podem ser estimulados a empenhar-se, além disso, em ações internacionais para ajudar outros países e populações afetados pelo HIV.

O Dr. GH também pode explorar a possibilidade de trabalhar com grupos de *advocacy* da saúde das mulheres para:

- diminuir os riscos de contração do HIV/AIDS;
- diminuir a vulnerabilidade à contração do HIV/AIDS;
- diminuir o impacto do HIV/AIDS.²⁷

As estratégias de redução de riscos visam comportamentos específicos e sua modificação, assim como o saneamento de situações onde há risco de infecção por HIV. A mudança de comportamento compreende a abstinência, a redução de parceiros, a monogamia mútua, o uso de preservativos masculinos e femininos, a

²⁶ C. Johannes van Dam, G. Dallabetta, e P. Piot, 'Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries and Resource Poor Settings in Industrialized Countries', em Holmes *et al.* (eds.), *Sexually Transmitted Diseases*, cap. 100, págs. 1381–90.

²⁷ UNAIDS, Programme Coordinating Board, *Framework for Global Leadership on HIV/ AIDS* (Genebra: UNAIDS, 2000), UNAIDS/PCB(10)00.3.

abstenção de práticas sexuais de alto risco, tais como sexo anal, e a redução do uso de instrumentos de injeção contaminados. A ênfase em situações concentra-se onde há risco de infecção por HIV — prevenção contra a transmissão do HIV através de sangue e produtos do sangue, e prevenção ou redução de situações onde pessoas são forçadas ou induzidas à prática do sexo sem proteção.

A vulnerabilidade de um indivíduo ou de uma comunidade ao HIV/AIDS é uma medida da capacidade de se controlar o risco de infecção. Entre os fatores que influenciam a vulnerabilidade individual figuram:

- as características particulares e a autonomia, em geral, do indivíduo (capacidade de negociação e recusa, prevenção contra abusos sexuais na infância, informação e conhecimento),
- planejamento e implementação de serviços de saúde essenciais (o grau de disponibilidade e o acesso a serviços e sua aceitabilidade) para aqueles que são mais vulneráveis ao HIV/AIDS, inclusive grupos marginalizados por fatores como estigmatização, pobreza, raça e etnia, e idade,
- normas sociais e legais, tais como a capacidade dos indivíduos de falar francamente e de negociar o sexo seguro;²⁸ o grau de condenação, aceitação e prática de sexo abusivo ou coercitivo; práticas sexuais e uniões extraconjugais; igualdade entre homens e mulheres especialmente na vida familiar, tais como a legalidade da poligamia, e o grau de respeito e proteção aos direitos humanos.²⁹

Indivíduos, famílias, comunidades e nações enfrentam o desafio de reduzir o impacto da epidemia de HIV/AIDS. As estratégias de redução do impacto no nível individual e familiar compreendem maior apoio a crianças órfãs em virtude da AIDS e melhor acesso a tratamentos para pessoas com HIV/AIDS, inclusive a serviços judiciais de proteção a seus direitos humanos. Entre as estratégias de redução de impacto no nível comunitário figuram o aprimoramento da capacidade das organizações em implementar as suas atividades, inclusive no aspecto de alcance, e o fornecimento de assistência e apoio social a famílias afetadas. As estratégias de redução de impacto no nível nacional englobam o fortalecimento de programas contra a AIDS e a coordenação entre todos os setores de governo; investimentos externos em saúde, educação e serviços sociais; e melhoria do acesso a drogas essenciais e produtos básicos, através de reduções nos preços ou concessões comerciais.

O planejamento dessas estratégias, sejam elas direcionadas à redução, vulnerabilidade ou impacto, irá variar de acordo com circunstâncias locais e nacionais e deverá ser adequado a grupos específicos, sejam de mulheres ou de homens,

²⁸ G. R. Gupta, E. Weiss, e P. Mane, *Talking about Sex: A Prerequisite for AIDS Prevention* in L. D. Long e E. M. Ankrah (eds.), *Women's Experiences with HIV/AIDS: An International Perspective* (Nova York: Columbia University Press, 1996), 333–50.

²⁹ S. Gruskin e D. Tarantola, *HIV/AIDS, Health and Human Rights*, in P. Lamptey, H. Gayle, e P. Mane (eds.), *HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs* (Washington, DC: Family Health International, 2001).

340 *Do princípio à prática*

adolescentes, grupos marginalizados devido à raça, etnia, renda ou estigma. Por exemplo, é preciso responsabilidade e reflexão para se compreender como interpretações de gênero e sexualidade vêm afetar as estratégias contra o HIV/AIDS. Gênero não é o mesmo que sexo. Gênero se refere às expectativas e normas amplamente compartilhadas em uma sociedade relativa a comportamento, características e papéis masculinos e femininos. Compreender como atitudes de gênero são interpretadas por uma cultura também é importante, já que pode haver grandes diferenças entre o que mulheres e homens podem ou não fazer em uma cultura em comparação a outra.³⁰

Compreender a natureza insidiosa e distinta das diferenças entre os gêneros, como a sexualidade é interpretada e como os gêneros e a sexualidade interagem com a pobreza em uma comunidade é essencial para se costurar uma estratégia de intervenção que garanta a maior probabilidade de eficácia.³¹ Diferenças de gênero existem, por exemplo, no comportamento sexual; na comunicação; nas habilidades de negociação; na administração de parceiros; na suscetibilidade e na transmissão de DSTs/HIV/AIDS; na busca por tratamento de saúde e acesso a serviços de saúde; na detecção e nas conseqüências adversas de DSTs/HIV/AIDS.³²

Sexualidade e gênero são coisas diferentes, porém intimamente ligadas. Sexualidade é a interpretação social de um impulso biológico. A sexualidade de um indivíduo é definida a partir da escolha de seus parceiros e seus comportamentos. É mais do que comportamento sexual, é um conceito multidimensional e dinâmico. Normas sociais implícitas e explícitas, influenciadas por gênero, diferenças de poder entre os sexos, idade, expectativas sociais de procriação muitas vezes influenciadas por condições econômicas e sociais, podem influenciar a sexualidade do indivíduo.³³

O ideal da “boa mulher” como sendo o da mulher ignorante em relação a sexo e passiva nas interações sexuais torna mais difícil para as mulheres dominarem o sexo e desenvolverem uma capacidade de recusa e de negociação. O ideal do homem presume que ele seja informado sobre sexo, tornando mais difícil para os homens admitirem sua falta de conhecimento e obterem informações essenciais. Além disso, normas sociais que cobram do homem ter múltiplas parceiras sexuais tornam mais difíceis para eles manterem relacionamentos monógamos.³⁴

Dentre as estratégias de programas que abordam o desequilíbrio entre gêneros em interações sexuais encontram-se:

³⁰ G. R. Gupta, *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How, Conferência na Plenária da XIII Conferência Internacional sobre AIDS, Durban, África do Sul* (Washington, DC: International Center for Research on Women, 2000).

³¹ P. Farmer, M. Connors, e J. Simmons (eds.), *Women, Poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence* (Monroe, Me.: Common Courage Press, 1996).

³² G. Bolan, A. A. Ehrhardt, e J. Wasserheit, ‘Gender Perspectives and STDs’, in Holmes *et al.*, *Sexually Transmitted Diseases*, cap. 8, págs. 117–27.

³³ Gupta, *Gender*. ³⁴ *Ibid.*

- abordagens neutras com relação a gênero que promovam mensagens como “seja fiel” ou “tenha apenas um parceiro” — estas são benéficas, pois não reforçam estereótipos de gênero como o uso de imagens machistas para vender preservativos;
- abordagens com referência a gênero voltadas para necessidades específicas de homens e mulheres como, por exemplo, a promoção do uso de preservativos femininos, dessa maneira reconhecendo que muitas mulheres não podem exigir que seus parceiros usem preservativos masculinos;
- abordagens como jogos, representação de papéis e discussões em grupo que tentem modificar os papéis de gênero para facilitar a sexualidade sadia e respeitosa em homens jovens;
- abordagens de empoderamento que procurem libertar os indivíduos dos efeitos de normas sexuais destrutivas e daquelas relativas a gênero. Exemplos de tais abordagens: dar mais poder às mulheres através de informações, habilidades e serviços relevantes à proteção sexual, assim como incentivar sua participação em tomadas de decisão em grupo, o que alimenta a identidade do grupo e o empoderamento.³⁵

³⁵ Ibid.

9

Pesquisas e testes com drogas anti-HIV

Estudo de caso

Há seis meses, um exame revelou à Srta. P — jovem de 21 anos, solteira, residente em um país com recursos escassos na área de saúde — que ela havia contraído o vírus do HIV. A Srta. P foi informada que uma nova combinação de medicamentos visando o controle da infecção encontra-se em experiência em sua região e que ela está qualificada para tomar parte no estudo. A Srta. P pergunta ao Dr. Q, médico de uma clínica de saúde reprodutiva e participante ativo no estudo, se deve ou não participar. O que deve responder o Dr. Q, considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

Até recentemente, a AIDS era amplamente percebida como uma doença intratável e sem esperanças de cura. As terapias altamente ativas (drogas anti-retrovirais) só surgiram por volta de 1995. Antes disso, não parecia haver muito o que fazer em casos de infecção por HIV.

As drogas atualmente disponíveis são excessivamente caras, precisam ser tomadas ininterruptamente durante anos e estão além do alcance da maioria das populações dos países em desenvolvimento. Geralmente, é necessário tomar simultaneamente três tipos desses medicamentos para vencer a resistência do vírus.

A busca por drogas anti-retrovirais mais eficazes, de mais fácil utilização e menores efeitos colaterais continua. Pelo fato de que, para empreender ensaios clínicos em tempo hábil, são necessárias populações com elevados índices de infecção, os grandes laboratórios farmacêuticos procuram locais para os ensaios naqueles países em desenvolvimento em que a patologia seja altamente endêmica. Isto levanta questões éticas, legais e de direitos humanos, sendo uma das mais importantes o fato de se, em casos de pesquisas bem sucedidas, o medicamento será produzido a um custo acessível para a população em que foi testado.

2. Aspectos médicos

O HIV é um vírus de ação lenta que geralmente leva anos para provocar uma doença na pessoa infectada. As defesas imunológicas sofrem uma deterioração gradual ao longo de cerca de uma década e vários organismos patogênicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas) aproveitam a resistência diminuída do corpo, causando doenças graves. Existem terapias eficazes para prevenir, tratar ou mesmo curar muitas dessas doenças oportunistas, atenuando assim o sofrimento do paciente e prolongando-lhe a vida.

Já existem terapias anti-retrovirais eficazes, embora a um custo elevado. O vírus pode facilmente sofrer uma mutação e tornar-se resistente a uma droga específica. Assim, recomenda-se a administração de uma combinação de drogas para atacá-lo a partir de diferentes mecanismos vulneráveis. Há evidências de que o tratamento de pacientes assintomáticos pode retardar o surgimento da doença, embora a cura ainda não tenha sido comprovada.

As pessoas infectadas pelo HIV necessitam de mais do que apenas medicamentos. Precisam também de apoio psicológico e social para enfrentarem as consequências, para si e para suas famílias, de sofrerem de uma doença que ameaça a vida e é, muitas vezes, estigmatizante.

3. Aspectos éticos

A ética da participação de seres humanos em experimentos vem sendo objeto de profundos debates e controvérsias há quatro ou mais décadas e já produziu volumosa literatura. Nos últimos anos, as atenções voltaram-se para as pesquisas patrocinadas por interesses comerciais ou governamentais de países economicamente desenvolvidos, ou por órgãos intergovernamentais, porém realizadas em países em desenvolvimento ou em transição econômica. As questões éticas predominantes nas pesquisas em países desenvolvidos — tais como o consentimento voluntário e informado do paciente, a confidencialidade, a relação risco-benefício favorável e a administração de conflitos de interesses — também se aplicam a países em desenvolvimento. Pesquisas em países em desenvolvimento têm um foco mais afiado pois, mesmo havendo a intenção de se observar os procedimentos corretos de recrutamento para cada paciente e sendo a microética da pesquisa respeitada, sua macroética pode ser suspeita, uma vez que a proposta de se realizar a pesquisa em um país em desenvolvimento pode ser considerada exploradora de sua pobreza e precariedade, por exemplo. Se os propósitos científicos de uma investigação puderem ser alcançados em um país desenvolvido, a intenção de situá-la em um país em desenvolvimento pode exigir uma justificativa ética especial.

Pode haver o receio, por exemplo, de que os patrocinadores do estudo acreditem que seja menos dispendioso realizar a pesquisa em um país em desenvolvimento

344 *Do princípio à prática*

e que os sujeitos da pesquisa tenham uma compreensão menor acerca dos riscos e estejam mais dispostos a enfrentá-los devido ao desespero por seus possíveis benefícios, ou ainda que as obrigações legais dos patrocinadores e pesquisadores sejam observadas com menor rigor ou sejam menos onerosas. O receio é maior quando a pesquisa é dirigida ao tratamento de uma patologia com uma incidência nos países desenvolvidos mais forte ou equivalente à do país em desenvolvimento onde se pretende realizá-la; os habitantes do país anfitrião não têm meios para adquirir os produtos comerciais que dela resultarem; o governo não compra ou não pode comprar os suprimentos; e o fabricante patrocinador não se dispõe a fornecê-los gratuitamente ou a baixos custos.

Entretanto, é preciso cautela ao reagir negativamente à preocupação de exploração quando os órgãos responsáveis — do governo, científicos ou outros — de um país em desenvolvimento proposto acolhem uma pesquisa, aprovando-a sob as devidas diretrizes éticas, e reclamam de discriminação quando as pesquisas são circunscritas às populações do mundo desenvolvido. Sua insistência para que as pesquisas sejam realizadas em seu país podem ser menos convincentes quando a patologia em investigação não é predominante naquele país. Uma preocupação da pesquisa sobre o HIV é que esta venha a ser principalmente direcionada para as variedades virais predominantes em países desenvolvidos que não existem ou não têm presença significativa no país anfitrião proposto. Quando o objeto do estudo é uma patologia ou uma variedade viral igualmente predominante no país anfitrião e em outros países, os argumentos de autoridades locais de que a pesquisa geraria oportunidades de emprego e ofereceria capacitação especializada para a população que, por sua vez, poderia vir a desenvolver e conduzir estudos em benefício do país, passam a ter maior mérito ético. A pesquisa pode trazer benefícios na área de capacitação para países pobres em recursos, promovendo suas economias, em geral, e seus sistemas de saúde, em particular.

Os dilemas éticos tornam-se maiores quando as normas éticas relativas a pesquisas nos países dos patrocinadores e pesquisadores são mais rigorosas do que as dos países anfitriões onde se pretende realizá-las. Dois artigos da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial, sobre pesquisas médicas com participação de seres humanos, conforme emenda de outubro de 2000, são especialmente controversos no nível internacional, a saber:

29. Os benefícios, riscos, ônus e eficácia de um novo método devem ser testados em comparação com os melhores métodos profiláticos, de diagnóstico e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebos ou do não-tratamento para estudos em que não existam métodos profiláticos, de diagnóstico ou terapêuticos comprovados.

30. Na conclusão de um estudo, todo paciente participante do estudo deverá ter garantido o acesso aos melhores métodos profiláticos, de diagnóstico e terapêuticos comprovados identificados pelo estudo.

O Artigo 29 permite o uso de placebos ou de não-tratamento em pacientes de um grupo de controle, no caso de não haver tratamento comprovado para uma patologia sob investigação. Se o tratamento comprovado não existir pelo fato de que os pacientes no país pobre não têm condições de pagar ou porque este não é disponibilizado gratuitamente, embora exista tal tratamento em país rico e desenvolvido, os patrocinadores podem economizar oferecendo-se para realizar o estudo naquele país. O Artigo 30 pode ter a intenção de prevenir a exploração ao exigir que os pacientes, tanto de grupos de controle com e sem tratamento, tenham acesso garantido ao melhor tratamento na conclusão do estudo. Isso pode vir a dissuadir os patrocinadores éticos de realizarem pesquisas em países em desenvolvimento que desejam acolhê-las, pois poderia significar que empresas comerciais venham a ter de garantir tratamentos que a infraestrutura dos sistemas de saúde e os recursos públicos dos países em desenvolvimento não fornecem. Estudos promovidos por patrocinadores que cumprem o Artigo 29 correm o risco de passar a violar o Artigo 30, a não ser que o estudo não identifique um método de tratamento melhor. No entanto, os governos de possíveis países anfitriões que acolheriam estudos sob as condições do Artigo 30 podem vir a exigir mais do que os patrocinadores consideram eticamente justificável dever oferecer sozinhos, fazendo com que patrocinadores em potencial acabem desistindo de realizar pesquisas que beneficiariam as populações dos países em desenvolvimento.

4. Aspectos legais

A avaliação médica e profissional das propostas de pesquisas concentra-se, predominantemente, em considerações éticas, mas as propostas também levantam diversas questões no âmbito legal. Como em qualquer caso de tratamento médico proposto, a exigência legal é a de que haja consentimento informado e voluntário por parte do candidato. O consentimento informado diz respeito à lei sobre contatos físicos não autorizados, ou seja, delito de lesões corporais, assim como à lei sobre negligência, onde a prestação de esclarecimentos quita a obrigação clínica legal. O consentimento coagido não é considerado legal, mas o efeito da indução pode gerar incertezas.

A indução à contribuição para o avanço da ciência — da ciência médica, em particular — e para o alívio do sofrimento, é precisamente a indução que inspira o altruísmo legítimo da participação em uma pesquisa. O incentivo à obtenção de vantagens materiais sem muitos riscos — o de sofrer um incômodo moderado ou um vexame público — também sugere que o consentimento em participar seja genuíno e sincero, embora primordialmente mercenário. A questão legal surge quando o consentimento é induzido de forma indevida. A indução indevida invalida o consentimento legal efetivo e surge quando submete inconscientemente a pessoa à tentação de abandonar o habitual cuidado com sua auto-proteção e sujeitar-se a

346 *Do princípio à prática*

um risco físico considerável, na esperança de obter um benefício real, teórico ou ilusório.

Em terapias inovadoras adotadas, não pelo o avanço do conhecimento em geral mas, por exemplo, na tentativa de prolongar a sobrevivência de um paciente à beira da morte, a indução não se configura necessariamente indevida e inválida. Pode ser considerada aceitável quando um paciente terminal permite a implantação de um dispositivo mecânico teoricamente aceitável, mas não testado, ou o transplante de um órgão transgenicamente preparado a partir de outro primata ou, por exemplo, de um porco. Em contrapartida, porém, a indução pode ser considerada indevida quando se sugere a uma pessoa que consuma um produto não testado e potencialmente perigoso, em troca de uma recompensa relativamente alta em dinheiro, na esperança de se encontrar alívio para um mal relativamente menor ou quando existe um produto de um concorrente do patrocinador que ofereça igual alívio.

Uma área crescente de preocupação no âmbito legal surge quando um pesquisador leva uma pessoa a assumir algum risco para o avanço do tratamento terapêutico ou para a compreensão médica, tal como sofrer um efeito adverso à saúde ou desconforto, sem revelar um conflito de interesses. Os tribunais têm ciência de que quando médicos particulares ou de estabelecimentos de saúde pedem ou recomendam a pacientes que se submetam a procedimentos médicos, estes geralmente acreditam que o procedimento tem por finalidade o próprio benefício. Podem não perceber que os médicos, geralmente voltados para sua saúde, estão neste caso agindo como investigadores científicos ao pedir-lhes que ponham em risco seus interesses de pacientes, de forma a que eles, médicos, possam colher algum benefício direto ou indireto. Assim, os tribunais exigem que pesquisadores revelem seus próprios interesses, monetários ou outros, em estudos em que convidam pacientes e outros a participarem e a aceitarem correr riscos e sofrerem desconforto. A omissão da comunicação do conflito invalida o consentimento do participante e dá bases para ações judiciais, em especial no que toca a efeitos colaterais adversos

5. Aspectos de direitos humanos

O movimento moderno internacional de direitos humanos surgiu principalmente como reação a acontecimentos anteriores e durante a Segunda Guerra Mundial, inclusive diante da revelação de pesquisas com populações vulneráveis, que a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, descreveu em seu Preâmbulo como “atos bárbaros que causam ultraje à consciência da humanidade”. Declarações nacionais e internacionais oferecem proteção contra o recrutamento involuntário de seres humanos em projetos de experimentação médica, seja em termos explícitos ou através de garantias de proteção à dignidade e ao valor do ser humano e contra a denegação de segurança à pessoa. O Pacto Internacional de Direito, Civis e Políticos expressa esse conceito no Artigo 7, estabelecendo que “Ninguém será

submetido a tortura ou a tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante. Em particular, ninguém será submetido à experimentação médica sem seu consentimento voluntário.”

Mesmo com o consentimento voluntário de possíveis participantes, existem restrições em relação a pesquisas a que seres humanos podem ser convidados a participar. As disposições dos direitos humanos aplicáveis especificamente a pesquisas envolvendo seres humanos estabelecem padrões mínimos, por exemplo, de mérito, conduta e controles científicos que devem ser cumpridos por todos os estudos. Geralmente, as diretrizes das pesquisas são expressas no que se descreve como códigos de ética. Quando as pesquisas se aplicam a pandemias e a outras doenças amplamente predominantes, porém, podem ultrapassar o âmbito da medicina clínica e influir em questões de saúde pública. É de conhecimento geral que o papel desempenhado pela ética na clínica médica se faz presente nas iniciativas de saúde pública através dos conceitos e da linguagem dos direitos humanos.¹ Há, portanto, uma ampla base de direitos humanos — à vida, à liberdade e à segurança pessoal — que oferece proteção contra os riscos inevitavelmente presentes em pesquisas envolvendo produtos médicos sem comprovação. Tais riscos incluem danos físicos e morte; o adiamento ou a denegação de tratamentos eficazes de rotina; danos psicológicos e “males inofensivos”, tais como a sujeição à indignidades.

Em contrapartida, no entanto, foram tantos os benefícios resultantes de várias formas de pesquisas médicas, que deixar de realizar pesquisas resultando em melhores tratamentos para os doentes está sendo interpretado como uma violação dos direitos humanos. A recusa ou a omissão em realizar pesquisas pode constituir discriminação por razões como etnia, idade ou sexo. O movimento pela saúde da mulheres, por exemplo, insiste na condução de pesquisas que investiguem patologias afetando tanto mulheres quanto homens, e impactando as mulheres em especial. Em muitas regiões do mundo, a infecção por HIV se dá tão ou é mais predominante entre mulheres do que entre homens. Por conseguinte, não só há uma reivindicação dos direitos humanos para que se conduzam pesquisas investigando o HIV/AIDS, como também para que tais pesquisas incluam as mulheres. Isto vem ao encontro das reivindicações pelos direitos humanos à não-discriminação, aos benefícios do progresso científico e ao padrão mais elevado possível de saúde.

As pesquisas do HIV/AIDS têm duas faces no contexto dos direitos humanos. Por um lado, correm o risco de serem empreendidas em violação aos direitos humanos, como, por exemplo, sem o consentimento voluntário e informado dos participantes e explorando populações vulneráveis. Por outro, no entanto, a omissão ou recusa em empreendê-las, de forma absoluta ou envolvendo populações específicas, podem por si só constituir uma violação aos direitos humanos relativa, por exemplo, à não-discriminação e ao acesso aos benefícios do progresso científico. Os direitos humanos exigem que tais pesquisas sejam empreendidas, mas de forma ética.

¹ J. H. Mann, ‘*Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*’, Hastings Center Report, 27/3 (1997), 6–13.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

Na qualidade de investigador ativo ou organizador do estudo, o Dr. Q deve certificar-se de que as normas éticas cabíveis sejam de conhecimento geral e assegurar o seu cumprimento. Embora o estudo em questão envolva medicamentos, deve-se dar atenção, por exemplo, ao documento de orientação da UNAIDS intitulado *Considerações Éticas em Pesquisas de Vacinas Preventivas do HIV*.² O Dr. Q deve primeiramente informar a Srta. P a respeito de sua condição de médico em posição de investigador ou organizador do estudo e oferecer-se para encaminhá-la a outro médico que possa orientá-la com isenção. Se, no entanto, a Srta. P não tiver acesso a outro médico, o Dr. Q pode oferecer-se para orientá-la, após a declaração de sua posição. Na verdade, mesmo sendo possível consultar outro médico, o Dr. Q ainda pode declarar seu interesse e, a seguir, oferecer-se para orientá-la, alegando maior conhecimento do que o estudo poderá representar para ela, seus riscos e benefícios em potencial, assim como sua maior capacidade de provocar e responder a dúvidas. Do ponto de vista ético, porém, o Dr. Q não poderia apresentar o estudo à P e convidá-la a participar.

Um conceito bastante comum é o de que, com exceção de casos de estudos de alto risco, o paciente tem geralmente maior interesse em participar do que não participar. Ou seja, os cuidados e a atenção que os pacientes recebem ao participarem de tais pesquisas são superiores aos que receberiam normalmente, já que o orçamento do estudo permite maior generosidade no fornecimento de serviços do que seria possível através de outras fontes, tais como verbas governamentais ou privadas. O direito que a Srta. P tem a decisões conscientes exige que ela receba esta informação, a menos que o Dr. Q veja nisto uma indução indevida.

Uma preocupação relativa à experimentação com drogas anti-HIV e com terapias de combinação é a de que, por não terem eficácia comprovada e por serem normalmente caras, os patrocinadores dos estudos recusem-se a disponibilizá-las, a não ser para estudos ou outros programas de avaliação. Os patrocinadores às vezes reagem às acusações de explorarem de forma antiética o medo e vulnerabilidade que compelem as pessoas infectadas a submeterem-se à disciplina de um estudo, fornecendo um suprimento limitado de um regime de ensaio para livre utilização fora dos limites de um estudo. Isto, porém, gera a crítica de que tal prática confunde terapia e regime de tratamento não comprovado. O Dr. Q deve informar a Srta. P a respeito do acesso que tem a tratamentos dentro e fora do âmbito do estudo e das conseqüências de cada uma das opções para sua saúde e capacidade de desempenhar suas atividades. E, mais particularmente, se o programa do estudo determinar uma divisão dos participantes em grupos que recebam tratamento com drogas ou

² UNAIDS, *Ethical Considerations in HIV Preventive Vaccine Research: UNAIDS Guidance Document* (Genebra: UNAIDS, 2000).

placebos, ou ainda, em grupos que recebam, por exemplo, uma combinação experimental de fármacos, um tratamento medicamentoso de rotina ou placebos, a Srta. P deverá ser informada de que caso participe do estudo, poderá não receber qualquer medicação ativa.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

A indução que a Srta. P poderá sentir para participar do estudo poderá advir da percepção de que faltam-lhe alternativas para tratar de sua saúde. Quanto mais um sistema de saúde contribui para esse fim, menos ela se sentirá constrangida a aceitar os riscos de submeter-se a tratamentos não comprovados. As orientações oferecidas a Srta. P em particular, e a outras pessoas infectadas com o HIV em geral, em relação a, por exemplo, alternativas de estilo de vida, nutrição, exercícios e acompanhamento da saúde, podem ajudá-la a manter-se saudável sem apelar para produtos ou regimes de drogas de eficácia não comprovada.

Esse aconselhamento pode mencionar em questões de sexo, casamento e gravidez planejada, além de patologias que podem representar risco especial para mulheres, cujas reações imunológicas possam estar comprometidas por infecção por HIV. Ela pode não ser capaz de cumprir, no longo prazo, o protocolo de um ensaio de uma droga experimental estando grávida. Uma orientação oferecida pelo serviço de assistência médica a respeito de HIV e gravidez pode permitir-lhe planejar o futuro com segurança, sem sentir a necessidade de participar de um experimento em interesse próprio. Da mesma forma, poderá julgar por si mesma as conseqüências para si do gesto altruístico de submeter-se às condições do estudo com o objetivo de ampliar conhecimentos em benefício de outras pessoas nas mesmas circunstâncias que ela.

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

A onda de controvérsia ética que se levantou em relação aos estudos realizados em países em desenvolvimento, e mais particularmente aqueles patrocinados por corporações comerciais com sede em países desenvolvidos, envolve opiniões conflitantes sobre a aplicação dos princípios da justiça, e em especial, da justiça distributiva. Esta exige um equilíbrio equitativo entre riscos e benefícios que os críticos não observam, quando pessoas pobres em países em desenvolvimento são induzidas, por meio de recompensas pífias, a correrem riscos e sofrerem as conseqüências, para fornecer produtos comerciais, cuja venda enriquece investidores corporativos e privados em países desenvolvidos. A pesquisa do HIV/AIDS tem sido especialmente controversa nesse aspecto.

A justiça exige também que casos similares sejam tratados da mesma forma e casos diferentes, de modo diferente. Um conflito básico refere-se ao cumprimento

350 *Do princípio à prática*

das normas éticas de proteção aos participantes humanos em pesquisas. A opinião universalista é a de que os participantes, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, são iguais em seu direito universal à proteção e devem ser protegidos da mesma forma pela aplicação de normas internacionais de proteção como as da Declaração de Helsinque. A opinião relativista é a de que os participantes de países desenvolvidos e de países em desenvolvimento são diferentes e devem ser tratados de acordo com as oportunidades e as expectativas de seus próprios países. É injusto, portanto, impor aos patrocinadores de pesquisas desenvolvidas em países em desenvolvimento a condição de disponibilizarem aos pacientes participantes o mesmo padrão de suprimento material e terapêutico usufruído por pacientes participantes de pesquisas desenvolvidas nos países desenvolvidos. O respeito às pessoas que buscam atrair ou aprovar propostas de estudos em países em desenvolvimento, que adotam tratamentos diferentes para os pacientes em situações diferentes, exige que se considere a plena consciência do que é do interesse do país e que a ignorância, a insensibilidade, o calculismo e qualquer forma de corrupção jamais aconteçam.

Os proponentes dessas opiniões divergentes em relação à propriedade da proposta de condições diferentes para a realização de pesquisas em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento levantam questões que levam a preocupações legítimas. Os profissionais médicos podem dar sua contribuição através de associações nacionais, em debates de alto nível, e através de decisões relativas às circunstâncias em que pesquisas podem ser propostas, aceitas e realizadas, e relativas à orientação que os profissionais devem dar a pacientes que pensam em participar destes estudos.

10

Resposta a um pedido de interrupção de gravidez

Estudo de caso

A Sra. R, de 36 anos, mãe de dois filhos de 10 e de 3 anos, sofre de hepatite crônica ativa, fato que motivou sua decisão, junto com seu marido, segundo orientação de seu médico, de não ter um outro filho. Em exame recente, o médico Dr. T constatou que ela estava grávida de dois meses, sendo que a paciente pediu-lhe, então, que interrompesse a gestação. A lei vigente determina que “a pessoa que ilegalmente provocar o aborto de uma mulher incorre em crime passível de pena de prisão de até 14 anos”. Levando-se em consideração os aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos, qual deveria ser a atitude do Dr. T diante do pedido?

1. Histórico

A possibilidade de uma mulher ter acesso aos serviços de aborto depende da legislação em vigor no país em questão e de como a lei é interpretada e aplicada. Classificar o aborto como prática legal ou ilegal é uma simplificação excessiva. Muitos países, mesmo aqueles que criminalizam o aborto, permitem-no em determinadas circunstâncias. Entretanto, as exceções que a própria lei estabelece às proibições criminais, em geral, não constam claramente das leis ou estão redigidas de modo ambíguo, não sendo, portanto, bem compreendidas pelos profissionais da área de saúde ou pelas mulheres que querem recorrer ao aborto. A consequência dessa ambigüidade é que os profissionais relutam em fornecer esses serviços mesmo nos casos em que ele constitui um direito das mulheres.

Nas últimas décadas, manifestou-se uma tendência global no sentido de liberalizar as leis do aborto. Desde 1985, dezenove países reformaram suas legislações a esse respeito, tornando-as mais liberais, sendo que apenas um país restringiu substancialmente o acesso ao aborto.¹ Atualmente, 61% da população mundial vive em nações onde o aborto induzido é permitido, seja mediante razões específicas, seja sem restrições; em oposição, 25% vive sob sistemas legais que, como norma geral,

¹ A. Rahman, L. Katzive e S. K. Henshaw, *A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985–1997*, *International Family Planning Perspectives*, 24 (1998), 56–64.

proíbem o procedimento. No entanto, mesmo nos países com uma legislação restritiva, o aborto induzido costuma ser permitido quando a vida da mulher está em risco.

Por outro lado, mesmo em nações com leis liberais, o acesso tende a ser restrito devido à indisponibilidade do serviço a preços razoáveis, às limitações no tipo de instituição que pode fazer abortamentos além de outras exigências, como, por exemplo, uma autorização de terceiros.²

A determinação da situação legal do aborto, em qualquer que seja o país, é uma tarefa complexa, porém necessária. As leis que regem o aborto são, em geral, tratadas em diversos estatutos, códigos, regulamentações e, freqüentemente, em decisões judiciais, sendo que todas são aplicáveis simultaneamente. Quando o aborto constitui crime, a questão é tratada no código penal, e muitas vezes tem uma linguagem compreensível apenas para juristas e difícil de ser operacionalizada pelos profissionais da área de saúde.

Em duas Conferências das Nações Unidas, uma realizada no Cairo, em 1994, sobre População e Desenvolvimento, e a outra em Pequim, em 1995, sobre as Mulheres, diversos países concordaram em examinar as conseqüências do aborto feito sem condições de segurança, sendo que o tópico mereceu outras considerações nas reuniões de revisão que foram realizadas 5 anos após as respectivas conferências. Em 94, na Conferência do Cairo, os governos presentes apoiaram as propostas de:

fortalecer o compromisso para com a saúde das mulheres, abordar a questão do impacto do aborto inseguro na saúde, considerando-o como uma preocupação em termos de saúde pública e reduzir o recurso ao aborto, ampliando e aprimorando os serviços de planejamento familiar. A prevenção da gravidez indesejada deve sempre merecer a mais alta prioridade, sendo que devem ser empreendidos todos os esforços para eliminar a necessidade de aborto. As mulheres com uma gestação indesejada devem ter acesso a informações confiáveis e à orientação solidária. Qualquer medida ou mudança relativa ao aborto no contexto do sistema de saúde só pode ser determinada em nível nacional ou local em consonância com o processo legislativo nacional. Quando permitido por lei, o abortamento tem de ser seguro. Em qualquer circunstância, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade quando se trata de resolver complicações decorrentes de aborto. A orientação pós-aborto, os serviços de planejamento familiar, assim como procedimentos educacionais devem estar prontamente disponíveis, o que também contribuirá para evitar a repetição do aborto.³

No ano seguinte, na Conferência de Pequim, os governos concordaram em “rever as leis que contenham medidas punitivas contra as mulheres que recorreram ao aborto ilegal”.⁴

² R. J. Cook, B. M. Dickens e L. E. Bliss, *International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998*, American Journal of Public Health, 89 (1999), 579–86.

³ ONU, População e Desenvolvimento, Programa de Ação adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5–13 de setembro de 1994 (New York: UN, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994), parágrafo 8.25.

⁴ ONU, Department of Public Information, Plataforma de Ação e Declaração de Beijim: Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijim, China, 4–15 de setembro de 1995 (New York: UN, 1995) (doravante Plataforma de Beijim), parágrafo 106(k).

Na Vigésima Primeira Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada em julho de 1999, a fim de agilizar a implementação do Programa de Ação do Cairo, os governos concordaram que, em circunstâncias em que o aborto não é proibido por lei, “este deverá ser disponibilizado com toda a segurança”⁵ e “os sistemas de saúde devem treinar e equipar os profissionais da área de saúde, além de tomar outras medidas, a fim de assegurar que o aborto seja seguro e acessível”.⁶ Com o intuito de treinar profissionais e adotar medidas para que o aborto seja seguro e acessível, os Ministérios da Saúde devem esclarecer quais são as situações em que o aborto não infringe a lei, utilizando-se para tal, por exemplo, da elaboração de regulamentações e de protocolos de tratamento.

2. Aspectos médicos

A hepatite, significa literalmente, a inflamação do fígado, podendo ter inúmeras causas, sendo que o tipo de hepatite mais freqüente é provocado por um vírus. Há toda uma gama de vírus. As manifestações agudas são semelhantes, porém diferem quanto à propensão à hepatite crônica e ao câncer do fígado.

A relevância de cada vírus é determinada por dois fatores: o modo de transmissão e a persistência da infecção. Em termos de saúde pública, os vírus podem ser classificados em dois grupos: (1) os transmitidos por via fecal-oral, que causam a hepatite aguda, sem infecção persistente; (2) os transmitidos sexualmente e por hereditariedade, que acarretam doenças hepáticas crônicas e persistentes. Esses dois grupos também têm distribuições geográficas distintas. As hepatites A e E são transmitidas por via fecal-oral, sendo comum em países em desenvolvimento com condições sanitárias precárias, podendo assumir proporções epidêmicas. As hepatites B, C e D são transmitidas por via sexual e hereditária, por exemplo, por agulhas contaminadas ou transfusão de sangue. Se, por um lado, a hepatite B é bem rara em países desenvolvidos e na maior parte da América Latina, as taxas de infecção são bastante elevadas na China e na África Subsaariana. A hepatite B constitui um problema principalmente para os usuários de drogas endovenosas. A Bacia Amazônica é a área onde a hepatite B representa o maior problema de saúde pública. A infecção da hepatite C ocorre tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, atingindo principalmente adultos.⁷

As mulheres grávidas parecem ser particularmente vulneráveis à hepatite: as taxas de incidência, assim como as de fatalidade, são mais altas do que entre

⁵ ONU, Assembléia Geral, Relatório do Comitê Ad Hoc da totalidade da Vigésima-Primeira Sessão Especial da Assembléia Geral: Revisão geral e avaliação da implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, A/S-21/5/Add.1 (New York: UN, 1999), parágrafo 63(i).

⁶ *Ibid.*, parágrafo. 63(iii).

⁷ A. J. Hall, *Viral Hepatitis*, em K. S. Lankinen, S. Bergstrom, P. H. Makela, e M. Peltomaa (eds.), *Health and Disease in Developing Countries* (London: Macmillan, 1994), 239-46.

mulheres não grávidas. As mulheres grávidas são particularmente suscetíveis à infecção aguda da hepatite E. Em algumas epidemias, a taxa de fatalidade entre gestantes chega a 25%.⁸ As conseqüências da gestação para as mulheres com hepatite crônica ativa estão relacionadas à extensão da doença. Em alguns países, a hepatite viral consta entre as mais importantes causas de óbito materno. Não existe tratamento efetivo para a gestante com hepatite crônica ativa. A cura só pode ocorrer após a hepatite aguda, caso ela não se torne crônica. A mulher que sofre de hepatite crônica ativa corre o risco de deterioração da função hepática, o que pode levar ao óbito.

As taxas de perda perinatal costumam ser altas entre gestantes com função hepática deficiente, sendo comum o nascimento prematuro. A infecção fetal intra-uterina é rara, mas o recém-nascido pode vir a ter exposição ao vírus no parto ou pode haver transmissão do vírus no aleitamento. As crianças que nascem de mães portadoras da infecção podem ser salvas se for feita a imunização. A imunoglobulina do vírus da hepatite deve ser dada ao recém-nascido no prazo de doze horas após o nascimento, sendo que a vacina do vírus da hepatite deve ser ministrada em três doses: após o nascimento, entre um e dois meses de vida e com seis meses.

3. Aspectos éticos

A questão ética torna-se mais séria devido à incerteza quanto ao real sentido da lei, que é redigida com linguagem de uso comum, porém de forma ambígua. A vida da Sra. R não necessariamente corre risco com a continuação da gestação, porém sua saúde, inclusive sua capacidade de cuidar de seus filhos pequenos, provavelmente sofrerá comprometimentos. Seria de seu interesse e de seus filhos que a gestação fosse interrompida, o que, em termos de sua saúde, deveria ser feito o quanto antes, preferencialmente no primeiro trimestre.

Uma questão ética óbvia no tocante ao aborto diz respeito à situação moral do embrião / feto. Trata-se de um tema, em geral, controverso. Algumas pessoas acreditam que o princípio ético de não fazer o mal pressupõe que o interesse do embrião ganhe precedência em relação ao da mulher. Outros argumentam que o princípio ético do respeito ao outro requer consideração e atenção às escolhas autônomas das mulheres. Ou seja, o respeito pelo indivíduo pressupõe que devemos tratar as mulheres não como instrumentos das políticas governamentais de controle de natalidade, sejam estas pró ou anti-natalistas, mas permitindo que elas sejam seus próprios agentes morais. Além disso, o princípio ético da beneficência pode favorecer a mulher que toma uma decisão crítica em prol de sua família e de seus filhos dependentes.

O princípio ético da justiça fornece os fundamentos para uma análise da razão pela qual a lei trata mulheres e homens de forma distinta no tocante às necessidades de

⁸ A. J. Hall, *Viral Hepatitis*, em K. S. Lankinen, S. Bergstrom, P. H. Makela, and M. Peltomaa (eds.), *Health and Disease in Developing Countries* (London: Macmillan, 1994).

cada grupo em termos de saúde, assistência médica e sociedade em geral. Os homens podem cuidar da saúde, como no caso de um tratamento para hepatite ou outra doença, sem o temor de estarem cometendo um crime. Além disso, o princípio da justiça exige a consideração do seguinte fato: será que exigir que mulheres como a Sra. R coloquem o interesse do feto acima do seu não caracteriza uma atitude discriminatória com base em gênero, refletindo uma atitude desrespeitosa em relação às mulheres? Nenhuma mãe ou nenhum pai pode ser legalmente obrigado a doar sangue para seus filhos, por mais que estes precisem, por exemplo, ou a fazer uma transfusão de medula óssea, ou doar qualquer outro recurso de seus próprios organismos.⁹ A justiça pode também definir uma abordagem que resguarde o direito das várias posições sobre o assunto, assegurando que a lei irá respeitar aqueles que, por razões de consciência, fazem objeções ao procedimento, não exigindo nenhum envolvimento destes, mas possibilitando a provisão dos serviços para os que conscientemente optarem por recorrer a tais serviços.

Há também perspectivas microéticas e macroéticas que merecem ser investigadas. Pode ser que a melhor maneira de respeitar os interesses na vida pré-natal seja de modo consistente com os interesses da mulher. Ou seja, a abordagem microética significa ver a mulher e o seu feto como uma unidade interdependente, e não em posições antagônicas em que os interesses da mulher se chocam com os do feto.¹⁰ De uma perspectiva macro, o princípio ético da beneficência requer uma análise para verificar o que mais se faz necessário para assegurar gestações e partos saudáveis para aquelas mulheres cujas gestações são desejadas. Esse princípio exige, por exemplo, que seja assegurado à mulher com risco de hepatite acesso à assistência preventiva, como a vacina para a hepatite B, ou o devido tratamento no caso de uso excessivo de medicamentos a fim de reduzir o risco de contrair hepatite. A Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas (EAOG) recomendou a vacinação universal contra a hepatite B para todos os adolescentes, a ser ministrada na faixa etária entre 11 e 12 anos, ficando a imunização para adolescentes mais velhos a ser feita com base no risco. A EAOG ressalta que a hepatite B é a única doença sexualmente transmissível para a qual há, atualmente, uma vacina efetiva.¹¹

O princípio ético do respeito às pessoas pressupõe respeito pelas convicções religiosas da Sra. R. Nesse caso, seu pedido de se submeter a um aborto indica o modo que escolheu para resolver suas responsabilidades em relação aos seus filhos, família, consciência religiosa e a si própria. Da mesma forma, se o médico não tiver nenhuma objeção por motivo de consciência, restariam poucas barreiras éticas frente ao pedido da paciente. Caso o Dr. T faça objeções por motivo de

⁹ J. J. Thompson, *A Defense of Abortion*, Philosophy and Public Affairs, 1 (1971), 47–66.

¹⁰ P. King, *Helping Women Helping Children: Drug Policy and Future Generations*, Milbank Quarterly, 69 (1991), 595–621.

¹¹ American College of Obstetricians and Gynecologists, *Hepatitis B Immunization for Adolescents. Committee Opinion Number 184*, Junho 1997 (Washington, DC: ACOG, 1993); reproduzido em *Int. J. Gynecol. Obstet.* 58 (1997), 341.

356 *Do princípio à prática*

consciência, seu dever ético é o de encaminhá-la diretamente a uma instituição onde a interrupção da gravidez por razões médicas possa ser feita.

Os procedimentos adotados pela clínica, entretanto, foram os de preservar a vida de mulheres para as quais a gestação representa um risco. Muitas clínicas não caracterizam os métodos de interrupção de gravidez para salvar a vida da mãe como abortos. Na perspectiva do ‘duplo efeito’, a busca de um objetivo legítimo não é proibida quando um resultado não permissível, relativamente menor, for inevitável. Um exemplo de tal situação são os hospitais que se recusam a fazer abortos, mas que efetuam a remoção de gestações ectópicas ou que tratam o câncer cervical para salvar a vida das pacientes. O tratamento do câncer cervical pode ser incompatível com a manutenção da gestação, já que as opções de tratamento — a remoção do útero e a radiação — significam o fim da vida do feto.

4. Aspectos legais

Do ponto de vista legal, a forma como a lei é redigida na legislação local constitui um aspecto crítico, já que determina que uma pessoa está sujeita a sanções caso recorra a um aborto “ilegal”. Decisões de tribunais que marcaram tendências interpretaram o texto da lei no sentido de que existem circunstâncias em que este procedimento pode ser legal. De modo geral, aceita-se que o aborto é legal quando feito para salvar a vida das mulheres. Em um julgamento de grande repercussão, a questão foi interpretada no sentido de que salvar a ‘vida’ não significa apenas garantir a vida, mas também a qualidade de vida, incluindo a saúde física e mental, em situações em que a gestação traria danos sérios e duradouros.¹² Nesse sentido, os juízes podem interpretar que a lei considera o aborto legal, quando feito com o intuito de preservar a saúde das mulheres de alguma perturbação séria e prolongada.

Um princípio que norteia o direito penal é o de que, nos casos em que a lei não é clara, deve ser interpretada a favor do réu. Se a avaliação da saúde da mulher e o prognóstico forem feitos com boa fé, confirmados talvez por uma segunda opinião, feitos de modo transparente e sem segredos, a latitude franqueada pela lei deve proteger o pedido da mulher e a anuência do médico. A conclusão pode ser idêntica mesmo se o termo ‘ilegal’ não estiver explícito na legislação, já que o juiz poderá interpretá-lo como implícito. Às vezes, os tribunais interpretam a lei de modo restritivo, a fim de minimizar a proteção a suspeitos de crime, mas têm menos incentivos para agir dessa forma quando estão sujeitos a serem responsabilizados e a sofrerem punição séria.

Muitos sistemas judiciais recusam-se a julgar com base em fatos hipotéticos, requerendo uma disputa real, para que não seja possível determinar previamente se o aborto regido por lei de efeito incerto seria legal em determinadas circunstâncias. É possível dar início a um processo obtendo uma declaração judicial, em uma ação contra uma autoridade governamental, como o Ministro da Justiça ou da Saúde, que

¹² *R. v. Bourne*, [1939] 1 KB 687 (Central Criminal Court, Londres, Inglaterra).

atesta que o procedimento requisitado será legal. Entretanto, pode ser impossível obter essa ordem judicial em resposta à requisição da paciente ainda no primeiro trimestre de gestação. Logo, quando prevalece a incerteza quanto ao significado da legislação, o médico se defronta com o dilema, seja de recusar um pedido legítimo da mulher, colocando em risco sua saúde, ou de atender o pedido e estar sujeito a um processo e uma condenação à pena de prisão. É essa a opção ética e legal do profissional, escolher entre dar assistência a essa paciente ou dar prioridade a sua posição como médico e assim poder continuar tratando de pacientes no futuro.

5. Aspectos de direitos humanos

As cortes nacionais e os tribunais internacionais de direitos humanos, cada vez mais vêm aplicando dispositivos próprios de direitos humanos quando julgam questões relativas ao direito das mulheres ao aborto seguro. Os tribunais internacionais tomam por base todo um acervo crescente de sentenças respaldadas em convenções de direitos humanos, sendo que os tribunais nacionais também recorrem a tais convenções, muitas vezes para reforçar dispositivos de suas próprias legislações, inclusive a lei constitucional.

Além disso, os órgãos que monitoram as convenções internacionais de direitos humanos estão cada vez mais críticos de países com legislações restritivas, que aplicam restritivamente leis que se prestam a uma interpretação mais voltada para os interesses das mulheres, acarretando óbitos e danos à saúde, decorrentes de gestações ou abortos inseguros. O tema comum nessas referências a direitos humanos é que a decisão de interromper uma gravidez não planejada ou indesejada por algum motivo não pode ser vista como um desrespeito criminoso à legislação, mas sim como uma decisão consciente, que a mulher deve ter o direito de tomar, levando em consideração o que for melhor para sua vida e saúde, assim como a de sua família.

Os direitos humanos em questão incluem o direito das mulheres à vida não apenas em oposição à ameaça de mortalidade materna, mas em oposição ao recurso consciente a métodos precários de auto-determinação reprodutiva, assim como aos direitos à liberdade e segurança pessoal. Dependendo do nível da repressão exercida pelo Estado em questão, os direitos das mulheres a não serem expostas a tratamento desumano e degradante podem ser invocados, e mesmo sem repressão, os direitos das mulheres à vida privada e familiar devem ser necessariamente arrolados. Além disso, como os homens têm liberdade de recorrer a quaisquer procedimentos médicos que tragam benefícios para suas vidas, mas às mulheres é negado o direito de interromper a gestação indevida, o direito à não-discriminação com base em gênero no acesso à assistência médica pode ser invocado. O movimento de direitos humanos inspirou-se no reconhecimento de que as pessoas devem ter liberdade para tomar decisões críticas em suas vidas com base em suas próprias escolhas e não podem, involuntariamente, ficar à disposição de propósitos e políticas governamentais ou religiosas. No entanto, a indignação nas esferas de direitos

humanos ganha proporções bem maiores quando legislações e governos negam às mulheres um aborto seguro em casos de estupro ou de abuso sexual semelhante.

Contra-pondo-se à tendência a favor do direito das mulheres de escolherem livremente se querem ser mães, há decisões judiciais de cunho constitucional e emendas constitucionais visando proteger a vida desde o momento da concepção. Raramente estes dispositivos são redigidos em termos absolutos, já que as mesmas constituições se propõem a proteger a vida, a saúde e a dignidade de todos, inclusive das mulheres. Conseqüentemente, não fica claro se esses dispositivos devem prevalecer sobre os direitos das mulheres à vida, à liberdade e à segurança pessoal, direito à vida privada e familiar e à não-discriminação com base em gênero no acesso à assistência médica.

Também não fica claro se os dispositivos a respeito dos interesses do feto têm o intuito apenas de proibir o aborto ou se compreendem, de forma consistente, os direitos das mulheres de darem a luz a filhos desejados, exigindo que os governos ofereçam a devida assistência pré-natal ou obstetrícia de emergência para garantir segurança aos partos. Alguns governos que invocam dispositivos constitucionais para negar a possibilidade de aborto legal não fornecem às mulheres uma atenção pré-natal que legitime a importância que parecem atribuir à proteção da vida do feto.

Os órgãos responsáveis pelos tratados de direitos humanos têm demonstrado preocupação crescente com as altas taxas de óbitos maternos evitáveis e estão caracterizando a falta de ação dos governos no sentido de evitarem as mortes decorrentes de gestações como violações do direito das mulheres à vida.¹³ Também vêm adotando uma postura cada vez mais crítica diante das legislações nacionais que são interpretadas e aplicadas no sentido de negar o aborto legal nos casos de estupro ou violência sexual, concluindo que estas práticas constituem um tratamento desumano e degradante para as mulheres.¹⁴ O termo “gravidez forçada” foi cunhado como uma forma de descrever como as mulheres se sentem ao lhes ser negada a possibilidade de aborto, equiparando essa negação à indignação provocada pelo estupro. A gravidez forçada foi condenada pelos governos na Quarta Conferência Internacional de Pequim sobre Mulheres como uma violação dos direitos das mulheres.¹⁵ O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) publicou uma Recomendação Geral sobre Mulher e Saúde que aborda as dimensões discriminatórias da negação do aborto observando que: ‘Constitui ato de discriminação quando um Estado-membro se recusa a prover legalmente alguns serviços de saúde

¹³ ONU, Relatório do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, 16ª Sessão, Observações conclusivas sobre o Relatório do Marrocos (Nova Iorque: UN, 1997), parágs. 68 e 78, Doc A/52/38/Rev. 0.1. Disponível em [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/17345aada861de818025649d00322a05?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/17345aada861de818025649d00322a05?Opendocument), último acesso 2 de maio de 2002

¹⁴ ONU, Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos, *Observações conclusivas do Relatório do Peru* (Nova Iorque: UN, 1995), parágrafos 15 e 22, CCPR/C/79/Add.0.72, disponível no site [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/6f1b83cb65d8071cc12563f400376673?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/6f1b83cb65d8071cc12563f400376673?Opendocument), último acesso 2 de maio de 2002.

¹⁵ ONU, Department of Public Information, Plataforma de Ação e Declaração de Beijim, *Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, China, 4–15 de setembro de 1995* (New York: UN, 1995), parágrafos 114, 132, 135.

reprodutiva para mulheres (ver Parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 11) e que a obrigação de respeitar o direito das mulheres à saúde requer que os Estados-membros removam as barreiras que se interpõem ao acesso à assistência médica apropriada, o que inclui a lei que criminaliza os procedimentos médicos utilizados apenas por mulheres (Ver Parte III, Capítulo 6, Seção 2, parágrafo 14).

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

Se o Dr. T decidir que a interrupção da gestação é a melhor atitude levando em consideração os interesses da paciente e de sua família, a lei ainda apresenta um desafio em termos de consciência e coragem para efetuar o procedimento. Caso ele, conscientemente, chegue à conclusão de que a gestação poria em risco a vida da paciente, a interrupção da gravidez não daria margem a controvérsias. Entretanto, se ficar constatado que ela tem grande probabilidade de sobreviver à gestação, porém em detrimento de sua saúde, o Dr. T terá de decidir se o cumprimento da lei a obriga a arcar com as conseqüências.

Os códigos de ética profissional, em geral, estabelecem que um médico consciente colocará os interesses da paciente acima dos seus. Entretanto, outros pacientes além da Sra. R dependem da assistência médica do Dr. T. O médico pode legitimamente considerar que os interesses de seus outros pacientes devem pesar na balança, e que estes seriam prejudicados caso ele viesse a se envolver em processos legais e encarceramento. Da mesma forma, a resposta clínica ao pedido da Sra. R poderia ser vista à luz de considerações não-clínicas, desvinculadas de sua saúde, incluindo a confiança do Dr. T na orientação legal e em como a legislação local costuma ser interpretada.

Caso o Dr. T decida levar adiante a interrupção da gestação, as orientações clínicas sobre assistência a mulheres que recorrem ao aborto podem ser úteis para determinar o encaminhamento pré-aborto e os procedimentos apropriados para alguém nas circunstâncias da Sra. R.¹⁶ Se não existirem orientações clínicas no país em questão, o médico poderá trabalhar com colegas de profissão no sentido de elaborar tais diretrizes.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

O Dr. T teria o direito legítimo de protestar, argumentando que a incerteza da lei não deveria distorcer a capacidade profissional de fazer um julgamento médico consciente

¹⁶ Ver ex. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG), *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-Based Guideline No. 7* (Londres: RCOG, 2000). Disponível em <http://www.rcog.org.uk/guidelines.asp?PageID?108&GuidelineID?31>, último acesso 6 de maio de 2002. National Abortion Federation, *Clinical Policy Guidelines* (Washington, DC: National Abortion Federation, 2002). Disponível em <http://www.guidelines.gov>, último acesso 7 de agosto 2002.

360 *Do princípio à prática*

sobre a saúde da paciente. Ele poderá empreender um trabalho conjunto com órgãos profissionais, governamentais e não governamentais para elaborar diretrizes técnicas e políticas para o sistema de saúde.¹⁷

Esclarecimentos sobre a lei fazem-se necessários a fim de que os profissionais possam cuidar dos interesses do paciente, como a Sra. R, em conformidade com a ética da assistência médica e de natureza correlata. Não deveria ser apresentado ao Dr. T o conflito entre tratar de uma paciente, como a Sra. R, e permanecer em liberdade para tratar dos outros. Da mesma forma, o Dr. T deveria ter liberdade para prestar serviços, de modo consciente, a todos os pacientes, sem a interferência de temores de processos legais ou detenção.

Mediante uma ação profissional coletiva, o Dr. T poderia unir-se a outros colegas buscando um esclarecimento da legislação que permitisse que os profissionais da área de saúde pudessem cuidar das necessidades da comunidade. Poderia ser encaminhada uma requisição coletiva, por meio de um órgão médico geral ou especializado, a alguma instância governamental como o Ministério da Justiça, a Procuradoria Geral ou o Ministério da Saúde, visando esclarecer o escopo da lei. Se persistir a necessidade de explicações, o próprio órgão médico pode estabelecer um protocolo definindo as condições em que o aborto poderá ser realizado, e submetê-lo à principal autoridade jurídica do governo.

Se não houver uma resposta adequada dentro de um tempo pré-determinado, o órgão médico, ou um determinado médico, que poderia ser o Dr. T, poderá ajuizar um processo contra o governo. Esse processo poderá ter o intuito de obter uma declaração indicando que a legislação permite a interrupção da gestação para salvar a vida das mulheres, ou sua saúde quando esta, por definição médica, correr risco. Outra alternativa seria obter uma declaração de que a legislação é nula por ser vaga, infringindo assim o dever do médico de prover assistência. Ou então, uma declaração de que a legislação constitui uma violação dos direitos das mulheres, incluindo o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, o direito de não ser exposta a tratamento desumano e degradante, assim como o direito à não-discriminação no acesso à assistência médica.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

As leis que regem o aborto, tradicionalmente, são expressas em termos proibitivos, já que foram elaboradas em um contexto de práticas realizadas por não profissionais, com efeitos nocivos, sendo que tais leis eram muitas vezes respaldadas por uma pauta moral de inspiração religiosa. Poderiam ser enviados a políticos, juízes, líderes sociais, jornalistas e outros profissionais, estudos de casos, talvez nos moldes do caso da Sra. R, porém anônimos, para demonstrar como é importante que a lei seja esclarecida a fim de assegurar que as mulheres terão acesso aos serviços aos quais, legalmente, têm direito.

¹⁷ OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Geneva: WHO, 2002).

É necessário que os médicos, talvez por meio das sociedades de obstetrícia e ginecologia, iniciem um diálogo construtivo com profissionais da área legal e outros grupos, inclusive defensores da saúde das mulheres, para esclarecer as circunstâncias em que o aborto não contraria a lei. Esta iniciativa pode incluir relacionar os tipos de condições que colocam em risco a vida ou prejudicam a saúde de uma gestante. As indicações do aborto terapêutico constituem uma lista longa nos livros didáticos de obstetrícia e ginecologia, e incluem doenças de praticamente todos os sistemas do organismo, que podem ser agravadas pela gestação, colocando em risco a saúde ou a vida da gestante. Incluem também certas anomalias congênitas do feto. A prevalência dessas condições pode variar de um país para outro, sendo que, em alguns casos, estas merecem ser esclarecidas em diálogos entre os profissionais da área de saúde e da área legal. Algumas sociedades, por exemplo, conseguiram chegar a um acordo com os governos quanto a incluir o caso de mulheres portadoras de HIV/AIDS entre as situações que justificam o aborto.

A força tarefa da Organização Mundial da Saúde / Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (OMS/FIGO), em colaboração com o Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas/Universidade Estadual de Campinas realizou em São Paulo, o *workshop* Aborto – Responsabilidade Profissional dos Obstetras e Ginecologistas. O *workshop* salientou que, embora a lei possa diferir, as sociedades e comunidades médicas em geral, em vários países, sofrem do mesmo problema: falta de conhecimento sobre a legislação. Conseqüentemente, há leis que poderiam ser aplicadas em benefício das mulheres e que não estão sendo. O *workshop* recomendou que as sociedades de ginecologia e obstetrícia

informem os profissionais sobre o *status* legal do aborto no país, os procedimentos a serem seguidos no caso do aborto previsto por lei, a interpretação das leis a serem aplicadas e também uma legislação internacional apropriada, além do impacto dos contextos legais sobre a mortalidade e morbidade materna;

estabeleçam normas para a realização do aborto permitido por lei para que os profissionais da área de saúde se sintam respaldados e autorizados a realizarem o procedimento dentro da lei. Essas normas devem ser o resultado de discussões, alicerçadas por informações pertinentes, entre equipes multidisciplinares, incluindo advogados;

estimulem a criação de serviços de abortamento legal em hospitais universitários e outros centros de excelência, já que muitos deles dispõem do quadro técnico-profissional necessário e são responsáveis por treinar a nova geração de profissionais da área de saúde;

(e) liderem o estabelecimento de serviços de aborto legal em cada hospital, incentivando uma ampla discussão, congregando todas as categorias profissionais que estarão direta ou indiretamente envolvidas com a provisão de serviços de aborto legal. Cientistas sociais e representantes de grupos de mulheres devem também participar da discussão, trazendo o ponto de vista do usuário.¹⁸

¹⁸ OMS/FIGO, Força-tarefa sobre aborto—*A Professional Responsibility for Obstetricians and Gynecologists*. Relatório da Força-Tarefa WHO/FIGO, *Workshop* de Campinas (Brasil), 2–5 de março de 1997 (Londres: FIGO, 1997).

11

Diagnóstico genético pré-natal e de pré-implantação para o risco de herança disgênica

Estudo de caso

O segundo filho do casal Sr. e Sra. J, um menino, morreu há dois anos em decorrência da doença de Tay-Sachs. Eles comunicam ao Dr. K, médico em um hospital razoavelmente bem equipado, o seu desejo de ter outro filho, embora queiram ter certeza de que o bebê não herdará a mesma condição. O casal procurou o Dr. K em busca de aconselhamento médico. Levando em conta fatores médicos, éticos, legais e de direitos humanos, o que deve lhes dizer Dr. K?

1. Histórico

O avanço dos nossos conhecimentos genéticos e o sucesso do mapeamento do genoma humano deram início a um novo capítulo na história da medicina. Com uma maior compreensão sobre a base genética da doença, haverá maior possibilidade de prevenção, diagnóstico precoce, diagnóstico e tratamento. Esse avanço científico tem, no entanto, suas implicações éticas, legais, sociais e de direitos humanos. A doença de Tay-Sachs é um caso exemplar.

A doença de Tay-Sachs é a mais conhecida doença genética entre os judeus. Afeta potencialmente um a cada 2.500 recém-nascidos asquenazes e é transmitida por herança autossômica recessiva. O gene mutante, localizado no cromossomo número 15, sofreu várias mutações específicas que já foram identificadas. O recém-nascido deve herdar o gene mutante dos dois pais para desenvolver a doença. Em caso de herança de apenas um dos pais, o indivíduo se tornará apenas um portador da doença. Para cada 'casal portador', há uma chance em quatro, por gravidez, de se gerar uma criança doente; há uma chance em duas de o recém-nascido ser um portador; e uma chance em quatro de ele nascer completamente livre do gene mutante.¹

¹ National Foundation for Jewish Genetic Diseases, *Tay Sachs Disease* (New York: National Foundation for Jewish Genetic Diseases, 2001), disponível em <http://www.nfjgd.org/FactSheets/taysachs.htm>; último acesso em 2 de maio de 2002; National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), *Tay-Sachs Disease Information Page* (Bethesda, Md.: National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2001), disponível em http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/taysachs_doc.htm; último acesso em 3 de Maio de 2002.

2. Aspectos médicos

Há duas formas da doença de Tay-Sachs: a mais conhecida, que se manifesta na infância, e a forma mais rara, de manifestação tardia. A doença é um distúrbio metabólico hereditário. O problema básico consiste em uma deficiência da enzima hexosaminidase A. A função dessa enzima é destruir uma substância gordurosa natural, o gangliosídeo GM2. Gangliosídeos são produzidos e rapidamente destruídos, por biodegradação, no início da vida, durante o desenvolvimento do cérebro. A deficiência da enzima provoca uma acumulação tóxica nas células do sistema nervoso. A doença evolui rapidamente e a criança afetada deverá estar totalmente debilitada aos 2 a 5 anos de vida. Indivíduos afetados ficam cegos, surdos e perdem a capacidade de deglutir. Enquanto a paralisia se instala, crises epiléticas podem ocorrer. A doença de Tay-Sachs ainda não tem tratamento. As crianças geralmente morrem antes dos cinco anos de idade. Há pesquisas ainda em estágio inicial que estão caminhando para o envio da enzima corretiva e do gene normal ao cérebro do paciente.²

O recém-nascido afetado se desenvolve normalmente, sem dar evidências da doença nos primeiros meses de vida. O primeiro sinal da doença é uma mancha de um vermelho vivo na retina da criança, observável apenas com o auxílio do oftalmoscópio.

A condição de portador pode ser identificada pela avaliação da atividade da enzima hexosaminidase no plasma ou nos glóbulos brancos. A confirmação se dá mediante análise de mutação genética. A capacidade dos programas de triagem para identificar portadores abre o caminho para a prevenção da doença, pela escolha de um parceiro biológico que não seja portador, por exemplo. Um casal formado por dois portadores pode recorrer à fertilização *in vitro* e ao diagnóstico genético de pré-implantação. Como alternativa, o diagnóstico pré-natal é muito confiável e pode ser obtido a partir do exame de células de uma amostra do vilo coriônico, no primeiro trimestre, ou de amniocentese, no segundo trimestre. Se o feto tiver sido afetado, o aborto se torna uma solução possível.

3. Aspectos éticos

Em sua intenção de não ter outro filho afetado pela doença de Tay-Sachs, o casal Sr. e Sra. J, em uma atitude ética, apelaram para o princípio da não-maleficência. As repercussões éticas de sua procura por aconselhamento médico, no entanto, podem oferecer ao Dr. K alguns desafios relativos à condição cultural do casal e do próprio Dr. K, aos recursos disponíveis e à lei local. Não se pode ter certeza de que um filho concebido por um determinado casal estará livre de qualquer herança genética adversa, mas o Dr. K deve informá-los de que o risco pode ser minimizado.

² Ibid.

364 *Do princípio à prática*

A resposta menos positiva que o médico pode lhes dar é que eles tentem evitar uma gravidez através de algum método anticoncepcional e que interrompam uma eventual gravidez acidental, se a legislação local e seus próprios valores assim permitirem. Outras soluções, também dependentes da orientação religiosa do casal, vão da adoção de uma criança sem qualquer vínculo genético com o casal à busca de um doador de sêmen.

O risco de um filho biológico do casal nascer com a doença pode ser reduzido, mesmo em uma gravidez decorrente de concepção natural, a partir de exames diagnósticos no pré-natal. Se a doença for detectada, a gravidez pode ser interrompida, caso a legislação permita e o casal não tenha restrições éticas ao aborto. Se o Dr. K fizer objeções em conduzir um procedimento escolhido pelo casal, a conduta ética (e legal) deve ser procurar outro médico conhecido por não se opor ao procedimento escolhido. Se a tecnologia local permitir o procedimento e o casal concordar em arcar com o custo financeiro, é possível fornecer gametas para a fertilização *in vitro* (FIV) e fazer o diagnóstico genético pré-implantacional (PGD) dos embriões obtidos, seguido de tentativa de implante de um ou mais embriões livres do risco de desenvolvimento da doença. A vantagem desse procedimento é evitar o aborto. No entanto, o procedimento é muito caro e pode ter um desfecho incerto com relação ao sucesso da FIV, da concepção de um embrião sadio e do próprio procedimento de implantação. Há também a questão do desperdício dos embriões excedentes.

O Dr. K deve orientar um debate com o casal de forma a determinar o leque de opções que lhes seja ética e financeiramente viáveis. Entre as opções possíveis, o Dr. K deve informar o casal sobre aquelas que se adequam às condições do hospital e, se necessário, informar-lhes sobre o local onde outras opções aceitáveis estão disponíveis.

4. Aspectos legais

Em termos legais, os médicos não são obrigados a garantir ou subscrever um prognóstico ou diagnóstico. Assim, o Dr. K não incorre em risco legal algum ao fazer o diagnóstico do casal Sr. e Sra. J, ou ao avaliar-lhes o potencial para a concepção de um bebê saudável, desde que, é claro, ele não ofereça garantias específicas de resultados positivos e não seja negligente com relação ao padrão de atendimento definido por lei. Esse padrão se aplica tanto ao fornecimento de diagnósticos e outros procedimentos clínicos, como à qualidade da informação necessária à decisão do casal Sr. e Sra. J, inclusive com relação à concepção natural e artificial e às possibilidades práticas e financeiras de acesso às opções.

O Dr. K deve estar atento à qualquer legislação, ou decisão judicial, que o obrigue a observar proibições específicas, procedimentos ou, por exemplo, responsabilidades com relação a relatórios e registros estatísticos. Essas questões legais podem estar relacionadas ao número máximo de embriões obtidos por fecundação

in vitro a ser implantado *in utero* em um único ciclo de tratamento, ao descarte de embriões, e à obrigação de informar à agência de monitoração sobre os tratamentos tentados e seus desfechos. O cumprimento das normas legais não anula a capacidade legal de se contestar sua autoridade com base, por exemplo, na violação constitucional, de direitos humanos ou de outras garantias legais. As leis sobre a interrupção da gravidez devem ser observadas, embora, de um modo geral, mesmo onde há restrições, a legislação permita o aborto em caso de sérias imperfeições fetais. A doença de Tay-Sachs é considerada um distúrbio grave, embora não o seja a condição de portador. O diagnóstico genético de um embrião *in vitro* ou *in utero*, ou de um feto, irá revelar seu sexo, e em locais em que os pacientes tenham o direito legal de inspecionar e obter informações sobre seus prontuários médicos, não haverá base legal para negar-lhes essa informação.

Caso o Sr. e a Sra. J venham a conceber e gerar um filho doente, mediante concepção natural ou clinicamente assistida, ao executar o procedimento de sua escolha com base no aconselhamento e nos serviços prestados dentro das normas legais, nem o casal, nem a criança terão direito de processar o Dr. K ou terceiros. Do mesmo modo, a criança não deverá poder processar os pais, já que estes têm o direito transcendente à paternidade. Se, no entanto, o aconselhamento médico e/ou os serviços prestados estiverem abaixo dos padrões legais, os pais normalmente terão o direito de compensação, embora as jurisdições sejam distintas com relação aos custos financeiros e emocionais que venham a justificar uma indenização. O direito a qualquer compensação por parte da criança é um caso mais duvidoso, haja vista que a negligência não lhe causou a doença e a alegação de que ela não deveria ter nascido é vista como uma alegação de ‘vida injusta’, para a qual as legislações e os tribunais determinaram não haver obrigatoriedade de compensação, por uma questão de política pública.

5. Aspectos de direitos humanos

O mais óbvio dos direitos humanos envolvidos no acesso à FIV e ao PGD é o direito aos benefícios do avanço científico. Esse direito serve, no entanto, aos objetivos de outros direitos humanos, como, por exemplo, o direito de fundar uma família e o direito tanto da criança que deverá nascer como de seus pais ao mais alto padrão de saúde possível. O direito à saúde, no caso da criança estaria fundamentalmente ligado à sua saúde física, ao passo que o direito à saúde no caso dos pais estaria relacionado ao seu bem-estar mental e social. A observância aos direitos do casal Sr. e Sra. J e de uma futura criança gerada não comprometeria o direito à consciência religiosa por parte do Dr. K, já que o médico deverá encaminhar o casal a outro colega se ele tiver objeções conscientes com relação a procedimentos como a FIV, o PGD, o aborto e/ou o descarte de embriões sobressalentes.

Muitos desses procedimentos, se não todos, podem não ser financiados por

366 *Do princípio à prática*

programas de seguro de saúde pública e, portanto, o Sr. e a Sra. J podem se sentir discriminados se pessoas com meios puderem ter acesso a essas tecnologias, ao passo que sua renda e seus recursos colocam a possibilidade de utilização desses recursos além de seus meios. Tribunais Federais estabeleceram limites para as obrigações governamentais com relação à alocação de recursos muito caros, mesmo que estes tenham como objetivo preservar a vida.³ Os tribunais de países ricos geralmente se recusam a requerer serviços médicos de alto custo financiados pelo estado para assistir problemas de saúde reprodutiva que não ponham em risco a vida humana.⁴ O movimento internacional de direitos humanos está caminhando na direção do reconhecimento dos direitos coletivos de populações pobres, e do estreitamento da lacuna entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos, no que diz respeito à disponibilidade de recursos. Essa medida, porém, não se aplica a lacunas entre famílias ricas e pobres em nível nacional. Do mesmo modo, embora o Sr. e a Sra. J possam se sentir humilhados e angustiados devido à sua limitação de recursos, impedir-lhes o acesso às tecnologias reprodutivas que lhes ofereça maiores chances de gerar um filho saudável, sua aflição, nesse patamar, não constituiria necessariamente uma violação de direitos humanos. A saúde reprodutiva faz parte do direito constitucional à saúde em muitos países e consta do Artigo 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pacto Econômico). No entanto, atualmente, constitui um direito mais negativo que positivo e, dessa forma, as tecnologias reprodutivas não determinam a possibilidade de financiamento público.

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

As obrigações do Dr. K com relação à coleta de informações genéticas e pessoais sobre seus pacientes, ao aconselhamento sobre as opções médicas e suas implicações e à disponibilização de procedimentos adequados, dentro das competências legais, devem estar voltadas apenas para a doença em questão e sua prevenção em um indivíduo futuro. A peculiaridade da responsabilidade clínica do Dr. K pode ser o fato de as opções teóricas do paciente para atingir-se o objetivo desejado através de tecnologias avançadas não estarem disponíveis na prática.

Se a indisponibilidade dos recursos for decorrente da falta de equipamentos, carência de pessoal ou de qualquer outro recurso clínico, o Dr. K deve proceder uma investigação visando a informar os pacientes sobre a acessibilidade em outros lugares. Se a indisponibilidade dos recursos for decorrente da inadequação

³ *Soobramoney v. The Minister of Health, Kwazulu Natal*, 1998 (1) SA 776 (Tribunal Constitucional da África do Sul).

⁴ *Cameron v. Nova Scotia (Procurador Geral)* (1999), 177 DLR (4º) 611 (Tribunal de Apelação da Nova Escócia).

dos meios dos pacientes aos custos do procedimento, o Dr. K deve tomar o cuidado de não incomodá-los com opções com as quais eles não podem arcar. Em outras palavras, a obrigação do Dr. K de fornecer informações deve conter opções compatíveis com os recursos do paciente. De modo a evitar o paternalismo, o Dr. K pode arriscar o erro em termos de um exagero de informações, e não em termos de falta de informação, já que o casal pode estar disposto a fazer sacrifícios que, para o Dr. K, não pareçam possíveis ou razoáveis. Não existe, no entanto, qualquer obrigação em fornecer informações sobre opções em países distantes, ou sobre possibilidades experimentais disponíveis somente a custos altíssimos, às quais o paciente não terá acesso real. Essa informação, embora seja de interesse, não é importante para a decisão independente do casal.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

Sistemas de saúde pública tendem a dar menor prioridade a serviços que visam combater os riscos genéticos da reprodução pela promoção de nascimentos de bebês saudáveis. Existe espaço para programas preventivos que incentivam mulheres, por exemplo, a ingerir fontes de ácido fólico, e em alguns países mais desenvolvidos, o diagnóstico pré-natal de fetos doentes facilita o aborto legal. Essa pode ser uma opção imediata no caso do casal J, já que eles podem tentar começar uma gravidez normal, e ao ser possível a Sra. J obter o diagnóstico genético pré-natal, por amniocentese, por exemplo, ela poderá interromper a gravidez de um feto doente. A Sra. J tem boas chances de gerar um feto saudável e seu acesso ao aborto é geralmente visto como tolerável em termos macroéticos, já que leva à concepção e ao nascimento de crianças, o que seria impossível de outra forma. A motivação governamental de tais programas pode ser, no entanto, a redução de nascimentos de crianças doentes que venham a representar um alto custo para os sistemas de saúde e programas sociais.

As mais caras tecnologias de reprodução assistida tendem a ser classificadas como ‘medicina de luxo’. Os sistemas de saúde devem, portanto, julgar a proporção de especialidades e recursos médicos insuficientes que pretendem levar para o serviço privado. Pode-se ampliar a proporção a partir do racionamento de acesso às oportunidades do setor público, e é possível diminuí-la a partir do incentivo aos médicos para o engajamento nos serviços públicos ou, de maneira mais coerciva, por meio de licenciamentos e outras restrições aos serviços privados.

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

Não há uma forma clara de amenizar as condições subjacentes ao risco do casal com relação a uma eventual transmissão da condição genética. Eles não são inférteis, mas afetados por uma condição natural não tratável. Sempre que uma condição genética específica afeta uma comunidade em que os membros se identificam entre

368 *Do princípio à prática*

si, como acontece com a doença de Tay-Sachs que, de maneira desproporcional, afeta a comunidade de judeus asquenazes, os testes genéticos voluntários devem ser disponibilizados para casais que estejam considerando a idéia de casamento, de modo a permitir-lhes a antecipação das implicações do ato reprodutivo. À medida que o conhecimento genético se expande e os indivíduos se acostumam à manipulação de suas características e disfunções genéticas, os impactos sobre futuras crianças podem ser levados em conta nas intenções de cada indivíduo de fundar uma família. Da mesma forma, com a melhoria da educação nas comunidades, as condições genéticas hereditárias podem se tornar menos estigmatizadas. Uma terapia genética eficaz parece distante no momento, mas pode oferecer soluções no futuro. Todavia, enquanto os avanços forem lentos, o problema do casal Sr. e Sra. J pode ser visto como um infortúnio pessoal a ser tratado, não no nível comunitário ou social, mas no nível familiar.

12

Aborto seletivo

Estudo de caso

A Sra. M, uma mulher de 34 anos, mãe de três filhas com idades de 12, 10 e 5, mora com seu marido de 40 anos em uma casa modesta nos arredores de uma cidade grande. Seu marido tem problemas de saúde e está desempregado. As condições de saúde da Sra. M permitem que ela trabalhe meio expediente e consiga sustentar o estudo das filhas mais velhas. A casa em que moram tem um pequeno terreno à sua volta, onde a família planta legumes e verduras e cria algumas galinhas. O Sr. e a Sra. M estão convencidos de que precisam ter um filho que os sustente na velhice. A saúde da Sra. M e a precária condição econômica da família fizeram-lhes pensar que só poderiam ter mais um filho além das meninas. O hospital público local oferece serviços de saúde a baixos custos, e é para lá que vai a Sra. M já com cerca de dez semanas de gravidez. A lei permite o aborto por questões socioeconômicas. A Sra. M pergunta ao Dr. B se pode fazer um exame para determinar o sexo da criança. Ela informa que estará disposta a continuar a gravidez caso o bebê seja um menino. Quais são as responsabilidades do Dr. B nesse caso, levando-se em conta os princípios médicos, éticos, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

A preferência por filhos do sexo masculino está profundamente arraigada em muitas culturas. Um antigo provérbio chinês diz que ‘dezoito filhas lindas como deusas não têm o valor de um filho corcunda’. Essa preferência por filhos homens está ligada a uma subestimação do valor de uma menina e se manifesta no acesso diferenciado à assistência médica, na porção inferior de alimentos colhidos pela família e na redução do período de aleitamento. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em setembro de 1994, insistiu que ‘líderes de todos os níveis da sociedade devem pronunciar-se sobre o assunto e agir com firmeza contra padrões de discriminação em família baseados na preferência por filhos do sexo masculino’.¹

¹ Cairo Programme, parágrafo 4.17, 4.23.3.

370 *Do princípio à prática*

A velha prática do infanticídio contra meninas ainda não foi completamente abolida. Foi, na realidade, antecipada a partir da utilização de novas ‘tecnologias médicas’ que facilitam o aborto seletivo contra fetos do sexo feminino. A ultrasonografia, a amniocentese e o exame por amostragem do vilo coriônico têm sido utilizados de forma abusiva com essa finalidade. Em cálculos feitos na China e na Coreia do Sul as tendências nas porcentagens de nascimentos de meninos e meninas mostram como as proporções são alteradas pela prática de aborto seletivo. Para todos os nascimentos registrados, a proporção é de 113 meninos para 100 meninas. Os resultados são ainda mais impressionantes quando se analisa a ordem dos nascimentos. No caso do quarto filho de um casal na Coreia, registra-se o nascimento de dois meninos para cada menina; na China a proporção é de 130:100.²

Na Índia, o preconceito sexual contra meninas contribuiu para o declínio do número de mulheres com relação ao número de homens; a proporção caiu de 935:1.000 em 1981 para 927:1.000 em 1991.³ Apesar de uma lei que, em 1994, banuiu o abuso das técnicas de seleção de sexo na Índia,⁴ a prática parece ainda não ter sido devidamente combatida. O último censo do país mostrou uma razão de 933 mulheres para 1.000 homens. Na faixa etária de 0 a 6 anos, a proporção é de 927 mulheres para 1.000 homens. No estado nortista de Haryana, a proporção entre os sexos é de 861 meninas para 1000 meninos, enquanto seu vizinho Punjab tem 874 mulheres para 1.000 homens. Na faixa etária de 0 a 6 anos, o desequilíbrio na proporção entre os sexos é ainda maior. Haryana tem 820 mulheres para 1.000 homens, e Punjab tem 793 para 1.000.⁵ Em algumas comunidades nos estados nortistas de Bihar e Rajasthan, a razão despencou para 600:1.000, sendo uma das mais baixas do mundo.

2. *Aspectos médicos*

Os exames pré-natais, desenvolvidos para detectar anomalias fetais, têm sido usados indevidamente para determinação do sexo do feto. Os procedimentos mais usados são a amniocentese, o exame por amostragem do vilo coriônico e a ultrasonografia. Na amniocentese o médico extrai células do líquido amniótico que banha o feto. O procedimento é normalmente realizado quando o útero está acessível a partir do abdômen, geralmente após a décima-sexta ou décima-sétima semana. No caso da amostragem do vilo coriônico, o médico usa um cateter inserido no colo

² Z. Yi, T. Ping, G. Baochang, X. Yi, L. Bohua, and L. Yongping, ‘Causes and Implication of the Recent Increase in the Reported Sex Ratio at Birth in China’, *Population and Development Review*, 19 (1993), 283–302.

³ G. Mudur, ‘Indian Medical Authorities Act on Antenatal Sex Selection’, *British Medical Journal*, 319 (1999), 401.

⁴ The Pre-natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act, 1994, Indian Parliament Act No. 57 of 1994.

⁵ Registrar General of India, *Provisional Population Totals, Census of India 2001* (New Delhi: Office of the Registrar General India, 2001). Available at <http://www.censusindia.net/resultsmain.html>, last accessed 25 de Sept. 2002.

do útero através do canal da vagina para extrair alguns miligramas de tecido placentário. Esse procedimento tem a vantagem de poder ser utilizado logo no início da gravidez, no entanto, é mais arriscado. A ultra-sonografia, feita a partir da parede externa do abdômen, tem a vantagem de não ser invasiva, mas só é confiável se feita após o segundo trimestre de gestação.

Esses exames são importantes na prática médica, pois fornecem informações relevantes sobre anomalias fetais de origem genética. O diagnóstico do sexo fetal pode ser importante se a anomalia genética em questão for relacionada ao sexo, isto é, se ocorrer apenas em meninos ou apenas em meninas.

3. Aspectos éticos

Em 1994, O Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), declarou que seus membros repudiavam ‘o fato de a antiga discriminação por sexo ainda prevalecer em muitas sociedades e de o aborto seletivo contra fetos do sexo feminino ter se revelado como mais uma manifestação recente dessa forma de injustiça social’.⁶ No entanto, houve desacordo sobre a resposta ética. A maioria dos membros do Comitê adotou uma perspectiva macroética com relação ao impacto social e o significado do aborto baseado no sexo da criança, ao passo que outros preferiram uma abordagem microética ao considerar o ônus que as posturas, costumes e leis socialmente injustas podem impor sobre famílias incapazes de influenciar culturas repressoras.

O ponto de vista da maioria, que não fez distinção entre o aborto de fetos dos sexos masculino e feminino, invocou princípios éticos de justiça e proteção para os vulneráveis e assim concluiu que ‘nenhum feto deve ser sacrificado por motivos de sexo’.⁷ Isso deixou espaço aberto para o aborto ético de um feto afetado por grave distúrbio sexual genético, já que, nesse caso, a prática se baseia na gravidade do distúrbio e não simplesmente no sexo. No entanto, outros membros do comitê invocaram o princípio ético da autonomia, que ‘é violado pela completa proibição do aborto por seleção do sexo do bebê’.⁸ O comitê também afirmou que a seleção pré-concepcional do sexo (se aperfeiçoada e disponibilizada) pode ser justificada, com base em aspectos médicos, para evitar distúrbios sexuais genéticos e, com base em aspectos sociais, em certos casos em que se visa possibilitar que crianças de ambos os sexos recebam amor e cuidados paternais. Para que essa indicação social seja justificada, ela não deve entrar em conflito com outros valores da sociedade em que será exercida.

⁶ FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, ‘Sex Selection’, in FIGO, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000), 8. Available at <http://www.figo.org/default.asp?id=6094>, last accessed 2 May 2002.

⁷ *Ibid.*, para. 1.

⁸ *Ibid.*, para. 2.

O Comitê de Ética da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ex-Sociedade Americana de Fertilidade) sustenta que os casais devem ser livres para exercer a seleção de sexo dos filhos, mas os profissionais que oferecem esse tipo de assistência devem recorrer à ‘persuasão moral’ no sentido de incentivar os pais a deixar que a determinação do sexo do bebê se dê por conta do acaso, mesmo que avançadas tecnologias reprodutivas possam ser usadas e a seleção de sexo antes da transferência do proembrião seja, portanto, possível.⁹ O Comitê de Ética da Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas (EAOG) entende que é eticamente permissível praticar a seleção sexual para evitar distúrbios sexuais genéticos. Porém, este comitê se opõe ao atendimento de pedidos para a seleção sexual por razões pessoais e familiares, devido à preocupação com a possibilidade de esses pedidos estarem associados a práticas sexistas.¹⁰

Muitas vezes, as declarações éticas sobre esta questão carecem de um equilíbrio entre as abordagens de fundo social e ético. As abordagens sociais condenam o aborto de fetos pelo simples fato de serem do sexo feminino e o considera uma forma ofensiva de incorporação e perpetuação da condição de inferioridade da mulher com relação ao homem e de desvalorização da criança do sexo feminino. As abordagens éticas focadas no indivíduo temem sacrificar a escolha autônoma da mulher por ela estar condicionada a influências culturais, econômicas e legais as quais ela não pode transformar de um dia para o outro. A primeira forma de abordagem visa uma política social e a reforma legislativa ou regulamentar já conquistada em alguns países. A segunda dá mais importância ao dilema enfrentado pelos médicos. Concerne se a mulher terá acesso ao diagnóstico pré-natal do sexo fetal, o que é considerado potencialmente prejudicial e degradante para a classe feminina, podendo talvez levar ao aborto de um feto do sexo feminino, ou à negação do direito a esse diagnóstico como forma involuntária de contribuição para a igualdade social entre os sexos, o que pode levar ao aborto de um feto do sexo masculino.

A ética da justiça pede que circunstâncias significativamente diferentes sejam tratadas a partir da consideração dessas diferenças. Na China, na Índia, como em muitos outros países, o aborto devido ao sexo do feto é comum, porém, nos outros países não há uma preferência que marcadamente oriente o aborto baseado no sexo da criança. No Canadá, por exemplo, uma Comissão Real do governo realizou uma pesquisa nacional sobre o sexo das crianças, e relatou que ‘essa pesquisa revela que, ao contrário do que se verificou em outros países, a grande maioria dos canadenses não tem preferência por filhos de um ou outro sexo. Muitos interventores . . . assumiram que os canadenses têm uma tendência preconceituosa a preferir meninos no que diz respeito à formação da família, mas essa idéia nos parece infundada.’¹¹

⁹ American Fertility Society Ethics Committee, ‘Ethical Considerations of Assisted Reproduction Technologies’, *Fertil. Steril.* 62 (1994), 5(1 suppl.), 1S–126S.

¹⁰ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Ethics, ‘Sex Selection’. Committee Opinion Number 177, November 1996’, in ACOG, *Ethics in Obstetrics and Gynecology* (Washington, DC: ACOG, 2002), 85–8; repr. in *Int. J. Gynecol. Obstet.* 56 (1997), 199–202.

¹¹ Royla Commission on New Reproductive Technologies, *Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission* (Ottawa: Minister of Government Services Canada, 1993), 889.

O interesse pela determinação do sexo ainda no pré-natal é muito baixo e está associado ao equilíbrio da família. A comissão descobriu que essas ‘preferências eram geralmente consideradas sem importância, quase triviais. A pesquisa referida também mostrou que praticamente todos os futuros pais querem e pensam muito em ter pelo menos um filho de cada sexo’.¹² Nesse ambiente de neutralidade em relação aos sexos, no qual o equilíbrio da família é um desejo forte, a aplicação de políticas duramente restritivas sobre a determinação pré-natal do sexo parece ser desnecessária e, portanto, injusta e antiética.

4. Aspectos legais

O princípio legal do consentimento informado da conduta médica pode justificar a reclamação da mulher pelo direito de informação sobre o sexo do bebê que ela carrega, sempre que essa informação estiver disponível. Entretanto, o direito à informação relevante para a conduta médica do atendimento legal disponível não deve ir além de informar se o feto é ou não saudável, no que diz respeito a condições genéticas ou congênitas. Isto é, a mulher pode ter o direito legal à informação apenas quando esta se refere a um distúrbio encontrado no feto que pode ser relacionado ao sexo. Contra esse princípio, no entanto, muitos tribunais tendem a defender que os pacientes têm o direito de inspecionar a informação constante em seus prontuários médicos e de ter esses prontuários interpretados para seu entendimento, seja o teor dessas informações capaz de influenciar uma futura conduta médica ou não, pois a informação constante no prontuário deve estar sob seu controle e à sua disposição.

Alguns países já possuem leis (e outros consideram sua inclusão) que proíbem o exame para determinação do sexo fetal, a menos que este seja indicado para o diagnóstico de sério distúrbio sexual genético, algo bem mais grave que apenas uma condição de portador. Tais leis são criadas para evitar que a mulher interrompa a gravidez com base no sexo do feto. Pode-se argumentar que essas leis, embora conscientemente voltadas para a promoção da igualdade entre as crianças, independente de gênero, podem violar os direitos humanos de receber e transmitir informações. As medidas estabelecidas com base nos direitos humanos, ampliadas em decisões judiciais sobre o aborto, proíbem que os governos controlem o que indivíduos devem saber por medo de que eles adquiram um conhecimento que possa inspirar atos reprováveis pelo governo.

Esse argumento pode não ser válido, entretanto, quando não se trata da revelação de uma informação disponível, mas da realização de um exame médico, muitas vezes invasivo, (se feito no início da gravidez), sem indicação médica. Quando a ultra-sonografia é feita em um estágio mais avançado da gravidez para a avaliação das condições médicas e do bem-estar do feto, se o sexo do bebê estiver visível, é

¹² Ibid. 890.

374 *Do princípio à prática*

prática comum entre os médicos não sonegar essa informação aos pais. No entanto, tal informação só se torna disponível a partir do final do segundo trimestre ou no terceiro trimestre de gestação.

A lei votada pelo legislativo na Índia em 1994 banuiu a possibilidade de determinação do sexo fetal e impõe multas e penas de prisão a médicos que o revelam aos pais. No entanto, há um consenso sobre a ineficácia da lei. Médicos e pais são coniventes, e a determinação do sexo do feto envolve apenas um veredicto oral do médico, como fazer uma referência ao bebê dizendo ‘ele’ ou ‘ela’ claramente para evitar a neutralidade sobre esse aspecto. Sem a prova escrita da revelação, os órgãos responsáveis pela aplicação da lei não têm como escapar da dificuldade em provar, acima de qualquer dúvida, que os médicos forneceram a informação proibida.

5. Aspectos de direitos humanos

Os aspectos de direitos humanos no caso do aborto realizado como forma de seleção do sexo do bebê têm em comum com os aspectos éticos e legais fortes argumentos que, simultaneamente, ajudam a permitir e proibir essa prática. Os direitos humanos que mais apóiam uma proibição legal e profissional se baseiam na noção quase sempre justificada de que a seleção do sexo irá influenciar os nascimentos de meninas e, dessa forma, violará o direito à não-discriminação baseada no sexo do indivíduo. As obrigações dos Estados com relação aos direitos humanos, nesse caso, estão contidas principalmente na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Convenção das Mulheres), em seu Artigo 5º(a), e exigem que os Estados promovam a modificação dos padrões de condutas sociais e culturais ‘visando atingir a total eliminação de preconceitos e práticas ... comuns baseadas na idéia de inferioridade ou superioridade de qualquer um dos sexos ou em papéis estereotipados da mulher e do homem’. A causa oculta da desvalorização da criança do sexo feminino está freqüentemente ligada a problemas econômicos associados ao casamento, à desonra a que a família se arrisca devido à perda da virgindade da filha antes do casamento, à falta de emprego e de outras oportunidades econômicas para que ela venha a sustentar os pais na velhice e o seu afastamento da família por hora de seu casamento. Muitas dessas causas de desvalorização das meninas constituem em si mesmas violações de direitos humanos.

Alegar que a proibição do aborto realizado para selecionar o sexo da criança é suficiente para evitar as violações desses direitos humanos é utopia. Proibir o aborto baseado no sexo do bebê é ‘pôr o carro à frente dos bois’. A alteração dos costumes que prejudicam a capacidade econômica, ou qualquer outra capacidade da mulher, pelo contrário, deve melhorar de tal forma a condição feminina que o preconceito contra as meninas se resolveria. Mesmo sem a reforma dos costumes, o grande desequilíbrio entre as taxas de natalidade de meninos e meninas poderá, de uma geração para outra, criar a valorização das meninas por escassez de noivas potenciais para

os filhos e de mães potenciais de futuras crianças, de modo que as práticas correntes de seleção de sexo do bebê têm vida curta e não justificariam leis repressoras.

Os argumentos relativos aos direitos humanos que favorecem a tolerância para o diagnóstico sexual pré-natal e de pré-implantação são comparáveis aos que avançaram no sentido do direito generalizado de livre arbítrio em relação ao aborto. Dizem respeito ao fato de as mulheres, que podem ser oprimidas pela família e pela cultura local a qual elas não têm o poder de mudar, não serem obrigadas a continuar ou iniciar uma gravidez não desejada. As mulheres não são as perpetuadoras de sua desvalorização, e sim, vítimas. A obrigatoriedade da continuação da gravidez impõe o risco de mais uma vitimização assim como o aumento do infanticídio ou a morte por negligência de crianças do sexo feminino.

Atualmente, os direitos humanos reagem contra a obrigatoriedade de se manter uma gravidez contra a vontade da mulher, e a introdução de novas barreiras para o direito de escolha na reprodução vão de encontro a esse valor. A insistência sobre os direitos das mulheres à decisão sobre a continuação ou interrupção da gravidez diz respeito aos direitos de fundar uma família conforme suas preferências, à informação e aos benefícios dos avanços científicos, por exemplo. Da mesma forma, o dilema sobre o aborto realizado como forma de seleção do sexo do bebê não tem solução a partir de uma aplicação simples ou direta de um direito humano predominante. Embora esse tipo de aborto viole os direitos das mulheres à não-discriminação, a obrigação de dar continuidade a uma gravidez forçada constitui em si uma outra atitude discriminatória. Essas abordagens podem avançar a partir da solução dos direitos humanos para aumentar o valor das meninas em suas famílias e comunidades, elevando-as à mesma condição dos meninos, de modo a fazer com que o preconceito que resulta no aborto de fetos femininos para selecionar o sexo do bebê desapareça.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

Se a lei local, as normas do hospital ou, por exemplo, o órgão de licenciamento do Dr. B assim exigirem, o Dr. B deverá informar a Sra. M que o diagnóstico pré-natal não pode ser feito apenas para informar-lhe o sexo do feto. O Dr. B deve acrescentar que o exame para determinação do sexo não pode ser feito a menos que haja suspeitas fundamentadas de um grave distúrbio sexual genético.

Se o exame for indicado devido a suspeita de um distúrbio sexual genético, o Dr. B deve informar a paciente se o feto foi afetado ou não, sem distinção entre resultados negativos que apresentem um feto saudável do sexo masculino ou do sexo feminino. No caso de o resultado do exame revelar o sexo fetal, entretanto, o Dr. B não pode negar à paciente o acesso a uma informação requerida. Se a paciente descobre que o feto é uma menina e pede que se faça o aborto, o Dr. B não deverá

376 *Do princípio à prática*

invocar qualquer objeção ao aborto baseado no sexo do feto nem negar sua participação na intervenção, se ele normalmente concorda em praticar abortos requisitados por qualquer outro motivo.

Se a cultura local não demonstrar preferência por crianças do sexo masculino, e se as leis locais não proibirem o diagnóstico do sexo fetal, o Dr. B poderá dar à paciente o direito de fazer o exame visando dar equilíbrio à estrutura familiar com filhos de ambos os sexos e agir de acordo com sua preferência conforme o resultado do exame.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

O Dr. B deve participar em campanhas informativas e educativas quando se fizerem necessárias para desencorajar a prática do aborto por seleção do sexo do bebê. As associações profissionais têm a responsabilidade de desencorajar esse procedimento por meio de persuasão ou ações disciplinares em locais em que o aborto como forma de seleção do sexo do bebê prevaleça. Se a lei local para o aborto for liberal, no entanto, o sistema de saúde terá de lidar com o paradoxo resultante do fato de a Sra. M ser capaz de interromper a gravidez, por exemplo, por motivos socioeconômicos, embora não seja encorajada a levá-la adiante devido à informação de que o feto é do sexo masculino, no caso de ser possível a verificação.

Na Índia, a Lei do Aborto, de 1971, é relativamente liberal. Entretanto, a Associação Médica da Índia fez circular recentemente entre as suas 1.700 agências em todo território indiano um conjunto de diretrizes para incentivar os médicos a deixar de oferecer exames para a determinação do sexo fetal. Os órgãos responsáveis pela aplicação da lei não conseguem atuar facilmente em caso de reclamações de indivíduos não envolvidos no procedimento de determinação do sexo do feto, porém, o Supremo Tribunal da Índia tem orientado os governos federal e estaduais no sentido de garantir o cumprimento das leis de proibição.¹³ A Associação Médica da Índia já anunciou que realizará uma investigação independente com base nas reclamações mais comuns feitas por ‘terceiros’. A Associação fez um apelo à mídia indiana para que fossem lançadas campanhas contra a destruição de fetos do sexo feminino. O Conselho de Medicina prometeu cassar as licenças de médicos responsáveis pela divulgação indevida do sexo fetal. Ativistas sociais e peritos legais, no entanto, são céticos quanto ao surgimento de qualquer solução de curto prazo enquanto as práticas sociais que levam à preferência por meninos continuar. Há um sentimento geral de que essa é uma situação em que existe a sanção social para uma prática ilegal. Até que essa situação possa ser mudada, será difícil condenar os médicos ou os pais.¹⁴

¹³ ‘India to Crack Down on Sex Tests’, *New York Times* (6 May 2001), sec. 1, p. 24.

¹⁴ Mudur, ‘Indian Medical Authorities’.

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

As abordagens clínicas e dos sistemas de saúde acima mencionadas não dizem respeito a questões relevantes da cultura predominante e/ou da lei da comunidade em que vivem o Dr. B e Sra. M. Isso significa que, se a Sra. M não tiver como sustentar sua família com o trabalho ou com a lavoura da terra pertencente à sua família, será necessário ter um filho que os sustente, já que as meninas não poderão exercer esse papel. Essa necessidade aumenta devido às leis de sucessão por morte, que excluem viúvas e filhas da herança de terras e de outras propriedades. Em lugares onde as mulheres sofrem grave discriminação, são obrigadas a abandonar seus pais ao se casarem e não têm meios para sustentá-los, seja com um emprego ou com sua herança, um filho se torna uma necessidade clara para a família. Em sociedades não-discriminatórias desprovidas de sistemas de seguridade social do governo, e em que as meninas têm as mesmas oportunidades econômicas, sociais que os meninos, bem como as mesmas responsabilidades com relação aos pais, a urgência por um filho não é tão grande.

Como defensor de uma melhor condição social para a mulher, o Dr. B pode demonstrar que as leis ou políticas que proíbem o aborto baseado no sexo fetal não atingem a raiz do problema e fracassam ao tentar corrigir a injustiça de uma discriminação generalizada contra meninas e mulheres.¹⁵ O simbolismo do gesto proibitivo pode ser satisfatório, mas parece ser inútil quando não reconhece que as soluções para a injusta desigualdade entre os sexos devem ser perseguidas em outras áreas também. Quando essas soluções surgirem, futuros pais não sentirão, como no caso do casal Sr. e Sra. M, essa necessidade de ter um filho.

¹⁵ B. M. Dickens, 'Can Sex Selection be Ethically Tolerated?' *Journal of Medical Ethics*, 28 (2002), 335-6 (Editorial).

13

Tratamento de uma mulher com diagnóstico de aborto incompleto

Estudo de caso

A Sra. A, de 25 anos, mãe de dois filhos, é levada à emergência de um hospital apresentando sangramento vaginal. No exame, é diagnosticado um aborto incompleto. Quando questionada, a paciente reconhece que a gravidez não era desejada, mas não admite ter havido indução de aborto. No país em questão, o aborto legal restringe-se a condições em que há risco de vida para as mulheres. O Dr. XY é chamado para atender a paciente. Que assistência ele pode prestar nesse caso, considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

A natureza é altamente seletiva ao iniciar a gestação e ao permitir que esta tenha continuidade.¹ As estimativas indicam que 16% dos ovos fertilizados não se dividem, 15% se perdem antes da implantação e 25% durante a implantação. Aproximadamente 50–75% dos casos de gravidez terminam em aborto espontâneo.² A maior parte dessas interrupções de gestação não é percebida, pois ocorre antes da menstruação ou por ocasião da menstruação seguinte. Cerca de 15 % dos casos de gravidez reconhecidos clinicamente são interrompidos durante o primeiro trimestre. Outros 5% no segundo trimestre.

O aborto incompleto é a situação em que o processo de aborto tem início espontaneamente ou por indução, mas em que os produtos da concepção não são completamente expelidos do útero. O aborto só é considerado completo quando todo o produto gestacional é eliminado do útero. Até então, a mulher continua a sangrar, havendo probabilidade de infecção devido ao material placentário retido.

¹ M. F. Fathalla, *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (Nova Iorque e Londres: Parthenon, 1997).

² C. E. Boklage, *Survival Probability of Human Conceptions from Fertilization to Term*, *International Journal of Fertility*, 35 (1990), 75–94.

2. Aspectos médicos

Em casos de aborto incompleto, é freqüente a manifestação de contrações, porém não muito forte; o sangramento costuma ser persistente chegando, muitas vezes, a caracterizar-se como uma hemorragia com risco de vida, em que se faz necessária uma transfusão de sangue e/ou uma evacuação cirúrgica do útero para interromper o sangramento. O surgimento de sepsia também é possível, principalmente se o aborto foi induzido sem condições de segurança. A infecção pode se expandir para a região pélvica, com o subsequente desenvolvimento de septicemia, freqüentemente devido à presença de bactérias anaeróbicas, que podem causar a morte da paciente. Seqüelas possíveis de ocorrer vão desde a debilidade devido à hemorragia até as demais conseqüências da infecção, inclusive a infertilidade.

O aborto incompleto é uma situação clinicamente distinta do aborto espontâneo e inevitável. Aborto inevitável é o termo usado para descrever a condição em que o processo de aborto já teve início com a dilatação contínua e progressiva da região cervical do útero, porém sem a expulsão dos produtos da concepção. Uma vez ocorrida a dilatação do colo uterino e iniciado o processo de aborto inevitável, nada se pode fazer do ponto de vista médico para salvar a gestação. A fim de proteger a saúde e a vida da mulher, o profissional deve assegurar que os restos placentários sejam totalmente evacuados. Caso contrário, o sangramento continuará, podendo atingir proporções graves.

No aborto espontâneo, o embrião ou o feto morre no útero, sendo que os produtos da concepção continuam retidos no útero. Para proteger a vida e a saúde da mulher, o médico deve agir prontamente para que o processo de expulsão do embrião ou feto morto não demore além do tempo devido. Há o risco de que os níveis fibrinogênicos na corrente sanguínea cheguem a um esgotamento, interferindo no processo natural de coagulação, podendo acarretar um sangramento difícil de ser controlado. Caso não ocorra a evacuação do útero após o diagnóstico de abortamento espontâneo, os níveis de fibrinogênio no sangue devem ser monitorados.

O aborto incompleto, inevitável ou espontâneo pode ser conseqüência de um aborto induzido ou espontâneo. Todos os abortos que não são induzidos voluntariamente são classificados como espontâneos, mesmo quando há uma causa externa, como traumatismo, acidente ou doença.³ Em oposição ao aborto espontâneo, o aborto induzido significa a interrupção deliberada da gestação antes da viabilidade do feto. Quando realizado em local adequado, por uma pessoa qualificada, o aborto induzido é concluído de forma segura e eficaz na maioria dos casos. Já o aborto sem condições de segurança pode não estar completo se, por exemplo, os produtos da concepção permanecerem no útero. Em geral, não é fácil determinar se um aborto incompleto foi espontâneo ou induzido, a menos que a paciente dê voluntariamente essa informação, ou então, que existam sinais de interferência, ferimentos ou infecção.

³ E. Royston e S. Armstrong, *Preventing Maternal Death* (Geneva: WHO, 1989), 107.

3. Aspectos éticos

A principal motivação e vocação da medicina é prover assistência aos que dela necessitam, respeitando a dignidade inalienável de cada um. Igualmente, a obrigação ética relativa à beneficência que o médico deve às mulheres que o procuram com um aborto incompleto é dar assistência médica ao problema diagnosticado, quaisquer que tenham sido as origens deste. Se o tratamento médico recomendado é concluir com segurança o aborto incompleto que foi diagnosticado, o dever ético será completar o aborto, cuidando para que o procedimento seja realizado com presteza, segurança e competência.

Qualquer indagação sobre a legalidade da conduta pregressa da paciente é tão irrelevante para o tratamento, do ponto de vista ético, como seriam, por exemplo, no caso de um homem com ferimentos causados por armas de fogo, as razões que levaram a polícia a atirar nesse indivíduo. O profissional médico deve tratar imediatamente o paciente sem qualquer consideração a respeito de condicionantes sociais, legais, ou de outra natureza.

4. Aspectos legais

A legislação sobre o aborto vigente em um país, qualquer que seja o enfoque, não se aplica ao gerenciamento médico rotineiro de casos de aborto incompleto ou espontâneo, inevitável. Os profissionais da área de saúde que atuam em emergências desta natureza não “vendem aborto”, conseqüentemente, suas atividades não são regulamentadas pelas leis do aborto. Quando atendem um caso de aborto incompleto, estão lidando com uma situação de emergência, e não têm o direito a recorrer à objeção de consciência quando se trata de prover a devida assistência médica a uma situação diagnosticada como emergencial.

A regulamentação aplicável a essas circunstâncias é idêntica à relativa a qualquer outro procedimento médico, logo, ao atenderem situações de aborto incompleto, os mesmos critérios devem ser respeitados. Os profissionais que se recusem a tratar de tais casos, correm o risco de serem acusados de conduta indevida, nos termos do código de licença profissional, podendo sofrer as devidas sanções. Também podem ser responsabilizados de negligência por abandono do paciente, se este já estiver, há algum tempo, sob os cuidados do mesmo profissional. A responsabilidade por negligência também lhes pode ser imputada caso a mulher tenha complicações por não ter sido devidamente tratada, ou até a responsabilidade por negligência penal ou homicídio, se a paciente vier a morrer por não ter recebido o tratamento adequado.

5. Aspectos de direitos humanos

Já que o aborto incompleto representa um risco para a vida das mulheres, o direito à vida, que é um dos direitos humanos, fundamenta a obrigação dos serviços de

saúde de assegurarem assistência pronta e proficiente às pacientes em tal situação. Corroborando o direito à vida, há ainda o direito que as mulheres têm à segurança pessoal e ao mais elevado padrão de saúde.

É tão claro e evidente, da perspectiva de direitos humanos, que as mulheres em situações emergenciais decorrentes de abortos incompletos devem receber o devido tratamento, inclusive com rapidez e eficiência, que os órgãos governamentais responsáveis por proteger a saúde da população são severamente criticados quando não o fazem. Nenhuma religião faz restrições a prestar assistência em tais circunstâncias emergenciais em que a vida e a saúde da paciente correm risco, sendo que não há fundamentos para objeções por motivo de consciência por parte dos profissionais da área médica. Entretanto, alguns governos, órgãos médicos de licenciamento, assim como faculdades de medicina permitem aos residentes que por questões de consciência se opõem ao aborto, fazerem toda a formação e treinamento e receberem sua habilitação sem conhecerem o processo de aborto ou de aborto induzido. Isto pode significar que eles não estarão preparados e qualificados para tratar de um caso de aborto incompleto, seja espontâneo ou induzido. Considerando-se que são exigidas qualificações para tratar de uma situação que coloque em risco a vida e a saúde dos homens, mas não nesse caso específico que afeta mulheres, conclui-se que o direito humano das mulheres à não-discriminação com base em sexo está sendo violado.

Além disso, as mulheres correm o risco de estarem expostas à outra violação — a de serem tratadas de forma desumana e degradante — caso sejam vistas com suspeita e desrespeito. O direito das mulheres à segurança pessoal também é desrespeitado, caso a legislação local ou a prática profissional ou institucional requeiram que as mulheres com aborto incompleto sejam delatadas à polícia sob suspeita de envolvimento com conduta ilegal.⁴

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

A distinção entre o aborto espontâneo e o aborto incompleto induzido por meios ilícitos pode não ser evidente. Nas duas circunstâncias, entretanto, não cabe ao Dr. XY fazer qualquer julgamento ao prestar prontamente a assistência médica indicada para a situação. A atitude do médico de tratar o aborto incompleto removendo os produtos da concepção é plenamente legal, mesmo que o início do abortamento tenha sido feito por outra pessoa, de forma ilegal. Se houver alguma implicação de ilegalidade na conduta da Sra. A, esta não é extensiva ao médico. Qualquer distorção nociva no tratamento médico prescrito para a paciente que viesse a ser introduzida

⁴ *Insurrealde, Mirta, Case T. 148 PS. 357/428*. Corte Suprema de la Provincia de Santa Fé, Argentina. 2 Aug. 1998; citado em B. M. Dickens e R. J. Cook, *Law and Ethics in Conflict over Confidentiality?*, Int. J. Gynecol. Obstet. 70 (2000), 385–91.

382 *Do princípio à prática*

pelo Dr. XY, como, por exemplo, atrasar o procedimento para preservar provas e assim auxiliar a promotoria, representaria um conflito de interesses não-ético. Além disso, a recusa em tratar um aborto incompleto não encontra proteção no direito à objeção de consciência.

Um relatório de atualização no prontuário médico da Sra. A após o procedimento efetuado pelo Dr. XY conciliaria a necessidade de prover assistência à paciente com o direito do médico de se proteger de suspeitas de ter iniciado ilegalmente o aborto. Qualquer apreensão por parte do Dr. XY quanto a se ver envolvido em completar um aborto que foi iniciado de forma ilegal pode ser resolvida, do ponto de vista ético, por um relatório a ser redigido pelo médico descrevendo a condição da paciente quando esta se apresentou, o diagnóstico feito e a prestação do tratamento indicado de acordo com a prática médica padrão, seguida do devido acompanhamento posterior.

A paciente tem direito a tratamento de acordo com as condições gerais de sigilo médico. Logo, nenhuma comunicação de suspeitas de que o aborto incompleto tenha tido uma origem ilegal deve ser voluntariamente feita à polícia ou autoridades correlatas. Caso a legislação vigente obrigue o Dr. XY a notificar tais suspeitas às autoridades competentes, o médico deve ser extremamente cauteloso em relação ao risco que uma suspeita equivocada possa significar para aquela mulher. Após prestar assistência à paciente, o Dr. XY deve consultar colegas para averiguar se as circunstâncias correspondem ao caso em que ele seria obrigado por lei a notificar o fato. Em conversas com a Sra. A no período pós-tratamento, o Dr. XY deve perguntar-lhe se utiliza métodos contraceptivos e auxiliá-la de forma adequada.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

A atividade médica do Dr. XY não se dá em um vácuo, naturalmente, e após o tratamento, ele deve refletir sobre a situação, indagando-se até que ponto esse caso é típico, como ele pode ser evitado e, por exemplo, qual a melhor maneira de administrá-lo. Isto suscita algumas questões: será que Dr. XY está apto e qualificado para lidar com tais casos? Ele prepara adequadamente seus colegas mais jovens e alunos para gerenciarem situações como essa? Os médicos têm uma prerrogativa ética em termos de objeção de consciência quando se trata de iniciar um aborto eletivo, porém esse argumento não pode ser invocado para justificar a recusa de receber treinamento para tratarem corretamente do aborto incompleto, seja ele de origem espontânea ou induzida.

O Dr. XY deve estar ciente de que qualquer hesitação no atendimento de emergência à Sra. A pode prejudicar não apenas a saúde da paciente mas também a confiança das mulheres, que dependem do hospital no que se refere a sua saúde destas e de suas famílias, de que serão tratadas com respeito. Qualquer intervenção na gestão dos pacientes que passam por um aborto incompleto que venha a romper a relação terapêutica entre o paciente e o médico, tais como inquéritos

policiais ou notificação compulsória exigida por lei, no caso de haver possibilidades do aborto ter sido iniciado de forma ilegal, deve ser rechaçada.

O Dr. XY deve atuar junto a colegas, associações profissionais e, por exemplo, autoridades governamentais da área de saúde, no sentido de esclarecer que os médicos não podem se eximir da responsabilidade profissional e social para com o paciente em situação de necessidade se houver uma imposição para que ajam como informantes da polícia. Se a confidencialidade for violada, os pacientes hesitarão em procurar assistência médica, prejudicando suas vidas e saúde, ou a dos filhos que deles dependam. Poder-se explicar que as leis que tornam compulsórias as notificações de tais casos não são éticas em termos de princípios e não funcionam na prática. Na realidade, o *workshop* da OMS/FIGO em Campinas, Brasil, 1977, recomendou às sociedades de ginecologistas e obstetras que “orientassem seus membros no sentido de honrarem o código de ética profissional, observando a confidencialidade médica e não delatando mulheres suspeitas de se submeterem a procedimentos para pôr fim à gestação”.⁵

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

Após tratar do problema da Sra. A, o médico deve indagar se ela usa métodos contraceptivos, se foi vítima de violência doméstica ou outro tipo de violência sexual, além de outras perguntas como, por exemplo, se poderia ter interrompido a gestação por meios seguros e legais, se assim o desejasse. As respostas a essas indagações devem indicar quais medidas seriam apropriadas para que situações como essas não se repetissem.

Se a falta de acesso das mulheres a serviços reprodutivos seguros representou um fator agravante no caso da Sra. A, o Dr. XY deve agir junto a associações profissionais médicas a fim de elaborar protocolos de tratamento ou orientação ética e legal para atuações de emergência no caso de abortos incompletos. A orientação legal visaria esclarecer a legislação para os profissionais da área de saúde que relutam em tratar dos casos de aborto incompleto por se sentirem intimidados diante de possíveis sanções ou processos legais rígidos. A orientação ética sobre a necessidade de proteger o sigilo de modo a garantir que os pacientes serão respeitados pode ser útil para os profissionais da área de saúde que se sentirem confusos quanto à obrigatoriedade de notificar suspeitas de atividades criminosas. Essa orientação ética também pode servir como base para que estes profissionais questionem “as leis e regulamentações que obrigam o médico a delatar mulheres suspeitas de voluntariamente interromperem a gravidez e exigem a presença policial em serviços de emergência e clínicas obstétricas” em consonância com os incentivos do *workshop* de Campinas, organizado pela OMS/FIGO.⁶

⁵ WHO/FIGO Task Force, *Abortion – A Professional Responsibility for Obstetricians and Gynecologists. Report of the WHO/FIGO Task Force, Campinas (Brasil) Workshop, 2–5 de março de 1997* (London: International Federation of Gynecology and Obstetrics, 1997), Recommendation 9.

⁶ *Ibid.*, Recommendation 8.

14

Confidencialidade e aborto inseguro

Estudo de caso

Há três semanas, a Sra. H foi atendida na unidade do hospital público em que trabalha o Dr. G, devido a graves problemas de saúde provocados por um aborto feito sem as condições adequadas. Ela foi encaminhada a essa unidade pelo setor de emergência do hospital, onde havia sido admitida como paciente indigente (não pagante), em estado inconsciente e com grave perda de sangue. Ao recuperar a consciência sob os cuidados do Dr. G, explicou que havia procurado uma ex-enfermeira para fazer o aborto, alguém de quem ouvira falar com relação a assistência a mulheres em dificuldades. A Sra. H não quis revelar seu nome completo, com medo de perder o emprego de faxineira caso seu empregador, um órgão governamental, viesse a tomar conhecimento do aborto. O Dr. G prestou o melhor atendimento possível à paciente, mas teve dúvidas quanto à possibilidade dela poder ser mãe no futuro. Havia pouco, ele tinha recebido uma ligação de um policial graduado interessado em entrevistá-lo para reunir provas contra um morador suspeito de fazer abortos ilegais naquela área. A legislação vigente impõe sanções rigorosas para os casos de aborto, sendo que algumas mulheres já foram presas por terem recorrido a esse procedimento. Considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e de direitos humanos, que atitude esse médico deveria tomar?

1. Histórico

Estima-se que a taxa anual de abortos induzidos em todo o mundo situe-se entre 36 e 53 milhões, o que representa uma média anual de 32 a 46 abortos por cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva. É difícil documentar as informações sobre abortos clandestinos. A combinação de várias estimativas nos dá um total anual de 15 milhões de abortos clandestinos. Entretanto, como não são dados totalmente confiáveis, o número real tanto pode ser 10 milhões como pode chegar a 22 milhões.¹ Ao contrário

¹ S.K. Henshaw, 'Induced Abortion: A World Review, 1990', *International Family Planning Perspectives*, 16 (1990), 59-65.

do que se geralmente imagina, a maior parte das mulheres que procura o aborto é casada ou tem uma união estável com vários filhos. Verifica-se, porém, no mundo inteiro, que há um número crescente de adolescentes solteiras recorrendo ao aborto, chegando a representar a maioria, em alguns centros urbanos na África.

Aborto inseguro e aborto ilegal não são sinônimos. O aborto sem segurança é definido como um procedimento de interrupção de uma gestação indesejada, realizado seja por pessoas sem a necessária qualificação ou em ambientes que não atendem aos padrões médicos mínimos – ou ambas as situações.² O aborto ilegal significa pôr fim ou tentar interromper uma gravidez contrariando o disposto na lei. Muitas vezes, não é feito em condições seguras já que é realizado em segredo, freqüentemente por pessoas sem a qualificação necessária ou em ambientes que não atendem aos critérios mínimos de procedimentos seguros. Em países onde o aborto é ilegal, a tendência é a de que os médicos não tenham qualificação para realizar o procedimento, embora nem sempre seja assim. Há muitos casos de países em que o aborto é ilegal, como na América Latina, onde médicos particulares costumam realizar abortos cobrando honorários elevados, sendo raras as circunstâncias em que o cumprimento da lei seja observado.

Pode-se afirmar também que nem todos os abortos legais são seguros. Os órgãos e autoridades responsáveis pela formação e licenciamento dos médicos podem incorrer em negligências quanto ao treinamento necessário para a realização de um aborto ou tratamento de aborto incompleto. Alguns países em desenvolvimento, como a Índia, adotaram leis liberais em relação ao aborto, mas o sistema de saúde do país não está apto a atender adequadamente à enorme demanda. Assim, as mulheres na Índia, onde o acesso à assistência médica de qualidade é restrito, dependem de médicos pouco qualificados que não contam com instalações adequadas para realizarem procedimentos seguros.

2. Aspectos médicos

As controvérsias morais e religiosas suscitadas pelo aborto tendem a obscurecer a dimensão clínica e a que diz respeito à saúde pública. Quando realizado em condições seguras, o abortamento apresenta riscos muito baixos, com uma média de 0,6 óbitos em cada 100.000 casos.³ Em condições precárias, a taxa de mortalidade chega a ser de um óbito em cada 150 abortos. Anualmente, 70.000 mulheres morrem em decorrência de complicações geradas por abortos inseguros, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde. Em termos globais, o aborto é

² UN, *Population and Development*, i. *Programa de Ação Adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de setembro de 1994* (New York: ONU, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994), n. 20, p. 85.

³ WHO, *Unsafe Abortion—Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (Geneva: WHO, 3ª ed., 1997), 4. WHO/RHT/MSM/97.16.

responsável por 13% do total de mortes de mães, porém, em alguns países, 60% dos óbitos entre mães é devido a abortos realizados sem condições de segurança. Esses óbitos representam apenas uma fração do ônus, em termos de saúde, causado por abortos mal feitos. Há muitos casos de mulheres que sobrevivem ao aborto, mas que sofrem de morbidez aguda e crônica. As estimativas da OMS indicam que mais de metade dos óbitos decorrentes de abortos induzidos ocorrem no sul e no sudeste asiático, com a região do subsaara africano em terceiro lugar. Os dados da OMS revelam que a taxa de fatalidade associada ao aborto inseguro é provavelmente 700 vezes mais elevada do que a taxa relacionada ao aborto legal induzido nos EUA; em certas regiões, a proporção chega a ser 1.000 vezes maior. Mesmo em regiões desenvolvidas, a taxa de fatalidade é 80 vezes superior a do procedimento legal (ver Parte I, Capítulo 2, Seção 8.3).

3. Aspectos éticos

O respeito à confidencialidade do paciente constitui um princípio crucial do profissionalismo médico que remonta à época de Hipócrates. O sigilo ganha um significado fundamental no contexto de questões sensíveis relativas à saúde reprodutiva e sexual, em que algumas pessoas estão dispostas a abrir mão da assistência médica necessária para não precisarem ter contato com indivíduos ou organizações que não irão proteger suas identidades ou informações.

É objetável do ponto de vista ético que indivíduos doentes só possam ser atendidos por profissionais que são passíveis ou compelidos a trair a confidencialidade do paciente.⁴ Também é objetável que o Estado coloque os profissionais da saúde em uma situação de conflito de interesses, pressionando-os a agirem como informantes da polícia.

O dilema ético advém da revelação feita pelo paciente de informações que possam identificar alguém que realizou um aborto ilegal, cuja imperícia causou danos físicos, além de possíveis danos emocionais e psicológicos profundos, inclusive com risco de ter provocado a morte da paciente. Os princípios éticos de beneficência, promovendo um bem ao pôr fim à conduta indevida de quem faz o aborto, e de não-maleficência, evitando o mal de proteger essa pessoa de ser identificada, parecem coincidir no sentido de corroborar a colaboração com os inquéritos policiais.

Contrapondo-se de forma firme e talvez decisiva à aplicação desses princípios em um nível macroético ou da sociedade, há a aplicação microética do princípio da autonomia. A paciente quer receber assistência médica de qualidade e deseja também que sua identidade e sigilo sejam respeitados, sendo que os médicos não podem trair suas expectativas, expondo-a a processos legais com possibilidade de encarceramento. Isto seria, do ponto de vista individual, um dano ético em relação

⁴ B. M. Dickens e R. J. Cook, *Law and Ethics in Conflict over Confidentiality?*, Int. J. Gynecol. Obstet. 70 (2000), 385–91.

à paciente, seria socialmente nocivo por desestimular aqueles que precisam de ajuda a procurarem auxílio, além de desencorajar outros, que poderiam encorajar pessoas em dificuldade de acesso a centros de assistência médica, a procurarem hospitais.

4. Aspectos legais

A lei, às vezes, obriga os médicos a notificarem os casos suspeitos de abortos ilegais, ou a responderem perguntas em inquéritos policiais revelando informações sobre a identidade de pacientes. Essas leis podem ser consideradas como moralmente ofensivas, podem ser questionadas, porém não ignoradas. Os médicos têm a obrigação moral e ética de protegerem ao máximo a identidade de seus pacientes, por exemplo, recusando-se a prestar informações a menos que a polícia apresente um mandato judicial, ou recorrendo desses mandatos.

Na maioria dos casos, não há um dever legal de notificar suspeitas de crimes à polícia ou outras autoridades, assim como inquisições feitas pela polícia não precisam ser respondidas de forma a violar o princípio da confidencialidade. As instituições e os profissionais da saúde devem proteger não apenas dados relativos à saúde do paciente, como também a própria identidade dos mesmos. Não constitui crime de obstrução da atividade policial negar-se a fornecer nome ou outra identificação do paciente. A exigência, por parte da polícia, de acesso a documentos de pacientes tem de ser corroborada por um mandato judicial de busca, sendo que o mandato não pode ser abrangente, permitindo uma inspeção indiscriminada dos prontuários médicos, devendo ter como alvo documentos específicos. Entretanto, é possível responder às perguntas de policiais voluntariamente provendo o máximo de dados, desde que o anonimato do paciente seja preservado.

5. Aspectos de direitos humanos

As violações de direitos humanos às quais as mulheres estão expostas quando buscam assistência médica para problemas causados por abortos inseguros derivam principalmente do caráter repressivo das leis de aborto de natureza restritiva. O argumento de que as mulheres não estariam sujeitas a tais violações se obedecessem à lei e não recorressem a abortos ilegais ignora a realidade tão comum de violações de direitos humanos associadas a casos de continuidade de gravidez indesejada, cada vez mais condenadas como casos de “gravidez forçada”. Os homens não estão sujeitos a nenhum requisito legal no sentido de involuntariamente emprestarem seus corpos para benefício de outros, como, por exemplo, doadores de sangue ou medula óssea, sendo que os preceitos legais que as mulheres obedecem involuntariamente nesse sentido constituem discriminações contra as mulheres como base em gênero.

A segurança da mulher como pessoa é infringida não apenas porque a opção pela autodeterminação reprodutiva a conduz a práticas ilegais, mas também porque a busca de objetivos conscientes em sua vida pode submetê-la a investigações policiais, processos judiciais e encarceramento. O fato de serem negados às mulheres seus direitos humanos à segurança como pessoa, à vida privada, a estarem livres do risco de tratamento degradante e desumano, é agravado pelos casos de gravidez causados por estupro, alguma outra violência sexual, ou exploração, diante das quais elas não dispõem de meios práticos de resistir. A proteção dos direitos humanos das mulheres oferece pouca margem para o cumprimento das leis restritivas do aborto. Isto ocorre mesmo quando elas não estão sujeitas a perseguições e encarceramento por envolvimento com aborto ilegal, quando agem em prol de seus próprios interesses decidindo se, quando e em que circunstâncias desejam dar luz a filhos. Os direitos das mulheres a defenderem esses interesses fazem parte dos direitos à saúde reprodutiva, em consonância com o Artigo 12 da Convenção das Mulheres.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

A principal obrigação do Dr. G diz respeito à paciente. Se as perguntas feitas por policiais sobre o caso suspeito puderem ser plenamente respondidas sem revelar nome ou outros dados identificadores da Sra. H, as respostas devem ser dadas. Entretanto, a declaração do Dr. G de que uma pessoa não identificada realizou um aborto para a paciente constitui prova não material, o que, em muitos tribunais, não pode constar como prova. A polícia poderá insistir para que o nome da paciente seja revelado, a fim de que ela testemunhe contra o suposto realizador do aborto. Não cabe ao Dr. G negociar imunidade para a Sra. H em troca de informações sobre sua identidade e seu testemunho, sendo que ele não deve tentar nada neste sentido. Um advogado, com instruções da Sra. H, poderá fazê-lo como parte de um processo de admissão de culpa, já que muitas vezes os promotores garantem imunidade em troca do testemunho da mulher no processo contra o acusado de realizar os abortos. Tal privilégio, entretanto, não pode ser assegurado e o médico não deve fazer esse pedido, nem fornecer o nome da paciente diante do oferecimento. Trata-se de atribuição de um advogado, que iria representar e defender os interesses da Sra. H, embora, muito provavelmente, ela não disponha de meios para pagar por esse serviço.

A consequência do Dr. G informar à polícia que ele sabe o nome ou outros detalhes identificadores da Sra. H mas que não irá revelá-los em um inquérito é que, se instaurado um processo com base nas investigações policiais, o médico pode ser intimado a depor em relação a essa informação. A intimação pode ser contesta-

da, porém não ignorada. Se convocado para testemunhar em juízo, é provável que lhe sejam feitas perguntas cujas respostas revelariam o nome ou fatores identificadores da Sra. H. O médico deve, inicialmente, recusar-se a responder as perguntas e solicitar ao juiz que proteja o anonimato da paciente, ou que pelo menos proíba que a identificação seja feita abertamente no tribunal ou em entrevistas à mídia. O Dr. G tem direito a ser representado por um advogado para protegê-lo da compulsão de infringir a confidencialidade da paciente. Caso uma associação de defesa médica designe um advogado para representá-lo, este poderá também representar os interesses da paciente em relação ao anonimato. Os juízes costumam ver com bons olhos a preservação do sigilo, porém cabe ao Dr. G cumprir qualquer orientação judicial no sentido de divulgar algum dado de seu conhecimento a respeito da identidade ou nome da Sra. H.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

Os funcionários responsáveis por bibliotecas ou registros médicos podem sofrer pressões para revelar dados médicos à polícia, inclusive sob ameaças de serem processados por obstrução às buscas efetuadas pelas autoridades. Em geral, não há obrigatoriedade legal de colaborar com investigações policiais; ao contrário, há o dever de não colaborar caso isto represente infração do sigilo médico daquele paciente. Os dados anônimos, assim como dados coletivos, podem ser divulgados. Por exemplo, faz sentido que um órgão ou instituição divulgue dados mostrando como as conseqüências de abortos inseguros representam um ônus para o atendimento ginecológico e de emergência, ou indicando, periodicamente, taxas ascendentes ou descendentes desses atendimentos. Os dados de identificação pessoal só podem ser fornecidos mediante apresentação de mandado de busca com aprovação judicial, sendo que no caso do mandado há, em geral, a possibilidade de recurso a uma instância superior, devendo o recurso ser interposto por advogado instruído pelo órgão ou instituição. Da mesma forma, o Dr. G pode informar à equipe do hospital responsável pelos registros médicos sobre as investigações policiais pendentes, para assegurar que nenhum dado identificador será revelado sem o devido processo legal.

A vigésima primeira sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada em julho de 1999, aprovou a seguinte linha de ação fundamental: todos os governos, organizações governamentais e não governamentais devem reafirmar seus compromissos com a saúde das mulheres, para tratar do impacto do aborto inseguro na saúde das mulheres como uma relevante questão de saúde pública, procurando reduzir o recurso ao aborto mediante serviços de planejamento familiar cada vez mais amplos e aprimorados.⁵ Em todas as circunstâncias, as mulheres devem dispor de acesso ao atendimento de qualidade no caso de complicações

⁵ UN, Assembléia Geral, Relatório do Comitê Ad Hoc de toda a Vigésima Primeira Sessão Especial da Assembléia Geral: *Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, A/S-21/5/Add.1 (New York: UN, 1999).

390 *Do princípio à prática*

decorrentes de aborto. Orientação pós-aborto, educação e serviços de planejamento familiar devem ser prontamente oferecidos, o que também contribui para evitar a repetição do aborto. Os governos devem adotar as devidas medidas visando ajudar as mulheres a evitarem o aborto, o que de modo algum deve significar incluir o aborto como método de planejamento familiar, assegurando que as mulheres que tiverem recorrido ao aborto recebam sempre orientação e tratamento humanitário.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

O fato das mulheres recorrerem a abortos inseguros constitui, com frequência, um indicador do não funcionamento adequado do sistema legal. Em muitos países, leis restritivas ao aborto foram liberalizadas com base em relatos das mulheres sobre a experiência a que tiveram de se submeter para alcançar a liberdade reprodutiva prometida nas leis e convenções de direitos humanos. Estas histórias da vida real, que tragicamente incluem casos de morte real, demonstram a futilidade e a não funcionalidade das leis repressivas, inclusive daquelas que prevêm pena de prisão para tais casos. A divulgação das reais conseqüências das leis repressivas levou algumas legislaturas a deixar de lado a abordagem de “crime e castigo” para o aborto, voltando-se para uma perspectiva de “saúde e bem-estar”, principalmente quando os relatos referem-se a mulheres com as quais os legisladores se identificam, como suas esposas, filhas e irmãs.

O Dr. G pode divulgar histórias anônimas de pacientes, como o caso da Sra. H, ou dados coletivos sobre a prevalência dos danos decorrentes de abortos feitos sem condições de segurança, como forma de pressionar por leis e políticas humanitárias que permitam aos pacientes alcançar autonomia reprodutiva com segurança e dignidade. Da mesma forma, o Dr. G pode enviar casos anônimos para ONGs, principalmente grupos de mulheres, a fim de pressionar os governos e legisladores a adotarem leis mais eficazes e humanas, relativas, por exemplo, a serviços de planejamento familiar visando reduzir casos de gravidez não planejada e o recurso ao aborto.

O Comitê responsável pelos aspectos éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) recomendou que “após a devida orientação, as mulheres devem ter direito de acesso ao aborto induzido médico ou cirúrgico, e que a assistência médica tem a obrigação de prover esses serviços do modo mais seguro possível”.⁶ A Assembléia Geral da FIGO, em 2002, adotou o relatório do Comitê.⁷

⁶ FIGO, ‘Ethical Aspects of Induced Abortion for Non-Medical Reasons’, in FIGO, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Londres: FIGO, 2000), 56–9 at 59. disponível no site <http://www.figo.org/default.asp?id?6057>, último acesso 2 de maio de 2002.

⁷ FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, ‘Ethical Aspects of Induced Abortion for Non-Medical Reasons’, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Londres, FIGO 2000), 56–7, disponível no site: HYPERLINK “<http://www.figo.org/www.figo.org/default.asp?id?/00000090.htm>”, último acesso 6 de maio de 2002.

15

Violência doméstica

Estudo de caso

No exame pré-natal da Sra. N, o Dr. O percebe que ela tem ferimentos no peito e no abdômen que parecem ter sido causados por um ato de violência. O Dr. O pergunta à Sra. N se ela foi vítima de agressão física e ela responde de forma evasiva, explicando inclusive que sofrera uma queda que seria incompatível com a natureza dos seus ferimentos. Conhecendo a alta frequência de violência doméstica na comunidade, Dr. O lhe pergunta se ela foi agredida pelo marido. A Sra. N diz que não quer nenhuma investigação que possa prejudicar o trabalho de seu marido pois a família, que inclui três crianças, precisa de seu salário. Quais são as obrigações médicas, éticas, legais e de direitos humanos do Dr. O?

1. Histórico

O termo ‘violência contra as mulheres’ foi definido pela Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, e adotado pela 4ª Conferência Mundial das Mulheres em Pequim, em sua Plataforma de Ação, como ‘qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa vir a resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, que incorram tanto na vida pública quanto na privada.’¹ Da mesma forma, entende-se que a violência contra as mulheres engloba, mas não se limita a:

- (a) violência física, sexual e psicológica dentro da família, inclusive espancamento, abuso sexual infantil contra meninas dentro de casa, violência relacionada a dote, estupro conjugal, mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais prejudiciais às mulheres, violência não conjugal e violência relacionada à exploração das mulheres;
- (b) violência física, sexual e psicológica dentro da comunidade em geral, inclusive estupro, abuso sexual, assédio sexual e intimidação no trabalho, em instituições educacionais e outros lugares, tráfico de mulheres e prostituição forçada;

¹ UN, Declaration on Violence against Women, UN General Assembly Resolution, 48/104, 20 Dec. 1993. Art. 1.

392 *Do princípio à prática*

- (c) violência física, sexual e psicológica provocada ou negligenciada pelo Estado, onde quer que ela ocorra.²

O Relatório da 4ª Conferência Mundial das Mulheres declara que ‘em todas as sociedades, em maior ou menor grau, mulheres e meninas estão sujeitas a abuso físico, sexual e psicológico, independente de sua renda, classe social e cultura’.³

A forma de violência de gênero mais disseminada é o abuso de mulheres por seus parceiros íntimos masculinos. Pesquisas realizadas em diversos países mostraram que de um décimo a mais da metade das mulheres entrevistadas eram espancadas pelo parceiro, e a maioria destas eram espancadas pelo menos três vezes ao ano.⁴ O abuso cometido pelo parceiro, também chamado de violência doméstica, agressão contra as mulheres ou espancamento conjugal, normalmente é parte de um padrão de controle e comportamento abusivos, e não um ato de violência isolado, e geralmente está associado ao abuso psicológico.

Relatórios nacionais revelam como as sociedades vêm impondo a subordinação social e submissão das mulheres dentro de seus próprios lares em maneiras que ocultam, e portanto facilitam, a violência doméstica, e ainda revelam quais os passos positivos que foram tomados nos diferentes setores sociais, legais e de saúde para solucionar o problema da violência doméstica.⁵

2. *Aspectos médicos*

A violência traz graves conseqüências à saúde física, mental e reprodutiva das mulheres, além de provocar sérios efeitos na saúde de suas crianças e bebês de colo (especialmente quando também são vítimas, ou testemunhas, no caso das crianças maiores). A violência contra as mulheres dentro de casa não diminui durante a gravidez. Na verdade, a gravidez torna as mulheres ainda mais vulneráveis. As mulheres gestantes podem sofrer abortos em conseqüência da violência.

Uma das conseqüências mais importantes da violência de gênero é o seu impacto na saúde mental,⁶ fato que tem sido observado especialmente em casos de violência sexual e doméstica. A violência sexual viola a integridade física das mulheres, enquanto a violência doméstica é um tipo de violência crônica e recorrente dentro da família. Diz-se, com razão, que os ferimentos do corpo acabam

² UN, Declaration on Violence against Women, UN General Assembly Resolution, 48/104, 20 Dec. 1993. Art. 2.

³ UN, Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration: Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4–15 September 1995* (New York: UN, 1995), para. 112.

⁴ L. Heise, M. Ellsberg, and M. Gottemoeller, ‘Ending Violence against Women’, *Population Reports*, Series L (1999), 11.

⁵ Asian Women’s Fund, *Report of an Expert Meeting: Zero Tolerance for Domestic Violence* (Tokyo: Asian Women’s Fund, 2001).

⁶ WHO, *Women’s Mental Health: An Evidence Based Review* (Geneva: WHO, 2000), part 4: Violence Against Women, WHO/MSD/MHP/00.1.

cicatrizando mais cedo ou mais tarde, deixando apenas cicatrizes, enquanto que os ferimentos da alma demoram muito mais a cicatrizar, podendo reabrir a qualquer momento.

3. Aspectos éticos

É evidente que a violência exercida contra qualquer pessoa, a não ser em caso de legítima defesa, é sempre antiética, e não apenas quando dirigida a uma mulher, dentro de sua própria casa, pelo parceiro cujo dever legal e moral é defendê-la. A enormidade do ultraje é ainda maior quando se trata de gestantes. A violação ética ofende os dois aspectos do princípio de respeito pelo ser humano, ao negar a autonomia da pessoa e a proteção tanto à vítima vulnerável quanto à criança por nascer.

O desafio ético neste caso surge apenas do pedido da vítima para que não seja tomada nenhuma ação contra o suposto culpado, devido aos prejuízos que ela receia para si própria e seus dependentes. No nível microético, entre médico e a paciente, o médico pode agir de forma ética ao fazer a vontade da paciente, até por reconhecer que não foi uma livre escolha. Entretanto, a legislação e outras obrigações legais podem exigir que o médico lide com a questão no nível macroético, voltado para a prevenção e redução da violência doméstica na comunidade em geral. Esta abordagem pode ser adequada quando a sociedade se encarrega de proteger a vítima contra os prejuízos que ela possa vir a ter se for tomada ação legal contra o culpado, por exemplo, disponibilizando abrigo e apoio financeiro, para que a vítima e sua família possam se tornar independentes de seus agressores, tanto doméstica quanto economicamente.

O Comitê da FIGO para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres, em sua declaração sobre a violência contra as mulheres, afirma que

A violência contra as mulheres não é aceitável qualquer que seja a situação, e portanto os médicos, ao oferecerem tratamento às mulheres, têm a obrigação ética de:

- i. Informar-se a respeito das manifestações de violência e reconhecer os casos. A documentação deve levar em consideração a necessidade de sigilo para evitar possíveis prejuízos às mulheres, o que pode requerer uma compilação de dados separada e não identificável.
- ii. Tratar os resultados físicos e psicológicos da violência.
- iii. Certificar suas pacientes de que atos de violência contra elas são inaceitáveis.
- iv. Defender a criação de infra-estruturas sociais que ofereçam às mulheres a opção de procurar refúgio seguro e aconselhamento permanente.⁷

⁷ FIGO, 'Violence against Women', in FIGO, *Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000), 7–8, para. 2 at 7. Available at <http://www.figo.org/default.asp?id=6115>, last accessed 2/5/2002.

As pesquisas sobre a incidência, natureza, gravidade e prevenção da violência doméstica podem ir além da pesquisa médica convencional que envolve pacientes humanos, levantando questões éticas de ciência social e pesquisa epidemiológica.⁸ No nível macroético, estes estudos podem exigir concessões relativas ao sigilo e, por exemplo, o consentimento das pessoas cujo comportamento e a vitimização estão sendo examinados.⁹

4. Aspectos legais

Em alguns países os médicos são obrigados por lei a denunciar casos de suspeitas de ferimentos causados deliberadamente, tais como abuso infantil e, em certos países, abuso de idosos e deficientes mentais. Entretanto, onde a denúncia não é obrigatória, os médicos e outros profissionais de saúde têm o poder de escolha para denunciar ou não. O exercício deste arbítrio não será considerado dentro da lei como violação de sigilo profissional, desde que as denúncias sejam feitas de boa fé e com o devido cuidado. Por exemplo, as denúncias só podem ser feitas à polícia ou às autoridades de assistência social familiar devidamente preparadas para lidar com casos de violência, e os supostos culpados devem ser identificados com todo cuidado para que pessoas inocentes não sejam envolvidas na rede de suspeitas. A polícia, as autoridades de assistência social infantil e outros órgãos que recebem denúncias de abuso têm por prática não revelar a identidade dos informantes, o que é considerado legal pelos supremos tribunais em diversos países.¹⁰ Esta prática protege a identidade dos informantes, mas tanto os informantes como os não-informantes correm o risco de serem acusados, pelos pacientes e por seus familiares, de estarem violando informações supostamente confidenciais.

O exercício do direito legal dos médicos de denunciar está sujeito a revisão pelas autoridades de licenciamento e associações profissionais da classe, com base na ética profissional. O fato de os pacientes não terem como recorrer aos tribunais de justiça contra os médicos que quebram o sigilo não impede que as autoridades de licenciamento ou associações profissionais, ao receberem reclamações de pacientes, investiguem se o poder legal de denunciar foi exercido de forma adequada. Por exemplo, uma denúncia inadequada e negligente que expõe a mulher a perigos ainda maiores, como por exemplo informar uma delegacia policial de um incidente de violência doméstica cometida por um marido que é

⁸ M. Ellsberg, L. Heise, R. Pena, S. Agurto, and A. Winkvist, 'Researching Domestic Violence against Women: Methodological and Ethical Considerations', *Studies in Family Planning*, 32 (2001), 11–16.

⁹ Z. Bankowski, J. H. Bryant, and J. M. Last (eds.), *Ethics and Epidemiology: International Guidelines. Proceedings of the XXVth CIOMS Conference, Geneva, Switzerland, 7–9 November 1990* (Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences, 1991).

¹⁰ *D. v. National Society for the Prevention of Cruelty to Children*, [1977] 1 All ER 589 (House of Lords, England).

oficial da tal delegacia, pode resultar em sanção disciplinar que a autoridade de licenciamento ou associação profissional tem o poder legal de impor.

Os sistemas legais não se desenvolvem todos no mesmo ritmo, e existem contrastes marcantes entre os mais progressivos e os mais reacionários. A imposição de relação sexual não-consensual é crime em qualquer país. Entretanto, os mais progressivos reconhecem que o fato de as mulheres consentirem com o casamento não significa que estejam consentindo com qualquer ato sexual forçado por parte do marido, e que os maridos podem ser condenados por estuprarem suas esposas tanto quanto um desconhecido. Alguns sistemas não têm tanta predisposição em estigmatizar a coerção do ato sexual pelo marido como estupro, mas estão prontos a condená-los por ofensas menores, tais como agressão. Entretanto, alguns tribunais, tal como o Supremo Tribunal do México em junho de 1997, estabeleceram que as relações sexuais impostas pela violência dentro do casamento não podem ser consideradas crime por serem o exercício de um direito 'legal'.¹¹ Este raciocínio judicial insensível pode ser comparado com as decisões judiciais¹² e os estatutos¹³ de países que, por outro lado, permitem a condenação de maridos por estupro quando força é utilizada contra a resistência das esposas à relação sexual.

5. Aspectos de direitos humanos

O padrão mínimo de proteção dos direitos humanos a qual as vítimas reais e potenciais de violência têm direito é o de segurança pessoal. A gravidade, a natureza e a frequência do abuso sofrido podem elevar-lhes o direito de proteção contra o tratamento degradante e desumano, e até de proteção da própria vida. Os diferentes fóruns que tratam de temas relacionados à proteção e promoção do direito das mulheres de livrarem-se da violência doméstica incluem as fontes de proteção mais óbvias, tais como serviços policiais e tribunais de justiça, apesar de que, algumas vezes, as fontes mais óbvias na teoria são inacessíveis na prática. Os *ombudsmen* ou ouvidores de direitos humanos ou as comissões nacionais de direitos humanos podem ser mais acessíveis, e poderiam ser encorajados a investigar a violência doméstica e as formas pelas quais os recursos policiais e governamentais poderiam ser usados de modo mais eficiente para resolver o problema.

A violência doméstica apresenta um paradoxo com relação à proteção das mulheres contra a violência pela forma em que a proteção aos direitos humanos da vida privada e familiar é às vezes aplicada. Na tentativa de zelar pela vida familiar, alguns Estados classificam as atividades realizadas dentro do lar como parte da

¹¹ Citado no Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000), 47.

¹² *SW v. United Kingdom* and *CR v. United Kingdom* (1995) 21 EHRR 363 (European Court of Human Rights).

¹³ Veja, por exemplo, o Código Penal do Canadá, Sec. 278.

396 *Do princípio à prática*

esfera privada, e portanto fora do alcance do escrutínio público e da intervenção governamental. Este princípio tem sido de grande utilidade às famílias, com relação, por exemplo, à prática contraceptiva consensual, mas torna-se prejudicial quando é invocado para negar ou obstruir intervenções da polícia ou do governo em incidentes não consensuais de violência doméstica, inclusive o estupro conjugal. Estudos revelam que os sistemas de justiça criminal ainda precisam ser aplicados de forma mais adequada e igualitária para satisfazer as necessidades de mulheres com relação à proteção contra agressões dentro e fora de casa.¹⁴ Um dos desafios ao cumprimento da lei criminal é que o único adulto a testemunhar a violência doméstica pode ser a própria vítima, e sua recusa em testemunhar para se proteger pode ser difícil de ser vencida sem ameaçá-la com castigo policial ou judicial, tal como desacato à autoridade por se recusar a testemunhar ou identificar seu agressor.

A restrição do governo em intervir nos casos de condutas familiares violentas ou igualmente abusivas pode perpetuar uma cultura de violência contra as mulheres, tanto sexual quanto não sexual, e viola as diretrizes, por exemplo, da Convenção das Mulheres, pela qual os Estados se propõem a implementar medidas adequadas ‘para modificar os padrões de condutas sociais e culturais . . . que se baseiam no conceito da inferioridade ou superioridade de um dos sexos ou nos papéis estereotipados de homens e mulheres’ (Artigo 5º(a)). O direito humano à vida familiar e privada é bastante importante, mas não se pode admitir que ele permita condutas familiares privadas nas quais um dos parceiros exerça domínio sobre o outro através da violência. O princípio chave dos direitos humanos é que a violência dirigida propositalmente contra qualquer pessoa nunca é um assunto estritamente particular.

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

O Dr. O deve tratar a condição física atual da Sra. N, e juntos devem conversar sobre as consequências das opções de tratamento para ela e seu feto, e condições para que ela cuide dos seus filhos. O Dr. O também deve tratar da condição psicológica da Sra. N, vendo se ela reconhece ou nega sua vulnerabilidade à violência doméstica, e qual a possibilidade de ela reagir à violência com violência, dirigida talvez contra seus filhos. O Dr. O também deve levar em consideração a proteção da Sra. N contra futuros atos de violência, orientando-a possivelmente em termos de como evitar, suavizar, ou escapar de situações voláteis ou emocionalmente explosivas. Deve-se dar atenção tanto ao bem-estar da Sra. N na gravidez e no parto, quanto ao seu bem-estar e de sua família depois do nascimento da criança.

Se a Sra. N estiver protegendo seu marido por razões econômicas, o Dr. O pode concordar com suas escolhas, comprometendo sua capacidade como médico de

¹⁴ Human Rights Watch, *Criminal Injustice: Violence against Women in Brazil* (New York: Human Rights Watch, 1991).

envolver autoridades policiais no possível abuso do Sr. N sobre ela. Entretanto, o Dr. O poderá orientar a Sra. N sobre outros meios de proteção menos radicais que estejam disponíveis.

Ao cumprir o dever ético de beneficência, o Dr. O deve ter o cuidado de não violar o dever recíproco de não-maleficência, caso provoque a raiva do marido contra sua esposa e sua família. Se necessário, o Dr. O pode avisar o Sr. N sobre as conseqüências legais que o último pode vir a sofrer se sua conduta resultar em ferimentos, e sobre qualquer responsabilidade legal que o Dr. O possua de denunciar às autoridades policiais a evidência de incidentes de ferimentos não-acidentais. Deve-se também prestar atenção à possível exposição da Sra. N à violência por parte de outros membros da família, como os sogros, por exemplo, caso ela more com eles. Se o Dr. O trabalhar em um lugar onde funcionários administrativos ou outros possam colaborar com o aconselhamento do Sr. N, os deveres gerais de denúncia dos fatos podem ser exercidos por outros, tais como o encarregado administrativo do centro de saúde, ou uma autoridade religiosa.

6.2 As obrigações dos sistemas de saúde

O Dr. O tem o poder e a responsabilidade de educar seus colegas com relação às percepções sobre a realidade, o âmbito e as formas da violência doméstica. Através dos hospitais e centros de saúde, o Dr. O poderá ajudar no desenvolvimento de orientações práticas e protocolos a serem seguidos na identificação de ferimentos possivelmente causados por atos de violência.¹⁵ Além disso, o Dr. O poderá dar início ao desenvolvimento de um treinamento curricular e especializado para os profissionais de saúde, inclusive ginecologistas e obstetras, de acordo com a convocação da Assembléia Geral da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), convidando as sociedades-membro a ‘garantir que a violência contra as mulheres esteja incluída no currículo de todos os profissionais de saúde reprodutiva, no treinamento especializado de ginecologistas e obstetras e nos programas de desenvolvimento profissional’.¹⁶

6.3 Ação social frente as condições subjacentes

A FIGO, através de seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde das Mulheres explica que ‘a violência contra as mulheres é um reflexo da relação desigual de poder que existe entre homens e mulheres na sociedade’, e que ‘as vulnerabilidades físicas, financeiras e sociais das mulheres são fundamentalmente

¹⁵ S. MacDonald, J. Wyman, and M. Addison, *Guidelines and Protocols for the Sexual Assault Nurse Examiner* (Toronto: Sexual Assault Care Centre, Women’s College Hospital, 1995).

¹⁶ FIGO, *General Assembly Resolution on Violence against Women, FIGO/WHO, Pre-congress Workshop on Violence against Women: In Search of Solutions* (Geneva: WHO, 1998) 33-4. WHO/FRH/WHD/97.38 Also available at <http://www.figo.org/default.asp?id=00000087.htm>, last accessed 6/5/2002.

prejudiciais ao futuro de uma sociedade. Se isto não for corrigido, não se poderá evitar prejuízos às gerações futuras e se estará contribuindo para o ciclo de violência.’ O Comitê também observou que ‘há uma necessidade de maior conscientização da magnitude do problema da violência contra as mulheres’, e que os ‘médicos estão muito bem posicionados para ajudar neste aspecto. Um problema só pode ser resolvido quando é reconhecido.’ O Comitê concluiu que ‘as associações profissionais e os médicos têm portanto o dever de divulgar informações sobre a frequência dos diversos tipos de violência contra as mulheres’.¹⁷

O conhecimento que o Dr. O tem da alta ocorrência de violência doméstica na comunidade serve de base para inspirar e trabalhar com os líderes comunitários, os centros de saúde e as organizações profissionais e de saúde das mulheres para corrigir este traço destrutivo da vida doméstica.¹⁸ Os líderes e as organizações, por sua vez, deverão divulgar a extensão e os danos da violência doméstica, e tomar iniciativas para seu alívio, redução e eventual extinção. Devido à grande ocorrência de violência doméstica na comunidade, o Dr. O poderá querer explorar, junto às organizações de mulheres, a viabilidade de se estabelecer linhas diretas de aconselhamento por telefone e, por exemplo, abrigos para as vítimas de violência doméstica. Em lugares onde as leis contra a violência doméstica são inadequadas, ou cumpridas de forma inadequada, o Dr. O poderá analisar com os legisladores e promotores as formas em que medidas legais adequadas poderiam melhorar as estratégias preventivas e a aplicação efetiva da lei.

¹⁷ FIGO, ‘Violence against Women’.

¹⁸ R. F. Jones and D. L. Horan, ‘The American College of Obstetricians and Gynecologists: A Decade of Responding to Violence against Women’, *Int. J. Gynecol. Obstet.* 58 (1997), 43–50.

16

Uma morte materna

Estudo de caso

O Dr. AB trabalha no departamento de obstetrícia e ginecologia de um hospital regional. A Sra. X foi admitida no setor de emergência com grave sangramento vaginal. Estava em seu último mês de gestação e tinha seis filhos (dois meninos e quatro meninas), e chegou em estado de choque causado pela perda de sangue. O Dr. AB foi chamado para realizar uma cesariana, mas a Sra. X e a criança morreram durante a operação. Dr. AB revisou, junto com um colega do hospital, todo o procedimento realizado no hospital assim como as outras circunstâncias do caso. O que mais o Dr. AB poderia fazer para desobrigar-se das responsabilidades médicas, éticas, legais e de direitos humanos?

1. Histórico

Embora hoje sejam raros os casos de morte materna em países desenvolvidos, são ainda, infelizmente, ocorrências comuns nos países em desenvolvimento. As estimativas de mortalidade materna revistas em 1995 indicam que cerca de 515.000 mulheres morrem por ano de causas relacionadas à gravidez e ao parto,¹ uma taxa superior a 1.400 mortes maternas por dia, e um pouco menor que uma morte por minuto. Um relatório do Banco Mundial, publicado em 1993, classificou a maternidade como o principal problema de saúde em mulheres jovens (entre 15 e 44 anos) nos países em desenvolvimento, responsável por 18 por cento da carga total das doenças.² As mortes dessas mulheres ocorrem na plenitude de suas vidas. Na condição de mães, suas mortes têm um grande impacto social e de saúde para suas famílias. Além disso, a mortalidade materna deve ser considerada como apenas a ponta de um iceberg com relação à morbidade materna e ao sofrimento agudo e crônico. Para cada morte materna, há um grande número de mulheres que sobrevivem

¹ WHO, *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA* (Geneva: WHO, 2001), 2, 42–7, WHO/RHR/01.9.

² World Bank, *World Development Report: Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993).

400 *Do princípio à prática*

a doenças graves com seqüelas que geram contínuo sofrimento e incapacidade,³ resultado, por exemplo, de problemas associados ao trabalho de parto obstruído, tais como fístulas obstétricas (lacerações na parede vaginal que comunicam com a bexiga ou o reto).⁴

A mortalidade materna, nos países em desenvolvimento, é trágica também em termos de equidade e justiça social. As estimativas revistas de 1995 indicam que a taxa de mortalidade materna (TMM) mundial é de 400 mortes maternas para cada 100.000 crianças nascidas com vida.⁵ A taxa de mortalidade materna indica o risco de morte materna entre as mulheres gestantes ou em início de gestação. Reflete o estado básico da saúde das mulheres, seu acesso a cuidados médicos, e a qualidade dos cuidados que recebem.⁶

As diferenças regionais são grandes em termos de número de mortes e taxas de mortalidade materna.⁷ A desigualdade é ainda mais dramática com relação ao risco corrido em vida, ou seja, a probabilidade de uma mulher de sofrer a morte materna durante toda a sua vida reprodutiva.⁸ Maiores detalhes sobre a magnitude desta iniquidade foram apresentados na Parte I, em seu segundo capítulo sobre *Saúde sexual e reprodutiva*. A Tabela III.1.1 apresenta dados sobre a taxa de mortalidade materna em diversos países.

2. *Aspectos médicos*

Todas as gestantes estão sujeitas a riscos imprevisíveis e algumas vezes inevitáveis durante a gestação e o parto.⁹ De um ponto de vista global, a maioria das mortes maternas são causadas por sangramento excessivo (25%), infecção (15%), eclâmpsia (convulsões) (12%), trabalho de parto obstruído (8%), e aborto inseguro (13%).¹⁰

A morte materna é trágica não apenas por ocorrer em momento de expectativa e alegria; é também uma das formas mais terríveis de se morrer. Uma mulher pode se ver sangrando até a morte sem que nenhuma ajuda seja possível. Um caso grave de

³ J. A. Fortney and J. B. Smith, 'Measuring Maternal Morbidity', *Reproductive Health Matters*, special edition (1999), 43–50.

⁴ WHO, *Obstetric Fistulae: A Review of Available Information* (Geneva: WHO, 1991), WHO/MCH/MSM/91.5.

⁵ WHO, *Maternal Mortality*.

⁶ A. Starrs, *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report of the Safe Motherhood Technical Consultation, Colombo, Sri Lanka, 1997* (New York: Family Care International, 1998), 62.

⁷ WHO, *Maternal Mortality*.

⁸ *Ibid.*

⁹ M. F. Fathalla, 'Chapter 9: Pregnancy and Childbirth: A Risky Business', in *Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997), 103–22.

¹⁰ WHO, *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries* (Geneva: WHO, 1994), 2 WHO/FHE/MSM/94.11.

sepsia após o parto exaure a mulher já enfraquecida pelo trauma do parto. Ver uma mulher agonizar em espasmos convulsivos de eclâmpsia é uma cena impossível de esquecer. No trabalho de parto prolongado, as intensas contrações involuntárias e incontroláveis do útero continuam ocorrendo até que o útero não suporte mais e se rompa, resultando em hemorragia interna. O aborto inseguro pode causar a morte por sangramento incontrolável devido ao trauma causado no útero e nos órgãos da pélvis e a casos graves de sepsia.

Estima-se que cerca de 15% das gestantes requerem atenção médica para evitar a morte ou a invalidez resultantes de complicações que põem a vida em risco. Parteiras treinadas têm um papel importante na educação da comunidade, na detecção precoce das necessidades e na indicação de centros de saúde. Para poder lidar com complicações graves, um estabelecimento deve ter a capacidade de prestar serviços essenciais de obstetrícia, inclusive procedimentos cirúrgicos e de anestesia, transfusão de sangue, administração de casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e cuidados especiais para recém-nascidos. A pré-eclâmpsia é o termo dado à tríade de edema, hipertensão e albumina na urina, dos quais a hipertensão é o mais importante. Precede o desenvolvimento de convulsões (eclâmpsia) caso a pressão sangüínea não seja controlada.

A Organização Mundial de Saúde estima que, em média, apenas 57% dos partos no mundo, hoje, sejam auxiliados por assistentes de parto capacitados; a distribuição é de 99% para as regiões mais desenvolvidas, e de 34 a 86% entre as regiões menos desenvolvidas.¹¹ O termo ‘assistente de parto capacitado’ se refere a um profissional de saúde que recebeu o treinamento necessário para detectar, diagnosticar em estágios iniciais, e quando necessário, referir as mulheres com complicações de risco de vida para locais onde receberão a ajuda necessária. Apenas 46% de todos os partos ocorrem em hospitais ou centros de saúde; o montante para as regiões mais desenvolvidas é de 98% e para as menos desenvolvidas é de 40% (com uma variação entre as regiões de 26 a 78%).

3. Aspectos éticos

No nível microético de análise, o respeito ao ser humano requer que as mulheres recebam a informação e os meios para fazerem uma escolha livre e abalizada de engravidar ou não. Toda gravidez deve ser desejada. Gestações não desejadas e não planejadas expõem as mulheres a riscos do seu bem-estar físico, mental e social que poderiam ser evitados.

No nível macroético e mesoético de análise, a alocação racional dos recursos no setor da saúde requer uma classificação das doenças em diferentes ordens de prioridade. A classificação pode ser feita por meio de um indicador aproximado de

¹¹ WHO, *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information* (Geneva: WHO, 1997). WHO/RHT/MSM/96.28.

402 *Do princípio à prática*

‘número de mortes’ ou, de forma mais refinada, usando um critério conhecido como DALY (*Disability-Adjusted Life Years*) para calcular os anos de vida perdidos por incapacidade. Embora essa abordagem seja geralmente válida para a classificação de prioridades entre as doenças, devemos nos perguntar se a sociedade tem razão em classificar problemas de saúde da maternidade com outras doenças.

A maternidade não é uma doença. É uma função essencial que as mulheres realizam para a sobrevivência de nossa espécie. A sociedade tem ao menos a mesma obrigação de prevenir as mortes maternas como a de prevenir a morte causada por outras condições e doenças, mas deveria ter obrigações adicionais de garantir a maternidade segura. Devido à sua função, algumas constituições nacionais requerem que proteção especial seja dada às mães durante a maternidade. Além disso, os princípios éticos de proteção aos vulneráveis e de beneficência, ou de fazer o bem, reforça o princípio de não-discriminação sexual, como forma de apoiar a alocação de recursos de saúde para lutar contra as mortes por causas relacionadas à gestação, que podem ser evitadas.

Os recursos designados para a saúde materna são geralmente reunidos com os recursos alocados para a saúde infantil, num único pacote de saúde materno-infantil (SMI). O papel da saúde materna na SMI é normalmente visto como um meio instrumental de servir à saúde infantil, e não um fim em si. Os investimentos em saúde são, em geral, direcionados a intervenções de baixo custo que beneficiam as crianças, e menos para funções obstétricas essenciais e serviços de encaminhamento que podem salvar a vida de gestantes prestes a dar à luz em situações de alto risco.

O sistema de valores subjacente às decisões sobre o valor monetário da vida humana não se refere apenas a questões econômicas. Refere-se também a questões ética-sociais e de justiça social, principalmente no que diz respeito às mulheres.¹² Muitas sociedades em países em desenvolvimento tendem a investir menos em meninas do que em meninos, e ignorar ou subestimar as contribuições econômicas das mulheres. O investimento na educação das meninas é menos priorizado do que o investimento na educação dos meninos. Mundialmente, dois terços das crianças que não freqüentam a escola são meninas.¹³ Uma crença comum é a de que as mulheres contribuem com uma parcela menor do produto econômico mundial. A forma convencional de se medir a atividade econômica faz uma contagem por demais modesta do trabalho remunerado das mulheres, e não inclui o valor do trabalho não remunerado. O duro trabalho de uma mãe e dona de casa é ignorado por sua freqüente descrição como mulher ‘do lar’.

¹² M. F. Fathalla, ‘Imagine a World where Motherhood is Safe for All Women’, *Int. J. Gynecol Obstet.* 72 (2001), 207–13.

¹³ United Nations Children’s Fund (UNICEF), *Girls’ Education: A Framework for Action* (New York: UNICEF, 2000), <http://www.unicef.org/pdeduc/education/pdf/framework.pdf>, last accessed 2 May 2002.

Quando os recursos são limitados, devem ser tomadas decisões, muitas vezes difíceis, sobre quem deve morrer e quem deve viver. As mulheres são uma minoria entre os que tomam as decisões. Embora componham 50% da população emancipada mundial, as mulheres têm poucos lugares nas legislaturas nacionais; em muitos governos não há mulheres nos altos órgãos responsáveis pelas decisões do país, e nos ministérios onde as mulheres estão incluídas, são em geral apenas uma ou duas. As instituições religiosas, militares, comerciais, industriais, profissionais e educacionais, que exercem o poder num país, raramente são lideradas por mulheres, e podem até excluir as mulheres de participações de influência, o que reduz a credibilidade e a influência de tais instituições como fontes de autoridade ética.

4. Aspectos legais

A lei estabelece padrões mínimos abaixo dos quais os médicos não devem atender seus pacientes. A prática médica abaixo desse padrão coloca os médicos, e possivelmente as instituições de saúde, em situação de violação de seus deveres legais com relação aos membros das comunidades que pretendem servir. Residentes da área de captação de um hospital ou outro estabelecimento têm maiores direitos legais de admissão e recebimento dos cuidados necessários, porém toda pessoa admitida, inclusive no setor de emergência, tem o direito legal a um diagnóstico e a um tratamento adequado. Além disso, a admissão e o cuidado de pessoas que precisam de atendimento emergencial, por apresentarem graves riscos à vida ou à saúde, não devem ser adiados enquanto se determina se elas têm ou não os meios para pagar o tratamento indicado. Da mesma forma, um resultado mal-sucedido do tratamento de um paciente levanta questões sobre a capacidade dos profissionais que o atenderam e a qualidade dos recursos disponíveis.

Os tribunais relutam com frequência em rever se funcionários do governo, tais como tesoureiros, ministros das finanças, ou de saúde, alocaram os recursos de forma apropriada, uma vez que os juízes vêem essas decisões como concernentes exclusivamente ao domínio dos governos. No entanto, em casos excepcionais como, por exemplo, quando as alocações de recursos disponíveis deixam de demonstrar o devido respeito a pelo menos os padrões mínimos de dignidade e de direitos humanos, os tribunais podem tomar decisões que exigem que os governos revejam suas recusas ou faltas de financiamento para garantir um nível adequado de serviços.

Os tribunais podem ser mais intervencionistas quando os profissionais de saúde decidem, por motivos econômicos, recusar recursos disponíveis para o atendimento de seus pacientes, quando a aplicação dos mesmos os beneficiaria. Os profissionais que atuam como agentes duplos, equilibrando as responsabilidades clínicas para com seus pacientes de um lado, e as responsabilidades públicas ou institucionais que acreditam utilizar recursos de forma econômica em benefício de outros pacientes,

404 *Do princípio à prática*

inclusive pacientes de outros profissionais, se encontram em situação de conflito de interesses. Essa postura é tanto antiética quanto ilegal. Todo paciente tem direito à dedicação total de seus provedores de saúde, principalmente quando sua vida ou saúde está em risco. Ao fazer concessões que prejudicam o cuidado de seus pacientes, para melhor servir os interesses de administrações governamentais, departamentos orçamentários de estabelecimentos de saúde ou seguradoras da área da saúde, pública ou privada, os profissionais de saúde podem enfrentar ação legal por negligência, quebra de contrato ou, por exemplo, violação das responsabilidades fiduciárias devidas a seus pacientes. Podem, também, enfrentar procedimentos disciplinares profissionais por conduta antiética, impostos, por exemplo, pelas autoridades de licenciamento.

5. Aspectos de direitos humanos

Os redatores da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1946, foram atentos em condenar todos os tipos de discriminação referente à saúde, exercida na base de ‘raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social’.¹⁴ Entretanto, não incluíram gênero como uma base de discriminação, pois a discriminação sexual não era bem compreendida na época. A falta de atenção às causas evitáveis da mortalidade materna é uma forma de discriminação contra as mulheres. Ou seja, a tragédia negligenciada da mortalidade materna não é apenas um problema de saúde; é uma violação dos direitos humanos das mulheres.¹⁵ A tolerância internacional com relação a mais de meio milhão de mortes maternas, que poderiam ser evitadas, por ano, se explica por serem mortes de mulheres. Um conflito militar que resultasse nessa quantidade de soldados mortos seria considerado um desastre digno de intervenção internacional. A queda de um avião que custasse a vida de mais de 350 civis seria considerada um acidente internacional de grandes proporções e levaria a uma investigação, mas o fato de que, entre as mulheres gestantes no mundo todo, o equivalente a quatro destes acidentes aéreos ocorre diariamente passa quase despercebido. As percepções e instituições nacionais e internacionais de direitos humanos têm sido lentas em identificar as desvantagens das mulheres como injustiças tratáveis, remediáveis e passíveis de prevenção, mesmo quando há risco de vida.

O alto nível de mortes maternas que podem ser evitadas viola o direito das mulheres à vida, e os altos níveis de morbidade materna comprometem o direito aos padrões de saúde mais elevados possíveis. A violação desses dois direitos nega ainda os direitos à vida em família não apenas das mulheres, mas também de seus maridos, de seus filhos existentes e recém nascidos. A negligência relativa aos procedimentos médicos necessários apenas às mulheres, tais como aqueles os

¹⁴ WHO, *Constitution* (Geneva: WHO, 1985).

¹⁵ Fathalla, ‘Imagine a World’.

necessários para garantir a gestação e parto seguros, constituem uma forma de discriminação contra as mulheres, ofendendo portanto o direito à não discriminação sexual encontrada na maior parte das constituições nacionais e em convenções regionais e internacionais de direitos humanos.¹⁶

Estas violações podem ser resultado das negações dos direitos humanos que as mulheres sofreram cedo em suas vidas (por exemplo, a desvalorização e tratamentos negligentes quando eram meninas) e em seus períodos de vida reprodutiva (tal como o desrespeito à sua capacidade em espaçar as gestações para proteger suas vidas e saúde). A maior perda sofrida pelas mulheres, na mortalidade materna, reflete um acúmulo de negações de seus direitos humanos.

6. Abordagens

6.1 Deveres clínicos

O Dr. AB não deveria considerar suficiente apenas a revisão do caso da Sra. X. Ela não foi a única mulher que infelizmente sacrificou sua vida nos processos de gestação e parto. O Dr. AB, em colaboração com pessoas-chaves da área de saúde, envolvidas com atendimento materno, deveria rever o registro de mortes maternas do hospital e as quase mortes que ocorreram no estabelecimento nos últimos três anos, no mínimo. A revisão desses eventos adversos deveria ser realizada sem julgamentos, voltada para a identificação do que pode ser feito para evitar a tragédia de mortes maternas no futuro.¹⁷ A revisão poderá vir a confirmar que muitas mortes maternas poderiam ter sido evitadas não fosse a *demora* na decisão das mulheres em buscar tratamento, *demora* em comparecer à clínica ou hospital, e *demora* em se estabelecer o tratamento adequado.¹⁸

No caso da Sra. X, por exemplo, sua história poderá revelar que ela teve dois episódios menores de sangramento prévios a essa grave hemorragia. No entanto, ela, sua família e a seu assistente de parto tradicional da cidade podem não ter compreendido o significado dos episódios de sangramento, que indicavam a ameaça de um sangramento sério devido à placenta baixa. A Sra. X levou várias horas para chegar ao hospital por falta de um transporte de emergência, o que resultou em grande perda sanguínea chegando no hospital em estado grave de choque. No hospital, a transfusão de sangue não estava pronta e a cirurgia foi realizada depois de uma espera de duas horas. O anestesista teve de ser chamado em casa. As ‘três demoras’ operaram de alguma forma em outros casos.

¹⁶ R. J. Cook, B. M. Dickens, O. A. Wilson, and S. E. Scarrow, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* (Geneva: WHO, 2001).

¹⁷ L. B. Andrews, C. Stocking, T. Krizek, *et al.*, ‘An Alternative Strategy for Studying Adverse Events in Medical Care’, *Lancet*, 349 (1997), 309–12.

¹⁸ D. Maine, M. Z. Akalin, V. M. Ward, and A. Kamara, *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs* (New York: Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, 1997), 11–13.

406 *Do princípio à prática*

Com base nessas descobertas, o Dr. AB e seus colegas poderiam concordar em tomar as medidas necessárias para evitar atrasos no manejo de emergências obstétricas no hospital. Poderiam também decidir manter um sistema contínuo de investigação confidencial sobre todas as mortes maternas no hospital com o objetivo de identificar os fatores evitáveis que podem ser remediados. Entretanto, eles sabem que essas medidas são necessárias, mas não suficientes para reduzir a mortalidade materna de forma significativa, e sabem que têm uma responsabilidade profissional de promover a intervenção no sistema de saúde e na sociedade como um todo.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

A morte da Sra. X é apenas uma entre várias mortes no hospital. E as mortes maternas no hospital são apenas uma fração das mortes maternas na comunidade. Além disso, essas mortes maternas são apenas as ocorrências mais infelizes entre inúmeros casos quase fatais de mulheres que sobrevivem, mas podem sofrer graves enfermidades. O Dr. AB, ao discutir o assunto com os colegas, pode decidir insistir junto a associações médicas ou outras ligadas à saúde para que advoguem pelo direito das mulheres a uma maternidade segura. Essas associações devem defender uma alocação mais racional dos recursos no sistema de saúde, de forma que cada mulher seja atendida por um assistente de parto capacitado, e que o atendimento de emergência obstétrica esteja disponível, acessível e que seja eficaz para as mulheres que dele necessitam. Histórias de mortes maternas, como a da Sra. X, precisam ser publicadas não apenas como casos médicos, mas também como casos de violação dos direitos das mulheres à vida. Para se alcançar cobertura universal de serviços de maternidade, os obstetras devem desempenhar o papel de chefes de equipe, e delegar certas responsabilidades, quando apropriado, a outras categorias de profissionais de saúde.

A sociedade profissional de obstetras e ginecologistas deve desenvolver um currículo de treinamento para obstetras, clínicos gerais, parteiras e outras categorias de profissionais de saúde, sobre como lidar com a emergência obstétrica.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

A Sra. X tinha seis filhos, incluindo dois meninos. A gravidez fatal provavelmente não foi planejada ou desejada. Mas sua necessidade de planejamento familiar não foi satisfeita. Ela não tinha nem a informação nem os meios para controlar sua fertilidade.

Possivelmente, casou-se cedo e não teve a oportunidade de continuar sua educação. Faltou-lhe a oportunidade de sustentar sua família por meio de um trabalho remunerado. Seu status na comunidade, como mulher, era provavelmente baixo.

Sua única tarefa esperada era que ela produzisse filhos. Não podia buscar tratamento sem a autorização de seu marido ou da família deste.

O Dr. AB se pergunta se a Sra. X morreu de hemorragia ou de injustiça social com relação às mulheres. Percebendo que a falta de poder das mulheres constitui um sério risco à saúde, Dr. AB sente-se impelido pela responsabilidade social de insistir com a sociedade médica profissional local para que se junte a outros na comunidade que estão trabalhando para elevar o *status* das mulheres, a fim de eliminar todas as formas de discriminação contra as mesmas.

A sociedade tem a obrigação de proteger o direito das mulheres à vida quando passam pela arriscada função social de garantir a sobrevivência de nossa espécie. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, em sua Recomendação Geral Nº 24, pede que:

Os relatórios [dos Estados-partes] devem também incluir as medidas que foram tomadas pelos Estados-partes para assegurar os serviços adequados às mulheres com relação à gestação, confinamento e período pós-natal. Também devem ser incluídas informações sobre as taxas em essas medidas reduziram a mortalidade e morbidez materna em seus países, em geral, e em grupos, regiões e comunidades vulneráveis, em específico.

Os Estados-partes devem incluir em seus relatórios como estão prestando serviços gratuitos quando necessário para assegurar a segurança na gestação, no parto e no período pós-parto para as mulheres. Muitas mulheres correm risco de vida ou incapacidade por causas relacionadas à gravidez por não terem os meios para obter ou acessar os serviços necessários, que incluem serviços de pré-natal, maternidade e pós-natal. O Comitê observa que é dever dos Estados-partes garantir o direito das mulheres a uma maternidade segura e serviços de emergência obstétrica, e que devem alocar para esses serviços o máximo possível dos recursos disponíveis. (ver Parte III Capítulo 6, Sessão 2, parágrafos 26 e 27).

17

Prisão de uma mulher por aborto e denúncia médica

Estudo de caso

A Sra. V, 27 anos, solteira, negra, migrante de uma região pobre do país, foi atendida na unidade de emergência do hospital público local, com fortes dores no baixo-ventre, informando à equipe de saúde que usou comprimidos à base de Misoprostol para “descer a menstruação”. Indagada pela médica S. se estava grávida, disse que estava amamentando um filho de 10 meses e, em razão disso, acreditava que não estivesse grávida.

Após quatro horas de espera, as dores continuavam fortes e a Sra. V permanecia no leito, sem informação e/ou apoio da equipe de saúde. Sentindo vontade de urinar, dirigiu-se ao banheiro e ao sentar-se no vaso sanitário expulsou o feto. Desesperada gritou pedindo auxílio. A médica S após acusá-la de matar a criança, realizou o procedimento de curetagem.

Já à noite, a médica S retornou à enfermaria acompanhada de um delegado de polícia, e a Sra. V foi coagida a assinar um documento para dar início aos procedimentos legais incriminadores da prática de aborto. A Sra. V insistia que não estava entendendo o teor do documento, e que precisava ser liberada para cuidar do filho de 10 meses que ficara em casa. O delegado algemou a Sra. V na própria cama e, no dia seguinte, a conduziu à prisão sem que qualquer profissional de saúde do hospital público local intercedesse por ela.

Durante 45 dias a Sra. V, ainda com sangramento, ficou presa sem assistência médica, social ou jurídica, sem informação de seu filho nem do processo judicial. A situação da Sra. V chegou ao conhecimento de uma organização de direitos humanos local, que providenciou assistência jurídica e social e conseguiu, através do trabalho pro bono de um escritório de advocacia criminal, a libertação provisória da Sra. V, após 90 dias de detenção em estabelecimento penitenciário. A Sra. V aguarda o resultado do processo criminal por crime de auto-aborto, cuja pena é de 1 a 3 anos de prisão.

Em todo esse período, tanto no hospital quanto na prisão a Sra. V. não recebeu cuidados médicos e tampouco orientação sobre planejamento familiar.

Considerando-se os aspectos médicos, éticos, legais e relativos a direitos humanos, como deve proceder a direção médica do hospital em relação à médica S e aos demais integrantes da equipe de saúde?

1. Histórico

Desde a década de 1970, as reivindicações dos movimentos de mulheres centram-se no controle do próprio corpo, da fecundidade e na atenção especial à saúde reprodutiva, destacando a luta para a descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção. Tanto no Brasil, como no plano internacional, as mulheres têm reivindicado a adequação e harmonização do ordenamento jurídico e de um modelo de assistência à saúde reprodutiva que incorporem a perspectiva dos direitos humanos.

Em 1968, a ONU realizou uma Conferência Internacional de Direitos Humanos em Teerã, cuja Declaração estabelece o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e seus intervalos de nascimento. Posteriormente, na Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, em 1994, o tema do planejamento familiar é tratado no campo dos direitos e da saúde reprodutiva e deslocado da questão demográfica para o âmbito dos direitos humanos, relacionando essa capacidade de livre escolha dos sujeitos à obrigação dos Estados em fornecer possibilidades para que as escolhas sejam exercidas. Na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995, o conceito de direitos reprodutivos fica consolidado, avançando-se no delineamento de direitos das mulheres relacionados à sexualidade.

O ponto de tensão de todos os documentos oriundos dessas conferências se refere à questão do aborto, com recomendações no sentido de que o aborto não deve ser tomado como método de planejamento familiar, e que sua necessidade deve ser reduzida a partir (a) do acesso a métodos contraceptivos, (b) da orientação e assistência médica adequadas, inclusive contraceptiva, nos casos de complicações derivadas de aborto, (c) da melhoria da qualidade do atendimento pré e pós-natal e (d) da assistência integral à saúde mulher. Os documentos do Cairo e de Pequim destacam a obrigação dos Estados em promover o acesso a serviços de aborto de boa qualidade, quando as leis locais o permitirem, bem como, recomendam aos Estados a revisão de leis punitivas contra as mulheres que interrompem a gravidez, considerando que as conseqüências de abortos ilegais realizados de forma insegura por mulheres em todo mundo constituem um grave problema de saúde pública¹, uma violação ao direito à vida, à liberdade e à saúde da mulher.

¹ Parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994, e parágrafo 106, inciso K, Plano de ação da IV conferência sobre a Mulher, Pequim, 1995.

Apesar do reconhecimento internacional de que o aborto ilegal e inseguro constitui um grave problema de saúde pública, e que sua redução está condicionada a ampliação de serviços de saúde que atendam as demandas femininas de controle de fecundidade, controvérsias morais e religiosas suscitadas nos campos da reprodução e da sexualidade dificultam o enfrentamento da questão do aborto, além de ofuscar suas múltiplas e complexas dimensões² e obstruir a implementação de um modelo de planejamento familiar que considere as necessidades gerais e especiais das pessoas e preserve a liberdade de escolha.

O aborto e a gravidez não desejada, considerados apenas como uma causa clínica relevante na morte e na morbidade feminina, podem ser solucionados com a ampliação da assistência médica qualificada para sua realização e ações preventivas que incluam informação e acesso a métodos contraceptivos. Cabe ressaltar, entretanto, que fatores de ordem social, como educação e acesso à informação, são fundamentais para a saúde e não se adquirem com o mero atendimento clínico. A desinformação quanto ao papel da amamentação como contraceptivo, por exemplo, é responsável por inúmeros abortos inseguros e gravidezes não desejadas.

Esta desinformação, aliada a baixa auto-estima, aumenta a vulnerabilidade das mulheres, incidindo como co-fatores determinantes na morbidade e na mortalidade feminina.

Nesse sentido, o acesso à educação e aos recursos econômicos é pré-requisito essencial à autodeterminação pessoal, inclusive reprodutiva e sexual, e têm um peso considerável no sucesso das ações de saúde voltadas para o planejamento reprodutivo, para a redução da mortalidade materna e neonatal, para a prevenção das DST/AIDS, entre outras.

A qualificação legal delituosa do aborto como delito é outro fator que tem um peso considerável na vulnerabilidade feminina, visto que imputa à mulher plena responsabilidade individual pela decisão, de forma iníqua em relação aos homens, e dificulta a eliminação das restrições de acesso a serviços e procedimentos específicos para atender às necessidades do segmento feminino³. Porém, devemos ainda considerar que essa definição de crime e castigo transcende os códigos legais⁴, e cria um ambiente que penaliza psicológica, social e institucionalmente a mulher que aborta ou enfrenta uma gravidez não desejada, reforçando a discriminação sexual e as desigualdades de gênero, raça e classe social.⁵

² Ver Parte II, caso 14 “ Sigilo e aborto inseguro”.

³ CEDAW, Recomendação Geral n. 24, 1999, Mulher e Saúde (art. 12).

⁴ PITANGUY, Jacqueline, ob. cit. p. 329.

⁵ Nesse sentido, CORRÊA, Sonia e ÁVILA, Maria Betânia, ob. cit. p.38, ARDAILLON, Danielle – O aborto no judiciário: uma lei que justiça à vítima” In BRUSCHINI, Bila SORJ (org.). Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil, São Paulo, Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, 1994, SANSEVIERO, Rafael, Condena, Tolerancia Y Negación – El Aborto en Uruguay, Universidad para La Paz, Uruguay, 2003, p. 174 e ss, Sexualidade e reprodução: Estado e sociedade. In: BILAC, E. D. (Org.); ROCHA, M. I. B. (Org.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Campinas: Prolap, Abep, Nepo/Unicamp; São Paulo: 34, 1998. P.69.

Essas dimensões sociais, políticas e legais são, em geral, pouco consideradas na formação e na prática médica, perdendo-se a oportunidade de estimular a auto-reflexão dos profissionais de saúde em relação aos aspectos coercitivos do modelo biomédico que utilizam.⁶ O resultado é que o profissional passa a desconsiderar a usuária de saúde como sujeito moral e titular do direito a decidir, transformando a assistência em um espaço simbólico e material de sanção e castigo,⁷ contrariando suas próprias obrigações ético-legais.

Todos esses fatores afetam a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva e podem produzir violências institucionais, mesmo quando o aborto constitui um direito legal das mulheres. As dificuldades aumentam na assistência pós-aborto não permitido por lei, gerando, por vezes, graves violações de direitos por parte dos profissionais como, a quebra do sigilo médico, denúncia criminal, omissão de socorro, intervenção tecnicamente inadequada, tratamento desumano e degradante.

A melhoria da qualidade da assistência à saúde reprodutiva e sexual é fundamental e urgente para a redução das desigualdades sociais e de gênero e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde da mulher. Contudo, o tratamento do fenômeno social do aborto envolve outros fatores que se situam no âmbito das relações pessoais, sociais e institucionais. Assim, temos o desafio de implementar novos modelos de políticas públicas, para além do sistema de saúde, no plano nacional e internacional, e de reconstruir nossas práticas individuais e coletivas, de forma a garantir uma ordem igualitária e justa, com base na solidariedade imposta pelos direitos humanos.

2. Aspectos médicos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abortamento deve ser considerado como a interrupção voluntária, ou não, da gravidez até a vigésima semana ou com um conceito pesando menos de 500 gramas.

Quanto à sua classificação, o abortamento pode ser considerado: a) quanto à idade gestacional, como precoce ou tardio, a partir da décima segunda semana; b) quanto ao tipo, pode ser espontâneo, que ocorre em cerca de 10% a 15% de todas as gestações, ou aborto provocado ou induzido, realizado pela própria mulher (auto-aborto) ou por outra pessoa (heteroaborto), com a utilização de medicamentos abortivos, introdução de substâncias ou objetos na vagina com essa finalidade, dilatação mecânica da cérvix uterina, seguida de curetagem ou de aspiração uterina, ou indução medicamentosa para promover a contração uterina; c) quanto ao grau de eliminação, pode ser completo ou incompleto. O principal sinal do aborto incompleto é a hemorragia persistente, que pode estar associada à infecção do útero e de restos ovulares; d) quanto à situação clínica, o aborto pode ser evitável ou inevitável.⁸

⁶ PINTAGUY, Jaqueline, ob. cit. p. 328, Corrêa, Sonia e Betânia, Ávila, ob. cit. p. 32.

⁷ SANSEVIERO, Rafael, ob. cit. p. 183.

⁸ ROCHA, Maria Isabel Baltar e Andalaft Neto, Jorge ob. cit. p. 257–262

412 *Do princípio à prática*

No contexto da clandestinidade do aborto, é muito importante considerar que as síndromes hemorrágicas e infecções puerperais sendo a ilegalidade do aborto e sua assistência médica inadequada responsáveis por seqüelas graves no corpo feminino, como a retirada do útero (histerectomia), com a perda definitiva da função reprodutiva, até um quadro de septicemia, muitas vezes fatal, que se revela no aumento das taxas de mortalidade materna.⁹

Os efeitos danosos da gravidez não desejada são resultantes não só das condições sanitárias e procedimentos clínicos inadequados adotados por profissionais não qualificados, por leigos ou pelas próprias mulheres, para a realização do aborto¹⁰, como da carência de informações suficientes e adequadas e dos recursos materiais para a contracepção regular e de emergência.

Estudos revelam que a maioria dos abortos ocorre nos países menos desenvolvidos e de forma clandestina ou ilegal. Registram, ainda, que as taxas de aborto, expressas em números relativos, não são maiores nos países menos desenvolvidos do que nos desenvolvidos. A diferença é que nos países desenvolvidos os abortos são realizados com a permissão da lei e, presumivelmente, em condições seguras.¹¹ Por essa razão, não têm impacto no adoecimento feminino. Portanto, as seqüelas e mortes provenientes do abortamento podem ser evitadas e reduzidas de forma substancial com a descriminalização do aborto e a melhoria da assistência à saúde reprodutiva e sexual.

As recomendações internacionais são uníssonas no sentido de que a prevenção e o cuidado da gravidez não desejada devem merecer alta prioridade por parte dos profissionais e dos sistemas de saúde, adotando-se medidas específicas, como:

- a) Tornar os métodos contraceptivos amplamente conhecidos, disponíveis e acessíveis às mulheres;
- b) Fornecer acesso a informações confiáveis e à orientação solidária, informando sobre os riscos dos procedimentos inadequados para a realização do aborto e as possibilidades legais e os locais para realizá-lo.
- c) Garantir acesso à assistência de qualidade para tratar de complicações decorrentes do aborto, mesmo nas situações em que a lei proíbe sua realização, preservando a autonomia e integridade física e moral da usuária, provendo-a de orientação adequada e oportuna sobre os métodos contraceptivos regulares e de emergência, para a prevenção da repetição do aborto e das conseqüências danosas à sua saúde.

Disponibilizar informações confiáveis e orientação solidária é central na prevenção de agravos de saúde. A contracepção de emergência, por exemplo, vem sendo muito subutilizada e poderia prevenir pelo menos 75% das gravidezes não desejadas,

⁹ ROCHA, Maria Isabel Baltar e Andalaft Neto, Jorge, ob. cit. p. 268.

¹⁰ O aborto inseguro nem sempre é ilegal. Ver Parte II Cap. 14.

¹¹ Ver Parte II, Cap. 14 “ sigilo e aborto inseguro”. ROCHA, Maria Isabel Baltar e ANDALRAFT NETO, Jorge, ob. cit. p. 264.

até três dias após a relação sexual. Do ponto de vista médico, a gravidez só está estabelecida com a implantação completa do óvulo no revestimento do útero e, portanto, uma mulher que esteja com um óvulo fertilizado não está grávida. Dessa forma, um método que atue antes da implantação completa do óvulo é considerado um método contraceptivo e o que atua após a implantação completa do óvulo é considerado abortivo.¹²

Se não há dúvida entre os médicos entre contracepção e aborto, a baixa utilização do método contraceptivo de emergência repousa no modelo de atenção médica que vem sendo utilizado. Na assistência à saúde reprodutiva se constata perdas de oportunidades de intervenção educativa e informativa durante os tratamentos pré-natal e o pós-parto, nos tratamentos pós-aborto e nas consultas ginecológicas de rotina, que poderiam ampliar o conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo, favorecendo a maternidade segura, o uso adequado de métodos contraceptivos e de prevenção de DST/AIDS e ainda esclarecer sobre crenças e práticas populares e seus riscos para saúde, que determinam, muitas vezes, o método que é utilizado, por exemplo, para provocar o aborto ou para prevenir a gravidez.

3. Aspectos éticos

A formação curricular dos médicos sobre aborto, em geral, só apresenta duas dimensões: a patologia (para a especialização em ginecologia) ou o delito (no curso de medicina legal, cujo tema central são os procedimentos utilizados para provocar abortos). Normalmente, o aborto não figura na sociologia da saúde ou na ética médica.¹³

Essa ausência do tratamento do aborto como um fenômeno social pode explicar as dificuldades que os profissionais de saúde possuem para lidar com questões éticas, muitas vezes, tratadas restritivamente como questões legais, ou vice-versa.

Ética e lei são dois sistemas diferentes de elaboração e aplicação de normas que interagem constantemente, já que as bases sobre as quais a escolha legal deve ser feita são dirigidas por considerações éticas. As regras éticas e as leis podem coincidir ou se sobrepor e, por vezes, conflitar.¹⁴ Assim, o exercício de uma escolha legal pelo profissional de saúde pode não ser necessariamente ética, porém, o poder e o exercício de um direito legal devem ser considerados a partir da aplicação dos princípios éticos envolvidos, buscando-se minimizar os efeitos danosos à pessoa assistida e os riscos dos profissionais de serem responsabilizados juridicamente por suas escolhas.

“Uma expectativa ética geral é de que a lei seja observada, apesar de que as leis extremamente opressivas ou injustas devem ser eticamente desafiadas. No entanto, de forma recíproca, a lei busca, em geral, respeitar as escolhas éticas, e

¹² Parte I, Cap. 2 item 8.3.

¹³ SANSEVIERO, Rafael, ob cit. p. 115.

¹⁴ parte I Cap. 4 item 9.

414 *Do princípio à prática*

tenta não compelir condutas que a profissão médica ou alguns médicos considerem antiéticas.”¹⁵

Os conflitos presentes entre a lei e a ética no aborto são infindáveis, notadamente, quando as leis restringem ou limitam a autonomia reprodutiva e a prática médica, como nos casos em que o profissional sabe que o ato será realizado de forma clandestina e, presumidamente, em condições inseguras, com risco de morte para as mulheres. Nesses casos, a proibição legal confronta com o princípio ético da beneficência, no momento em que não permite ao profissional utilizar um procedimento ou uma terapia que beneficie e/ou evite possíveis danos à usuária. Além disso, a restrição não permite ou limita sobremaneira a usuária na escolha do procedimento médico menos danoso para sua saúde e de sua opção de não levar adiante a gravidez, ferindo sua autonomia. Neste caso, resta ao profissional de saúde prover a usuária com o máximo de informações sobre os riscos do ato e sobre outras possibilidades disponíveis, que possam auxiliá-la na decisão (serviço jurídico, assistência social e psicológica).

O direito à confidencialidade, que protege a intimidade, privacidade e liberdade dos cidadãos, é amplamente reconhecido como um dever legal em diversos países. O dever de sigilo profissional que dele decorre constitui peça central na assistência à saúde, permitindo uma relação médico-paciente de confiança e solidariedade, e um ambiente favorável à revelação de fatos íntimos importantes para o diagnóstico, tratamento e orientação da pessoa assistida. Mesmo nos sistemas legais onde as exceções a esse direito são maiores, o profissional, se obrigado por lei a revelar informações, deve buscar restringir a informação aos aspectos clínicos que envolveram sua atuação, informar previamente à usuária sobre as razões legais e éticas que determinam a quebra do sigilo e atuar em conjunto com profissionais de outras áreas, favorecendo e possibilitando a minimização dos danos psicológicos, sociais e legais que a usuária poderá sofrer com o ato.

O princípio ético da justiça pode auxiliar na construção de argumentos para a tomada de decisão nos casos difíceis de antagonismos entre normas, resolvendo a contradição com a aplicação da norma que melhor proteja a pessoa assistida e cause menor dano à comunidade, ou seja, que promova maior justiça social. Por exemplo, a decisão de uma instituição de saúde em não denunciar os casos de auto-aborto atendidos, mesmo se a norma legal determine a comunicação à autoridade policial, se justifica porque se considera que esse procedimento afastaria outras mulheres em idêntica situação do serviço de saúde, aumentando o número de óbitos e seqüelas nessas mulheres, sem reduzir objetivamente os abortos, e ferindo o direito à vida e à saúde garantidos nas leis nacionais. Assim, o custo social da denúncia é extremamente mais gravoso do que a omissão, optando a instituição de saúde que a polícia busque reprimir a conduta por outros meios, já que o objetivo legítimo do setor de saúde é de preservar a vida e a saúde de todos que buscam seus serviços e não a perseguição penal.

¹⁵ *idem*.

4. Aspectos legais

Em geral, as leis relacionadas à reprodução e à sexualidade, são formuladas a partir de perspectivas morais e religiosas, com forte caráter punitivo penal. Mesmo as leis que afirmam direitos positivos¹⁶, desconsideram os direitos de liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, bem como seu *status* de titulares desses direitos.¹⁷

Apesar da rigidez das normas penais, que não permitem os abortos voluntários, na perspectiva de proteção do nascituro, pesquisadores apontam uma contradição entre o rigor dessas normas e a prática aberta e tolerada do aborto na sociedade. A ínfima proporção entre os números de abortos realizados e as poucas denúncias e processos judiciais que apurem e apliquem a sanção criminal, quer seja em relação às mulheres, quer seja em relação aos profissionais que o praticam comprovam as afirmativas. Esses estudos¹⁸ concluem que o aborto é socialmente considerado um tema reservado ao âmbito moral e religioso, como escolha individual, e que não há pressão social para sua punibilidade.

Alguns sistemas legais, para aumentar a eficácia punitiva das normas penais, colocam os profissionais de saúde em uma situação de conflito entre o dever ético e o dever legal, como já analisado anteriormente. Mas, em geral, a lei apenas determina a quebra do sigilo e/ou da denúncia de fato à autoridade judicial, quando há necessidade de proteção de pessoas incapazes de atuar com autonomia, no caso de crianças e/ou adolescentes ou de certos adultos, com autonomia limitada, por deficiência mental ou por situações de vulnerabilidade social e pessoal (por exemplo, exploração sexual e coerção) que os colocam em risco pessoal ou restringem sobremaneira sua autodeterminação.¹⁹

¹⁶“Os direitos positivos são direitos a serem oferecidos, pelo Estado ou por outras agências, instituições ou pessoas, com provisões ou serviços que não possam ser obtidos sem assistência. Por exemplo, o direito da pessoa ao acesso a proteção contraceptiva não tem valor se ela não puder encontrar, acessar, ou adquirir os únicos serviços existentes” Parte I item 4, p.

¹⁷No Brasil a Lei 9.263, do ano de 1996, regulamenta o direito ao planejamento familiar expresso no par. 7.º do art. 226 da Constituição Federal, como uma política pública que obriga instituições particulares e o Estado (o sistema único de saúde, cujo acesso é universal e gratuito independente de contraprestação do cidadão a seguridade social) a prover um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

¹⁸Ver a esse respeito ARDAILLON, Danielle – O aborto no judiciário: uma lei que justiça à vítima” In Bruschini, Bila sorj (org.). *Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil*, São Paulo, Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, 1994, citada na obra de SANSEVIERO, Rafael – *Condena, Tolerância y Negacion El Aborto En Uruguay* – Centro Internacional de Investigación e Información para La Paz, Universidad para La Paz, 2003, e LINHARES BARSTED, Leila. *Sexualidade e reprodução: Estado e sociedade*. In: BILAC, E. D. (Org.); ROCHA, M. I. B. (Org.). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP; São Paulo: 34, 1998. P.69.

¹⁹Ver Parte I, Cap. 4, item 5.1. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a obrigatoriedade da equipe de saúde e de educação de comunicar a autoridade competente casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente. A comunicação deixa de ser obrigatória na prática médica quando esta expõe o próprio paciente a procedimento criminal (Decreto-Lei 3.688/41, inc. II art. 66). O sigilo profissional é garantido, salvo por justa causa, inclusive no caso de menor maduro, no Código de Ética Médica (art. 102 e 103), e sua quebra sem justa causa constitui crime de violação de segredo profissional (art. 154 Código Penal).

Porém, temos recentemente presenciado esforços e ações internacionais e nacionais de grupos anti-abortistas religiosos em estimular a intolerância em relação à prática do aborto. Casos identificados no Brasil²⁰ apontam para o surgimento de denúncias contra mulheres que abortaram encaminhadas por profissionais de saúde, imbuídos de convicções religiosas contrárias à prática ou pressionados por pessoas da comunidade, e outras encaminhadas diretamente por pessoas da comunidade. Por outro lado, os esforços para implementação de programas de saúde que orientem e promovam a assistência integral à saúde da mulher não se mostram suficientes para reduzir as taxas de aborto e de gravidez não desejada.

No âmbito legislativo de diversos países, presencia-se esforços desses mesmos grupos religiosos no sentido de incorporar e/ou reforçar o componente moral-religioso e fortemente punitivo nas políticas públicas que envolvem a sexualidade e a reprodução, confirmando o ressurgimento de um conservadorismo moral e de uma intolerância religiosa que poderão obstruir a incorporação nos sistemas legais, nacionais e internacionais, de direitos positivos e garantias individuais nesse campo, bem como, dificultar a implementação e o avanço de ações favoráveis à saúde sexual e reprodutiva. Na esfera do judiciário brasileiro registra-se recursos judiciais a favor do feto, propostas por integrantes de grupos religiosos, que visam impedir a realização de abortos autorizados por decisões judiciais, bem como, ações judiciais coletivas com o propósito de fechar os poucos serviços públicos que realizam os abortos permitidos por lei no Brasil.²¹ Por outro lado, ouvindo a demanda das mulheres e de profissionais de saúde, o judiciário tem se posicionando a favor da manutenção desses serviços e do abortamento nos casos de anomalia fetal grave que inviabilize a vida do feto.

Há, ainda, decisões judiciais²² no sentido de excluir a ilicitude do aborto ou de culpabilidade da mulher que o realiza, considerando seu estado de necessidade ou a inexigibilidade de conduta diversa, não aplicando a norma penal incriminadora. A maioria dos julgados exige prova material do crime de aborto — exame de corpo de delito — aplicando o princípio de direito penal, que impõe a absolvição nos casos em que não há prova da materialidade ou quando a lei não é clara, sua interpretação necessariamente se dá a favor da ré.

²⁰ No Brasil o Código Penal prevê expressamente nos artigos 124 a 127 que a interrupção da gravidez, praticada pela gestante ou por terceiro, com ou sem o seu consentimento, é crime contra a vida, prevendo duas exceções: nos casos de gravidez resultante de estupro (art. 128, II) e para salvar a vida da gestante (art. 128, I).

²¹ No Brasil o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro é permitido desde 1940, mas somente no ano de 1998 foi regulamentado como política pública de saúde no âmbito federal, através da Norma Técnica expedida pelo Ministro da Saúde para "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes". Vários estados brasileiros já dispunham de normas locais sobre o tema, porém, a expedição de norma federal veio consolidar essas iniciativas locais e ampliar o número de serviços, responsabilizando os gestores locais por sua implantação.

²² Dados levantados na pesquisa realizada por um consórcio de entidades – Agende, Cepia, Cfemea, Cladem, Themis – coordenado pela Advocaci, sobre jurisprudência, legislação e bibliografia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil, financiada pelo Fundo de População e Desenvolvimento das Nações Unidas – UNFPA.

Porém, há poucas reivindicações no âmbito do Judiciário no sentido de obrigar o Poder Público a atuar na melhoria dos serviços de assistência à saúde reprodutiva, como os serviços de planejamento familiar e assistência ao parto, que reduziriam os casos de aborto.²³

5. Aspectos de direitos humanos

As violações de direitos humanos das mulheres decorrentes do modelo repressivo da lei penal nos casos de aborto são múltiplos, indo desde a censura social até a ocorrência de violências pessoais e institucionais, que podem ocasionar, o risco de tratamento desumano, degradante e/ou constrangedor na assistência à saúde, a violação do direito à segurança pessoal, em razão de investigações policiais, processos judiciais e o encarceramento, e os riscos à integridade física e psicológica da mulher, decorrente dos abortos inseguros que realiza.

A preocupação com a inadequação dos sistemas legais e de saúde no trato dessas questões e seu descompasso com os direitos humanos é constante no plano internacional. A Organização Mundial da Saúde expediu a Resolução WHA 30-44, de 19 de maio de 1977, convocando os países a realizarem uma ampla revisão e atualização de todo o repertório jurídico concernente à saúde, de forma que promovessem a difusão, ensinamento e aplicação das normas aprovadas, atendendo aos princípios consagrados de direitos humanos. Os documentos de Pequim, da IV Conferência Mundial da Mulher, e do Cairo, da Conferência de População e Desenvolvimento, enfatizam a importância de garantir os direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres, recomendando aos países dar prioridade à prevenção da gravidez não desejada e, na medida do possível, a revisarem as leis que punem as mulheres que praticam abortos ilegais, considerando o grave problema de saúde pública que representam.

A recomendação Geral n. 24, de 1999, da CEDAW, sobre as Mulheres e a Saúde, consolida as diversas interpretações contidas nas recomendações específicas e nas decisões das cortes internacionais, enfatizando, dentre outros, os deveres dos Estados de promoverem treinamento apropriado para os profissionais de saúde, incluindo educação em saúde e direitos humanos, e de revisarem as leis que impõem às mulheres restrições pessoais que inviabilizem seu bem estar, como meio de prevenir as violações de direitos.

²³ No Brasil temos a Lei 8.069/92 – Estatuto da Criança e do Adolescente que determina obrigações do Estado relacionadas a assistência à saúde reprodutiva (art. 7 a 10); a Lei 9.263/96 que define a responsabilidade do Estado em relação ao planejamento familiar. No plano internacional a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, estabelecem, igualmente, obrigações do Estado relacionadas à saúde da mulher.

O Comitê contra a Tortura vem igualmente aplicando em suas recomendações artigos relevantes da Convenção que monitora, para a proteção dos direitos reprodutivos, entendendo como ato de tortura aqueles infligidos por funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, quando, provoca sofrimentos agudos, físicos ou mentais intencionalmente a uma pessoa a fim de castigá-la por ato que ela tenha cometido, ou que suspeita de ter cometido, ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza, dentre elas o tratamento desumano e degradante na assistência ao aborto ou a negativa de realizá-lo em situações de violência sexual e outras circunstâncias que imponham sofrimento demasiado às mulheres.

Dessa forma, podemos afirmar que as interpretações das convenções internacionais de direitos humanos não respaldam o tratamento legal dado às mulheres em relação ao aborto. Pelo contrário, as convenções internacionais conclamam os países à adequação de suas normas e a obrigação de implementarem o direito à saúde através da facilitação, provisão e promoção de outros direitos individuais e sociais, com a adoção das medidas apropriadas de caráter legislativo, administrativo e judicial, abrindo-se a possibilidade legal de reivindicação do cumprimento dessas recomendações no plano nacional e internacional.

6. Abordagens

6.1. Deveres clínicos

A Sra. V demonstrou que desconhecia o funcionamento de seu corpo, que acreditava estar imune a gravidez em razão da amamentação, e diante da possibilidade de estar grávida, recorreu ao uso de comprimidos para “descer a menstruação”, como se estivesse utilizando um método contraceptivo e não abortivo. O fato da Sra. V ser mãe de uma criança de apenas 10 meses de vida revela, ainda, que a assistência prestada no momento do parto e no período pós-parto foi deficiente, não tendo sido disponibilizado o acesso às informações sobre o sistema reprodutivo e sobre os métodos para o controle de sua fecundidade.

Além disso, demonstrou que não possui condições psicológicas, sociais ou financeiras de arcar com a criação de outro filho, agravadas por sua condição de migrante, que lhe afastou de seu núcleo familiar.

O tratamento dado pela equipe de saúde constituiu tratamento desumano e degradante, desencadeado pelo julgamento arbitrário da médica S de que a assistida utilizou medicamento abortivo e, portanto, era uma assassina, desconsiderando sua especial condição e as falhas do próprio sistema de saúde na sua recente gravidez anterior. O julgamento arbitrário e a omissão dos demais integrantes da equipe de saúde e da própria direção hospitalar culminaram com a comunicação indevida da médica S. à autoridade policial, sem qualquer cuidado

de proteger a privacidade, dignidade e especial condição de saúde física e psicológica da Sra. V., impondo-lhe um castigo movido por convicções pessoais e sem o devido processo legal.

A violação é ainda mais grave, pois a médica S descumpriu norma ética e legal, considerando que a lei local expressamente desobriga o profissional de saúde da comunicação à autoridade competente, nos casos em que a comunicação exponha o cliente a procedimento criminal.²⁴

Dessa forma, a direção do hospital deve abrir inquérito que apure as responsabilidades e imponha as penalidades administrativas cabíveis aos integrantes da equipe de saúde, como o encaminhamento de comunicação aos respectivos conselhos de ética profissional. Além disso, a instituição hospitalar deve iniciar uma ampla ação informativa e educativa de seus funcionários, buscando reduzir os casos de violações de direitos, e conscientizá-los da importância da assistência integral à saúde reprodutiva nos períodos pré-natal, parto, pós-parto e pós-aborto, para reduzir os casos de aborto.

Destaca-se, por fim, a obrigação da direção hospitalar de garantir assistência à saúde das mulheres, mesmo no sistema carcerário local, através de contato com a equipe da instituição prisional, para que a Sra. V tenha assistência médica, social e jurídica adequada para seu caso, minimizando os efeitos danosos da assistência oferecida.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*

O direito humano à saúde, especificamente, pressupõe os seguintes elementos inter-relacionados:²⁵

- a) disponibilidade, isto é, os serviços e programas de saúde devem ser disponíveis em quantidade suficiente para todos;
- b) acessibilidade, o que envolve quatro dimensões — o princípio da não-discriminação (a saúde deve ser acessível a todos, especialmente aos grupos mais vulneráveis); a acessibilidade física; a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informação;
- c) aceitabilidade, ou seja, os serviços e programas de saúde devem respeitar a ética médica e devem ser culturalmente apropriados, sensíveis, ainda, à questão de gênero e geracional;²⁶
- d) qualidade, isto é, os programas e serviços de saúde devem ser científica e medicamente apropriados e de boa qualidade;²⁷ e

²⁴ Ver nota 25 in fine.

²⁵ CESCR, General Comment 14, 2000, The Right to Health (art. 12). Doc n. E/C 12/200/4.

²⁶ BARSTED, Leila, PIOVESAN, Flávia, IKAWA, Daniela, e VENTURA, Miriam, in *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos – Síntese para gestores, legisladores e operadores do direito*, Advocaci – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, 2003, Rio de Janeiro, p. 61.

²⁷ CESCR, General Comment n. 14, 2000, The Right to Health (art. 12), Doc. n. E/C 12/2000/4.

420 *Do princípio à prática*

- e) integralidade, que envolve o oferecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade e que devem ser prestados durante todo o ciclo vital de homens e mulheres.²⁸

Os elementos destacados resultam das discussões sobre os novos modelos de intervenção que devem orientar a saúde pública, a partir da constatação de que os modelos que privilegiam a intervenção jurídica punitiva como meio de ação, respaldando ações que invadem a intimidade, a privacidade e os direitos daqueles acometidos e/ou mais vulneráveis à doença, eram contraproducentes para os programas de prevenção, informação/educação e tratamento. Ainda, a discriminação baseada em raça/etnia, sexo ou orientação sexual leva a um aumento do risco de doenças. O novo modelo nascido da interação dos direitos humanos com a saúde pública deve respeitar as especificidades, privilegiar a ação comunitária participativa e interativa com a ação governamental e desdobrar-se em um processo de constante questionamento das políticas públicas estatais e das práticas individuais, buscando uma articulação entre direitos individuais e direitos sociais, de forma que sejam tratados de maneira indivisível e integral.²⁹

Considerando essas perspectivas e a rotina dos hospitais que recebem diariamente muitas mulheres em situações idênticas, o sistema de saúde deve buscar expedir normas técnicas que disponham claramente sobre as obrigações da equipe de saúde, incluindo assistência integral, através de equipe multidisciplinar, e a continuidade da ação de saúde pós-aborto, como o encaminhamento para serviço de planejamento familiar, disponibilizando orientação adequada sobre métodos contraceptivos regulares e de emergência, para a prevenção da repetição do aborto, na perspectiva da assistência integral à saúde reprodutiva.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

As leis que regem o sigilo profissional são expressas, normalmente, em termos gerais, por isso se faz necessário, discuti-las no contexto das práticas dos diversos profissionais, buscando clarear seu alcance e o conteúdo preventivo dessas leis para a segurança, a liberdade e a saúde das pessoas assistidas, como um direito do cidadão, passível, inclusive de indenizações civis por reparação dos danos morais e materiais sofridos e por processos criminais e ético-disciplinares, no caso de descumprimento por esses profissionais e instituições. A expedição de norma técnica que disponha de forma clara, sobre responsabilidades, direitos e deveres da equipe de saúde e das usuárias dos serviços, na assistência ao

²⁹ CEDAW, General Recommendation n. 24, 1999, Women and Health (art. 12), Doc. n. A/54/38/ Rev.1.

³⁰ VENTURA, Miriam, *Direitos Reprodutivos no Brasil*, Fundação MacArthur, São Paulo, 2002, p. 37.

aborto, por exemplo, é uma medida administrativa que pode contribuir para a melhoria dos serviços, da qualidade de assistência à saúde das mulheres, bem como, para a eficácia das leis existentes.

É urgente que as sociedades profissionais, os sistemas de saúde, de justiça e de segurança, iniciem ação educativa junto a seus integrantes no sentido de promover a discussão sobre temas persistentes e emergentes ao debate sobre direitos reprodutivos, que lidam com aspectos íntimos da vida das pessoas que devem ser preservados. Além disso, a produção e a disseminação de informações acerca dos aspectos jurídicos e sociais da assistência à saúde sexual e reprodutiva, com vistas ao desenvolvimento de capacidades profissionais específicas para solução de conflitos comuns nas áreas da saúde, segurança e justiça, podem auxiliar na prevenção de violações de direitos e na mudança da prática profissional. Deve-se, ainda, buscar a interação entre setores e atores envolvidos na abordagem e na vivência da temática do aborto, com vistas à atuação integrada para a informação, promoção e garantia de direitos, que envolvem a prática profissional.

Considerando o contexto político atual, particularmente delicado, do enfrentamento do tema do aborto, as organizações não governamentais de defesa dos direitos humanos devem desenvolver ações de vigilância do cumprimento de convenções internacionais em vigor em seus países defender a mudança da legislação repressiva e promover intervenções informativas e educativas sobre os direitos das mulheres à assistência às suas necessidades junto às comunidades e profissionais de saúde, justiça e segurança. Temas como a implementação de programas eficientes de assistência ao pré-natal e ao parto, planejamento familiar, incluindo a ampla informação sobre contracepção de emergência, devem ser reivindicados e buscados com mais vigor, melhorando a assistência integral à saúde das mulheres.

No Brasil, recentemente, foram identificadas prisões de mulheres que praticaram aborto, além da constatação de casos de má assistência às mulheres que o praticaram ou se encontravam em processo de abortamento. Esses fatos locais demonstram um recrudescimento contra o aborto relacionado ao crescimento de grupos religiosos ultraconservadores e grupos antiaborto. Esses fatos vêm mobilizando o movimento de mulheres a reivindicar ao gestor federal, a elaboração de uma norma técnica para o atendimento dos agravos resultantes de abortamento inseguro, com vistas à melhoria da assistência à saúde das mulheres e a redução da morbidade e mortalidade materna resultante do mau atendimento nesses casos. Tal norma, em processo de discussão, se aprovada, tornar-se-á obrigatória para os gestores e profissionais do sistema público de saúde. Um processo semelhante regulou o acesso aos serviços de saúde para realização de aborto permitido por lei no Brasil, revelando que as normas sanitárias, mesmo as de âmbito administrativo, são instrumentos importantes de garantia e promoção dos direitos humanos.

422 *Do princípio à prática*

A Sra. V deve ser estimulada, independentemente do resultado da ação criminal que responde, a reclamar uma indenização de reparação dos danos sofridos por violação não só do direito à saúde, mas igualmente, do direito ao devido processo legal e de defesa, com o objetivo de ampliar o acesso à justiça das mulheres, como parte do processo de emponderamento voltado para fortalecer a cidadania em especial de grupos vulneráveis e beneficiar a comunidade através do caráter educativo desse tipo de litigância, que possibilita o desencadeamento de outras medidas judiciais que determinem a melhoria dos serviços.

18

Resposta a um pedido de uma adolescente de tratamento de contracepção de emergência

Estudo de caso

A adolescente R, de 13 anos, dirigiu-se ao serviço público de saúde local, por indicação de uma amiga, que sofrera abuso sexual e fora levada ao serviço de saúde pelo Conselho Tutelar. A adolescente R informou ao Dr. T que foi forçada a manter relação sexual com seu padrasto, no dia anterior e tem receio de ter engravidado. Revela à equipe de saúde que sua irmã tem um filho do padrasto, mas que a mãe não acredita que o companheiro abuse sexualmente de suas filhas. Informa, ainda, que vive com seu padrasto desde os cinco anos de idade e que não conhece seu pai biológico. O padrasto é violento com sua mãe e com as enteadas quando está alcoolizado, mas é um bom chefe de família, não deixando faltar nada para elas e nem para o filho menor, além de permitir que elas freqüentem a escola. Por essas razões, a adolescente R não quer revelar para sua mãe os fatos e nem denunciar o padrasto no Conselho Tutelar, mas deseja prevenir-se de uma gravidez. Levando-se em consideração os aspectos médicos, éticos, legais e relativos a direitos humanos, qual deveria ser a atitude do Dr. T diante do pedido?

1. Histórico

A adolescência é usualmente definida como uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento físico e por desenvolvimento biopsicossocial. É o momento em que o indivíduo se prepara para assumir as responsabilidades próprias da idade adulta e para exercer plena autonomia pessoal. O conceito de adolescência e juventude adotado nos documentos internacionais incorpora a definição da Organização Mundial da Saúde, que circunscreve cronologicamente a adolescência ao ciclo de vida dos 10 aos 19 anos e a juventude dos 15 aos 24 anos. Essas faixas etárias são as mais utilizadas para o delineamento das políticas e para as definições legais, em geral.¹

¹ A lei brasileira considera adolescente pessoas na faixa etária de 12 anos completos até os 18 anos mas não possui fixação etária para a juventude, apesar de algumas leis brasileiras referirem-se ao termo “jovem” e “adulto” separadamente.

Os temas que preocupam, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são aqueles relativos à sexualidade e à violência, em face: a) da alta incidência de gravidez na adolescência, em especial em adolescentes de baixa renda e de menor escolaridade; b) do significativo aumento da infecção pelo HIV/AIDS, principalmente, nos países menos desenvolvidos; c) da persistência da violência de gênero, sexual e doméstica, contra as adolescentes; e d) da prostituição infantil.

A violência de gênero inclui a violência doméstica e sexual, como o estupro, o abuso sexual, coerção física e psíquica, dentre outras condutas criminosas, e constitui um grave problema de saúde pública, com grande repercussão nas causas de morbi-mortalidade feminina. Os tipos de violência contra a mulher, quando analisados a partir de sua incidência segundo os ciclos de vida, demonstram que as adolescentes são as mais vulneráveis às relações sexuais forçadas, agressões, estupro, prostituição, assédio e abuso sexual.²

A situação apresentada neste estudo de caso, uma adolescente violentada por seu padrasto, apesar de não se caracterizar como incesto, pois do ponto de vista biológico não há laços sanguíneos entre os protagonistas, guarda, entretanto as facetas mais cruéis da violência sexual, ou seja, o aumento da vulnerabilidade da vítima diante de uma figura que, simbolicamente, substitui o pai, com a carga de afetividade e autoridade próprias a este papel.

Apesar das evidências, o enfrentamento da questão se mostra difícil, particularmente, em razão da cultura histórica e socialmente construída que naturaliza a desigualdade da mulher em relação ao homem e que passa a legitimar valores e comportamentos nos mais diversos âmbitos, como na saúde, na educação, na política e no direito.³

Os avanços do ponto de vista da legislação nacional e internacional de direitos humanos são inquestionáveis, já que o sistema jurídico vem reconhecendo essa assimetria e determinando a implementação de ações afirmativas em prol da população feminina, para a reversão do grave quadro de discriminação existente. A violência sexual, por exemplo, vem sendo considerada como uma das mais graves violações do direito à liberdade humana e à integridade física e moral das mulheres,⁴ justificando e legitimando o aborto como uma conduta legal, até mesmo nos sistemas judiciais mais conservadores. Contudo, ainda persistem resistências significativas à re-configuração proposta pelos direitos humanos na solução dos conflitos sociais, na prática profissional e na formulação e implementação de políticas públicas.

Podemos destacar que, muitas vezes, as decisões judiciais podem estar informadas por padrões de moralidade social que minimizam ou não reconhecem o estupro

² PITANGUY, Jacqueline. “Violência de Gênero e Saúde Interseções” in *Sexo & Vida Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*, org. Elza Berquó, Ed. Unicamp, 2003, p. 326 e 327.

³ PITANGUY, Jacqueline, ob. cit. p. 322

⁴ Ver, a esse respeito, o Estatuto do Tribunal Penal Internacional – Estatuto de Roma, promulgado no Brasil, através do Decreto n. 4.388, de 25 de setembro de 2002, que trata dos crimes contra a humanidade.

no âmbito das relações conjugais, considerando as relações sexuais como um dever matrimonial. O mesmo se aplica nos casos de abuso sexual contra as adolescentes, preconceituosamente acusadas de se portarem de forma provocativa e sensual, aguçando o “instinto masculino”. No campo da assistência à saúde reprodutiva são visíveis as dificuldades enfrentadas pelo movimento feminista para instituir centros de atenção à mulher vítima de violência sexual, conjugadas com as dificuldades dos profissionais de saúde para abordarem temas relacionados à sexualidade na simples consulta ginecológica.

Um dos fatores de dificuldade que podemos destacar no campo da saúde para apresentar solução adequada ao fenômeno social da violência sexual é a pouca familiaridade dos profissionais de saúde com as questões de violação de direitos humanos, de desigualdades raciais e de gênero, como determinantes sociais da morbidade e da mortalidade. Em geral, eles tratam “as temáticas de saúde e sexualidade como se esses campos se constituíssem a partir de parâmetros meramente “naturais”, reforçando abordagens discriminatórias de gênero e de raça”.⁵

No campo do direito, um dos fatores de dificuldade é a “utopia” de que a lei é igual para todos⁶, o que faz com que as decisões dos operadores do direito não levem em conta as desigualdades de fato e a vulnerabilidade de determinados segmentos da sociedade (hiposuficiência) e, por conseguinte, não realizem uma intermediação entre o universo jurídico e os fatos concretos levados a suas apreciações. A interpretação dos operadores de direito, ao desconsiderarem os pressupostos e premissas resultantes dos condicionamentos sócio-culturais, negativos à mulher e à raça/cor, produz e reforça modelos discriminatórios.⁷

O tema da violência sexual contra as mulheres é secular e vem sendo incorporado na discussão política de maneira diferenciada de acordo com cada época. Porém, até hoje não foi adequadamente resolvido apesar, de sua maior visibilidade atual.

2. Aspectos médicos

Diversos estudos destacam,⁸ dentre as conseqüências da violência sexual sobre a saúde, agravos como: doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS, lesões, inflamação pélvica, gravidez não desejada, aborto espontâneo/aborto inseguro, dor pélvica crônica, problemas ginecológicos, distúrbios de stress pós-traumático, depressão, ansiedade, disfunção sexual, além de alguns casos de esterilidade

⁵ PITANGUY, Jacqueline, ob. cit. p. 328.

⁶ PITANGUY, Jacqueline, ob. cit. P. 324

⁷ Nesse sentido ver: BARSTED, Leila e HERMANN, Jacqueline. O judiciário e a violência contra a mulher: a ordem legal e a (des)ordem familiar. Cadernos Cepia, Rio de Janeiro, n. 2, 1995, citado por PITANGUY Jaqueline na ob. cit. p. 324. CRUZ, Rúbia Abs. Os crimes sexuais e a Prova Material, p. 79, e Estudo de Casos, p. 181, e ainda, SRECK, Lênio Luiz, Os Crimes Sexuais e o Papel da Mulher no Contexto da Crise do Direito: Uma Abordagem Hermenêutica, p. 135, in Cadernos Themis, Gênero e Direito, Direitos Sexuais, Ano III, n.º 3 (dez.2002), Porto Alegre: Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

426 *Do princípio à prática*

sem causa aparente relacionados à violência física e sexual sofrida pelas mulheres no passado, inclusive durante a infância e a adolescência.

Resultados fatais como suicídios e homicídios são constantemente registrados.

Na sistemática de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, considerando as diversas formas e conseqüências dessa violência, há consenso de que a assistência, na medida do possível, deve ser prestada através de uma equipe de saúde e deve abranger, além da assistência médica, assistência psicológica, social e legal.

As condutas clínicas podem ser divididas em imediatas e tardias. O atendimento deve ser iniciado preferencialmente dentro das primeiras 72 horas após a violência, considerando a maior eficácia de algumas intervenções nesse período. Devem ser oferecidos, de imediato, serviços de contracepção de emergência, profilaxia para o HIV, hepatite B, doenças sexualmente transmissíveis, exame ginecológico minucioso, documentando lesões traumáticas, se possível, através de exame coloscópico e coleta de secreção vaginal, contendo espermatozoides para a identificação do agressor pela prova do DNA.⁹

Mesmo no atendimento tardio, devem ser realizados exames sorológicos específicos para sífilis, hepatite e HIV/AIDS, além dos demais procedimentos adotados no atendimento imediato. Da mesma forma, deve-se atender aos casos de solicitação de interrupção da gravidez indesejada (aborto) decorrente do estupro, uma das conseqüências mais dramáticas para a mulher vítima de violência sexual, conforme encaminhamento legal permitido. As informações e os resultados dos exames devem ser anexados no prontuário da paciente, possibilitando a prova dos fatos e o exame de corpo de delito, no caso da mulher apresentar queixa criminal.¹⁰

Todos esses procedimentos devem ser realizados com o consentimento informado da mulher e da adolescente ou, no caso de incapacidade para consentir, de seus responsáveis legais. A assistência psicológica, social e legal se mostram relevantes na assistência à mulher vítima de violência, considerando as situações de risco pessoal e as condições psicológicas da vítima.

3. Aspectos éticos

A bioética consagrou três princípios básicos para orientar as decisões éticas.¹¹ O princípio da autonomia da pessoa, que visa preservar o direito à liberdade, conexo

⁸ Fonte: Violência contra la mujer, la carga oculta sobre la salud, OPAS, 1994, citado por PITANGUY, Jacqueline, na ob. Cit. P. 327. Nesse mesmo sentido ver ANDALAF NETO, Jorge, Sistemática de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, in Saúde Sexual e Reprodutiva — Uma abordagem multidisciplinar, org. por Taís de FREITAS SANTOS, Fundação Joaquim Nabuco, Ed. Massangana, 2002, outubro de 2001, p.81.

⁹ ANDALAF NETO, Jorge, p.83

¹⁰ Idem nota anterior. Ver no anexo I, as principais condutas clínicas no tratamento dos agravos resultantes de violência sexual recomendadas pelo Ministério da Saúde no Brasil e a obrigatoriedade de notificação legal obrigatória da ocorrência de violência contra a mulher.

¹¹ Ver Parte I, Cap. 4.

ao princípio da dignidade da pessoa. A regra do consentimento informado da paciente (ou de seu responsável legal quando esta não puder responder por si mesma) e a regra da confidencialidade decorrem desse princípio do respeito à pessoa, à sua autonomia, à liberdade e à integridade.

O princípio da beneficência visa preservar a integridade física e psicológica e pressupõe que sejam realizados todos os atos necessários para alcançar o máximo bem-estar da pessoa assistida, sem dano ao outro sem razão proporcional (o princípio correlato oposto é o da maleficência). O princípio da beneficência concretiza-se na busca de melhores terapias e de cuidados médicos preventivos eficientes e pode ser limitado pela autonomia de escolha das pacientes, quando a pessoa pode se beneficiar de tratamentos e decide não recorrer a eles, ou em razão da indisponibilidade do tratamento no sistema público de saúde. É importante observar que a intervenção médica pode causar “danos” à integridade física do paciente absolutamente necessários para alcançar seu bem-estar geral, portanto, deve se estabelecer os riscos e os benefícios da intervenção (efeitos colaterais de medicamentos, os riscos das intervenções cirúrgicas, etc.). Por exemplo, as discussões sobre a disponibilização da profilaxia para o HIV nos casos de violência sexual e sua incorporação posterior no rol de procedimentos recomendados pela norma técnica de tratamento nos casos de violência sexual, no Brasil, se deram em torno dos efeitos colaterais e possíveis resistências futuras das pacientes à medicação, no caso de não terem contraído o vírus. Decidiu-se, no entanto, pela sua inclusão, por considerarem que os benefícios da profilaxia superam os riscos.

O princípio da equidade (ou da justiça) estabelece alguns parâmetros para a tomada de decisão nos casos difíceis de antagonismos entre normas e princípios, resolvendo-se a contradição com a aplicação da norma que melhor proteja a pessoa assistida e que cause menor dano à comunidade. Deve-se buscar estabelecer o equilíbrio entre os níveis micro, macro e mesoéticos.¹² A norma legal que estabelece a indenização dos prejuízos evitáveis ou injustos por quem lhe deu causa, o direito ao acesso universal e gratuito a um sistema público de saúde, o suprimento do consentimento dos pais e responsáveis da criança ou do deficiente mental pelo juiz, nos casos de evidente colisão de interesses e/ou prejuízos para o tratamento do incapaz, são algumas das manifestações desse princípio no campo legal.

A questão central do princípio da autonomia repousa nos limites e na capacidade da pessoa para consentir e nas circunstâncias excepcionais nas quais o consentimento informado pode ser suprimido visando a proteção da pessoa contra danos ou perigos, como nos casos de iminente risco de morte da paciente quando atendida em uma unidade de emergência, desacompanhada e inconsciente, ou em relação a pessoas com autonomia limitada.

É incontroverso que nas circunstâncias especiais de risco de morte, apesar da imposição de tratamentos sem o consentimento da paciente, e não havendo outra

¹² Ver parte I, cap. 4

forma de supri-lo, o médico deve atuar orientado pelo princípio da beneficência. Porém, a intervenção com ou sem o consentimento pode ser controversa quando envolve adolescentes e alguns adultos com reduzida capacidade para consentir (deficientes mentais ou pessoas com outras limitações de natureza educacional, aqueles com baixa auto-estima, e pessoas em situações de vulnerabilidades pessoais e sociais, como a exploração sexual e a dependência).

No caso dos adolescentes tem se adotado o critério do grau de discernimento da pessoa para entender, consentir e exercer seus direitos à liberdade (norma do menor maduro), na perspectiva do seu melhor interesse e proteção, levando-se em conta a sua especial condição de pessoa em desenvolvimento. Através desses parâmetros a equipe de saúde deve avaliar, por exemplo, se deve revelar os fatos ou não para os responsáveis legais e/ou autoridade policial ou judicial, bem como, os limites da intervenção ou da não intervenção, apenas com o consentimento do adolescente.

Essa decisão é sempre complexa, pois implica determinar através de critérios nem sempre consensuais quem está apto a assumir responsabilidades individuais e coletivas. Contudo, é indispensável que a equipe de saúde garanta a autonomia da adolescente e estabeleça com cautela, orientada sempre pelo princípio do melhor interesse da assistida, os limites da intervenção e o momento oportuno, se possível com a própria adolescente, da necessidade da comunicação dos fatos aos pais e/ou autoridades, ou a manutenção do sigilo, como estratégia indispensável para a prevenção, assistência e promoção da sua saúde, evitando afastar ou perder sua confiança na equipe.

4. Aspectos legais

A não realização dos procedimentos descritos no atendimento imediato a vítimas de violência sexual pode se configurar em omissão de socorros ou negligência médica, visto que a ocorrência de gravidez ou de transmissão sexual das doenças podem ser evitadas.¹³ Vimos, porém, que a paciente deve tomar a decisão, de forma livre e informada, sobre a realização desses procedimentos, respeitando-se a confidencialidade e a privacidade, que poderão limitar a ação médica.

No plano legal, a questão central repousa na avaliação da conduta médica e institucional, a partir da comprovação de que todos os procedimentos possíveis e adequados foram realizados, em tempo hábil, e se o serviço prestado foi eficiente, resolutivo, e os produtos utilizados seguros e eficazes. Além disso, deve-se observar se a paciente foi adequadamente informada e consentiu livremente para a realização dos procedimentos. Esses são, basicamente, os princípios legais que devem nortear a decisão judicial sobre a responsabilidade médica e institucional.¹⁴

¹³ Idem nota anterior.

¹⁴ Nesse sentido, consultar Parte I, cap. 5.

Quanto à eficiência e à eficácia dos procedimentos, o sistema jurídico exige que a equipe de saúde e a instituição estejam sempre atentas às inovações médicas na sua área de atuação, buscando sempre aplicar as melhores terapias. Isso pode ser aferido através de uma perícia técnica e, normalmente, não se revela difícil determinar se houve negligência ou imperícia.

Porém, a avaliação quanto à qualidade da informação prestada à paciente, como por exemplo, se a linguagem foi compatível com o grau de compreensão da paciente e se foi suficiente para a tomada de decisão livre e consciente, é mais complexa considerando a subjetividade da questão e a rapidez com que determinados procedimentos devem ser realizados. As dificuldades aumentam se a paciente é menor e se há conflito de interesses entre ela e seus pais ou responsáveis.

Em diversos países não há uma idade legalmente reconhecida para o consentimento para intervenções médicas. Mas existem algumas determinações, por exemplo, quanto à idade para o consentimento de relação sexual,¹⁵ para o casamento,¹⁶ para atos de disposição do próprio corpo e dos limites da intervenção médica,¹⁷ que são aplicadas no âmbito do serviço de saúde, quando presentes as demais condições. Como se constata, a lei, em geral, só expressa condições para o consentimento, que é alcançado quando uma pessoa, de qualquer idade, tem capacidade de compreensão adequada para expressar e exercer sua escolha após os esclarecimentos adequados.

Em alguns países, “a legislação afirma claramente que serviços médicos não devem ser prestados a menores de idade sem consentimento dos pais ou de outros responsáveis adultos”.¹⁸ Porém, o sistema legal, em geral, considerando a necessidade de maior proteção à criança e ao adolescente na assistência à saúde, prevê responsabilidades legais e sanções para aqueles que não disponibilizem para os seus filhos serviços de saúde e, apesar dos profissionais de saúde não estarem obrigados nesses casos a prestar assistência, normalmente, são responsáveis pela comunicação ao sistema de justiça e segurança para as providências cabíveis das ocorrências de abuso cometidos ou omissões relevantes que constatem no exercício de sua prática.

Porém, outros países dispõem de leis especiais de proteção integral da criança e do adolescente, seguindo os parâmetros jurídicos fixados nas convenções internacionais de direitos humanos, especialmente, na Convenção sobre os Direitos da Criança, estabelecendo que o bem-estar desse segmento é de responsabilidade social e deve ser garantido através de políticas públicas estatais, de obrigações da sociedade civil e das famílias. Nesse contexto, onde o direito à saúde é um dever do Estado e um direito subjetivo de todo cidadão,¹⁹ os profissionais de saúde ao prestarem serviços a esse segmento não violam o direito dos pais ou dos

¹⁵ Ver a esse respeito o artigo 224 do Código Penal.

¹⁶ Ver, a esse respeito, o art. 1517 do Código Civil Brasileiro que estabelece a idade para a capacidade civil.

¹⁷ Ver, a esse respeito, a Lei 9.434/1997, que trata de transplante para fins terapêuticos e o artigo 10, I, da Lei do Planejamento Familiar 9.263/96 que, trata da esterilização voluntária.

¹⁸ Parte I, Cap. 5 item 6.3.2

¹⁹ Ver, a esse respeito os artigos 7, 11 e 15 da Lei 8.069/90 — Estatuto da Criança e do Adolescente.

430 *Do princípio à prática*

responsáveis mesmo sem seu expreso consentimento. Os profissionais de saúde encontram-se legalmente autorizados e igualmente responsáveis por garantir o acesso à assistência à saúde, diante da solicitação das crianças, com a cautela de sempre buscar interagir com os responsáveis legais e os pais, principais responsáveis diretos pelo bem-estar da criança e do adolescente. “Isto inclui serviços mais delicados como a contracepção e o aborto”.²⁰

Para a correta interpretação e aplicação dessas diversas normas de tutela, devemos compreender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolvem a assistência à saúde do/da adolescente — o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente, como direitos humanos fundamentais, concebidos numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado — à saúde da pessoa humana.

Nesse sentido, qualquer exigência que possa afastar ou impedir o pleno exercício do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Nessa perspectiva, a equipe de saúde deve prestar toda assistência, e caso entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento. Diante da resistência fundada do paciente e da possibilidade da comunicação ao responsável legal implicar em afastamento do usuário ou em dano à sua saúde, recomenda-se dar continuidade à assistência, aplicando-se as normas e princípios éticos e legais abordados anteriormente, bem como recorrer ao sistema judicial e social de proteção da criança e do adolescente para os auxiliar na condução do caso, que poderá culminar na responsabilização dos pais, perda do poder familiar e a nomeação de tutor que assista a criança ou o adolescente.

A comunicação obrigatória ao sistema judicial e/ou de segurança, em geral, determinada por lei, visa prevenir danos maiores à vítima e à segurança pública. Porém, não podemos esquecer que o princípio que norteia a proteção da criança e do adolescente é o do seu melhor interesse. Dessa forma, a comunicação, mesmo obrigatória, merece avaliação cuidadosa da equipe de saúde e deve revestir-se das cautelas necessárias que garantam:

- A constatação de que o fato realmente constitua uma violação de direito,
- A proteção máxima da adolescente,
- O estabelecimento de vínculo de confiança entre a equipe e a vítima,
- Absoluta segurança para a usuária revelar aos profissionais aspectos íntimos de sua vida,
- O acolhimento, a prevenção e, o tratamento e a punição dos envolvidos nos fatos.

²⁰ *idem* ao anterior.

O princípio jurídico que orienta o sistema legal prevê sanção criminal ou administrativa se a omissão da equipe de saúde não for justificada e se não for comprovado que o ato visou prevenir danos maiores à vítima.

5. Aspectos de direitos humanos

A Convenção sobre os Direitos da Criança²¹ introduziu no plano normativo internacional o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito a sua condição de pessoas em desenvolvimento, o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas.

O reconhecimento pelo sistema jurídico internacional dos direitos humanos da criança e do adolescente como sujeitos sociais portadores de direitos e garantias próprias, independentes dos direitos de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, foi a grande mudança de paradigma. Essa mudança estabeleceu obrigações diferenciadas para os Estados, para a família e para a sociedade em geral, nas relações com a criança e com o adolescente, assegurando políticas públicas não excludentes ou repressivas que favoreçam o pleno exercício da cidadania desse segmento populacional, como analisado anteriormente.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança define de forma genérica criança como o indivíduo até 18 (dezoito) anos. Os diversos Comitês de Direitos Humanos das Nações Unidas e outros documentos consensuais resultantes de conferências internacionais traçam recomendações especiais para esse segmento, buscando estabelecer critérios gerais ou idades mínimas para o exercício de algum direito (matrimônio, trabalho, etc), deixando para o Estado a responsabilidade de fixar, a partir de seu contexto local, faixas etárias diferenciadas que determinada lei ou política atingirá, bem como exceções legais à regra geral.

Os parâmetros internacionais destacam alguns elementos indispensáveis para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção da saúde do adolescente, consolidados na Recomendação Geral n. 04 do Comitê dos Direitos da Criança da ONU (CRC/GC/2003/4), dentre eles: a necessidade de garantir a preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade da pessoa menor de 18 anos e seu acesso aos serviços de saúde, independente da anuência ou da presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões, inclusive questões sexuais e reprodutivas, além do direito a não ser discriminado em razão de alguma deficiência mental, sorológica (HIV/AIDS) ou física, ou por questões de sexo, orientação sexual, estilo de vida, raça/cor ou classe social, destacando algumas medidas específicas²² em relação à saúde sexual e reprodutiva, como:

²¹ O Brasil ratificou a Convenção no ano de 1990, incorporando na Lei 8.069/90 as normas internacionais acordadas.

²² BARSTED, Leila, PIOVESAN, Flávia, IKAWA, Daniela, e VENTURA, Miriam, in *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos – Síntese para gestores, legisladores e operadores do direito, Advocaci – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos*, 2003, Rio de Janeiro, p. 75.

432 *Do princípio à prática*

- garantir que pais e crianças conheçam princípios básicos de saúde reprodutiva e sexual;
- promover apoio familiar, no sentido de estimular a confiança entre pais e filhos, inclusive no que toca à sexualidade;
- promover acesso à informação, no que concerne doenças sexualmente transmissíveis e, especialmente, medidas preventivas, como o uso de preservativos (camisinhas), tendo em vista que, segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente metade das novas infecções por HIV ocorrem entre jovens.²³
- garantir serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados ao estágio de desenvolvimento da criança e do adolescente e adotar medidas efetivas e apropriadas para abolir as práticas tradicionais nocivas, que afetam, de forma discriminatória, especialmente as meninas.²⁴

O Comitê dos Direitos da Criança estabelece, ainda, três princípios fundamentais e específicos para a proteção da criança contra a violência sexual:²⁵

- a) o princípio da eliminação da discriminação, tendo em vista que a discriminação acentua o risco de violência;
- b) o princípio da rapidez de intervenção, especialmente nos casos de violência no âmbito doméstico;
- c) o princípio da adequação de procedimentos investigativos ao estágio de desenvolvimento da criança.

A partir desses delineamentos internacionais podemos afirmar que o acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva e acesso à proteção adequada à criança e ao adolescente dependem de uma rede de proteção que atue de forma integrada (saúde-educação-justiça-segurança), e constituem um direito humano fundamental da criança e do adolescente, obrigando os Estados a eliminarem toda e qualquer restrição ao seu acesso e a adotarem medidas específicas para esse segmento, sob pena de sofrerem penalidades e restrições no âmbito judicial internacional.

6. *Abordagens*

6.1 *Deveres clínicos*

A principal obrigação do Dr. T é a de acolher a paciente, buscar estabelecer um vínculo de confiança com a adolescente que favoreça o relato de todos os detalhes que envolveram a conduta abusiva de seu padrasto, bem como, sua situa-

²³ OMS, Executive Board Report, 111th Session Provissonal Agenda, item 5.2. EB 111/4, 09.12.2002, par. 12.

²⁴ BARSTED, Leila et all, ob. cit. p.74

²⁵ Idem anterior, p.110

ção familiar, identificando possíveis parentes mais próximos (avós, tios, irmãos(ãs) mais velhos) que possam auxiliá-la na eliminação da violação do direito de que vem sendo alvo a paciente e sua irmã. Deve verificar se a adolescente tem consciência que a conduta do padrasto é criminosa e da obrigatoriedade da instituição de saúde de comunicar ao Conselho Tutelar os fatos, a fim de eliminar a violação e apurar a queixa.

Após a abordagem inicial, considerando que a adolescente demonstrou capacidade para avaliar seu risco pessoal e de conduzir-se até um serviço de saúde por seus próprios meios, o médico deve, após cuidadoso exame clínico e ginecológico, que comprove os fatos relatados e o estado geral de saúde da paciente, acatar seu pedido de contracepção de emergência e providenciar, além da contracepção, as profilaxias recomendadas e adequadas para o caso e para a idade da adolescente, após informá-la amplamente sobre o tratamento, a necessidade de retorno ao serviço e os possíveis efeitos colaterais, em linguagem compatível com a compreensão e o nível intelectual da usuária.

Antes, porém, havendo tempo hábil, deve encaminhá-la para a assistência psicológica e social, que deverá reiterar as informações à adolescente e abordar sobre a comunicação ao Conselho Tutelar, sobre as possibilidades de solicitar a presença da mãe, sobre a existência de local seguro e de pessoa de sua confiança com quem possa ficar durante as apurações dos fatos, e dos meios necessários que garantam seu retorno ao serviço para coleta de exames e realização de acompanhamento. Além disso, considerando que a irmã da adolescente sofre abusos sexuais do padrasto, a equipe deve solicitar sua presença e constatar os fatos e a possibilidade de comunicação ao Conselho Tutelar.

Caso a adolescente concorde, os procedimentos médicos necessários e a comunicação à mãe e ao Conselho Tutelar devem ser providenciados. Caso a adolescente demonstre fundado receio de uma reação adversa da mãe e do padrasto, não possui outro familiar ou pessoa em quem confie e que possa auxiliá-la, os procedimentos médicos imediatos devem ser realizados, fortalecendo a confiança da paciente na equipe. Porém, considerando que o retorno ao lar pode resultar em nova possibilidade de violência, a adolescente deve ser novamente abordada e esclarecida sobre os riscos da não comunicação e se ainda assim não for possível obter seu consentimento para a comunicação, o caso deve ser comunicado à mãe e ao Conselho, informando a paciente sobre a necessidade dos encaminhamentos que serão dados ao seu caso.

6.2 *As obrigações dos sistemas de saúde*²⁶

O exercício dos direitos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes está condicionado ao desenvolvimento de um sistema de saúde que inclua serviços de saúde

²⁶ Ver sobre o tema Parte I, Cap. 3, e BARSTED, Leila, et al., ob. cit. 60–82.

434 *Do princípio à prática*

adequados ao estágio de desenvolvimento da criança e do adolescente e providos de equipe profissional treinada para a abordagem, com programas desenhados especificamente para este fim, que respeitem o direito à privacidade e à confidencialidade dos adolescentes, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis, para o enfrentamento das suas questões.

O sistema de saúde deve garantir assistência integral aos adolescentes adotando medidas destinadas à sua recuperação física e psicológica e a integração, com rápido acesso, aos órgãos protetores de direitos da criança e do adolescente.

Assim, o sistema de saúde deve disponibilizar os serviços e programas em quantidade suficiente para a população adolescente, de forma acessível a todos, e especialmente aos grupos mais vulneráveis, como as crianças e os adolescentes que vivem em zonas rurais remotas ou em locais isolados, portadores de deficiência, e em situação de prostituição e exploração sexual. Os serviços devem ser culturalmente apropriados, respeitar a ética médica e ser sensíveis à questão de gênero. Os insumos e tratamentos disponibilizados devem ser científica e medicamente apropriados e de boa qualidade.

Por fim, a atenção integral envolve o oferecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade.

6.3 *Ação social frente as condições subjacentes*

Constata-se que o setor de saúde é o local privilegiado para a promoção e a garantia dos direitos humanos dos adolescentes e é a partir dele que pode-se intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, propiciando uma articulação e consenso entre os setores de saúde, justiça, segurança, população alvo e sociedade em geral.

Verifica-se, ainda, a necessidade de ampliar a visão crítica e desvendar as possibilidades dos sistemas nacionais de proteção da criança e do adolescente para promoção e garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos desse segmento. Esses objetivos podem ser alcançados através da articulação, formação e sensibilização dos profissionais das áreas de saúde, segurança, justiça e educação, dos próprios adolescentes, das comunidades e da mobilização da sociedade civil organizada.

Um exemplo ilustrativo de ação social nesse sentido são as redes de atendimento para os casos de violência sexual, integradas por diversos atores sociais que buscam agir de forma conjunta, potencializando e fortalecendo suas ações. O primeiro passo para a constituição dessas redes é a identificação dos atores sociais envolvidos, que podem ser pessoas, instituições, serviços e grupos, órgãos governamentais e organizações da sociedade civil, que direta ou indiretamente, atuem no atendimento, no encaminhamento e na prevenção de casos de violência sexual contra adolescentes. O segundo passo é a implementação de

modelos de atendimento integrado, delineados por esses diversos atores, inclusive pelos adolescentes.²⁷

A falta de conhecimento sobre a legislação local e de habilidades específicas da equipe de saúde para a condução de casos de violência sexual, bem como, a subutilização dos métodos contraceptivos de emergência, podem ser enfrentados pelas associações médicas e instituições de saúde, incentivando uma ampla discussão que congregue todas as categorias profissionais que estão direta ou indiretamente envolvidas com a provisão de serviços de atendimento dos agravos resultantes de violência sexual. Discussões mais amplas que incluam grupos de adolescentes e favoreçam a interação da equipe de saúde e a população alvo pode também contribuir para a melhoria da aceitabilidade dos serviços, com incorporação do ponto de vista do usuário do serviço. Além disso, as instituições de saúde e as associações de profissionais de saúde devem buscar incluir em suas discussões, profissionais do direito que atuem na área da segurança, da justiça e da advocacia pública, buscando estabelecer consensos acerca de um conjunto de princípios que orientem a solução dos conflitos mais comuns nesses novos campos de ação de profissionais da saúde e do direito, de forma objetiva e prática.

Anexo

Apesar do aborto ser permitido pela lei penal brasileira, desde o ano de 1940, nos casos de gravidez resultante de violência sexual, o primeiro serviço público para o atendimento foi criado em 1989, em São Paulo. Somente no ano de 1998 o Ministério da Saúde expediu a Norma Técnica de “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” que regulamentou o serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando gestores estaduais e municipais do SUS, em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 258, de 06/11/97, ao artigo 128 do Código Penal; às diretrizes da Lei 8.080/90 — Lei Orgânica de Saúde e às diretrizes da Lei 8.142/90, da gestão do SUS. A Norma Técnica foi revista pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2002, incluindo, dentre outras questões operacionais, o acesso à profilaxia do HIV. O serviço proposto não se limita ao aborto, mas atendimento amplo de todos os agravos resultantes da violência sexual. A Norma frisa a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais em definir as unidades de referência, capacitar equipes para prestar o atendimento adequado e avaliar as ações desenvolvidas. A equipe pro-

²⁷ GALLI, Beatriz e VIDAURE, Marcina, “Violência Sexual e Direitos Humanos: Fortalecendo a rede e promovendo os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes”, Edição Advocaci – *Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos*, Rio de Janeiro, março de 2004, p. 28–29.

436 *Do princípio à prática*

posta é multiprofissional, dando ênfase ao acompanhamento psicológico e social da vítima atendida. Estão previstos:

- Apoio laboratorial para auxiliar no diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive sorologia para o HIV.
- Garantia de que as mulheres devem ser informadas sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e sobre a importância de cada conduta, respeitando-se a sua opinião ou recusa em relação a algum procedimento.
- Garantia de atendimento psicológico durante e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o tratamento pré-natal.
- Coleta de material para identificação do agressor por meio de exame do DNA, que deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da Justiça.
- Anticoncepção de emergência para os casos de estupro, em até 72 horas depois do ocorrido.
- Prevenção profilática de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), inclusive para o vírus HIV que causa a AIDS.
- Interrupção da gravidez até 20 semanas de idade gestacional, não recomendando a interrupção acima de 20 semanas, mas obrigando o gestor a oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando facilitar os mecanismos de adoção da criança se a mulher assim o desejar.

Os documentos e os procedimentos obrigatórios para a realização da intervenção são:

- Autorização da grávida — ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal, para a realização do abortamento, firmada em documento de seu próprio punho, na presença de duas testemunhas — exceto pessoas integrantes da equipe do hospital —, que será anexada ao prontuário médico.
- Informação à mulher — ou a seu representante legal — de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) sejam falsas.
- Registro em prontuário médico, e de forma separada, das consultas, da equipe multidisciplinar e da decisão adotada, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial.

Documentos recomendados:

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida.
- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal, quando houver.

Apesar de ressaltar, no item V, que a mulher não deve ser obrigada a realizar a queixa policial, a Norma dispõe como condição obrigatória para a intervenção o Boletim de Ocorrência Policial. Tal exigência extrapola a norma legal que não

condiciona a realização do aborto à existência de processo contra o autor do crime sexual, como entendimento majoritário na doutrina criminal.

A Norma Técnica não dispõe de qualquer medida específica para o atendimento das adolescentes, refere-se somente à autorização do representante legal para o abortamento, ficando sem previsão os casos de discordância entre a vontade do responsável e da jovem. A ausência de previsão e a exigência de autorização não eximem o médico de atender a adolescente sem a presença do responsável legal. O Código de Ética Médica dispõe, no artigo 103, que desde que a paciente menor de idade tenha capacidade de avaliar o seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, deve o médico respeitar sua opinião e manter o sigilo, inclusive em relação a seus pais e responsáveis legais. O Estatuto da Criança e do Adolescente impõe que seja observado o princípio da melhor proteção à adolescente para as intervenções médicas e para a revelação dos fatos à autoridade ou a seus responsáveis legais.

Recentemente, foi aprovada a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A inobservância das obrigações estabelecidas constitui infração da legislação referente à saúde pública. Note-se que a notificação compulsória é do caso, não sendo necessário a identificação da pessoa que sofreu a violência ou que está acometida do agravo, preservando, portanto, a privacidade da paciente.

Vale ressaltar que no Brasil, segundo o IBGE, há cerca de 300 delegacias de atenção às mulheres vítimas de violência, mas há apenas 30 serviços de saúde de atenção à mulher vítima de violência sexual, segundo a Rede Feminista de Saúde.²⁸ A implantação das delegacias de mulheres data da década de 1980, porém, a existência de poucas casas de apoio à mulher e à família, a morosidade e à inadequação da resposta judicial na sanção dos delitos e as dificuldades do próprio sistema de saúde, não favorecem a criação de uma rede de proteção social que permita o adequado enfrentamento da questão.

²⁸ PITANGUY, Jacqueline, ob. cit. P. 331

PARTE III

Dados e fontes

1

Dados de saúde reprodutiva

Este capítulo tem como objetivo fornecer dados de saúde sexual e reprodutiva. Os dados foram obtidos das fontes indicadas em cada tabela, e as atualizações são normalmente fornecidas nos *sites* mencionados. Vale ressaltar que, embora ofereçam apenas valores estimativos, as tabelas refletem, mesmo que de forma incompleta, a magnitude dos problemas em torno da saúde sexual e reprodutiva. Há sempre sabedoria no que é dito e não completamente conhecido e não pode ser ignorado por completo.

A primeira tabela oferece dados nacionais referentes a taxas de fecundidade, uso de métodos anticoncepcionais, serviços e estado da saúde materna e prevalência de HIV/AIDS. A explicação dos indicadores foi extraída e traduzida do relatório *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting* (Genebra: OMS, 2001). Todos os esforços foram envidados para oferecer os mais recentes dados disponíveis de cada indicador a partir de 8 de maio de 2002. No entanto, encorajamos os leitores a consultar os *sites* indicados para obter dados mais atualizados. Para os leitores que não têm acesso às referências utilizadas para cada indicador, são fornecidas fontes alternativas. Os leitores também poderão encontrar uma relação de referências de uso geral, apresentadas em ordem alfabética, inclusive com os respectivos *sites*, quando disponíveis. O último acesso às fontes aqui apresentadas foi realizado em 8 de maio de 2002.

O segundo conjunto de tabelas oferece uma estimativa da prevalência de mutilação genital feminina em cada país onde a prática existe. Os três grupos de dados são apresentados de acordo com a confiabilidade das estimativas. A intenção das tabelas é fornecer os mais recentes dados disponíveis a partir de 4 de dezembro de 2001. Mais uma vez, os leitores são encorajados a consultar os *sites* indicados para obter dados mais atualizados.

O terceiro conjunto de tabelas oferece dados sobre complicações e mortalidade relacionadas ao aborto. A primeira tabela do grupo apresenta estimativas regionais e mundiais de incidências de abortos inseguros e a mortalidade resultante. A segunda oferece estimativas de abortos induzidos e casos de hospitalização por complicações de aborto em alguns países selecionados da América Latina. A terceira e última tabela apresenta a porcentagem de jovens hospitalizadas por complicações de aborto em países selecionados da América Latina e África.

Tabela III.1.1 Dados sobre indicadores selecionados de saúde reprodutiva, por país

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
Afganistão	6,80	—	1,6	0.820
África do Sul	2,85	45	56,3	340
Albânia	2,27	12	—	31
Alemanha	1,29	14	74,7	12
Angola	7,20	215	—	1.300
Antilhas Holandesas	2,09	—	—	20
Arábia Saudita	5,54	107	31,8	23
Argélia	2,79	20	56,9	150
Argentina	2,44	63	—	85
Armênia	1,10	40	60,5	29
Austrália	1,75	29	76,1	6
Áustria	1,24	20	50,8	11
Azerbaijão	1,51	22	—	37
Bahamas	2,31	—	61,7	10
Bahrein	2,28	—	61,8	38
Bangladesh	3,56	140	53,8	600
Barbados	1,50	—	55,0	33
Bélgica	1,48	11	78,4	8
Belize	2,89	—	46,7	140
Benin	5,68	109	16,4	880
Bielo-Rússia	1,20	22	50,4	33
Bolívia	3,92	80	48,3	550
Bósnia- Herzegóvina	1,30	33	—	15
Botsuana	3,94	74	33,0	480
Brasil	2,15	71	76,7	260
Brunei Darussalam	2,53	—	—	22
Bulgária	1,10	45	85,9	23
Burkina Fasso	6,80	139	11,9	1.400
Burundi	6,80	53	8,7	1.900
Butão	5,10	—	18,8	500
Cabo Verde	3,24	—	52,9	190
Camarões	4,70	134	19,3	720

Dados de saúde reprodutiva 443

e serviços					Prevalência de HIV/AIDS	
Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	
					grandes áreas urbanas ^j	fora das grandes áreas urbanas ^k
8	8	—	—	—	—	—
89	82	25	—	37	19,2	21,3
—	—	15	5	—	—	—
—	—	5	7	—	0,06	0,01
25	17	105**	—	29	1,2	8,5
95*	95*	15**	—	—	—	—
87	90	20	3	—	—	—
58	77	55	7	42	—	—
—	96	15	7	26	1,8	0,24
95*	95*	15	9	—	0,13	0
—	—	5	7	—	—	—
—	—	5	7	—	—	—
95*	95*	15	10	—	—	—
100	100	25	—	—	3,6	—
96	94	20	10	—	0,1	—
23	14	80	30	53	—	0
98	98	20	10	—	1,1	—
—	—	10	8	—	—	—
96	77	30	4	—	—	—
60	38	60	15	41	3,7	1,5
—	—	10	5	—	—	0,04 ⁿ
52	46	45	8	54	0,5	0
—	—	10**	4	—	—	—
92	77	70	11	—	43,0	30,0
74	73	40	9	33	0,7	0,4
100	98	10	—	—	—	—
—	—	10	9	—	—	0,01 ⁿ
59	43	60	18	24	7,4	4,3
88	24	85	16***	68	18,6	19,7
51	12	75	15	—	—	0
99	—	25**	13	—	—	—
73	58	70	10	44	5,5	9,2

444 *Dados e fontes*

Tabela III.1.1 (cont.)

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
Camboja	4,77	13	23,8	590
Canadá	1,58	20	74,7	6
Cazaquistão	1,95	39	66,1	80
Chade	6,65	185	4,1	1.500
Chile	2,35	44	—	33
China	1,80	15	83,8	60
Chipre	1,92	—	—	0
Cingapura	1,45	9	74,2	9
Colômbia	2,62	84	76,9	120
Comores	4,96	—	21,0	570
Costa do Marfim	4,64	128	15,0	1.200
Costa Rica	2,67	76	75,0	35
Croácia	1,70	18	—	18
Cuba	1,55	67	70,0	24
Dinamarca	1,65	9	78,0	15
Djibuti	5,77	—	—	520
Egito	2,88	61	56,1	170
El Salvador	2,88	104	59,7	180
Emirados Árabes Unidos	2,86	71	27,5	30
Equador	2,76	73	65,8	210
Eritréia	5,28	116	5,0	1.100
Eslováquia	1,28	62	74,0	14
Eslovênia	1,14	65	—	17
Espanha	1,13	8	80,9	8
Estados Unidos da América	1,93	50	76,4	12
Estônia	1,20	25	70,3	80
Etiópia	6,75	151	8,1	1.800
Federação Russa	1,14	42	—	75
Fiji	2,98	—	41,0	20
Filipinas	3,24	43	46,0	240
Finlândia	1,55	11	77,4	6

Dados de saúde reprodutiva 445

e serviços	Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	Prevalência de HIV/AIDS	
						% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	grandes áreas urbanas ^j
	52	21	75	9	—	3,8	2,3
	—	—	5	6	—	—	—
	92	99	35	6	27	—	—
	30	15	70	24	37	6,2	4,7
	91	98	10	5	13	0,1	0
	79	85	35	6	52	—	0,4
	100	98	5**	—	—	—	0
	100	100	5	8	—	—	—
	83	85	35	7	24	0,5	0,1
	69	24	50	18	—	0	—
	83	45	95	17	34	10,6	10
	95	97	15	6	27	0,3	0,1
	—	—	10	6	—	—	—
	100	99	10	6	47	0	—
	—	—	5	6	—	—	—
	76	79	75**	—	—	2,9	—
	53	46	55	10	24	0	0
	69	87	25	13	14	0	—
	—	—	10	6	—	0,15	0,05 ⁿ
	75	64	30	16	17	—	0,3
	19	6	50	14	—	—	3
	—	—	10	7	—	—	0 ⁿ
	—	—	10	6	—	—	0 ⁿ
	—	—	5	6	—	0,13	0,15 ⁿ
	—	—	5	8	—	—	—
	—	—	5	5	—	—	—
	20	8	100	12	42	17,6	9,2
	—	—	15	7	30	—	0,005 ⁿ
	100	100	15	12***	—	—	—
	83	53	25	18	48	—	—
	—	—	5	6	—	0	0,01 ⁿ

Tabela III.1.1 (cont.)

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
França	1,80	9	74,6	20
Gabão	5,40	162	32,7	620
Gâmbia	4,79	167	11,8	1.100
Gana	4,22	84	22,0	590
Geórgia	1,39	31	40,5	22
Grande Jamahiriya Árabe Popular Socialista da Líbia	3,31	53	39,7	120
Grécia	1,24	17	—	2
Guadalupe	2,02	—	43,6	5
Guam	3,95	—	—	12
Guatemala	4,41	109	38,2	270
Guiana	2,31	—	31,4	150
Guiné	5,83	162	6,2	1.200
Guiné-Bissau	5,99	183	—	910
Guiné Equatorial	5,89	—	—	1.400
Haiti	3,98	66	28,1	1.100
Honduras	3,72	108	50,0	220
Hong Kong, China	1,17	5	86,2	—
Hungria	1,20	27	77,4	23
Iêmen	7,60	100	20,8	850
Ilhas Salomão	5,26	—	—	60
Índia	2,97	107	48,2	440
Indonésia	2,27	57	57,4	470
Irã	2,76	48	72,9	130
Iraque	4,77	38	13,7	370
Irlanda	2,02	14	—	9
Islândia	1,90	—	—	16
Israel	2,70	20	—	8
Itália	1,20	8	60,2	11
Iugoslávia	1,55	32	55,0	15
Jamaica	2,37	92	65,9	120

Dados de saúde reprodutiva 447

e serviços	Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	Prevalência de HIV/AIDS	
						% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	grandes áreas urbanas ^j
—	—	5	6	—	0,4	—	
86	80	40**	—	—	4,0	1,2	
91	44	75	14	80	1,0	2,4	
86	44	80	9	64	3,4	3,4	
95*	95*	20	6	—	0	—	
100	76	30	7***	—	—	0	
—	—	10	7	—	—	—	
—	—	10	—	—	—	—	
97	100	10**	—	—	—	—	
53	35	30	12	45	2,9	1,9	
95	93	55	14	—	3,8	—	
59	31	115	10	—	1,5	1,4	
50	—	100**	20	74	2,7	—	
37	5	60**	—	—	0,7	0,3	
68	20	40	28***	64	10	4,8	
73	47	25	6	14	2,9	3	
100	100	5	—	—	—	—	
—	—	5	9	—	—	0 ⁿ	
26	16	60	26	—	—	—	
71	85	35**	—	—	—	—	
62	35	70	26	88	2	0,3	
82	36	40	9	64	—	0	
62	74	55	7	17	0	0	
59	54	30	23	18	—	0	
—	—	10	4***	—	—	—	
—	—	5	4	—	—	—	
90	99	5	8	—	—	—	
—	—	5	6	—	0,15	0,1 ⁿ	
—	—	15	5	—	—	—	
98	92	30	11	40	1	—	

Tabela III.1.1 (cont.)

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
Japão	1,33	3	58,6	12
Jordânia	4,31	32	52,6	41
Kwait	2,66	32	50,2	25
Lessoto	4,45	81	23,2	530
Letônia	1,10	31	48,0	70
Líbano	2,18	25	61,0	130
Libéria	6,80	—	6,4	1.000
Lituânia	1,20	35	58,5	27
Luxemburgo	1,76	—	—	0
Madagáscar	5,68	167	19,4	580
Malásia	2,90	24	54,5	39
Malawi	6,34	151	30,6	580
Maldivas	5,37	—	—	390
Mali	7,00	174	6,7	630
Malta	1,77	—	—	0
Marrocos	3,03	47	50,3	390
Martinica	1,70	—	51,3	4
Maurício	1,90	40	74,7	45
Mauritânia	6,00	129	3,3	870
México	2,49	70	66,5	65
Mianmar	2,80	24	32,7	170
Moçambique	5,86	159	5,6	980
Mongólia	2,32	50	59,9	65
Namíbia	4,87	101	28,9	370
Nepal	4,48	117	28,5	830
Nicarágua	3,82	130	60,3	250
Níger	8,00	211	8,2	920
Nigéria	5,42	114	15,3	1.100
Noruega	1,70	12	73,8	9
Nova Caledônia	2,47	—	—	10
Nova Zelândia	1,97	30	74,9	15
Omã	5,46	61	23,7	120

Dados de saúde reprodutiva 449

e serviços					Prevalência de HIV/AIDS	
Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	
					grandes áreas urbanas ^j	fora das grandes áreas urbanas ^k
—	—	5	7***	—	0	0
80	87	20	10	50	0 ⁿ	0
99	99	20	7	40	0	0
91	50	60**	—	7	31,3	27,1
—	—	15	5	—	—	0,06 ⁿ
85	45	25	6	49	—	0
83	58	80**	—	—	4,0	10,1
—	—	10	4	—	0	0 ⁿ
—	—	10	4	—	—	—
78	57	55	15	—	0	0
90	98	10	9	56	0,03	0,05
90	55	70	13***	55	26,0	18,2
95	90	75	12	—	—	—
25	24	115	16	58	2,7	2,9
—	—	10	7	—	—	—
45	40	40	9***	45	0,02 ⁿ	0
—	—	10	—	—	—	—
99	97	35	13	29	0	—
49	40	130	—	24	0,5	0
71	69	20	9	41	0	0,36
80	52	85**	16	58	0,65	1,5
54	30	90	13	58	11,2	17,0
90	97	55	6	45	—	—
88	68	60	15***	16	25,9	15,0
15	8	70	21	65	0	0
71	61	20	13	36	—	—
30	15	150	12	41	1,3	4,7
60	31	100	9	55	4,5	4,9
—	—	10	5	—	—	0,01 ⁿ
98	98	15	—	—	—	—
—	—	10	6	—	—	—
98	92	15	8	54	—	—

450 *Dados e fontes*

Tabela III.1.1 (cont.)

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
Paises Baixos	1,50	5	78,5	10
Panamá	2,42	77	58,2	100
Papua-Nova Guiné	4,32	66	25,9	390
Paquistão	5,08	100	23,9	200
Paraguai	3,84	81	57,4	170
Peru	2,64	65	64,2	240
Polinésia Francesa	2,47	—	—	20
Polônia	1,26	21	49,4	12
Porto Rico	1,90	64	77,7	30
Portugal	1,45	22	66,3	12
Qatar	3,34	—	43,2	41
Quênia	4,15	106	39,0	1.300
Quirguistão	2,34	34	59,5	80
Reino Unido	1,61	28	82,0	10
República Árabe da Síria	3,65	41	36,1	200
República				
Centro-Africana	4,92	128	14,8	1.200
República da Coréia	1,51	4	80,5	20
República da Macedônia	1,48	36	—	17
República da Moldávia	1,40	53	73,7	65
República Democrática do Congo	6,70	211	7,7	940
República Democrática Popular da Coréia	2,07	2	61,8	35
República Democrática Popular do Laos	4,80	41	18,6	650
República Dominicana	2,71	12	63,7	110
República Tcheca	1,16	23	68,9	14
República Unida da Tanzânia	5,03	130	24,2	1.100
Romênia	1,32	41	63,8	60
Ruanda	5,77	54	13,2	2.300

Dados de saúde reprodutiva 451

e serviços					Prevalência de HIV/AIDS	
Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	
					grandes áreas urbanas ^j	fora das grandes áreas urbanas ^k
—	—	10	—	—	0,33	—
72	84	30	10	—	0,3	0,9
70	33	80	—	16	0,2	0
27	18	65	21***	37	0	0
83	66	25	9	44	0	—
64	53	30	10	53	0,3 ⁿ	0,04 ⁿ
95	98	10**	—	—	—	—
—	—	15	6	—	—	—
99	99	15	—	—	—	—
—	—	5	7	—	0,2	—
100	97	15*	10	—	—	—
95	45	40	9	35	15,2	12,7
90*	95*	30	6	—	—	—
95	96	20	—	—	—	—
33	67	45	6	—	0	—
67	46	70	13***	67	12,8	12,2
96	95	5	—	—	—	—
—	—	30	6	—	—	—
—	—	15	7	20	—	0 ⁿ
—	—	65**	15	—	4,1	8,5
100	100	60**	—	71	—	—
25	30*	110**	—	62	0,4	—
97	90	40	13	—	1,4	2,1
—	—	5	6	23	—	0,005 ⁿ
92	44	65	11	59	13,7	18,6
—	—	15	9	31	—	—
94	26	70	12***	—	19	7,5

452 *Dados e fontes*

Tabela III.1.1 (cont.)

País	Fecundidade e uso de métodos anticoncepcionais			Estado da saúde materna
	Taxa de fecundidade total ^a (nº de nascimentos por mulheres)	Taxa de fecundidade entre adolescentes ^b (nº de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos)	Prevalência de contraceptivos ^c (% de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos)	Taxa de mortalidade materna ^d (nº de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas)
Samoa	4,24	—	—	15
Senegal	5,11	99	12,9	1.200
Serra Leoa	6,50	196	—	2.100
Somália	7,25	—	—	1.600
Sri Lanka	2,09	21	66,1	60
Suazilândia	4,44	—	19,9	370
Sudão	4,47	53	8,3	1.500
Suécia	1,29	9	78,0	8
Suíça	1,38	4	82,0	8
Suriname	2,05	—	—	230
Tadjiquistão	2,87	28	—	120
Tailândia	2,00	76	72,2	44
Timor Leste	3,85	—	—	850
Togo	5,36	84	23,5	980
Trinidad e Tobago	1,53	42	52,7	65
Tunísia	2,10	11	60,0	70
Turcomenistão	3,17	16	61,8	65
Turquia	2,30	56	63,9	55
Ucrânia	1,10	34	67,5	45
Uganda	7,10	189	14,8	1.100
Uruguai	2,30	66	—	50
Uzbequistão	2,29	42	55,6	60
Vanuatu	4,26	—	—	32
Venezuela	2,72	95	49,3	43
Vietnã	2,25	34	75,3	95
Zaire	—	—	—	—
Zâmbia	5,66	138	25,0	870
Zimbábue	4,50	85	53,5	610

Dados de saúde reprodutiva 453

e serviços					Prevalência de HIV/AIDS	
Seguro de atendimento pré-natal ^c (% de gestantes asseguradas)	% de nascimentos auxiliados por profissionais de saúde capacitados ^f	Taxa de mortalidade perinatal ^g (nº de mortes perinatais por 1.000 nascimentos)	% de crianças nascidas vivas abaixo do peso normal ^h	% de gestantes com anemia ⁱ	% de gestantes com HIV/AIDS em clínicas de atendimento pré-natal	
					grandes áreas urbanas ^j	fora das grandes áreas urbanas ^k
52	52	15**	—	—	—	—
74	47	85	12	26	0,5	0,5
30*	25*	160**	22	31	2	—
40*	2	85**	—	—	0	2,0
100	94	30	17	39	0	0
70	56	35	—	—	30,3	31,5
54	86 ^o	65	—	36	0,5	3,8
—	—	5	4	—	—	0,01 ⁿ
—	—	5	6	—	—	—
100	91	25**	11	—	0,8	—
90*	92	35	13	50	—	—
—	—	125**	—	—	—	—
77	71	20	7	57	1,28	1,71
43	32	80	13	48	6,8	4,6
98	98	10	—	53	1	—
62	76	30	15	74	—	—
71	90	35	5	38	0	0
87	38	50	13	30	13,8	7,7
90*	90*	25	5	—	—	—
80	96	15	—	20	0	0
90*	90*	15	6	—	—	—
90	79	45**	7***	—	—	—
74	97	15	6	29	0	0
78	79	30	19	—	0,17	0
66	—	—	—	—	—	—
92	51	65	11	34	27,0	13,9
93	69	75	10	—	29,7	30,0

454 *Dados e fontes*

Notas da Tabela III.1.1.

n = número nacional que não permite uma divisão entre áreas urbanas e rurais;

o = dados definidos localmente;

* indica que o número foi arredondado;

** estimativas para países sem dados disponíveis;

*** dados referentes a períodos fora do intervalo de 1995–2000 que diferem do padrão de definição ou se referem uma parte do país.

^a A taxa de fecundidade total mede o número total de filhos nascidos de uma mulher até o fim de seu período reprodutivo, caso ela tenha acompanhado as taxas de fecundidade prevalentes em cada idade durante toda sua vida reprodutiva. A taxa de fecundidade total é útil no sentido de que reflete o mau estado da saúde reprodutiva física, uma vez que a alta paridade (>5 nascimentos) é um dos fatores de risco de morbidade e mortalidade materna. Este indicador também serve de complemento às medições de prevalência do uso de métodos anticoncepcionais. São apresentadas estimativas baixas, médias e altas. As variantes médias são utilizadas para o período entre 2000 a 2005. *Fontes:* Divisão de População da ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, i. *Comprehensive Tables* (Nova York: Nações Unidas, 2000), 584–91. E ainda: Banco Mundial, *World Indicators 2001*, tabela 2.17, p. 106–9; UNFPA, *State of World Population 2001*, 70–3; Population Reference Bureau, *2001 World Population Data Sheet*.

^b A taxa de fecundidade entre adolescentes oferece uma estimativa do número de nascimentos para cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos de idade. Os valores se referem a 1999. *Fontes:* Banco Mundial, *World Indicators 2001*, tabela 2.17, p. 106–9. E ainda: UNFPA, *State of World's Population 2001*, 67–9, fornece dados sobre nascimentos em cada país para cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos; Population Reference Bureau, *World's Youth 2000*, 18–24, oferece uma estimativa da porcentagem da taxa de fecundidade total atribuída ao número de nascimentos por mulheres de 15 a 19 anos de idade.

^c A prevalência de contraceptivos mede a porcentagem de mulheres casadas ou em uniões estáveis que estão na idade reprodutiva e utilizando (ou cujo parceiro está utilizando) qualquer método de contracepção. Os métodos incluem a esterilização feminina e masculina, hormônios injetáveis ou por via oral, dispositivos intra-uterinos, diafragmas, espermicidas e preservativos, planejamento familiar natural e amenorréia lactacional. Embora haja esforços para oferecer cobertura a todas as mulheres entre 15 a 19 anos de idade com risco de gravidez, independente de seu estado civil (ou seja, mulheres sexualmente ativas que não sofrem de infecundidade ou amenorréia, e que não estejam grávidas), estes dados se referem apenas a mulheres casadas, o que inclui mulheres em concubinato ou outros tipos de união informal. Os valores se referem a 2001. *Fontes:* Nações Unidas, *Wall Chart on World Contraceptive Use 2001* (Nova York: Nações Unidas, 2002), vide também www.unpopulation.org. E ainda: Divisão de População da ONU, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (Nova York: Nações Unidas, 2000); Banco Mundial, *World Indicators 2001*, tabela 2.17, p. 106–9; UNFPA, *State of World Population 2001*, 67–9; e PNUD, *Human Development Report 2000*, 158–62; Population Reference Bureau, *2001 World Population Data Sheet*.

^d A proporção de mortalidade materna mede o número anual de mortes maternas por 100.000 nascimentos de crianças vivas. Estas estimativas se referem a 1995. As estimativas são representativas das ordens de magnitude e não devem ser analisadas como valores exatos. *Fontes:* Organização Mundial da Saúde; *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, Unicef and UNFPA* (Genebra: OMS, 2001), 42–7. E ainda: OMS e Banco Mundial, pôster: 'Maternal Health Around the World', 1997; UNFPA, *State of World Population 2001*, 67–9; PNUD, *Human Development Report 2001*, 166–70; Banco Mundial, *World Indicators 2001*, tabela 2.17, p. 106–9; Unicef, *State of the World's Children 2002*, 36–9.

^e O seguro de atendimento pré-natal oferece uma estimativa da porcentagem de mulheres atendidas pelo menos uma vez durante a gravidez por profissionais de saúde capacitados por motivos relacionados à gravidez. Profissionais de saúde capacitados incluem: médicos (especialistas ou clínicos gerais) e pessoas com treinamento em obstetria que podem diagnosticar e administrar complicações de natureza obstétrica além dos partos normais. As estimativas devem ser entendidas como indicadoras das ordens de magnitude e não como valores exatos, e têm como base a análise de dados de países em desenvolvimento até os meados de 1996. O atendimento pré-natal oferece uma oportunidade importante para a discussão entre a gestante e o profissional de saúde, além de ser importante como cuidado preventivo e para diagnósticos iniciais e tratamento de complicações. *Fontes:* OMS, *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information*, 1997, 15–19. Esta fonte se refere apenas a países em desenvolvimento. E ainda: Unicef, *State of the World's Children 2002*, 36–9; ONU, *The World's Women 2000*, tabela 3B.

^f Este indicador oferece uma estimativa da porcentagem de nascimentos totais auxiliados por profissionais de saúde capacitados, independente do resultado (crianças nascidas com vida ou morte fetal). Profissionais de saúde capacitados incluem: médicos (especialistas ou clínicos gerais) e pessoas com treinamento em obstetria que podem diagnosticar e administrar complicações de natureza obstétrica além dos partos normais. As estimativas devem ser entendidas como indicadoras das ordens de magnitude e não como valores exatos, e têm como base a análise de dados de países em desenvolvimento até meados de 1996. A parcela de nascimentos auxiliados por equipe de saúde capacitada é um indicador da capacidade do sistema de saúde de fornecer atendimento adequado para gestantes. O bom atendimento pré- e pós-natal melhora a saúde materna e reduz as mortalidades materna e infantil, e outros indicadores podem não refletir tais melhorias uma vez que muitos sistemas de saúde são deficientes, as mortes maternas não são todas registradas e as taxas de morte materna são difíceis de se medir. *Fontes:* OMS, *Coverage of Maternity Care*, 15–19. Esta fonte se refere apenas a países em desenvolvimento. E ainda: Banco Mundial, *World Development Indicators 2001*, Tabela 2.17: *Reproductive Health*, p. 106–9; Population Reference Bureau, *World's Youth 2000*, p. 18–24; UNFPA, *State of World Population 2001*, 70–3; Unicef, *State of World's Children 2002*, 36–9; ONU, *The World's Women 2000*, tabela 3B.

^g A taxa de mortalidade perinatal oferece uma estimativa do número de óbitos no período perinatal por 1.000 nascimentos. As mortes no período perinatal ocorrem em fase tardia da gravidez (após a 22ª semana de gestação), durante o parto ou em até sete dias de vida do bebê. Os valores se referem a 1999. *Fonte:* OMS/Reproductive Health and Research (RHR), fornecido por Jelka Zupan da RHR, 10 de abril de 2002.

^h O indicador de nascimentos de baixo peso oferece uma estimativa da porcentagem de crianças nascidas vivas com peso abaixo de 2.500 gramas, pesadas durante as primeiras horas de vida, antes da ocorrência de grande perda de peso pós-natal. Este indicador é uma medida direta da saúde do recém-nascido e de suas chances de sobreviver. Além disso, é um marcador eficiente do estado de saúde da mãe. Os dados se referem ao ano mais recente durante o período de 1995–2000. *Fonte:* Unicef, *State of the World's Children 2002*, 16–19. E ainda: PNUD, *Human Development Report 2001*, 162–6; Banco Mundial, *World Indicators 2001*, tabela 2.18, p. 110–13.

ⁱ Porcentagem de gestantes que sofrem de anemia, medida por níveis de hemoglobina inferiores a 11 gramas por decilitro. Este indicador é uma medição direta do estado de saúde, uma vez que a anemia prejudica a saúde de forma direta. Pode também ser utilizado como um valor representativo do estado geral de nutrição. Os dados se referem ao mais recente ano disponível entre 1985–99. *Fonte:* Banco Mundial, *World Development Indicators 2001*, 110–13.

^j Porcentagem de gestantes examinadas em clínicas de atendimento pré-natal nos grandes centros urbanos com teste positivo para o HIV. É apresentada uma variante média. Os dados se referem ao mais recente ano disponível entre 1992–5. *Fontes:* Programa Conjunto das Nações

456 *Dados e fontes*

Unidas sobre HIV/AIDS, *Report*, 123–35. Os dados de cada país sobre a porcentagem de adultos (homens e mulheres) em 1999 com teste positivo para o HIV estão disponíveis em *World Indicators 2001*, do Banco Mundial, na tabela 2.18, p. 110–13; os dados de cada país sobre o número estimado de pessoas com HIV/AIDS no final de 1997 e a porcentagem destas estimativas representadas por mulheres se encontram em *The World's Women 2000*, tabela 3B, p. 79–80; os dados de cada país sobre a porcentagem de homens e mulheres de 15 a 24 anos infectados pelo HIV estão disponíveis pela UNFPA, em *State of World Population 2001*, 67–9.

^k Porcentagem de gestantes examinadas em clínicas de atendimento pré-natal em áreas fora dos grandes centros urbanos com teste positivo para o HIV. É apresentada uma variante média. Os dados se referem ao mais recente ano disponível entre 1992–9. *Fontes*: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, *Report*, 123–35. Vide também o item j.

Agradecimentos

Iqbal Shah, Jelka Zupan, Wilma Doedens, Vasantha Kandiah, Metin Gulvezoglu, Noah Gitterman, Jeanette Williams, Tracey Pegg.

Fontes

- Banco Mundial, *World Indicators 2001* (Washington: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento, 2001) em <http://www.worldbank.org/data/databytopic/databytopic.html>
- Nações Unidas, Divisão de População, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, *Charting the Progress of Populations* (Nova York: Nações Unidas, 2000) em <http://www.unpopulation.org>
- ____ *World Population Prospects: The 2000 Revision*, i. *Comprehensive Tables* (Nova York: Nações Unidas, 2000) em <http://www.unpopulation.org>
- Nações Unidas, *The World's Women 2000, Trends and Statistics* (Nova York: Nações Unidas, 2000) em <http://www.un.org/Depts/unsd/ww2000/tables.htm>
- Organização Mundial da Saúde (OMS), *Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information* (Genebra: OMS, 1997).
- ____ *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting* (Genebra: OMS, 2001) em <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>
- ____ e Banco Mundial, pôster: 'Maternal Health Around the World 1997' em www.safemotherhood.org
- Population Reference Bureau, *2001 World Population Data Sheet* (Washington: Population Reference Bureau, 2002) em <http://www.prb.org>
- ____ *World's Youth 2000* (Washington.: Population Reference Bureau, 2000) em <http://www.prb.org>
- ____ *World's Youth 2001* (Washington: Population Reference Bureau, 2001) em <http://www.prb.org>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), *Report on the Global AIDS Epidemic, Junho de 2000* (Genebra: UNAIDS, 2000) em http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, *Human Development Report 2001* (Nova York: Oxford University Press, 2001) em <http://www.undp.org/hdr2001/home.html>
- UNFPA, *State of World Population 2001* (Nova York: UNFPA, 2001) em <http://www.unfpa.org/swp/2001/english/indicators/indicators2.html>
- UNICEF, *State of the World's Children 2002* (Nova York: Unicef, 2002) em <http://www.unicef.org/sowc02summary/index.html>

Outras bases de dados disponíveis para pesquisas: *World Population Prospects Population Database* em <http://esa.un.org/unpp>; *Demographic and Health Surveys*, censos realizados pela Macro International, Inc. em <http://www.measuredhs.com>

Tabela III.1.2 Mutilação genital feminina (MGF), prevalência estimada

III.1.2.1 Estimativas mais confiáveis: censos nacionais

País	Prevalência (%) ^a	Ano ^b
Burkina Fasso	72	1998/9
Costa do Marfim	43	1994
Egito	97	1995
Eritréia	95	1995
Guiné	99	1999
Iêmen	23	1997
Mali	94	1995/6
Níger	5	1998
Nigéria	25	1999
Quênia	38	1998
República Centro-africana	43	1994/5
Somália	96–100	1982/93
Sudão	89	1989/90
Tanzânia	18	1996
Togo	12	1996

^a A prevalência mede a porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade submetidas à mutilação genital feminina, por ano especificado. Vale ressaltar que estas porcentagens são estimadas. Além disso, as estimativas incluem todas as formas de corte.

^b O ano se refere ao do censo, à exceção da Somália, em que o ano se refere à data de publicação do relatório do Ministério da Saúde. Vale lembrar que alguns relatórios do *Demographic and Health Surveys* (DHS) foram datados um ano depois da realização do censo.

Fontes

A fonte utilizada para as estimativas acima (à exceção da Somália e do Togo) foi D. Carr, *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys* (DHS) (Calverton, Md.: Macro International Inc., 1997), acessível pelo <http://www.measuredhs.int>. Os dados estão disponíveis no site da OMS: <http://www.who.int/frh-whd/fgm>, com a atualização mais recente em maio de 2001 e último acesso em 4 de dezembro de 2001.

No caso da Somália, a estimativa foi fornecida pelo censo nacional de 1983, realizado pelo Ministério da Saúde: *Fertility and Family Planning in Urban Somalia, 1983*, Ministério da Saúde, Mogadíscio e Westinghouse. O censo revelou uma prevalência de 96%. Cinco outros censos, realizados entre 1982 e 1993, sobre diversas populações, demonstraram prevalências de 99 a 100%. Maiores detalhes sobre estas fontes estão disponíveis em C. Makhoul Obermeyer, 'Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable', *Medical Anthropology Quarterly*, 13/1 (1999), 79–106.

No caso de Togo, a fonte utilizada é um censo nacional, realizado pela Unité de Recherche Démographique (URD) em 1996. (A referência do relatório não publicado é E. Agounke, M. Janssens, e K. Vignikin K, 'Prévalence et facteurs socio-économiques de l'excision au Togo, rapport provisoire', Lomé, junho de 1996. Os resultados foram apresentados em T. Locoh, 'Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique', *Population* 6 (1998), 1.227–40.

III.1.2.2 Outras estimativas

País	Prevalência (%)	Ano ^a	Fonte
Benin	50	1993	Estudo de 1993 do Comitê Nacional, Benin 50, não publicado, cit. em Toubia (1995); Toubia e Izett (1998)
Chade	60	1991	Estudo patrocinado pela Unicef, não publicado, cit. em Toubia (1995); Toubia e Izett (1998)
Etiópia	85	1985; 1990	Estudo do Ministério da Saúde, patrocinado pela Unicef; estudo do Comitê Interafricano; cit. em Toubia e Izett (1998)
Gâmbia	80	1985	Estudo, citado in Toubia (1995); Toubia e Izett (1998)
Gana	30 ^b	1986; 1987	Dois estudos citados em Toubia (1995); Toubia e Izett (1998); sobre diferentes regiões, com resultados divergentes
Libéria	60 ^c	1984	Estudo não publicado, cit. em Toubia (1995); Toubia e Izett (1998)
Senegal	20	1990	Estudo nacional, cit. em Toubia (1995); Toubia e Izett (1998)
Serra Leoa	90	1987	Koso-Thomas (1987)

^a No caso de estudos publicados, o ano se refere ao de publicação. Para os estudos não publicados, nem sempre está claro se o ano se refere ao do relatório ou ao ano em que o censo foi realizado. Onde não há ano indicado, a informação não está disponível.

^b Um dos estudos revelou prevalências variando entre 75 e 100% entre grupos étnicos no norte, outro, sobre o sul, revelou a prática de corte genital feminino apenas entre grupos migrantes; o valor de 30% foi obtido de Toubia (1995).

^c Um censo limitado revelou que apenas três de todos os grupos não praticam CGF, e estimou uma prevalência de 50 a 70%; o valor de 60% foi obtido de Toubia (1995).

Fontes

Os dados estão disponíveis no *site* da OMS: <http://who.int/frh-whd/fgm>, com atualização mais recente em maio de 2001, e último acesso em 4 de dezembro de 2001.

Koso-Thomas, O., *The Circumcision of Women: A Strategy for Eradication* (Londres: Zed Press, 1987).

Makhlouf Obermeyer, C., 'Female Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable', *Medical Anthropology Quarterly*, 13/1 (1999), 79–106.

Toubia, N., *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action* (2ª ed.; Nova York: Rainbo, 1995) (<http://www.rainbo.org>) (alguns valores estão atualizados na versão árabe de 1996).

_____ e Izett, S., *Female Genital Mutilation: An Overview* (Genebra: OMS, 1998).

III.1.2.3 Estimativas questionáveis

País	Prevalência (%)
Camarões	20
República Democrática do Congo	5
Djibuti	98
Guiné-Bissau	50
Mauritânia ^a	25
Uganda	5

^a Censo nacional realizado pelo DHS.

Fonte

Estas estimativas estão disponíveis no *site* da OMS: <http://who.int/frh-whd/fgm>, com atualização mais recente em 2001, último acesso em 4 de dezembro de 2001. São baseadas em evidências anedóticas, e citadas em Toubia (1995) e Toubia e Izett (1998).

Tabela III.1.3 Complicações e mortalidade relacionadas ao aborto

III.1.3.1 Incidência de abortos inseguros e mortalidade resultante de abortos inseguro, estimativas globais e regionais, 1995–2000

Região	Nº estimado de abortos inseguros (000) ^a	Taxa de incidências ^b	Proporção de incidências ^c	Nº estimado de mortes resultantes de abortos inseguros ^d	Proporção de mortalidade ^e	Proporção de mortes maternas ^f
Total Mundial	20.000	13	15	78.000	57	13
Regiões mais desenvolvidas	900	3	7	500	4	13
Regiões menos desenvolvidas	19.000	16	16	77.500	63	13
África	5.000	27	16	34.000	110	13
África Oriental	1.900	36	19	16.000	153	14
África Central	600	28	14	4.000	98	10
África Setentrional	600	15	13	1.200	24	7
África Meridional	200	16	13	800	49	19
África Ocidental	1.600	31	16	12.000	121	12
Ásia	9.900	11	13	38.500	48	12
Ásia Oriental	—	—	—	—	—	—
Centro-Sul da Ásia	6.500	19	17	29.000	72	13
Sudeste Asiático	2.800	21	23	8.100	66	15
Ásia Ocidental	500	12	11	1.100	20	6
Europa	900	5	12	500	6	17
Europa Oriental	800	10	25	500	15	24
Europa Setentrional	<30	1	2	<20	0,2	2
Europa Meridional	<90	2	6	<20	1	10
Europa Ocidental	—	—	—	—	—	—
América Latina e Caribe	4.000	30	36	5.000	41	21
Caribe	200	17	21	600	71	18
América Central	900	26	26	700	20	14
América do Sul	3.000	34	42	3.500	47	24
América do Norte	—	—	—	—	—	—
Oceania	30	15	12	150	51	8

Nota: A soma dos valores pode não corresponder aos totais em função aos arredondamentos. Para as regiões em que a incidência é insignificante, as estimativas não foram apresentadas. A Austrália, o Japão e a Nova Zelândia foram excluídas das estimativas regionais, mas estão incluídas no total para os países desenvolvidos.

^a 19 dos 20 milhões de abortos inseguros estimados ocorrem a cada ano em países menos desenvolvidos, nos quais as leis sobre o aborto são as mais restritivas.

^b Taxa de incidências: 'A taxa de incidências de aborto inseguro é o número de abortos inseguros realizados por 1.000 mulheres na idade reprodutiva (15 a 49 anos) a cada ano.'

^c Proporção de incidências: 'A proporção de incidências de aborto inseguro é o número de abortos inseguros relativos a 100 crianças nascidas vivas (em substituição de todos os casos de gravidez), apresentado em porcentuais. A proporção de abortos indica a probabilidade de gestantes apelarem ao aborto inseguro [em um determinado ano].'

^d É provável que cerca de 77.500 mulheres em regiões menos desenvolvidas morram a cada ano de complicações relacionadas a abortos inseguros. As estimativas para cada país estão disponíveis pela OMS, em *Unsafe Abortion*, 27–109, e variam de acordo com os dados disponíveis e, portanto, não são necessariamente comparáveis entre todos os países. No entanto, para cada país específico, os dados estimam a frequência de abortos inseguros, muitas vezes medida pelo número de admissões em hospitais para tratamentos relacionados, ou pela mortalidade causada pelo aborto inseguro. Embora estes valores sejam estimativos, eles sugerem que mais deve ser feito para reduzir as incidências de aborto inseguro. Medidas para tanto incluem a qualidade de serviços de aborto e as condições para garantir abortos seguros, tais como a liberalização e implementação de leis do aborto, e a redução da necessidade de se recorrer a procedimentos inseguros, com a melhoria, por exemplo, do acesso à contracepção eficaz e sua utilização tanto pelos homens como pelas mulheres, e a redução de casos de estupro e abuso sexual.

^e Proporção de mortalidade: 'A proporção de mortalidade por abortos inseguros é o número de mortes causadas por abortos inseguros por cada 100.000 crianças nascidas vivas durante o mesmo período. Este item é um subconjunto da proporção de mortalidade materna e representa o risco de morte causada pelo aborto inseguro.'

^f As mortes causadas por abortos inseguros [são estimadas] como porcentagens de todas as mortes maternas. O número total de mortes maternas foi calculado com as proporções de 1990 revisadas: OMS e Unicef, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and Unicef* (Genebra: OMS, 1996). Outra estimativa utilizada é a taxa de fatalidade de casos. Embora não esteja apresentada nesta tabela, a taxa de fatalidade de casos é fornecida para alguns países pela OMS, em *Unsafe Abortion*, 27–109. 'A taxa de fatalidade dos casos de aborto inseguro reflete o número estimado de mortes por 100 números estimados de procedimentos de aborto inseguro.'

Fonte

OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* (3ª ed.; Genebra: OMS, 1997), 8–9. Esse estudo da OMS explica, na p. 3, que o aborto inseguro é um 'aborto que não é realizado em instalações e por pessoas aprovadas'.

III.1.3.2 Medidas de indução de aborto e hospitalizações por complicações relacionadas ao aborto em alguns países selecionados da América Latina

País e ano	Abortos				Hospitalizações por complicações de aborto	
	Melhor estimativa do número anual de abortos	Faixa	Taxa (nº de abortos por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos)	Proporção (nº de abortos por 100 casos de gravidez)	Nº	Taxa (% de mulheres hospitalizadas por complicações de aborto)
Brasil, 1991	1.444.000	1.021.000–2.021.000	40,8	29,8	288.700	8,1
Chile, 1990	160.000	128.000–224.000	50,0	35,3	31.000	10,0
Colômbia, 1989	288.000	288.000–404.000	36,3	26,0	57.000	7,2
República Dominicana, 1990	82.000	58.000–115.000	47,0	27,9	16.500	9,8
México, 1990	533.000	297.000–746.000	25,1	17,1	106.500	5,4
Peru, 1989	271.000	271.000–380.000	56,1	30,0	54.200	10,9
Total (dos 6 países acima)	2.768.150		33,9		555.630	
Total estimado para a América Latina*	4.000.000		33,9		800.000	

Nota: Os números foram estimados com a suposição de que estes seis países correspondem a 70% da população da América Latina e que todos os países da região apresentam níveis semelhantes de hospitalização; os valores foram arredondados para o milésimo mais próximo. AGI, *Overview*; 2 e 5.

Fontes

S. K. Henshaw, S. Singh, e T. Haas, 'The Incidence of Abortion Worldwide', *International Family Planning Perspectives*, 25 (suplemento) (1999), S30–S38; S. Singh e D. Wulf, 'Estimated Level of Induced Abortion in Six Latin American Countries', *International Family Planning Perspectives*, 20/1 (1994), 4–13; Alan Guttmacher Institute (AGI), *An Overview of Clandestine Abortion in Latin America: Issues Brief* (Nova York: AGI, 1996). Esses estudos explicam que uma forma de se obter informações sobre mulheres que realizam abortos em países onde o aborto é extremamente restrito pelas leis é examinar os dados sobre mulheres hospitalizadas por complicações relacionadas ao aborto. Porém, os estudos ressaltam que as mulheres hospitalizadas não representam necessariamente todas as mulheres que tiveram abortos induzidos no país. Ademais, Henshaw *et al.* explica (S35) que 'a proporção de mulheres hospitalizadas por complicações do aborto tem como base uma série de variáveis impossíveis de serem medidas de forma exata. Até que ponto o aborto seguro é praticado, a probabilidade de complicações conseqüentes de procedimentos realizados por pessoas que não são médicas e a facilidade de acesso a um hospital, estão todos refletidos neste fator.'

Outras fontes de dados sobre o aborto em países da América Latina incluem: AGI, *Clandestine Abortion: A Latin American Reality* (Nova York: AGI, 1994); J. M. Paxman, A. Rizo, L. Brown e J. Benson, 'The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America', *Studies in Family Planning*, 24/4 (1993), 205–26.

III.1.3.3 Jovens hospitalizadas por complicações relacionadas ao aborto em alguns países selecionados da América Latina e África

País	% de mulheres hospitalizadas por complicações de aborto		Tamanho da amostra
	<20 anos de idade	<24 anos de idade	
Brasil ^a	23	59	2.083
República Dominicana ^b	16	49	352
México ^c	28	57	134
Quênia ^d	18(<19)	38	1.404
Maurício ^e	10	36	475
Tanzânia ^f	33	62	455

^a C. Misago e W. Fonseca, 'Determinants and Medical Characteristics of Induced Abortion Among Poor Women in North-East Brazil', em A. I. Mundigo e C. Indriso (eds.), *Abortion in the Developing World* (Genebra e Nova Déli: OMS e Vistaar, 1999), 217–27.

^b D. Paiewonsky, 'Social Determinants of Induced Abortion in the Dominican Republic', em Mundigo e Indriso (eds.), *Abortion*, 131–50.

^c M. C. Elu, 'Between Political Debate and Woman's Suffering in Mexico', em Mundigo e Indriso (eds.), *Abortion*, 245–58.

^d J. Solo, D. L. Billings, C. Aloo-Opbunga, A. Ominde e M. Makumi, 'Creating Linkages between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya', em D. Huntington e N. J. Piet-Pelon (eds.), *Postabortion Care: Lessons from Operations Research* (Nova York: Population Council, 1999), 38–60.

^e G. Oodit and U. Bhowon, 'The Use of Induced Abortion in Mauritius: An Alternative to Fertility Regulation or an Emergency Procedure', em Mundigo e Indriso (eds.), *Abortion*, 151–66.

^f G. S. Mpangile, M. T. Leshabari, e D. J. Kihwele, 'Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania: The Plight of Adolescents', em Mundigo e Indriso (eds.), *Abortion*, 387–403.

Fontes

À exceção do Quênia, os dados estão apresentados em S. Bott, 'Unwanted Pregnancy and Induced Abortion among Adolescents in Developing Countries: Findings from WHO Case Studies', em C. Chandraburi e P. Van Look, *Proceedings from the International Conference on Reproductive Health, 15–19 Nov 1998, Mumbai, India* (Genebra: OMS, 1999). As fontes dos estudos de caso de cada país são fornecidas nas notas.

2

Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a pesquisa médica em seres humanos

Adotada pela 18ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial (AMM) em Helsinque, na Finlândia, em junho de 1964, e emendada pela 29ª Assembléia Geral da AMM, em Tóquio, no Japão, em outubro de 1975, pela 35ª Assembléia Geral da AMM, em Veneza, na Itália, em outubro de 1983, pela 41ª Assembléia Geral da AMM, Hong Kong, em setembro de 1989, pela 48ª Assembléia Geral da AMM, em Somerset West, na República da África do Sul, em outubro de 1996 e pela 52ª Assembléia Geral da AMM, em Edimburgo, na Escócia, em outubro de 2000.

A. Introdução

1. A Associação Médica Mundial elaborou a Declaração de Helsinque como uma proposta de princípios éticos, para orientar os médicos e outros participantes em pesquisa médica envolvendo seres humanos. A pesquisa médica em seres humanos inclui pesquisa com material humano identificável ou dados identificáveis.

2. É dever do médico promover e salvaguardar a saúde das pessoas. O conhecimento e a consciência do médico dedicam-se ao cumprimento desse dever.

3. A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial compromete o médico com o preceito: ‘A saúde de meu paciente será a minha primeira consideração’, e o Código Internacional de Ética Médica declara que: ‘O médico agirá exclusivamente no interesse do paciente quando estiver prestando cuidados médicos que possam vir a prejudicar a condição física e mental do paciente.’

4. O avanço da medicina está baseado em pesquisas que, em última análise, devem alicerçar-se, em parte, na experimentação envolvendo seres humanos.

5. Na pesquisa médica em seres humanos, as considerações relacionadas ao bem-estar dos indivíduos devem sempre prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

6. A finalidade principal da pesquisa médica em seres humanos deve ser o aperfeiçoamento dos procedimentos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos, e a compreensão da etiologia e da patogênese da doença. Mesmo os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos devem ser desafiados continuamente

através de pesquisa para que seus efeitos, sua eficiência, acessibilidade e qualidade sejam comprovados.

7. Na prática e na pesquisa médica atual, a maior parte dos procedimentos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos envolvem riscos e responsabilidades.

8. A pesquisa médica está sujeita a padrões éticos que promovem o respeito por todos os seres humanos, e protegem sua saúde e seus direitos. Algumas populações pesquisadas são vulneráveis e precisam de proteção especial. As necessidades específicas de pessoas em desvantagens médica e econômica devem ser reconhecidas. Também se deve dar atenção especial para aqueles que não podem dar ou recusar consentimento por si próprios, ou que podem estar sujeitos a dar consentimento sob coerção, e para aqueles que não se beneficiarão pessoalmente da pesquisa ou nos quais a pesquisa está sendo realizada em combinação com tratamentos médicos.

9. Os pesquisadores devem estar cientes das exigências éticas, legais e regulatórias que existem em seus próprios países para pesquisas em seres humanos, assim como as exigências internacionais aplicáveis. Nenhuma exigência nacional ética, legal ou regulatória poderá reduzir ou eliminar qualquer medida de proteção a seres humanos estabelecida por esta declaração.

B. Princípios básicos para toda pesquisa médica

10. É dever do médico que trabalha com pesquisa proteger a vida, a saúde, a privacidade e a dignidade do ser humano.

11. A pesquisa médica em seres humanos deve estar de acordo com os princípios científicos geralmente aceitos, e deve basear-se no conhecimento profundo da literatura científica e de outras fontes de informações pertinentes, e também em experiências de laboratório adequadas e em experimentação com animais, quando apropriado.

12. Deve-se tomar cuidado especial na condução de pesquisas que possam afetar o meio ambiente, e deve ser respeitado o bem-estar dos animais utilizados em pesquisas.

13. O projeto e o desempenho de cada procedimento experimental envolvendo seres humanos devem ser formulados claramente em um protocolo experimental. O protocolo deverá ser submetido à consideração, comentários, orientações e, quando necessário, à aprovação de um comitê de revisão ética especialmente designado, que deve ser independente do pesquisador, do patrocinador ou de qualquer outro tipo de influência indevida. Este comitê independente deve agir em conformidade com as leis e regulamentações do país onde a experiência de pesquisa é realizada. O comitê tem o direito de monitorar ensaios em curso. O pesquisador tem a obrigação de fornecer ao comitê informações para monitoração, especialmente sobre qualquer evento adverso grave. O pesquisador também deve submeter à revisão do comitê as informações sobre financiamento, patrocínio,

466 *Dados e fontes*

filiações institucionais, outros possíveis conflitos de interesse e incentivos aos objetos de estudo.

14. O protocolo de pesquisa deve sempre conter uma declaração das considerações éticas envolvidas, e deve indicar que há adequação aos princípios enunciados nesta Declaração.

15. A pesquisa médica envolvendo seres humanos só deve ser conduzida por pessoas cientificamente qualificadas e sob a supervisão de um médico clinicamente competente. A responsabilidade pelo ser humano deve sempre recair no médico qualificado e nunca no objeto da pesquisa, mesmo que este tenha dado o seu consentimento.

16. Cada projeto de pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser precedido por uma avaliação cuidadosa dos riscos e responsabilidades previsíveis em comparação com os possíveis benefícios para o objeto ou para outros. Isto não impede a participação de voluntários saudáveis na pesquisa médica. O projeto de todos os estudos deve estar disponível ao público.

17. Os médicos devem abster-se de participar de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, a menos que estejam seguros de que os riscos envolvidos foram avaliados adequadamente e podem ser administrados de forma satisfatória. Os médicos devem interromper qualquer investigação, caso seja verificado que os riscos ultrapassam os possíveis benefícios, e caso haja prova definitiva de resultados positivos e benéficos.

18. A pesquisa médica envolvendo seres humanos só deve ser realizada se a importância do objetivo exceder os riscos e desconfortos inerentes para o indivíduo objeto da pesquisa. Isto é especialmente importante quando os seres humanos são voluntários sadios.

19. A pesquisa médica só se justifica quando há uma probabilidade razoável de que as populações nas quais a pesquisa é realizada possam vir a se beneficiar dos resultados da pesquisa.

20. Para fazer parte de um projeto de pesquisa os participantes devem ser voluntários e bem informados.

21. O direito do indivíduo objeto da pesquisa de salvaguardar sua integridade deve sempre ser respeitado. Toda precaução deve ser tomada a fim de se respeitar a privacidade do indivíduo e o sigilo quanto às suas informações, e também para minimizar o impacto do estudo sobre a integridade física e mental do indivíduo, bem como sobre sua personalidade.

22. Em qualquer pesquisa realizada com seres humanos, cada objeto em potencial deve ser informado de forma adequada sobre os objetivos, métodos, fontes de financiamento, possíveis conflitos de interesse, filiações institucionais do pesquisador, os benefícios esperados e os prováveis riscos do estudo e o desconforto que o mesmo possa causar. O indivíduo objeto da pesquisa deve ser informado de que tem o direito de se abster de participar do estudo, ou de retirar o seu consentimento em participar a qualquer momento, sem sofrer qualquer represália. Depois de se

assegurar que o objeto da pesquisa entendeu a informação, o médico deve então obter seu livre consentimento, de preferência por escrito. Se o consentimento não puder ser obtido por escrito, o consentimento verbal deve ser documentado formalmente perante testemunhas.

23. Ao receber o consentimento para o projeto de pesquisa, o médico deve tomar um cuidado especial caso o objeto da pesquisa se encontre numa relação de dependência para com ele, ou caso dê seu consentimento sob pressão. Neste caso o consentimento deve ser obtido por um médico que não esteja envolvido na pesquisa e que esteja totalmente fora dessa relação.

24. No caso de incapacidade legal do objeto da pesquisa, ou quando a incapacidade física ou mental torna impossível a obtenção do consentimento, ou ainda quando o objeto da pesquisa for menor de idade, o pesquisador deve obter o consentimento formal de seu tutor legal, segundo a legislação vigente. Estes grupos não devem ser incluídos em pesquisas, a menos que a pesquisa seja necessária para promover a saúde da população representada e não possa ser realizada em pessoas legalmente competentes.

25. Quando um indivíduo julgado legalmente incompetente, como no caso de um menor de idade, puder dar seu consentimento a decisões sobre sua participação na pesquisa, o pesquisador deve obter este consentimento, além do consentimento do tutor legal.

26. A pesquisa com indivíduos dos quais não se pode obter o consentimento, inclusive por representante legal ou consentimento prévio, só deve ser realizada se a condição física/mental que impede a obtenção do consentimento for uma característica necessária para a população em pesquisa. As razões específicas para se incluir objetos de pesquisa impossibilitados de dar consentimento devem ser declaradas no protocolo experimental para consideração e aprovação do comitê de revisão. O protocolo deve declarar que o consentimento para permanecer na pesquisa deve ser obtido do indivíduo, ou de um substituto legalmente autorizado, o mais rápido possível.

27. Tanto os autores quanto os editores têm obrigações éticas. Ao publicar os resultados da pesquisa, os pesquisadores são obrigados a manter a exatidão dos resultados. Tanto os resultados negativos quanto os positivos devem ser publicados, ou pelo menos colocados à disposição do público. Na publicação devem ser citadas as fontes de financiamento, as filiações institucionais e qualquer possível conflito de interesses. Os relatórios de experiências que não estejam em conformidade com os princípios estabelecidos na presente Declaração não devem ser aceitos para publicação.

C. Princípios adicionais para a pesquisa médica realizada em combinação com tratamentos médicos

28. O médico pode combinar pesquisa médica com tratamentos médicos, na medida em que esta pesquisa se justifique por seu potencial valor profilático, diagnóstico ou terapêutico. Quando a pesquisa é realizada em combinação com tratamentos médicos, padrões adicionais devem ser aplicados para proteger os pacientes objetos da pesquisa.

29. Os benefícios, riscos, desconfortos e a eficácia de um novo método devem ser comparados com os dos melhores e mais recentes métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos. Isto não exclui o uso de placebo, ou de tratamento nenhum, em estudos em que não existe método profilático, diagnóstico ou terapêutico comprovado.

30. No final do estudo, todo paciente participante deve ter assegurado o acesso aos comprovados métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos identificados pelo estudo.

31. O médico deve informar ao paciente quais aspectos dos tratamentos médicos estão relacionados à pesquisa. A recusa de um paciente em participar de um estudo não deve jamais interferir na relação médico-paciente.

32. No tratamento de um paciente, quando não existem métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos comprovados, ou quando estes se mostraram ineficazes, o médico deve ter a liberdade de usar medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas novas ou não comprovadas, com o consentimento do paciente, se acreditar que elas oferecem esperança de salvar a vida, restituir a saúde ou aliviar o sofrimento. Estas medidas devem ser objetos de pesquisa sempre que possível, para que sua segurança e eficácia sejam avaliadas. Em todos os casos, as novas informações devem ser registradas e, quando oportuno, publicadas. Devem ser observadas todas as outras diretrizes relevantes desta Declaração.

3

Tratados de direitos humanos e documentos de conferências das Nações Unidas

1. Tratados Internacionais de Direitos Humanos

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 10 de dezembro de 1948, Resolução 217A (III) da Assembleia Geral, doc. das Nações Unidas, A/810: 71.

www.un.org/Overview/rights.html

Texto em português: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>

Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos, 16 de dezembro de 1966, 999 UNTS 171. Entrou em vigor em 23 de março de 1976.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/b3ccpr.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos, 16 de dezembro de 1966, 999 UNTS 302, em vigor em 23 de março de 1976.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/b4ccprp1.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 16 de dezembro de 1966, 993 UNTS 3, em vigor em 3 de janeiro de 1976.

Texto: www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, 10 de dezembro de 1984, Resolução 39/46 da Assembleia Geral, anexo, 39 UN GAOR (Registro Oficial da Assembleia Geral), Suplemento (n. 51): 197, doc. das Nações Unidas A/39/51 (1984), em vigor em 26 de junho de 1987.

Texto: www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/pdf/report.pdf

470 *Dados e fontes*

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, 18 de dezembro de 1979, Resolução 34/180 da Assembleia Geral, UN GAOR, 34ª Sessão, Suplemento n. 46: 193, doc. das Nações Unidas A/34/46, em vigor em 3 de setembro de 1981.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/e1cedaw.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, 6 de outubro de 1999, Resolução 54/4 da Assembleia Geral, em vigor em 22 de dezembro de 2000.

Texto: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/current.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, 21 de dezembro de 1965, 660 UNTS 195, em vigor em 4 de janeiro de 1969.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/d1cerd.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

Convenção sobre os Direitos da Criança, 20 de novembro de 1989, Resolução 44/25 (XLIV) da Assembleia Geral, UN GAOR, 44ª Sessão, Suplemento n. 49: 167, doc. das Nações Unidas A/44/49, em vigor em 2 de setembro de 1990.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/k2crc.htm

Ratificações: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

2. Tratados Regionais de Direitos Humanos

Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos [Carta de Banjul], 27 de junho de 1981, doc. da Organização da Unidade Africana (OUA) CAB/LEG/67/3 Rev. 5, 21 ILM 58 (1982), em vigor em 21 de outubro de 1986.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/instree/z1afchar.htm

Ratificações: www1.umn.edu/humanrts/instree/ratz1afchar.htm (de 1º de agosto de 1994)

Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar da Criança, julho de 1990, doc. da OUA, CAB/LEG/24.9/49 (1990), em vigor em 29 de novembro de 1999.

Texto: www1.umn.edu/humanrts/afrika/afchild.htm

Ratificações: www1.umn.edu/humanrts/instree/afchildratifications.html

Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, (1948) Resolução XXX da Organização dos Estados Americanos (OEA), reimpressa em Documentos Básicos em Matéria de Direitos Humanos no Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V./II.82 doc.6 rev.1: 17 (1992).

Tratados de direitos humanos e documentos de conferências da ONU 471

Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 'Pacto de San José da Costa Rica', 22 de novembro de 1969, Série de Tratados n. 36 da OEA, 1144 UNTS 144, em vigor em 18 de julho de 1978.

Para os textos e ratificações desta convenção e dos seguintes Protocolos Adicionais, vide: www.cidh.oas.org/basic.htm

Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 'Protocolo de San Salvador', 17 de novembro de 1988, Série de Tratados n. 69 da OEA, em vigor em 16 de novembro de 1999.

Carta Árabe dos Direitos Humanos, 15 de setembro de 1994, Conselho da Liga Árabe, 102ª Sessão, Resolução 5437, reimpressa em Revisão 56 da Comissão Internacional de Juristas 57 (1997) e 4 International Human Rights Reporter 850 (1997). Texto: www.al-bab.com/arab/docs/league.htm

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres, 'Convenção de Belém do Pará', 9 de junho de 1994, 33 ILM 1534 (1994), em vigor em 5 de março de 1995.

Estatuto da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Resolução 447 (IX-0/79) da OEA, registro oficial OEA/Ser.P/IX.0.2/80, Vol. 1: 88, Relatório Anual da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, OEA/Ser.L/V/11.50 doc.13 rev. 1: 10 (1980), reimpresso em Documentos Básicos em Matéria de Direitos Humanos no Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1: 93 (1992).

Regulamentos do Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, reimpressos em Documentos Básicos em Matéria de Direitos Humanos no Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1: 103 (1992).

Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos, Resolução 448 (IX-0/79) da OEA, registro oficial OEA/Ser.P/IX.0.2/80, Vol. 1: 98, Relatório Anual da Corte Interamericana de Direitos Humanos, OEA/Ser.L/V.III.3 doc.13 cor.1: 16 (1980), reimpresso em Documentos Básicos em Matéria de Direitos Humanos no Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1: 133 (1992).

Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, 4 de novembro de 1940, ETS n. 5; 213 UNTS 222, em vigor em 3 de setembro de 1953; conforme emendada pelos Protocolos n. 3, 5 e 8 que entraram em vigor em 21 de setembro de 1970, 20 de dezembro de 1971 e 1º de janeiro de 1990, respectivamente.

Texto e ratificações: conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm

472 *Dados e fontes*

Protocolo Europeu 12 à Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, 4 de novembro de 2000, ETS n. 177. Ainda não entrou em vigor.

Texto e ratificações: conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm

Carta Social Européia, 13 de outubro de 1961, 529 UNTS 89, em vigor em 26 de fevereiro de 1965.

Texto e ratificações: conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm

Carta Social Européia Revisada (1996), ETS n. 163, em vigor em 1º de julho de 1999.

Texto e ratificações: conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm

3. Documentos de Conferências das Nações Unidas

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 13 a 15 de setembro de 1994, doc. das Nações Unidas A/Conf. 171/13.

Vide: www.iisd.ca/linkages/cairo.html

Sessão Especial da Assembléia Geral sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Assembléia Geral A/Res/S-21/2, 8 de novembro de 1999.

Vide: www.unfpa.org/ICPD/icpdmain.htm

4ª Conferência Mundial das Mulheres, Pequim, China, 4 a 15 de setembro de 1995, doc. das Nações Unidas A/CONF.177/20.

Vide: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/

4

Direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva

Este capítulo identifica, no lado esquerdo da Tabela III.4, os direitos que podem ser aplicados para o avanço da saúde sexual e reprodutiva. Os direitos são mencionados nos instrumentos de direitos humanos indicados nas linhas de cabeçalho da tabela, e são identificados pelo número correspondente ao artigo de cada instrumento em questão. Os direitos humanos estão agrupados sob as seguintes áreas de interesse de saúde sexual e reprodutiva, apresentadas nas subseções horizontais da tabela:

- vida, sobrevivência, segurança e sexualidade
- autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade
- saúde e benefícios do progresso científico
- não-discriminação e devido respeito à diferença
- informação, educação e poder de decisão

À medida que os direitos humanos forem cada vez mais aplicados para proteger a saúde sexual e reprodutiva, os mesmos podem ser agrupados de forma diferente.

Tabela III.4 Direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva

Direitos humanos	Declarações e convenções					
	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo sobre Prostituição e Pornografia
Vida, sobrevivência, segurança e sexualidade						
Direito à vida e à sobrevivência	3	6				6
Direito à liberdade e segurança pessoal	3	9		5(b)		37(b)–(d), Protocolo 1, 2, 3, 7
Direito de não ser submetido à tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes	5	7				37(a), Protocolo 1, 2, 3, 7
Autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade						
Direito de proteção à maternidade	25(2)		10(2)		5(b), 12(2)	24(d)
Direito de casar e constituir família	16	23	10	5(d)(iv)	16	

Direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva 475

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	Convenção Europeia de Direitos Humanos e Protocolos 1 e 12 Carta Social Europeia Revisada	Convenção Americana sobre Direitos Humanos e seu Protocolo sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Interameri- cana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança	Carta Árabe dos Direitos Humanos	Programa de Ação do Cairo (1994) Cairo+5 (1999)	Declaração de Pequim e Plataforma de Ação (1995) Pequim+5 (2000)
	2	4	4(a)	4, Carta da Criança 5	5	Princípio 1, 8.21–8.27	<i>Vide, em geral,</i> 89–111, 210–33, Pequim+5 72
	5	7	4(c)	6, Carta da Criança 16, 21, 27, 29	5	Princípio 1, 7.2–7.11	<i>Vide, em geral,</i> 89–130, 210–33, Pequim+5 13–14, 59, 68(2), 69, 70
1, 4, 16	3	5	3, 4(d)	5, Carta da Criança 16, 21, 27, 29	13	Princípio 4, 4.9, 4.10, 4.22, 4.23	<i>Vide, em geral,</i> 112–30
	Carta 8	26, Protocolo 15, 3(a)(b)		Carta da Criança 14(2)(e)	38	8.19–8.24, Cairo+5 62, 64–6	94–5, 97, 110–11, Pequim+5 11–12, 72–9
	12	17	5	18, 27(1) (dever)	38	Princípio 9, 4.21, <i>vide,</i> <i>em geral,</i> Capítulo V, 7.12–7.23	92, 274(e), 275(b), <i>vide,</i> <i>em geral,</i> 210–33, Pequim+5 60

Tabela III.4 (cont.)

Direitos humanos	Declarações e convenções					
	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo sobre Prostituição e Pornografia
Direito à vida privada e familiar	12	17		10		16 16
Saúde e benefícios do progresso científico						
Direito ao mais alto padrão de saúde possível	25		12	5(e)(iv)	11(1-f), 12, 14(2-b)	24, Protocolo 9(3), 10(2)
Direito a procedimentos justos	6, 9, 10, 11	14, 15, 16		5(a)	15	12(2), 37(d), 40, Protocolo 8, 9(4)
Direito aos benefícios do progresso científico	27		15			
Não-discriminação e devido respeito à diferença						
Sexo e gênero	1, 2, 7	2(1), 3, 26	2(2), 3		1, 2, 3, 4, 5	2(1)
Estado civil	1, 2, 7	2(1), 26	2(2)		1	

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	Convenção Europeia de Direitos Humanos e Protocolos 1 e 12 Carta Social Europeia Revisada	Convenção Americana sobre Direitos Humanos e seu Protocolo sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Interameri- cana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança	Carta Árabe dos Direitos Humanos	Programa de Ação do Cairo (1994) Cairo+5 (1999)	Declaração de Pequim e Plataforma de Ação (1995) Pequim+5 (2000)
	8, Carta 16, 19, 27	11	4(e)	4, 5, 18, 29(1) (dever), Carta da Criança 10, 18, 19, 20	17, 38	Princípio 9, <i>vide, em geral,</i> Capítulo V, 7.12–7.26	<i>Vide, em geral,</i> 210–33
	Carta 3, 11, 13	26, Protocolo 9, 10, 11	5	16, Carta da Criança 14, 15, 16, 21	39	Princípio 8, <i>vide, em geral,</i> Capítulos VII, VIII, Cairo+5 52–72	<i>Vide, em geral,</i> 89–111, Pequim+5 11, 12, 44, 72, 79
	6, 7	3, 8	4(g)	7, Carta da Criança 4, 17	6, 7, 16	Capítulos IV, VII, VIII	<i>Vide, em geral,</i> 181–95
		26, Protocolo 9, 10	5	22		<i>Vide, em geral,</i> Capítulo XII	<i>Vide, em geral,</i> 89–111
	14, Carta E, Protocolo 12: 1, 2	1, 24, Protocolo 3	4(f), 6	2, 3, 18(3), 19, 28 (dever) Carta da Criança 3, 21(b)	2, 9	Princípio 1, Princípio 4, 4.24–4.29, Cairo+5 39–41, 49–50	97, 277(c), <i>vide, em geral,</i> 210–33, Pequim+5 26–7, 52–3, 68
	14, Carta E, Protocolo 12: 1, 2	1, 24, Protocolo 3	4(f), 6	2, 3, 18(3), 19, 28, Carta da Criança 3, 21(b)	2, 9	Princípio 1, 7.3, 7.7, 7.8, 7.12, 7.14, Cairo+5 39	<i>Vide, em geral,</i> 89–111, 210–33

Tabela III.4 (cont.)

Direitos humanos	Declarações e convenções					
	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança e seu Protocolo sobre Prostituição e Pornografia
Idade	1, 2, 7	2(1), 26	2(2)			2(2)
Raça e etnia	1, 2, 7	2(1), 26	2(2)	1, 2, 3, 4		2(1)
Orientação sexual	1, 2, 6	2(1)	2(2)			2(2)
Informação, educação e poder de decisão						
Direito de receber e transmitir informação	19	19		5(d-viii)	10(h), 14(2-b), 16(1-e)	12, 13, 17
Direito à educação	26		13, 14	5(e-v), 7	10, 14(2-d)	28, 29
Direito à liberdade de pensamento, consciência e religião	18	18		5(d)(vii)		14, 30

Direitos humanos relativos à saúde sexual e reprodutiva 479

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	Convenção Europeia de Direitos Humanos e Protocolos 1 e 12 Carta Social Europeia Revisada	Convenção Americana sobre Direitos Humanos e seu Protocolo sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Interameri- cana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança	Carta Árabe dos Direitos Humanos	Programa de Ação do Cairo (1994) Cairo+5 (1999)	Declaração de Pequim e Plataforma de Ação (1995) Pequim+5 (2000)
	14, Carta E, Protocolo 12: 1, 2	1, 24, Protocolo 3	4(f), 6	2, 3, 18(3), 19, 28, Carta da Criança 3, 21(b)	2, 9	Princípio 1, vide, em geral, Capítulos IV, VII, 8.12–8.27, Cairo+5 42, 73, 74	Vide, em geral, 259–85, Pequim+5 32–3
	14, Carta E, Protocolo 12: 1, 2,	1, 24, Protocolo 3	4(f), 6	2, 3, 18(3), 19, 28, Carta da Criança 3, 21(b), 26	2, 9	Princípio 1, 6.21–6.27, 7.3, 7.7, 7.8, 7.12, 7.14	Vide, em geral, 89–111, 210–33 Pequim+5 66(B)
	14, Protocolo 12: 1, 2	1, 24		2, 3, 18(4), 28, Carta da Criança 3	2, 9	7.34–7.40, 8.34	99, 108
	10	13	5	9, Carta da Criança 7, 8		8.26, vide, em geral, Capítulo XI	Vide, em geral, 69–111, 210–33
	Protocolo 1:2	26, Protocolo 13	5, 6(b)	17, Carta da Criança 11, 12, 13	34	Princípio 10, 4.2, vide, em geral, Capítulos VII, VIII, XI, Cairo+5 34–6	Vide, em geral, 69–88, 210–33, Pequim+5 9–10, 55, 67
	9	12, 13	4(i), 5	8 Carta da Criança 9	26, 27		

5

Estados-partes em tratados de direitos humanos

Os Estados se comprometem a implementar tratados de direitos humanos por meio de um processo de assinatura, geralmente seguido de ratificação, ou, como alternativa, por adesão direta. Os estados que assinam e ratificam ou que aderem diretamente a um tratado são chamados de Estados-partes daquele tratado. Os países signatários de um tratado que ainda não o ratificaram se comprometem, todavia, a não agir de forma incoerente com relação ao mesmo. Normalmente, o Estado que quer readquirir a opção de agir de forma incoerente com relação a um tratado retira primeiro a sua assinatura. Os Estados se comprometem a implementar um tratado assim que se tornam Estados-partes após ratificação ou adesão direta ao mesmo. Este capítulo identifica os Estados que assinaram, ratificaram ou aderiram a determinados tratados e, conforme o caso, seus Protocolos Facultativos. Este capítulo também apresenta o número total de Estados-partes em cada tratado, demonstrando que há ratificação universal de alguns tratados.

482 *Dados e fontes*Tabela III.5.1 Estados-partes em tratados de direitos humanos
Dados atualizados em 8 de fevereiro de 2002

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Afeganistão	x		x	x
África do Sul	x		a	x
Albânia	x		x	x
Alemanha	x	x	x	x
Andorra				
Angola	x	x	x	
Antígua e Barbuda				x
Arábia Saudita				x
Argélia	x	x	x	x
Argentina	x	x	x	x
Armênia	x	x	x	x
Austrália	x	x	x	x
Áustria	x	x	x	x
Azerbaijão	x	x	x	x
Bahamas				x
Bahrein				x
Bangladesh	x		x	x
Barbados	x	x	x	x
Bélgica	x	x	x	x
Belize	x		a	x
Benin	x	x	x	x
Bielo-Rússia	x	x	x	x
Bolívia	x	x	x	x
Bósnia-Herzegovina	x	x	x	x
Botsuana	x			x
Brasil	x		x	x
Brunei Darussalam				
Bulgária	x	x	x	x
Burkina Fasso	x	x	x	x
Burundi	x		x	x
Butão				a
Cabo Verde	x	x	x	x
Camarões	x	x	x	x
Camboja	x		x	x
Canadá	x	x	x	x
Cazaquistão				x

Estados-partes em tratados de direitos humanos 483

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
a		x		x
x		x		x
x		x		x
x	x	x	a	x
x	a	x	x	
x		x		
x		x	a	x
x		x		x
x		x		x
x	a	x		x
x		x		x
x		x	a	x
x	x	x	a	x
x	x	x	a	x
x		x		
x	x	x	x	x
x		x		
x	a	x	a	x
x		x	a	x
x	a	x	a	x
x		x		x
x	x	x	a	x
x	a	x	a	x
x		x		x
x	a	x	a	x
x		x		x
x		x		x
x		x	a	x
x		x	a	x
x		x	a	x
x	x	x	x	x

Tabela III.5.1 (cont.)

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Chade	x	x	x	x
Chile	x	x	x	x
China	a		x	x
Chipre	x	x	x	x
Cingapura				
Colômbia	x	x	x	x
Comores				a
Congo	x	x	x	x
Costa do Marfim	x	x	x	x
Costa Rica	x	x	x	x
Croácia	x	x	x	x
Cuba				x
Dinamarca	x	x	x	x
Djibuti				
Dominica	x		x	
Egito	x		x	x
El Salvador	x	x	x	x
Emirados Árabes Unidos				x
Equador	x	x	x	x
Eritreia	x		x	x
Eslováquia	x	x	x	x
Eslovênia	x	x	x	x
Espanha	x	x	x	x
Estados Unidos	x		a	x
Estônia	x	x	x	x
Etiópia	x		x	x
Federação dos Estados da Micronésia				
Federação Russa	x	x	x	x
Fiji				x
Filipinas	x	x	x	x
Finlândia	x	x	x	x
França	x	x	x	x
Gabão	x		x	x
Gâmbia	x	x	x	x
Gana	x	x	x	x

Estados-partes em tratados de direitos humanos 485

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
x		x		x
x	a	x	a	x
x		x	a	x
x	a	x	a	x
x		x		
x	a	x	a	x
x		x		a
x		x		
x		x		x
x	x	x	a	x
x	x	x		x
x	a	x	x	x
x	x	x	a	x
x		x		
x		x		
x	a	x		x
x		x	a	x
x		x		
x	x	x	a	x
x	a	x	a	x
x	x	x	x	x
x		x	x	x
a		a	a	x
x		x		x
x		x		x
		x		
x	a	x		x
x		x		
x	a	x	a	x
x	x	x	a	x
x	x	x	a	x
x		x	a	x
x		x	a	x
x		x	a	a
x	a	x		x

Tabela III.5.1 (cont.)

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Geórgia	x	x	x	x
Granada	x		x	a
Grande Jamahiriya Árabe Popular Socialista da Líbia	x	x	x	x
Grécia	x	x	x	x
Guatemala	x	x	x	x
Guiana	x	x	x	x
Guiné	x	x	x	x
Guiné Equatorial	x	x	x	
Guiné-Bissau	a	a	x	a
Haiti	x			x
Honduras	x	a	x	
Hungria	x	x	x	x
Iêmen	x		x	x
Ilhas Cook				
Ilhas Marshall				
Ilhas Salomão			x	x
Índia	x		x	x
Indonésia				x
Iraque	x		x	x
Irlanda	x	x	x	x
Islândia	x	x	x	x
Israel	x		x	x
Itália	x	x	x	x
Iugoslávia	x	x	x	x
Jamaica	x		x	x
Japão	x		x	x
Jordânia	x		x	x
Kiribati				
Kwait	x		x	x
Lessoto	x	x	x	x
Letônia	x	x	x	x
Líbano	x		x	x
Libéria	a		a	x
Liechtenstein	x	x	x	x

Estados-partes em tratados de direitos humanos 487

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
x		x		x
x		x		
x		x		x
x	x	x	a	x
x	a	x	a	x
x		x		x
x		x		x
x		x		x
x	a	x	a	a
x		x		
x		x		x
x	x	x		x
x		x		x
		x		
		x		
		x		
x		x		a
x	a	x	a	x
x		x		
x	x	x	a	a
x	x	x	x	x
x		x	a	x
x	x	x	a	x
x		x	a	x
x		x	a	
x		x		x
x		x	a	x
		x		
x	a	x	a	x
x		x		x
x		x	a	x
x		x		
x	x	x	a	x

Tabela III.5.1 (cont.)

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Lituânia	x	x	x	x
Luxemburgo	x	x	x	x
Madagáscar	x	x	x	x
Malásia				
Malawi	x	x	x	x
Maldivas				x
Mali	x	x	x	x
Malta	x	x	x	x
Marrocos	x		x	x
Maurício	x	x	x	x
Mauritânia				x
México	x		x	x
Mianmar				
Moçambique	x			x
Mônaco	x		x	x
Mongólia	x	x	x	x
Namíbia	x	x	x	x
Nauru	a	a		a
Nepal	x	x	x	x
Nicarágua	x	x	x	x
Níger	x	x	x	x
Nigéria	x		x	x
Niue				
Noruega	x	x	x	x
Nova Zelândia	x	x	x	x
Omã				
Países Baixos	x	x	x	x
Palau				
Panamá	x	x	x	x
Papua-Nova Guiné				x
Paquistão				x
Paraguai	x	x	x	a
Peru	x	x	x	x
Polónia	x	x	x	x
Portugal	x	x	x	x
Qatar				x

Estados-partes em tratados de direitos humanos 489

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
x	a	x		x
x	a	x	a	x
x	a	x	a	a
x		x		
x	a	x	a	x
x		x		
x	x	x		x
x		x	a	x
x		x	x	x
x	a	x	a	x
x		x		
x	a	x	a	x
x		x		
x		x		x
x	a	x	a	x
x		x	a	x
x		x	a	a
x	a	x	a	x
x		x		a
x		x		x
x	a	x	a	x
x		x		
x	a	x	x	x
x	x	x	a	x
		x		
x	a	x	a	x
		x		
x	x	x	x	x
x		x		
x		x	a	
x	x	x	a	x
x	x	x	a	x
x		x		x
x	a	x	a	x
		x	x	x

490 *Dados e fontes*

Tabela III.5.1 (cont.)

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Quênia	x		x	x
Quirguistão	x	x	x	x
Reino Unido	x		x	x
República Árabe da Síria	x		x	x
República Centro-africana	x	x	x	x
República da Coreia	x	x	x	x
República da Macedônia	x	x	x	x
República da Moldóvia	x		x	x
República Democrática do Congo	x	x	x	x
República Democrática Popular da Coreia	x		x	
República Democrática Popular do Laos	a	x	a	x
República Dominicana	x	x	x	x
República Islâmica do Irã	x		x	x
República Tcheca	x	x	x	x
República Unida da Tanzânia	x		x	x
Romênia	x	x	x	x
Ruanda	x		x	x
Samoa				
San Marino	x	x	x	
Santa Lúcia				x
Santa Sé				x
São Cristóvão e Névis				
São Tomé e Príncipe	a	a	a	a
São Vicente e Granadinas	x	x	x	x
Senegal	x	x	x	x
Serra Leoa	x	x	x	x
Seychelles	x	x	x	x
Somália	x	x	x	x
Sri Lanka	x	x	x	x

Estados-partes em tratados de direitos humanos 491

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
x		x	a	x
x		x		x
x		x	a	x
		x		
x		x		
x		x	a	x
x	a	x	a	x
x		x		x
		x		
x		x	x	x
		x		
x		x		
x	x	x		a
		x		
x	x	x		x
		x		
x		x		
x	a	x	x	x
		x		
x		x		
x		x	a	
		x		
x		x	x	
		x		
x	a	x		a
		x		x
x	x	x	a	x
x	a	x	x	x
		x	a	x
				x
x		x		x

Tabela III.5.1 (cont.)

Estado	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Suazilândia				x
Sudão	x		x	x
Suécia	x	x	x	x
Suíça	x		x	x
Suriname	x	x	x	x
Tadjiquistão	x	x	x	x
Tailândia	x		x	
Togo	x	x	x	x
Tonga				x
Trinidad e Tobago	x		x	x
Tunísia	x		x	x
Turcomenistão	x	x	x	x
Turquia	a		a	a
Tuvalu				
Ucrânia	x	x	x	x
Uganda	x	x	x	x
Uruguai	x	x	x	x
Uzbequistão	x	x	x	x
Vanuatu				
Venezuela	x	x	x	x
Vietnã	x		x	x
Zâmbia	x	x	x	x
Zimbábue	x		x	x
Nº TOTAL DE RATIFICAÇÕES	148	101	145	161

Notas: x = ratificação, adesão, aceite ou assinatura definitiva; a = assinatura ainda sem ratificação.

Para verificar a posição atual de ratificações, consulte: www.unhchr.ch/pdf/report.pdf (último acesso em 9 de maio de 2002), Nações Unidas, *Multilateral Treaties Deposited with the Secretary-General* (Nova York: Nações Unidas, Escritório de Assuntos Jurídicos, 1982-).

Estados-partes em tratados de direitos humanos 493

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres	Convenção sobre os Direitos da Criança	Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Prostituição e Pornografia	Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
		x		
		x		a
x	a	x	a	x
x		x	a	x
x		x		
x	a	x		x
x	x	x		
x		x	a	x
x		x		
x		x		
x		x		x
x		x		x
x	a	x	a	a
x		x		
x	a	x	a	x
x		x		x
x		x		x
x		x		
x		x		
x	a	x	a	x
x		x	a	
x		x		x
x		x		
168	30	191	17	128

494 *Dados e fontes*Tabela III.5.2 Estados-partes na Convenção Européia e Carta Social Européia
Dados atualizados em 30 de abril de 2002

Estado	Convenção Européia de Direitos Humanos	Carta Social Européia	Carta Social Européia (Revisada)	Protocolo 12 à Convenção Européia (Protocolo contra a discriminação)
Albânia	x		a	
Alemanha	x	x		a
Andorra	x		a	
Armênia	x		a	
Áustria	x	x	a	a
Azerbaijão	x		a	
Bélgica	x	x	a	a
Bósnia-Herzegóvina	a			
Bulgária	x		x	
Chipre	x	x	x	a
Croácia	x	a		a
Dinamarca	x	x	a	
Eslováquia	x	x	a	a
Eslovênia	x	a	x	a
Espanha	x	x	a	
Estônia	x		x	a
Finlândia	x	x	a	a
França	x	x	x	
Geórgia	x		a	x
Grécia	x	x	a	a
Hungria	x	x		a
Irlanda	x	x	x	a
Islândia	x	x	a	a
Itália	x	x	x	a
Letônia	x	x		a
Liechtenstein	x	a		a
Lituânia	x		x	
Luxemburgo	x	x	a	a
Malta	x	x		
Moldóvia	x		x	a
Noruega	x	x	x	
Países Baixos	x	x		a
Polónia	x	x		
Portugal	x	x	a	a
Reino Unido	x	x	a	
República da Macedônia	x	a		a
República Tcheca	x	x	a	x
Romênia	x	a	x	a

Tabela III.5.2 (cont.)

Estado	Convenção Europeia de Direitos Humanos	Carta Social Europeia	Carta Social Europeia (Revisada)	Protocolo 12 à Convenção Europeia (Protocolo contra a discriminação)
Rússia	x		a	a
San Marino	x		a	a
Suécia	x	x	x	
Suíça	x	a		
Turquia	x	x		a
Ucrânia	x	a	a	a
Nº TOTAL				
DE RATIFICAÇÕES	43	25	12	2

Notas: x = ratificação, adesão, notificação de sucessão, aceite ou assinatura definitiva; a = assinatura ainda sem ratificação.

Para verificar a posição atual de ratificações dos documentos europeus sobre direitos humanos, consulte: conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm.

Tabela III.5.3 Estados-partes nos Tratados Interamericanos
Dados atualizados em 30 de junho de 2001

Estado	Convenção Americana sobre Direitos Humanos 'Pacto de San José da Costa Rica'	Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais 'Protocolo de San Salvador'	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres
Antígua e Barbuda			x
Argentina	x	a	x
Bahamas			x
Barbados	x		x
Belize			x
Bolívia	x	a	x
Brasil	x	x	x
Canadá			
Chile	x	a	x
Colômbia	x	x	x
Costa Rica	x	x	x
Cuba			
Dominica	x		x
El Salvador	x	x	x
Equador	x	x	x
Estados Unidos	a		
Granada	x		x
Guatemala	x	x	x
Guiana			x
Haiti	x	a	x
Honduras	x		x
Jamaica	x		
México	x	x	x
Nicarágua	x	a	x
Panamá	x	x	x
Paraguai	x	x	x
Peru	x	x	x
República Dominicana	x	a	x
Santa Lúcia			x
São Cristóvão e Névis			x
São Vicente e Granadinas			x
Suriname	x	x	
Trinidad e Tobago	x		x
Uruguai	x	x	x
Venezuela	x	a	x
Nº TOTAL DE RATIFICAÇÕES	25	12	30

Notas: x = ratificação, adesão, notificação de sucessão, aceite ou assinatura definitiva; a = assinatura ainda sem ratificação.

Para verificar as ratificações atualizadas das convenções interamericanas sobre direitos humanos, consulte:

www.cidh.oas.org/basic.htm, último acesso em 9 de maio de 2002.

Tabela III.5.4 Estados-partes nas Cartas Africanas
Dados atualizados em 2002

Estado	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos	Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança
África do Sul	x	x
Angola	x	x
Argélia	x	a
Benin	x	x
Botsuana	x	
Burkina Fasso	x	x
Burundi	x	
Cabo Verde	x	x
Camarões	x	x
Chade	x	x
Comores	x	
Congo	x	a
Costa do Marfim	x	
Djibuti	x	a
Egito	x	a
Eritreia	x	x
Etiópia	x	
Gabão	x	a
Gâmbia	x	
Gana	x	a
Guiné	x	x
Guiné Equatorial	x	
Guiné-Bissau	x	
Lessoto	x	x
Libéria	x	a
Líbia	x	a
Madagáscar	x	a
Malawi	x	x
Mali	x	x
Maurício	x	x
Mauritânia	x	
Moçambique	x	x
Namíbia	x	a
Níger	x	x
Nigéria	x	
Quênia	x	x
República Árabe Sarauí Democrática (Saara Ocidental)	x	a
República Centro-africana	x	
República Democrática do Congo	x	
Ruanda	x	a
São Tomé e Príncipe	x	

498 *Dados e fontes*

Tabela III.5.4 (cont.)

Estado	Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos	Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança
Senegal	x	a
Serra Leoa	x	a
Seychelles	x	x
Somália	x	a
Suazilândia	x	a
Sudão	x	
Tanzânia	x	a
Togo	x	x
Tunísia	x	a
Uganda	x	x
Zâmbia	x	a
Zimbábue	x	x
Nº TOTAL DE RATIFICAÇÕES	53	21

Notas: x = ratificação, adesão, notificação de sucessão, aceite ou assinatura definitiva; a = assinatura ainda sem ratificação.

Posição da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, atualizada em primeiro de janeiro de 2002, e da Carta Africana sobre os Direitos e o Bem-estar da Criança, atualizada em 10 de agosto de 2000, fornecida pela Biblioteca de Direitos Humanos da Universidade de Minnesota, através do *site* www.umn.edu/humanrts/instree/afrinst.htm, último acesso em 9 de maio de 2002.

Tabela III.5.5 Carta Árabe dos Direitos Humanos

Estados-membros da Liga Árabe	
Arábia Saudita	Kwait
Argélia	Líbano
Bahrein	Marrocos
Comores	Mauritânia
Djibuti	Omã
Egito	Palestina
Emirados Árabes Unidos	Qatar
Grande Jamahiriya Árabe Popular Socialista da Líbia	República Árabe da Síria
Iêmen	Somália
Iraque	Sudão
Jordânia	Tunísia

Nota: A Carta Árabe dos Direitos Humanos foi adotada pelo Conselho da Liga Árabe por meio de sua resolução 5.437 (102ª sessão regular) em 15 de setembro de 1994.

6

Comitês dos tratados de direitos humanos: Recomendações Gerais/comentários

1. Comitê para a Eliminação de Discriminação Contra as Mulheres, Recomendação Geral 19: Violência Contra as Mulheres

CEDAW, Recomendação Geral 19, UN GAOR 1992, Doc. A/47/38.

1. A violência de gênero é uma forma de discriminação que inibe gravemente a capacidade da mulher de gozar de direitos e de liberdade em igualdade com os homens.

2. Em 1989, o Comitê recomendou aos Estados incluir em seus relatórios informações sobre violência e as medidas introduzidas para tratar do assunto (Recomendação Geral 12, 8ª sessão).

3. Em sua 10ª sessão, em 1991, ficou decidido reservar parte da 11ª sessão para a discussão e o estudo do Artigo 6 e de outros Artigos da Convenção, relativos à violência contra mulheres e ao assédio sexual e à exploração de mulheres. Este assunto foi escolhido na preparação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, convocada pela Assembléia Geral, por sua resolução 45/155, de 18 de dezembro de 1990.

4. O Comitê concluiu que nem todos os relatórios dos Estados-partes refletiam adequadamente a estreita ligação entre discriminação contra as mulheres, violência de gênero, e violações de direitos humanos e de liberdades fundamentais. A implementação plena da Convenção exigia dos Estados que tomassem medidas positivas para eliminar todas as formas de violência contra as mulheres.

5. O Comitê sugeriu aos Estados-partes que, ao rever suas legislações e políticas, e em seus relatórios à Convenção, tivessem em vista os seguintes comentários do Comitê, concernentes à violência de gênero.

6. A Convenção, no Artigo 1, define discriminação contra as mulheres. A definição de discriminação inclui violência de gênero, ou seja, a violência que é dirigida contra uma mulher por ser mulher, ou a violência que afeta as mulheres de forma desproporcional. Aí incluem-se atos que inflijam danos ou sofrimento físicos, mentais ou sexuais; ameaças de tais atos; coerção e outros tipos de privação de liberdade. A violência de gênero pode ferir provisões específicas da Convenção, mesmo se essas provisões não mencionem expressamente a violência.

7. A violência baseada em gênero, que prejudica ou anula o gozo, pelas mulheres, de direitos humanos e de liberdades fundamentais reconhecidos pela legislação internacional ou pelas convenções de direitos humanos, é discriminação nos termos do Artigo 1, da Convenção. Esses direitos e liberdades incluem:

- (a) o direito à vida;
- (b) o direito à não sujeição à tortura ou a tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes;
- (c) o direito a uma igual proteção, de acordo com as normas humanitárias, em tempo de conflitos armados, sejam eles internos ou internacionais;
- (d) o direito à liberdade e à segurança da pessoa;
- (e) o direito a uma igual proteção perante a lei;
- (f) o direito à igualdade no seio da família;
- (g) o direito ao mais alto nível disponível de atendimento à saúde física e mental;
- (h) o direito a condições de trabalho justas e favoráveis.

8. A Convenção aplicada à violência perpetrada pelas autoridades públicas. Tais atos de violência podem ferir as obrigações dos Estados submetidos à legislação internacional dos direitos humanos e a outras convenções, além de ferir esta Convenção.

9. Enfatiza-se, contudo, que a discriminação, nos termos da Convenção, não fica restrita à ação pelos governos ou em seu nome (ver Artigos 2 (e), 2 (f) e 5). Por exemplo, no Artigo 2 (e) a Convenção incita os Estados-partes a tomarem todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres por qualquer pessoa, organização ou empresa. Nos termos da legislação internacional e dos convênios específicos dos direitos humanos, os Estados podem também ser responsabilizados por atos privados, caso deixem de agir com a devida diligência, a fim de prevenir violações de direitos; de investigar e punir os atos de violência; e de providenciar compensações às vítimas.

Observações sobre artigos específicos da Convenção

Artigos 2º e 3º

10. Os Artigos 2 e 3 estabelecem uma obrigação abrangente para eliminar a discriminação em todas as suas formas, em aditamento às obrigações específicas nos termos dos Artigos 5-16.

Artigos 2º(f), 5º e 10(c)

11. As atitudes tradicionais através das quais as mulheres são vistas como subordinadas aos homens ou como tendo papéis estereotipados perpetuam práticas disseminadas envolvendo violência ou coerção, tais como violência e abuso no seio da família, casamento forçado, mortes relacionadas ao dote, ataques corrosivos e circuncisão feminina. Tais práticas e danos podem justificar a violência de gênero como uma forma de proteção ou controle das mulheres. O efeito de tais

violências sobre a integridade física e mental da mulher é privá-la do igual gozo, exercício e conhecimento dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Enquanto este comentário refere-se principalmente à violência real ou a ameaças de violência, as conseqüências subjacentes dessas formas de violência de gênero contribuem para a manutenção da mulher em papéis de subordinação, para o seu reduzido nível de participação política, de educação, de oportunidades de trabalho e de aperfeiçoamento de suas habilidades.

12. Essas atitudes contribuem também para a propagação de pornografia e para a apresentação de outras formas de exploração da mulher como objeto sexual, e não como indivíduo. Isso, por sua vez, contribui para a violência de gênero.

Artigo 6º

13. Aos Estados-partes se requer, através do Artigo 6, que tomem medidas para a supressão de todas as formas de tráfico de mulheres e exploração da prostituição de mulheres.

14. A pobreza e o desemprego aumentam as oportunidades para o tráfico das mulheres. Além das formas estabelecidas de traficá-las, há novas formas de exploração sexual, tais como o turismo sexual, o recrutamento de trabalho doméstico de países em desenvolvimento para trabalhar em países desenvolvidos e casamentos organizados entre mulheres de países em desenvolvimento e estrangeiros. Essas práticas são incompatíveis com o igual exercício de direitos pelas mulheres e com o respeito a seus direitos e dignidade. Elas expõem as mulheres a riscos especiais de violência e de abuso.

15. A pobreza e o desemprego forçam muitas mulheres, inclusive jovens adolescentes, a se prostituírem. As prostitutas são especialmente vulneráveis à violência porque sua condição, que pode ser ilegal, tende a marginalizá-las. Elas necessitam de igual proteção de leis contra estupro e outras formas de violência.

16. As guerras, os conflitos armados e a ocupação de territórios freqüentemente levam ao aumento da prostituição, do tráfico de mulheres e do ataque sexual às mulheres, o que requer medidas específicas de proteção e de punição.

Artigo 11

17. A igualdade no emprego pode ser seriamente prejudicada quando as mulheres são sujeitadas à violência especificamente dirigida contra o gênero, tal como o assédio sexual no local de trabalho.

18. O assédio sexual inclui tanto um determinado comportamento sexual indesejado, como contato e intimidades físicas, comentários sexualmente picantes, demonstrações pornográficas e demandas sexuais, seja por palavras ou por ações. Tal conduta pode ser humilhante e constituir-se em problema de saúde e de segurança; é discriminatória quando a mulher tem razões para acreditar que suas objeções lhe trarão desvantagens em relação ao seu emprego, incluindo-se aí recrutamento ou promoção, ou quando cria um ambiente de trabalho que lhe é hostil.

Artigo 12

19. Aos Estados-partes se requer, através do Artigo 12, que tomem medidas para assegurar o igual acesso de mulheres à assistência médica. A violência contra as mulheres põe em risco sua saúde e suas vidas.

20. Em alguns Estados há práticas tradicionais perpetuadas pela cultura e tradição que são perniciosas à saúde de mulheres e crianças. Tais práticas incluem restrições alimentares para mulheres grávidas, preferência por crianças do sexo masculino e a circuncisão feminina ou mutilação genital.

Artigo 14

21. As mulheres que vivem em áreas rurais correm o risco de violência de gênero devido a atitudes tradicionais relativas ao papel de subordinação das mulheres, coisa que persiste em muitas comunidades. Meninas de comunidades rurais correm o risco especial de violência e de exploração sexual quando deixam a comunidade rural em busca de emprego nas cidades.

Artigo 16 (e Artigo 5º)

22. A esterilização compulsória ou o aborto afetam adversamente a saúde física e mental das mulheres e infringem o direito das mulheres de decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos.

23. A violência familiar é uma das formas mais insidiosas de violência contra as mulheres. Prevalece em todas as sociedades. No seio da família, as relações entre mulheres de todas as idades estão sujeitas a violências de todos os tipos, incluindo espancamento, estupro, outras formas de ataque sexual, mental e demais formas de violência, que são perpetuadas por atitudes tradicionais. A falta de independência econômica força muitas mulheres a permanecer em relações violentas. A derrogação de suas responsabilidades familiares pelos homens pode ser uma forma de violência e de coerção. Essas formas de violência põem em risco a saúde das mulheres e as impedem de usufruir de sua capacidade de participação na vida familiar ou pública, em bases iguais.

Recomendações específicas

24. À luz dessas observações, o Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres recomenda:

- (a) Os Estados-partes devem tomar medidas apropriadas e efetivas para superar todas as formas de violência de gênero, seja por ato público ou privado;
- (b) Os Estados-partes devem assegurar que as leis contra a violência e o abuso familiar, estupro, ataque sexual e outros tipos de violência de gênero dêem a proteção adequada a todas as mulheres e respeitem sua integridade e dignidade. Serviços de apoio e de proteção próprios devem ser fornecidos às vítimas. Para a efetiva implementação da Convenção, é fundamental que os

- profissionais ligados à justiça e ao cumprimento da lei, assim como outros funcionários públicos, recebam treinamento adequado, visando sensibilizá-los para a questão de gênero;
- (c) Os Estados-partes devem estimular a compilação de estatísticas e pesquisas sobre a extensão, causas e efeitos da violência, e sobre a eficácia das medidas para prevenir e lidar com a violência;
 - (d) Medidas efetivas devem ser tomadas para assegurar que a mídia respeite e promova o respeito às mulheres;
 - (e) Os Estados-partes devem identificar em seus relatórios a natureza e extensão de atitudes, costumes e práticas que perpetuam a violência contra as mulheres e os tipos de violência resultantes. Eles devem relatar as medidas tomadas para superar a violência e o efeito dessas medidas;
 - (f) Medidas eficazes devem ser tomadas para superar essas atitudes e práticas. Os Estados devem introduzir programas de educação e informação pública para ajudar a eliminar preconceitos que criem obstáculos à igualdade das mulheres (Recomendação número 3, 1987);
 - (g) Medidas específicas de prevenção e de punição são necessárias para superar o tráfico e a exploração sexual;
 - (h) Os Estados-partes devem descrever, em seus relatórios, a extensão de todos esses problemas e as medidas, incluindo provisões penais, preventivas e de reabilitação, tomadas para proteger as mulheres engajadas na prostituição ou sujeitas ao tráfico e a outras formas de exploração sexual. Também deve ser descrita a eficácia dessas medidas;
 - (i) Devem ser fornecidas soluções e procedimentos eficazes para as queixas, incluindo uma compensação às vítimas;
 - (j) Os Estados-partes devem incluir em seus relatórios informações sobre assédio sexual e as medidas para proteger as mulheres do assédio sexual e de outras formas de violência ou coerção no local de trabalho;
 - (k) Os Estados-partes devem estabelecer ou apoiar serviços para as vítimas de violência no seio da família, estupro, ataque sexual e outras formas de violência de gênero, incluindo abrigos, funcionários especialmente treinados nos serviços de saúde, reabilitação e orientação;
 - (l) Os Estados-partes devem tomar medidas para superar tais práticas e devem levar em conta a recomendação do Comitê sobre a circuncisão feminina (Recomendação número 14) ao relatar sobre assuntos de saúde;
 - (m) Os Estados-partes devem assegurar que sejam tomadas medidas para prevenir a coerção no que toca à fertilidade e à reprodução, e para assegurar que as mulheres não sejam forçadas a procurar procedimentos médicos inseguros, tais como aborto ilegal, por falta de serviços apropriados para o controle da fertilidade;
 - (n) Em seus relatórios, os Estados-partes devem expor a extensão desses problemas e indicar as medidas tomadas e seus efeitos;

504 *Dados e fontes*

- (o) Os Estados-partes devem assegurar que os serviços para as vítimas da violência estejam acessíveis às mulheres de áreas rurais e que sejam fornecidos, onde necessário, serviços especiais a comunidades isoladas;
- (p) As medidas para protegê-las da violência devem incluir treinamento e oportunidade de emprego e o monitoramento das condições de trabalho das trabalhadoras domésticas;
- (q) Os Estados-partes devem relatar os riscos que correm as mulheres de áreas rurais, a extensão e a natureza da violência e o abuso a que estão sujeitas, sua necessidade e o acesso que têm aos serviços de apoio e outros serviços e a eficácia das medidas tomadas para superar a violência;
- (r) As medidas necessárias para superar a violência familiar devem incluir:
 - (i) Penalidades criminais onde necessário e soluções civis no caso de violência doméstica;
 - (ii) Legislação para eliminar a defesa da honra no que diz respeito a ataque ou assassinato de um membro feminino da família;
 - (iii) Serviços que assegurem a proteção e a segurança de vítimas de violência familiar, incluindo abrigos e programas de orientação e de reabilitação;
 - (iv) Programas de reabilitação para os que perpetraram a violência doméstica;
 - (v) Serviços de apoio para as famílias nas quais tenha ocorrido o incesto ou o abuso sexual;
- (s) Os Estados-partes devem relatar a extensão da violência doméstica e do abuso sexual e as medidas preventivas, punitivas e soluções adotadas;
- (t) Os Estados-partes devem tomar todas as medidas legais e outras que sejam necessárias para providenciar proteção eficaz para as mulheres contra a violência de gênero, incluindo, *inter alia*:
 - (i) Medidas legais efetivas como sanções penais, soluções civis e provisões compensatórias para proteger as mulheres contra todos os tipos de violência, incluindo, entre outros, violência e abuso no seio da família, ataque sexual e assédio sexual no local de trabalho;
 - (ii) Medidas preventivas, como programas de informação pública e de educação para mudar atitudes concernentes ao papel e à condição de homens e de mulheres;
 - (iii) Medidas protetoras, como a criação de abrigos, serviços de orientação, reabilitação e apoio para mulheres vítimas de violência ou em risco de violência;
- (u) Os Estados-partes devem relatar todas as formas de violência baseada em gênero e tais relatórios devem incluir todos os dados disponíveis sobre a incidência de cada forma de violência e seus efeitos sobre as mulheres, suas vítimas;
- (v) Os relatórios dos Estados-partes devem incluir informações sobre as medidas legais, preventivas e de proteção às mulheres tomadas para superar a violência contra mulheres e sobre a eficácia de tais medidas.

2. Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres, Recomendação Geral 24: Mulheres e Saúde (Artigo 12)

CEDAW, *Recomendação Geral 24*, UN GAOR 1999, UN Doc. A/54/38/Rev. 1, p. 3–7.

Introdução

1. O Comitê para a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres, afirmando que o acesso a serviços de saúde, inclusive saúde reprodutiva, é um direito básico nos termos da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, determinou em sua 20ª sessão, em cumprimento ao Artigo 21, a elaboração de uma Recomendação Geral sobre o Artigo 12 da Convenção.

Antecedentes

2. A conformidade dos Estados-partes com o Artigo 12 da Convenção é fundamental para a saúde e o bem-estar das mulheres. Isto requer que os Estados eliminem a discriminação contra as mulheres no que toca ao acesso a serviços de saúde ao longo de seu ciclo de vida, principalmente nas áreas de planejamento familiar, gravidez, resguardo e período pós-parto. O exame dos relatórios submetidos pelos Estados-partes, em cumprimento ao Artigo 18 da Convenção, demonstra que a saúde das mulheres é um tema reconhecido como preocupação fundamental na promoção da saúde e do bem-estar das mulheres. Para o benefício dos Estados-partes e daqueles que têm especial interesse e preocupação com os temas relativos à saúde feminina, a presente Recomendação Geral procura elaborar a compreensão do Artigo 12 pelo Comitê, e refere-se a medidas para eliminar a discriminação, a fim de que seja real o direito das mulheres ao mais alto nível disponível de serviços de saúde.

3. Recentes conferências mundiais das Nações Unidas também têm considerado esses objetivos. Ao preparar esta Recomendação Geral, o Comitê levou em conta programas de ação relevantes, adotados nas conferências mundiais das Nações Unidas e, em particular, aqueles da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, de 1993, da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994, e a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, de 1995. O Comitê tomou nota também do trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e outros organismos das Nações Unidas. Colaborou igualmente com um grande número de organizações não governamentais, que têm uma competência especial nos assuntos da saúde feminina.

4. O Comitê registra a importância que outros instrumentos das Nações Unidas conferem ao direito à saúde e às condições que a proporcionam. Entre esses instrumentos estão a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Convênio

Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Convênio Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial.

5. O Comitê refere-se também a suas Recomendações Gerais anteriores sobre a circuncisão feminina, o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), mulheres deficientes, violência contra as mulheres e igualdade nas relações familiares — todas elas fazendo referência a temas que são fundamentais para a plena conformidade com o Artigo 12 da Convenção.

6. Ainda que as diferenças biológicas entre mulheres e homens possam levar a diferenças de condições de saúde, há fatores sociais determinantes da condição da saúde das mulheres e dos homens, que podem variar entre as próprias mulheres. Por esse motivo, especial atenção deve ser dada às necessidades e direitos de saúde das mulheres pertencentes a grupos vulneráveis e desprivilegiados, tais como mulheres migrantes, mulheres refugiadas e internamente deslocadas; mulheres jovens e idosas; mulheres na prostituição, mulheres indígenas e mulheres com deficiências físicas ou mentais.

7. O Comitê chama a atenção para o fato de que a plena realização dos direitos das mulheres à saúde pode ser alcançada apenas quando os Estados-partes cumprirem suas obrigações de respeitar, proteger e promover o direito humano fundamental das mulheres ao bem-estar nutricional, ao longo de seu ciclo de vida, por meio de um suprimento de alimento sadio, nutritivo e adaptado às condições locais. Para alcançar esse fim, os Estados-partes devem tomar medidas para facilitar o acesso físico e econômico às fontes produtivas, especialmente das mulheres nas áreas rurais, e, de outra maneira, assegurar que sejam satisfeitas as necessidades nutricionais especiais de todas as mulheres dentro de sua jurisdição.

Artigo 12

1. Os Estados-partes deverão tomar todas as medidas cabíveis para eliminar a discriminação contra as mulheres no campo da saúde, a fim de assegurar, em bases de igualdade entre homens e mulheres, o acesso aos serviços de saúde, inclusive aqueles relacionados com o planejamento familiar.
2. Não obstante as provisões do parágrafo 1 deste Artigo, os Estados-partes deverão assegurar às mulheres serviços apropriados relacionados à gravidez, ao resguardo e ao período pós-natal, garantindo-lhes, quando necessário, gratuidade nos serviços, assim como nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação.
8. Os Estados-partes são incentivados a abordar o tema da saúde das mulheres ao longo de seu ciclo de vida. Para os propósitos desta Recomendação Geral, portanto, o termo ‘mulheres’ inclui meninas e adolescentes. Esta Recomendação Geral irá determinar a análise pelo Comitê dos principais elementos do Artigo 12.

Principais elementos

Artigo 12(1)

9. Os Estados-partes detêm a melhor posição para relatar os temas mais críticos de saúde afetando as mulheres em cada país. Conseqüentemente, a fim de possibilitar ao Comitê avaliar se as medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres no campo da saúde são apropriadas, os Estados-partes devem apresentar sua legislação para a saúde, planos e políticas para as mulheres, acompanhados de dados confiáveis separados por sexo a respeito da incidência e a gravidade de doenças e das condições de risco para a saúde e a nutrição da mulher, assim como da disponibilidade e a eficácia em termos de custos de medidas preventivas e corretivas. Os relatórios para o Comitê devem demonstrar que a legislação, os planos e as políticas relativos à saúde são baseados em pesquisas científicas e éticas e na avaliação das condições de saúde e das necessidades das mulheres no país em questão, levando em conta quaisquer variações, sejam étnicas, regionais ou comunitárias, ou práticas baseadas na religião, na tradição ou na cultura.

10. Os Estados-partes são incentivados a incluir em seus relatórios informações sobre patologias, condições de saúde e condições de risco à saúde que afetam as mulheres ou certos grupos de mulheres, diferentemente dos homens, assim como informações sobre possíveis intervenções.

11. Serão consideradas inapropriadas as medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres caso faltem ao sistema de saúde serviços para prevenir, detectar e tratar as doenças específicas das mulheres. Será considerada discriminatória a atitude de um Estado-parte que se recusa a legalmente fornecer certos serviços de saúde reprodutiva para mulheres. Por exemplo, se provedores de serviço de saúde se recusarem a realizar tais serviços, com base em objeções de consciência, é preciso que sejam introduzidas medidas para garantir às mulheres provedores de saúde alternativos.

12. Os Estados-partes devem informar sobre sua compreensão de como as políticas e medidas referentes aos serviços de saúde dão conta dos direitos à saúde das mulheres, a partir da perspectiva das necessidades e do interesse das mulheres, bem como sobre o tratamento dado aos aspectos e fatores que diferenciam as mulheres dos homens, tais como:

- (a) Fatores biológicos que diferem em comparação ao homem, tais como o ciclo menstrual, a função reprodutiva e a menopausa. Um outro exemplo é o maior risco de exposição a doenças sexualmente transmissíveis que as mulheres têm que enfrentar;
- (b) Fatores socioeconômicos que variam para as mulheres, em geral, e para alguns grupos de mulheres, em particular. Por exemplo, as relações de poder desiguais entre mulheres e homens, em casa e no local de trabalho, podem afetar negativamente a nutrição e a saúde das mulheres. As mulheres podem se ver também expostas a diferentes formas de violência que

ameaçam a saúde. Meninas e adolescentes são freqüentemente vulneráveis ao abuso sexual de homens mais velhos e membros da família, o que as coloca em risco de danos físicos e psicológicos e de gravidez precoce e indesejada. Algumas práticas culturais e tradicionais, tais como a mutilação genital feminina, também representam elevado risco de morte e invalidez.

- (c) Fatores psicológicos e sociais, que variam entre mulheres e homens, incluem depressão, em geral, e depressão pós-parto, em particular, assim como outras condições psicológicas, como as que resultam em distúrbios alimentares, tais como a anorexia e a bulimia;
- (d) Embora o desrespeito à confidencialidade dos pacientes possa afetar tanto homens quanto mulheres, estas desistem da busca de orientação e tratamento, o que lhes afeta adversamente a saúde e o bem-estar. Assim, as mulheres estarão menos propensas a buscar assistência médica em casos de doenças do trato genital, contracepção ou aborto incompleto, assim como de violência sexual ou física.

13. O dever dos Estados-partes de assegurar, em bases de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços de saúde, informação e educação, implica em uma obrigação de respeitar, proteger e cumprir os direitos das mulheres a serviços de saúde. Os Estados-partes têm a responsabilidade de assegurar que o legislativo e o executivo obedeçam a essas três obrigações. Devem também implementar um sistema que assegure uma ação judicial eficaz. Não fazê-lo constitui uma violação do Artigo 12.

14. A obrigação de respeitar os direitos requer dos Estados-partes que evitem obstruir a ação das mulheres na busca de seus objetivos de saúde. Os Estados-partes devem relatar como os profissionais de saúde, públicos ou privados, cumprem seus deveres no que diz respeito ao direito das mulheres ao acesso a serviços de saúde. Por exemplo, os Estados-partes não devem restringir o acesso das mulheres aos serviços de saúde ou às clínicas que fornecem esses serviços sob a alegação de que as mulheres não possuem autorização de maridos, companheiros, parentes ou autoridades de saúde, por serem solteiras¹ ou por serem mulheres. Outras barreiras contra o acesso das mulheres aos serviços de saúde apropriados são as leis que criminalizam procedimentos médicos necessitados apenas por mulheres, e que punem aquelas que se submetem a esses procedimentos.

15. A obrigação de proteger os direitos relativos à saúde das mulheres requer dos Estados-partes, seus órgãos e funcionários, que ajam de modo a prevenir violações a esses direitos e a impor sanções por violações de direitos perpetradas por pessoas e organizações privadas. Considerando-se que a violência de gênero é um tema crítico para as mulheres, os Estados-partes devem assegurar:

- (a) A aprovação de leis e a efetividade de seu cumprimento, assim como a formulação de políticas, inclusive de protocolos para serviços de saúde e

¹ General Recommendation 21, parágrafo 29.

- procedimentos hospitalares que tratem da violência contra as mulheres e do abuso de meninas e a provisão de serviços de saúde apropriados;
- (b) O treinamento dos profissionais de saúde, sensibilizando-os para o problema do gênero, de modo a se tornarem capazes de detectar e gerenciar as conseqüências da violência de gênero;
 - (c) Procedimentos eqüitativos e protetores das mulheres para ouvir-lhes as queixas e impor as sanções apropriadas aos profissionais de saúde que forem culpados de abuso sexual de suas pacientes mulheres;
 - (d) A aprovação de leis e a efetividade de seu cumprimento de modo a proibir a mutilação genital feminina e o casamento de meninas.

16. Os Estados-partes devem assegurar que sejam fornecidos proteção adequada e serviços de saúde, inclusive tratamento de trauma e orientação, às mulheres em circunstâncias especialmente difíceis, como as que se encontram em situações de conflito armado e as mulheres refugiadas.

17. O dever de atender aos direitos impõe aos Estados-partes a obrigação de tomar, na extensão máxima de sua disponibilidade de recursos, medidas legislativas, judiciais, administrativas, orçamentárias, econômicas e outras cabíveis, visando assegurar às mulheres seus direitos a serviços de saúde. Os estudos — como os que enfatizam o elevado índice de mortalidade e morbidade maternas em todo o mundo, e o grande número de casais que gostariam de restringir o tamanho de sua família, mas aos quais falta acesso ao uso de qualquer forma de contracepção — constituem importante indicação para os Estados-partes de possíveis descumprimentos de seus deveres de garantir às mulheres o acesso a serviços de saúde. O Comitê pede aos Estados-partes que relatem suas ações no tratamento da magnitude do problema de saúde das mulheres, particularmente quando este resulta de condições passíveis de prevenção, como é o caso da tuberculose e do HIV/AIDS. O Comitê preocupa-se com a crescente evidência de que os Estados estão relaxando suas obrigações ao transferirem para órgãos privados as funções do Estado relativas à saúde. Os Estados-partes não podem eximir-se da responsabilidade nessas áreas, delegando ou transferindo esses poderes para agências privadas do setor. Os Estados-partes devem, portanto, relatar o que têm feito para organizar processos governamentais e todas as estruturas através das quais o poder público é exercido na promoção e proteção da saúde das mulheres. Devem incluir informações sobre medidas positivas tomadas para a diminuição do número de violações dos direitos das mulheres por terceiros, para a proteção de sua saúde e as medidas que têm tomado para assegurar o fornecimento de tais serviços.

18. Os temas de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis são fundamentais para o direito das mulheres e das adolescentes à saúde sexual. Em muitos países, meninas adolescentes e mulheres não recebem acesso adequado à informação e aos serviços necessários para a garantia de sua saúde sexual. Como conseqüência do poder desigual de gênero nas relações, mulheres e meninas

adolescentes freqüentemente se vêem impossibilitadas de recusar sexo ou de insistir em práticas sexuais seguras e responsáveis. Práticas tradicionais nocivas, tais como mutilação genital feminina e poligamia, assim como o estupro marital, podem também expor meninas e mulheres ao risco de contrair HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. As mulheres que se entregam à prostituição também são particularmente vulneráveis a essas enfermidades. Sem preconceito ou discriminação, os Estados-partes devem assegurar a todas as mulheres e meninas — inclusive àquelas que foram traficadas, mesmo que não sejam legalmente residentes no país — o direito à informação sobre saúde sexual, à educação e aos serviços de saúde. Os Estados-partes devem assegurar, em particular, o direito dos adolescentes femininos e masculinos à educação sexual e à saúde reprodutiva, através de pessoal adequadamente treinado em programas especialmente orientados, respeitando seus direitos à privacidade e à confidencialidade.

19. Os Estados-partes devem identificar em seus relatórios o teste pelo qual podem avaliar se as mulheres têm acesso aos serviços de saúde em bases de igualdade com os homens, a fim de demonstrar o cumprimento do Artigo 12. Ao aplicar esses testes, os Estados-partes devem ter em mente as provisões do Artigo 1 da Convenção. Assim, os relatórios devem incluir observações a respeito do impacto que as políticas de saúde, seus procedimentos, leis e protocolos têm sobre as mulheres, em comparação com os homens.

20. Ao aceitarem um tratamento ou participarem de uma pesquisa, as mulheres têm o direito a serem perfeitamente informadas, através de pessoal adequadamente treinado, a respeito de suas opções, benefícios ou efeitos adversos potenciais dos procedimentos propostos e alternativas disponíveis.

21. Os Estados-partes devem relatar as medidas tomadas quanto à eliminação dos obstáculos enfrentados pelas mulheres para ganharem acesso aos serviços de saúde e para garantir às mulheres o acesso a tais serviços. Os obstáculos podem ser exigências ou condições que prejudiquem o acesso das mulheres, tais como custo elevado dos serviços de saúde; a exigência de uma autorização preliminar do esposo, dos pais ou de autoridades hospitalares; a distância dos estabelecimentos de saúde e a ausência de transporte público conveniente e acessível.

22. Os Estados-partes devem também relatar as medidas tomadas visando assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade, tornando-os aceitáveis para as mulheres, por exemplo. Serviços aceitáveis são aqueles prestados de forma a que uma mulher sinta-se segura em dar seu consentimento plenamente informado; que respeitem sua dignidade; assegurem sua confidencialidade; e sejam sensíveis a suas necessidades e perspectivas. Os Estados-partes não devem permitir formas de coerção, tais como esterilização sem o consentimento da mulher, testes obrigatórios de doenças sexualmente transmissíveis, ou testes obrigatórios de gravidez, como condição para emprego, que violam o direito das mulheres no que toca ao consentimento informado e à dignidade.

23. Os Estados-partes devem declarar em seus relatórios as medidas tomadas para assegurar o acesso, quando necessário, aos serviços relacionados com planejamento familiar, em particular, e com saúde sexual e reprodutiva, em geral. Especial atenção deve ser conferida à educação sexual de adolescentes, incluindo-se informação e orientação a respeito de todos os métodos de planejamento familiar.²

24. O Comitê preocupa-se com as condições dos serviços de saúde para as mulheres idosas, não apenas porque as mulheres geralmente vivem mais do que os homens e estão mais sujeitas a sofrerem de doenças crônicas, degenerativas e incapacitadoras, como a osteoporose e a demência, mas porque têm, com frequência, a responsabilidade de cuidar de seus esposos idosos. Assim, os Estados-partes devem tomar as medidas cabíveis para assegurar o acesso das mulheres idosas aos serviços de saúde que tratem das deficiências e da invalidez associadas ao envelhecimento.

25. Com frequência, as mulheres portadoras de deficiências, de todas as idades, têm dificuldades de acesso físico aos serviços de saúde. Mulheres com deficiências mentais são particularmente vulneráveis, enquanto houver uma compreensão, em geral limitada, a respeito da vasta gama de riscos para a saúde mental a que a mulher se vêem desproporcionalmente sujeitas como resultado da discriminação de gênero, violência, pobreza, conflitos armados, deslocamentos forçados e outras formas de privação social. Os Estados-partes devem tomar as medidas cabíveis para assegurar que os serviços de saúde sejam conscientizados quanto às necessidades da mulher com deficiências e respeitem os seus direitos humanos e à dignidade.

Artigo 12(2)

26. Os relatórios devem também incluir as medidas tomadas pelos Estados-partes para assegurar às mulheres serviços apropriados relacionados à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Também devem ser incluídas informações sobre a redução das taxas de mortalidade e morbidade maternas, resultante de tais medidas em seus países, em geral, e em grupos, regiões e comunidades vulneráveis, em particular.³

27. Os Estados-partes devem incluir em seus relatórios informações de como provêm serviços gratuitos, quando necessários, proporcionando às mulheres segurança na gravidez, no parto e no pós-parto. Muitas mulheres correm risco de morte ou invalidez por causas relacionadas com a gravidez, por lhes faltarem recursos para obter ou aceder aos serviços necessários, que incluem o pré-natal, o parto e o pós-natal. O Comitê assinala que é dever dos Estados-partes assegurar o direito das mulheres a uma maternidade segura e aos serviços de emergência obstétrica, devendo destinar a esses serviços o máximo de recursos disponíveis.

² A educação para adolescentes deve tratar, mais adiante, *inter alia*, da igualdade dos gêneros, da violência, da prevenção das enfermidades sexualmente transmissíveis e dos direitos à saúde sexual e reprodutiva.

³ Referência às resoluções em que o Comitê adotou as recomendações do Cairo e de Pequim para reduzir a mortalidade materna e a morbidade.

Outros artigos relevantes na Convenção

28. Ao relatar as medidas tomadas em obediência ao Artigo 12, os Estados-partes são instados a reconhecer sua interligação com outros artigos na Convenção que tenham um impacto sobre a saúde da mulher. Esses Artigos incluem o Artigo 5 (b), que requer que os Estados-partes assegurem, na educação familiar, uma compreensão adequada da maternidade como função social; o artigo 10, que requer que os Estados-partes assegurem igual acesso à educação, capacitando assim as mulheres a terem acesso mais prontamente aos serviços de saúde e reduzindo os índices de evasão escolar das estudantes femininas, em função, com frequência, de gravidez prematura; o Artigo 10 (h) que estabelece o fornecimento, pelos Estados-partes, de informação educativa específica para mulheres e meninas, a fim de ajudar a assegurar o bem-estar das famílias, aí incluindo informação e orientação para o planejamento familiar; o Artigo 11 que, em parte, preocupa-se com a proteção da saúde e da segurança das mulheres em situações de trabalho, incluindo a garantia da função reprodutiva, proteção especial para trabalhos prejudiciais à gravidez e licença-maternidade remunerada; o Artigo 14(2)(b), que requer que os Estados-partes assegurem o acesso das mulheres que residem em áreas rurais a estabelecimentos de saúde adequados, inclusive à informação, orientação e serviços de planejamento familiar, e (h), que obriga os Estados-partes a tomarem todas as medidas cabíveis para assegurar condições adequadas de vida, particularmente habitação, saneamento, suprimento de eletricidade e água, transporte e comunicações, todas cruciais para a prevenção de doenças e a promoção de bons serviços de saúde; e o Artigo 16(1)(e), que requer dos Estados-partes que assegurem às mulheres os mesmos direitos dos homens para decidirem livre e responsavelmente quando e quantos filhos querem ter e para terem acesso à informação, educação e meios que as capacitem a exercer esses direitos. O Artigo 16(2) também proscree o compromisso e o casamento de crianças, um fator importante na prevenção dos danos físicos e emocionais que resultam da maternidade precoce.

Recomendações para a ação governamental

29. Os Estados-partes devem implementar uma abrangente estratégia nacional para a promoção da saúde das mulheres ao longo de seu ciclo de vida. Isso incluiria intervenções dirigidas tanto para a prevenção quanto para tratamentos e melhorias das condições de saúde das mulheres, assim como para o atendimento à violência contra as mulheres, e deve assegurar a todas as mulheres o acesso universal a uma completa gama de serviços de saúde de alta qualidade e de fácil acesso, incluindo-se serviços de saúde sexual e reprodutiva.

30. Os Estados-partes devem destinar recursos orçamentários, humanos e administrativos adequados, para assegurar que a saúde das mulheres receba parte do orçamento total destinado à saúde, comparável com o que é destinado à saúde masculina, levando em conta as suas diferentes necessidades.

31. Os Estados-partes devem também, em particular:
- (a) Dotar todas as políticas e programas relativos à saúde das mulheres de uma perspectiva central de gênero e envolver as mulheres no planejamento, na implementação e na monitoração de tais políticas e programas e no fornecimento de serviços de saúde para as mulheres.
 - (b) Assegurar a eliminação de todas as barreiras que entrem o acesso das mulheres aos serviços de saúde, educação e informação, inclusive na área da saúde sexual e reprodutiva e, em particular, destinar recursos para programas dirigidos a adolescentes, para a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS inclusive;
 - (c) Priorizar a prevenção da gravidez indesejada através do planejamento familiar e da educação sexual e reduzir as taxas de mortalidade materna através de serviços para a maternidade segura e assistência pré-natal. Quando possível, alterar a legislação relativa ao aborto no sentido de eliminar as disposições punitivas impostas às mulheres que se submetem ao aborto.
 - (d) Monitorar o fornecimento de serviços de saúde para mulheres realizado por organizações públicas, não governamentais e privadas, para assegurar igual acesso e qualidade desses serviços;
 - (e) Requerer que todos os serviços de saúde sejam compatíveis com os direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento informado e escolha;
 - (f) Assegurar que o currículo de treinamento dos profissionais de saúde inclua cursos obrigatórios abrangentes, sensíveis aos problemas de gênero, saúde e direitos humanos das mulheres, e em particular, à violência de gênero.

**3. Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais,
Comentário Geral 14: O Direito ao Mais Alto Padrão Disponível
de Saúde (Artigo 12)**

CESCR, *Comentário Geral 14*, UN ESCOR 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 de agosto 2000.

1. A saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos. A cada ser humano é arrogado o usufruto do mais alto nível disponível de saúde que lhe permita viver com dignidade. A realização do direito à saúde pode ser perseguida através de enfoques diversos e complementares, tais como a formulação de políticas de saúde, a implementação de programas de saúde desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou a adoção de instrumentos legais específicos. Além disso, o direito à saúde inclui certos componentes que são legalmente aplicáveis.⁴

⁴ Por exemplo, o princípio de não-discriminação em relação a instalações, bens e serviços de saúde é legalmente aplicável em numerosas jurisdições nacionais.

2. O direito humano à saúde é reconhecido em muitos instrumentos internacionais. O Artigo 25.1 da Declaração Universal de Direitos Humanos afirma: “Cada pessoa tem o direito a um nível de vida adequado para a sua saúde e a de sua família, inclusive alimentação, roupas, habitação e assistência médica e os necessários serviços sociais”. O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais fornece o mais amplo artigo sobre o direito à saúde na legislação internacional de direitos humanos. De acordo com o Artigo 12.1 do Pacto, os Estados-partes reconhecem “o direito de cada pessoa ao usufruto do mais alto nível disponível de saúde física e mental”, enquanto o Artigo 12.2 enumera, a título de demonstração alguns “passos a serem tomados pelos Estados partes... para alcançar a plena realização desse direito”. Adicionalmente, o direito à saúde é reconhecido, *inter alia*, no Artigo 5(e)(iv) da Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 1965, nos Artigos 11.1(f) e 12 da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 1979, e no Artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989. Vários instrumentos regionais de direitos humanos também reconhecem o direito à saúde, tais como a Carta Social Européia, de 1961, como revisada (art. 11), a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos, de 1981 (art.16) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre os Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1988 (art. 10). Da mesma forma, o direito à saúde tem sido proclamado pela Comissão para os Direitos Humanos,⁵ assim como na Declaração de Viena e Programa de Ação de 1993 e outros instrumentos internacionais.⁶

3. O direito à saúde está estreitamente relacionado e depende da realização de outros direitos humanos, conforme implícito no *International Bill of Rights*, entre os quais os direitos à alimentação, habitação, trabalho, educação, dignidade humana, vida, não-discriminação, igualdade, a proibição contra a tortura, privacidade, acesso à informação e as liberdades de associação, assembléia e movimento. Estes e outros direitos e liberdades referem-se a componentes integrantes do direito à saúde.

4. Ao redigir o Artigo 12 do Pacto, o Terceiro Comitê da Assembléia Geral das Nações Unidas não adotou a definição de saúde contida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde que conceitualiza saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Contudo, a referência no Artigo 12.1 do Pacto ao “mais

⁵ Na sua Resolução 1989/11.

⁶ Os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidades Mentais e para a Melhoria dos Cuidados com a Saúde Mental adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1991 (resolução 46/119) e o Comentário Geral do Comitê número 5 sobre pessoas com deficiências se aplica a pessoas com enfermidades mentais; o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, assim como a Declaração e o Programa para Ação da Quarta Conferência sobre Mulheres realizada em Pequim, em 1995, contêm definições de saúde reprodutiva e de saúde das mulheres, respectivamente.

alto nível disponível de saúde física e mental não é confinado ao direito aos serviços de saúde. Ao contrário, a história da elaboração e os dizeres expressos do Artigo 12.2 esclarecem que o direito à saúde abrange um vasto leque de fatores socioeconômicos que promovem as condições em que as pessoas podem levar uma vida saudável, estendendo-se aos fatores determinantes subentendidos de saúde, tais como alimentação e nutrição, habitação, acesso a água segura e potável e saneamento adequado, condições seguras e saudáveis de trabalho e meio ambiente saudável.

5. O Comitê está ciente de que, para milhões de pessoas no mundo, o pleno exercício do direito à saúde ainda permanece um objetivo distante. Além disso, em muitos casos — especialmente para aqueles que vivem em estado de pobreza — esta meta torna-se cada vez mais remota. O Comitê reconhece os formidáveis obstáculos, estruturais e outros, resultantes de fatores internacionais e de outros fatores, fora do controle dos Estados, que impedem a plena realização do Artigo 12 em muitos dos Estados-partes.

6. Com a finalidade de ajudar na implementação do Pacto e no cumprimento pelos Estados-partes das obrigações relatadas, este Comentário Geral enfoca o conteúdo normativo do Artigo 12 (parte 1), obrigações dos Estados-partes (Parte II), violações (Parte III) e a implementação em nível nacional (Parte IV), enquanto as obrigações de outros atores, além dos Estados-partes, são tratadas na Parte V. O Comentário Geral fundamenta-se na experiência do Comitê em examinar os relatórios dos Estados-partes ao longo de muitos anos.

I. Conteúdo normativo do Artigo 12

7. O Artigo 12 fornece uma definição dos direito à saúde, enquanto o Artigo 12.2 enumera exemplos ilustrativos, não exaustivos, das obrigações dos Estados-partes.

8. O direito à saúde não deve ser entendido como um direito a *ser saudável*. O direito à saúde contém tanto liberdades como prerrogativas. As liberdades incluem o direito ao controle do próprio corpo e saúde, incluindo-se a liberdade sexual e reprodutiva; o direito de não sofrer interferências, entre as quais tortura, tratamentos e experimentações médicas sem consentimento. As prerrogativas, por outro lado, referem-se ao direito a um sistema de proteção à saúde oferecendo igualdade de oportunidades para o usufruto do mais alto nível disponível de saúde.

9. A noção de “o mais alto nível disponível de saúde”, no Artigo 12.1, leva em consideração não só as precondições biológicas e socioeconômicas do indivíduo, mas também os recursos disponíveis do Estado. Há aspectos que não podem ser tratados isoladamente na relação entre Estado e indivíduos, e a “boa saúde”, em particular, não pode ser garantida pelo Estado, assim como a proteção contra cada possível causa de doenças não pode ser fornecida pelos Estados. Assim, fatores

genéticos, suscetibilidades do indivíduo a doenças e à adoção de estilos de vida pouco saudáveis ou de risco podem desempenhar um papel importante na saúde do indivíduo. Conseqüentemente, o direito à saúde deve ser compreendido como um direito a uma variedade de estabelecimentos, bens, serviços e condições necessários para a realização do mais alto nível disponível de saúde.

10. Desde a adoção dos dois Pactos Internacionais, em 1966, a situação mundial da saúde vem se alterando drasticamente e a noção de saúde sofrendo mudanças substanciais, ampliando-se também o seu escopo. Um número maior de fatores determinantes de saúde vem sendo levado em consideração, tais como a distribuição de recursos e diferenças de gênero. Uma definição mais ampla de saúde também considera preocupações sociais, como a violência e os conflitos armados.⁷

Além disso, algumas doenças anteriormente desconhecidas, como o Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), e outras que, como o câncer, têm se disseminado com o rápido crescimento da população mundial, criando novos obstáculos à realização do direito à saúde, devem ser consideradas na interpretação do Artigo 12.

11. O Comitê interpreta o direito à saúde do modo como se define no Artigo 12.1, como um direito inclusivo que se estende não apenas a serviços de saúde adequados, mas também a fatores determinantes subjacentes à saúde, tais como acesso à água boa e potável e a saneamento adequado; suprimento adequado de alimentação, nutrição e habitação seguros; condições ocupacionais e ambientais saudáveis; e acesso à educação e à informação relacionadas com a saúde, inclusive a saúde sexual e reprodutiva. Um outro aspecto importante é a participação da população em todas as decisões relativas à saúde em níveis comunitário, nacional e internacional.

12. O direito à saúde em todas as suas formas e em todos os níveis contém os seguintes elementos essenciais e interligados, cuja exata aplicação dependerá das condições prevalentes em um determinado Estado-parte:

- (a) *Disponibilidade.* Uma saúde pública operante e estabelecimentos, bens e serviços, assim como programas de saúde, têm de ser disponibilizados em número suficiente pelo Estado-parte. A natureza exata dos estabelecimentos, bens e serviços variará dependendo de diferentes fatores, inclusive do nível de desenvolvimento do Estado-parte. Esses incluirão, contudo, os fatores determinantes subjacentes à saúde, tais como água potável confiável e saneamento adequado, hospitais, clínicas e outros estabelecimentos relacionados com a saúde, pessoal médico e profissional devidamente

⁷ O Artigo Comum 3 da Convenção de Genebra para a proteção das vítimas de guerra (1949); o Protocolo Adicional I (1977) relativo à Proteção de Vítimas de Conflitos Armados Internacionais, o Art. 75 (2) (a); Protocolo Adicional II (1977) relativo à Proteção das Vítimas de Conflitos Armados não Internacionais, Art. 4 (a).

treinado, recebendo salários localmente competitivos, e medicamentos essenciais, conforme definição do Programa de Ação para as Drogas Essenciais da Organização Mundial de Saúde.⁸

- (b) *Acessibilidade*. Os estabelecimentos, bens e serviços de saúde⁹ têm de ser acessíveis a todos, sem discriminação, dentro da jurisdição do Estado-parte. A acessibilidade consiste de quatro dimensões que se sobrepõem:

Não-discriminação: Os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, principalmente aos segmentos mais vulneráveis ou marginalizados da população, pela lei e de fato, sem discriminações com base em alegações proibidas.¹⁰

Acessibilidade física: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem oferecer acesso físico seguro a todos os segmentos da população, principalmente aos grupos vulneráveis ou marginalizados, tais como minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças, adolescentes, idosos, portadores de deficiências e de HIV/AIDS. A acessibilidade também implica em que os serviços médicos e fatores determinantes subjacentes à saúde, tais como água potável e confiável e saneamento adequado, estejam ao alcance físico e seguro, inclusive em áreas rurais. A acessibilidade inclui ainda acesso adequado a portadores de deficiências.

Acessibilidade econômica (disponibilidade financeira): os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser financeiramente acessíveis a todos. O pagamento pelos serviços de saúde, assim como pelos serviços relacionados aos fatores determinantes subjacentes à saúde, deve basear-se no princípio da equidade, assegurando-se que tais serviços, privados ou públicos, sejam acessíveis a todos, inclusive aos grupos socialmente carentes. A equidade exige que as famílias mais pobres não se vejam desproporcionalmente sobrecarregadas com despesas de saúde em contraposição às mais ricas.

Acessibilidade à informação: a acessibilidade inclui o direito de procurar, receber e partilhar informações e idéias¹¹ relativas aos assuntos de saúde. Contudo, a acessibilidade à informação não deve prejudicar o direito à confidencialidade no trato de informações pessoais relativas à saúde.

- (c) *Aceitabilidade*. Todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e a cultura dos indivíduos, minorias, povos e comunidades; devem ter sensibilidade para com as questões de gênero e as necessidades do ciclo de vida; e devem ser concebidos de modo a respeitar a confidencialidade e melhorar as condições de saúde dos interessados.

⁸ Ver a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, revista em dezembro de 1999, *WHO Drugs Information* 13/4 (1999).

⁹ A menos que expressamente mencionada de outra forma, qualquer referência neste Comentário Geral às instalações, bens e serviços inclui as subjacentes determinantes de saúde delineadas nos parágrafos 11 e 12(a) deste Comentário Geral.

¹⁰ Ver parágrafos 18 e 19 deste Comentário Geral.

¹¹ Ver Artigos 19.2 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Este Comentário Geral dá ênfase especial ao acesso à informação em virtude da importância desse assunto em relação à saúde.

- (d) *Qualidade.* Além de aceitáveis do ponto de vista cultural, os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser de boa qualidade e adequados do ponto de vista científico e médico. Isso requer, *inter alia*, pessoal médico capacitado, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e válidos, água potável e segura e saneamento adequado.

13. A lista de exemplos no Artigo 12.2 oferece orientação para definir a ação a ser empreendida pelos Estados. Apresenta exemplos genéricos e específicos de medidas oriundas da ampla definição de direito à saúde contida no Artigo 12.1, ilustrando assim o conteúdo deste direito, como exemplificado nos parágrafos¹² que se seguem.

Artigo 12.2(a). O direito à saúde materna, infantil e reprodutiva

14. “A provisão para a redução do índice de natimortos, da mortalidade de neonatos e para o desenvolvimento saudável da criança” (art. 12.2 (a))¹³ pode ser compreendida como medidas necessárias para aperfeiçoar os serviços de saúde materna e infantil, e de saúde sexual e reprodutiva, incluindo-se acesso a serviços de planejamento familiar, assistência pré- e pós-nascimento,¹⁴ emergência obstétrica e acesso à informação, assim como os recursos necessários para fazer uso dessa informação.¹⁵

¹² Na literatura e na prática relativas ao direito à saúde são freqüentemente identificados três níveis de cuidados médicos: *os cuidados de saúde primários* lidam com enfermidades comuns, relativamente menores, e são ministrados por profissionais de saúde e/ou geralmente médicos treinados, trabalhando com a comunidade a um custo relativamente baixo; *os cuidados de saúde secundários* são ministrados em centros de saúde, geralmente em hospitais, e lidam com enfermidades relativamente comuns, menos ou mais graves, que não podem ser tratadas em nível comunitário, utilizando assim profissionais de saúde e médicos especialmente treinados, com equipamento especial — algumas vezes, o paciente é internado a um custo comparativamente mais alto; *os cuidados de saúde terciários* são ministrados em relativamente poucos centros e lidam com um menor número de doenças menos importantes, ou sérias, que requerem profissionais e doutores especialmente treinados, usando equipamento especial sendo, de modo geral, relativamente caro. Como as formas de cuidados de saúde primários, secundários e terciários muitas vezes se sobrepõem e interagem, o uso dessa tipologia nem sempre oferece critérios distintivos suficientes para ajudar a avaliar que níveis de cuidados de saúde os Estados-partes devem produzir e é, portanto, de ajuda limitada em relação ao entendimento normativo do Artigo 12.

¹³ De acordo com a OMS, a taxa de natimortos não é mais normalmente usada, em vez dela está sendo usada a taxa de mortalidade contada desde o nascimento até os 5 anos de idade.

¹⁴ *Pré-natal* quer dizer o que existe ou ocorre antes do nascimento; *perinatal* se refere a um breve período imediatamente antes e depois do nascimento (nas estatísticas médicas o período começa ao se completarem as 28 semanas de gestação e a definição do seu término varia de uma a quatro semanas depois do nascimento); *neonatal*, ao contrário, cobre o período a partir do nascimento até as quatro primeiras semanas depois do nascimento; enquanto *pós-natal* denota ocorrência depois do nascimento. Neste Comentário Geral, os termos mais genéricos pré e pós-natal são os exclusivamente usados.

¹⁵ Saúde reprodutiva quer dizer que a mulher e o homem têm a liberdade de decidir se e quando querem reproduzir e o direito a serem informados e a terem acesso a métodos seguros, efetivos, acessíveis e aceitáveis de planejamento familiar, de sua escolha, assim como o direito de acesso aos serviços de saúde apropriados que capacitarão a mulher, por exemplo, a atravessar com segurança a gestação e o parto.

Artigo 12.2(b). O direito a local de trabalho e a meio ambiente saudáveis

15. “A melhoria de todos os aspectos de higiene ambiental e industrial” (Artigo 12.2(b)) compreende, *inter alia*, medidas preventivas que dizem respeito a acidentes de trabalho e doenças; a exigência de assegurar um suprimento adequado de água potável e confiável e saneamento básico; a prevenção e a redução da exposição da população a substâncias prejudiciais, como radiação e produtos químicos nocivos, ou outras condições ambientais negativas, que, direta ou indiretamente, causem impacto sobre a saúde humana.¹⁶ Outrossim, a higiene industrial refere-se à minimização, dentro do razoável, de causas de danos à saúde inerentes ao ambiente de trabalho.¹⁷ O Artigo 12.2(b) compreende também habitação adequada e condições de trabalho saudáveis e higiênicas; suprimento de alimento e nutrição apropriados, e desestimula o abuso do álcool e de fumo, drogas e outras substâncias naturalmente perniciosas.

Artigo 12.2(c). O direito à prevenção, tratamento e controle de doenças

16. “A prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e outras” (art.12.2[c]) requerem o estabelecimento de programas de prevenção e educação voltados para os problemas de saúde relacionados com comportamento — tais como doenças sexualmente transmissíveis, em particular o HIV/AIDS, e as que afetam adversamente a saúde sexual e reprodutiva — e para a promoção dos fatores sociais determinantes de boa saúde — tais como segurança ambiental, educação, desenvolvimento econômico e equidade de gênero. O direito a tratamento inclui a criação de um sistema de serviços médicos de emergência para casos de acidentes, epidemias e outros riscos semelhantes para a saúde, assim como a disponibilização de assistência humanitária e socorro em situações emergenciais de calamidades. O controle de doenças refere-se aos esforços individuais e conjuntos dos Estados no sentido de, *inter alia*, disponibilizarem tecnologias relevantes; fazerem uso e aperfeiçoarem a fiscalização epidemiológica e a coleta diferenciada de dados; implementarem ou intensificarem programas de imunização e outras estratégias de controle de doenças infecciosas.

*Artigo 12.2(d). O direito a estabelecimentos, bens e serviços de saúde*¹⁸

17. “A criação de condições que assegurem a todos atenção e serviços médicos em caso de doença” (art.12.2[d]), tanto física quanto mental, inclui a provisão de acesso oportuno e equitativo a serviços básicos de prevenção, cura e reabilitação,

¹⁶ O Comitê evoca a esse respeito, o Princípio 1 da Declaração de Estocolmo, de 1972, que estipula: “O homem tem o direito fundamental à liberdade, igualdade e condições adequadas de vida, em um ambiente cuja qualidade permita uma vida de dignidade e bem-estar”, assim como recentes desenvolvimentos no direito internacional, inclusive a resolução 45/94 da Assembléia Geral, sobre a necessidade de assegurar um ambiente saudável para o bem-estar dos indivíduos; o Princípio 1, da Declaração do Rio; e os instrumentos sobre direitos humanos regionais, tais como o Artigo 10 do Protocolo de São Salvador à Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

¹⁷ OIT, Convenção n. 155, Art. 4.2.

¹⁸ Ver parágrafos 12(b) e número 8 acima.

assim como à educação relacionada à saúde; a programas regulares de triagem; a tratamento adequado para patologias, doenças, lesões e deficiências predominantes, de preferência no nível da comunidade; a provisão de medicamentos essenciais; e tratamento e assistência próprios para as doenças mentais. Outro aspecto importante é a melhoria e o aumento da participação da população na provisão de serviços de prevenção e cura, tais como a organização do setor de saúde, o sistema de seguros e, em particular, a participação nas decisões políticas relativas ao direito à saúde, tomadas tanto em nível comunitário quanto em nível nacional.

Artigo 12. Tópicos especiais de ampla aplicação

Não-discriminação e igualdade de tratamento

18. Em virtude do Artigo 2.2 e do Artigo 3, o Pacto proscree qualquer discriminação no acesso aos serviços de saúde e a seus fatores determinantes subjacentes, assim como aos meios e prerrogativas para sua obtenção, sob a alegação de raça, cor, sexo, deficiência física ou mental, condição de saúde (incluindo HIV/AIDS), orientação sexual e estado civil, político, social ou outro, com a intenção ou o efeito de anular ou prejudicar o igual gozo ou exercício do direito à saúde. O Comitê sublinha que muitas medidas — tais como a maior parte das estratégias e programas concebidos com o fim de eliminar a discriminação relacionada com a saúde — podem ser alcançadas com um mínimo de recursos através da adoção, modificação ou derrogação da legislação ou da divulgação de informação. O Comitê recorda o Comentário Geral n. 3, parágrafo 12, que estipula que, mesmo em tempos de grave restrição de recursos, os membros vulneráveis da sociedade devem ser protegidos através da adoção de programas específicos a custos relativamente baixos.

19. No que se refere ao direito à saúde, deve ser enfatizada a igualdade de acesso à assistência e aos serviços de saúde. Os Estados têm especial obrigação de prover o seguro-saúde e os estabelecimentos de saúde que se fizerem necessários àqueles que não dispõem de meios suficientes, assim como de prevenir qualquer discriminação, por razões internacionalmente proibidas, na provisão de assistência médica e serviços de saúde, especialmente no que toca às obrigações fundamentais do direito à saúde.¹⁹ Uma alocação indébita de recursos para a saúde pode resultar em uma discriminação oculta. Por exemplo, os investimentos não devem favorecer desproporcionalmente serviços de saúde curativa caros, freqüentemente acessíveis a apenas uma pequena fração privilegiada da população, em lugar de serviços primários e preventivos, que beneficiem uma faixa mais ampla da população.

¹⁹ Para as obrigações fundamentais, ver parágrafos 43 e 44 do presente Comentário Geral.

Perspectiva de gênero

20. O Comitê recomenda que os Estados integrem uma perspectiva de gênero em suas políticas, planos, programas e pesquisas relacionados com a saúde, a fim de promover a melhora da saúde tanto das mulheres quanto dos homens. Uma abordagem baseada em gênero reconhece que fatores biológicos e socioculturais desempenham importante papel na saúde de homens e mulheres. A decomposição dos dados socioeconômicos e de saúde conforme o sexo é essencial para identificar e remediar as desigualdades no campo da saúde.

As mulheres e o direito à saúde

21. Para eliminar a discriminação contra as mulheres, existe a necessidade de desenvolver e implementar uma estratégia nacional abrangente que promova o direito das mulheres à saúde ao longo da vida. Tal estratégia deve incluir intervenções dirigidas à prevenção e ao tratamento de doenças que afetam as mulheres, assim como políticas para provisão de acesso a uma completa gama de serviços de saúde de alta qualidade e acessíveis, incluindo-se serviços de saúde sexual e reprodutiva. Um objetivo maior deve ser o de reduzir os riscos à saúde das mulheres, através da diminuição dos índices de mortalidade materna e da proteção da mulher contra a violência doméstica. A realização do direito da mulher à saúde requer a remoção de todas as barreiras que interfiram no acesso aos serviços de saúde, à educação e à informação, inclusive nas áreas da saúde sexual e reprodutiva. Também é importante empreender ações preventivas, promocionais e corretivas, a fim de proteger as mulheres do impacto de práticas e normas tradicionais culturais perniciosas, que lhes negam os plenos direitos à reprodução.

Crianças e adolescentes

22. O Artigo 12.2(a) delinea a necessidade de tomar medidas para a redução da mortalidade de neonatos e a promoção do desenvolvimento sadio de neonatos e de crianças. Instrumentos subseqüentes de direito internacional reconhecem que as crianças e adolescentes têm direito de usufruir do mais alto padrão de saúde e de acesso a estabelecimentos de saúde para o tratamento de doenças.²⁰

A Convenção sobre os Direitos da Criança direciona os Estados a assegurar o acesso aos serviços essenciais de saúde para a criança e sua família, incluindo assistência pré e pós-nascimento para a mãe. A Convenção associa esses objetivos à garantia de acesso a informações de fácil apreensão pelas crianças no que toca a comportamentos preventivos e promotores de saúde, e ao apoio às famílias e comunidades na implementação dessas práticas. A implementação do princípio da não-discriminação requer que meninas, tanto quanto meninos, tenham igual acesso à nutrição adequada, a ambientes seguros, e a serviços de saúde física e mental. Há necessidade de que sejam adotadas medidas eficazes e apropriadas, a fim de

²⁰ Artigo 24.1 da Convenção dos Direitos da Criança.

abolir práticas tradicionais nocivas que afetam a saúde das crianças, particularmente das meninas, entre as quais o casamento precoce, a mutilação genital feminina, o tratamento preferencial dado às crianças de sexo masculino.²¹ A crianças portadoras de deficiências devem ser dadas oportunidades de usufruir de uma vida completa e decente e de participar de sua comunidade.

23. Os Estados-partes devem prover aos adolescentes um ambiente de segurança e apoio que lhes assegure a oportunidade de participar das decisões que afetam sua saúde; habilitar-se para a vida; adquirir informações; receber orientação; e negociar suas opções de comportamentos com relação à saúde. A realização do direito à saúde dos adolescentes depende do desenvolvimento de serviços de saúde de fácil acesso, que respeitem a privacidade e a confidencialidade e incluam os adequados serviços de saúde sexual e reprodutiva.

24. Em todas as políticas e programas dirigidos à garantia do direito à saúde de crianças e adolescentes, a principal preocupação deverá ser a de atender aos seus melhores interesses.

Idosos

25. No que diz respeito à realização do direito à saúde de idosos, em seus parágrafos 34 e 35 do Comentário Geral n. 6 (1995), o Comitê reafirma a importância de uma abordagem integrada, combinando elementos de tratamentos de saúde preventiva, curativa e de reabilitação. Tais medidas devem basear-se em *checkups* periódicos para ambos os sexos; medidas de reabilitação física, como também psicológica, com o objetivo de manter a funcionalidade e a autonomia das pessoas idosas; e atenção e assistência para as pessoas com doenças crônicas ou terminais, poupando-lhes todo sofrimento que pode ser evitado e permitindo-lhes morrer com dignidade.

Portadores de deficiência

26. O Comitê reafirma o parágrafo 34 de seu Comentário Geral n. 5, que trata do caso de pessoas portadoras de deficiências no contexto do direito à saúde física e mental. Além disso, o Comitê salienta a necessidade de assegurar que não apenas setores de saúde pública, mas também provedores privados de serviços e de estabelecimentos de saúde obedeçam ao princípio da não-discriminação em relação a portadores de deficiência.

Povos indígenas

27. À luz da legislação e da prática internacional emergentes das recentes medidas tomadas pelos Estados em relação aos povos indígenas,²² o Comitê julga de utilidade identificar elementos que possam ajudar a definir o direito à saúde dos

²¹ Ver a Resolução WHA47.10/1994, da Organização Mundial da Saúde, intitulada “Saúde materna e da criança e planejamento familiar: práticas tradicionais prejudiciais à saúde da mulher e da criança”.

²² As recentes normas internacionais relevantes para os povos indígenas incluem a Convenção n. 169 da OIT, relativa a Indígenas e Povos Tribais em Países Independentes (1989); os Artigos 29(c) e (d) e 30 da Convenção dos Direitos da Criança (1989); o Artigo 8 (j) da Convenção sobre Diversidade Biológica (1992),

povos indígenas, a fim de melhor habilitar os Estados com contingentes de povos indígenas, a implementar as provisões contidas no Artigo 12 do Pacto. O Comitê considera que os povos indígenas têm direito a medidas específicas que lhes facilite o acesso à assistência médica e a serviços de saúde. Estes últimos devem contemplar os aspectos culturais, levando em conta práticas preventivas, curativas e medicamentos tradicionais. Os Estados devem prover recursos para os povos indígenas conceberem, exercerem e controlarem tais serviços, de modo a que possam usufruir do mais alto padrão acessível de saúde física e mental. As plantas medicinais vitais, os animais e os minerais necessários para o pleno gozo de saúde dos povos indígenas também devem ser objeto de proteção. O Comitê observa que, nas comunidades indígenas, a saúde do indivíduo está freqüentemente ligada à saúde da sociedade como um todo e tem uma dimensão coletiva. A esse respeito, o Comitê considera que as atividades relacionadas com o desenvolvimento que resultam no deslocamento involuntário dos povos indígenas de seus territórios e de seu ambiente tradicional, negando-lhes as fontes de nutrição e rompendo sua relação simbiótica com a terra, têm um efeito deletério sobre a sua saúde.

Limitações

28. Temas de saúde pública são, algumas vezes, usados pelos Estados como base para limitar o exercício de outros direitos fundamentais. O Comitê deseja enfatizar que a cláusula de limitação do Pacto, Artigo 4, tem como intenção principal proteger o direito dos indivíduos, mais do que permitir a imposição de limitações pelos Estados. Conseqüentemente, aquele Estado-parte que, por exemplo, restringir os movimentos de pessoas com doenças transmissíveis, como HIV/AIDS, ou confiná-las; negar aos médicos autorização para tratar de pessoas que supostamente se opõem a um determinado governo; ou deixar de prover imunização contra as principais doenças infecciosas da comunidade, alegando motivos de segurança nacional ou de preservação da ordem pública, tem a obrigação de justificar tais medidas graves, perante cada um dos elementos identificados no Artigo 4. Tais restrições devem estar em conformidade com a lei e normas de direitos humanos internacionais, assim como com a natureza dos direitos protegidos pelo Pacto, e obedecer aos interesses dos objetivos legítimos perseguidos, e em estrito atendimento à promoção do bem-estar geral numa sociedade democrática.

recomendando aos Estados respeito, preservação e manutenção do conhecimento, inovações e práticas das comunidades indígenas; a Agenda 21 da Conferência para o Ambiente e o Desenvolvimento das Nações Unidas (1992), particularmente o capítulo 26; e o parágrafo 20, da Parte I da Declaração de Viena e Programa de Ação (1993) declarando que os Estados devem tomar medidas positivas para assegurar respeito a todos os direitos humanos referentes aos povos indígenas na base da não-discriminação. Ver também o preâmbulo e o Artigo 3, na Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Modificações Climáticas (1992); e o Artigo 10.2(e) da Convenção das Nações Unidas para o Combate à Desertificação em Países que Experimentam Sérias Secas e/ou Desertificação, Particularmente na África (1994). Durante os anos mais recentes, um número maior de Estados mudou sua Constituição e introduziu legislações reconhecendo os direitos específicos dos povos indígenas.

29. Segundo o Artigo 5.1, essas limitações devem ser proporcionais, ou seja, na ocorrência de vários tipos de limitações, deve ser adotada a alternativa menos restritiva. Mesmo quando permitidas, sob o argumento de proteger a saúde pública, essas limitações devem ser de duração limitada e sujeitas à revisão.

II. Obrigações dos Estados-partes

Obrigações legais gerais

30. Embora contemple as realizações progressivas e reconheça as restrições devidas a limites de recursos, o Pacto também impõe aos Estados-partes diversas obrigações de efeito imediato. Os Estados-partes têm obrigações imediatas em relação ao direito à saúde, tais como a garantia de que o direito será exercido sem discriminação de qualquer espécie (Art.2.2) e a obrigação de tomar medidas (Art.2.1) no sentido da plena realização do Artigo 12. As medidas devem ser pensadas, concretas, e orientadas para a plena realização do direito à saúde.²³

31. A implementação progressiva do direito à saúde durante um período determinado não deve ser interpretada como um esvaziamento de conteúdo significativo das obrigações dos Estados-partes. Ao contrário, a realização progressiva significa que os Estados-partes têm a obrigação específica e contínua de mover-se tão rápida quanto efetivamente na direção da plena realização do Artigo 12.²⁴

32. Como em todos os outros direitos neste Pacto, há uma forte presunção de que não são permitidas medidas regressivas no que se refere aos direitos à saúde. Caso alguma medida regressiva seja tomada, o Estado-parte tem a obrigação de provar que sua introdução só se deu após a mais cuidadosa apreciação de todas as alternativas, e que ela pode ser devidamente justificada com relação à totalidade dos direitos previstos no Pacto, no contexto do pleno uso dos recursos máximos disponíveis do Estado-parte.²⁵

33. O direito à saúde, como todos os direitos humanos, impõe três tipos ou níveis de obrigações aos Estados-partes: *respeitar*, *proteger* e *cumprir as obrigações*. A obrigação de *cumprir*, por sua vez, contém as obrigações de facilitar, prover e promover.²⁶ A obrigação de *respeitar* requer que os Estados refreiem sua interferência direta ou indireta com relação ao gozo do direito à saúde. A obrigação de *proteger* requer que o Estado tome medidas para prevenir a interferência de terceiros nas garantias do Artigo 12. Finalmente, a obrigação de *cumprir* requer que o Estado adote medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais e outras, no sentido da plena realização do direito à saúde.

²³ Ver Comentário Geral número 13, parágrafo 43.

²⁴ Ver Comentário Geral número 3, parágrafo 9; Comentário Geral número 13, parágrafo 44.

²⁵ Ver Comentário Geral número 3, parágrafo 9; Comentário Geral número 13, parágrafo 45.

²⁶ De acordo com os Comentários Gerais n. 12 e 13, a obrigação de cumprir incorpora uma obrigação de *facilitar* e uma obrigação de *prover*. No presente Comentário Geral, a obrigação de cumprir também incorpora uma obrigação de promover, por força da importância crítica da promoção da saúde no trabalho da OMS e de outras organizações.

Obrigações legais específicas

34. Os Estados têm a particular obrigação de *respeitar* o direito à saúde, *inter alia*, abstendo-se de negar ou limitar às pessoas — inclusive prisioneiros ou detentos, minorias, exilados e imigrantes ilegais — o igual acesso aos serviços preventivos, curativos ou paliativos de saúde; abstendo-se de impor práticas discriminatórias como política de Estado; e abstendo-se de impor práticas discriminatórias relativas às condições e necessidades de saúde das mulheres. Além disso, a obrigação de *respeitar* compreende uma obrigação do Estado de abster-se de proibir ou impedir os tratamentos preventivos tradicionais e as práticas e medicamentos de curandeiros; de comercializar drogas inseguras e de aplicar tratamentos médicos coercitivos, a não ser, de modo excepcional, no tratamento de doenças mentais ou na prevenção e controle de doenças transmissíveis. Tais casos excepcionais devem ser submetidos a condições específicas e restritivas, respeitando-se as melhores práticas e normas internacionais aplicáveis, inclusive os Princípios para a Proteção da Pessoa com Doenças Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental.²⁷

Além disso, os Estados devem evitar restringir o acesso a anticoncepcionais e outros meios de manutenção da saúde sexual e reprodutiva, evitar censurar, esconder ou intencionalmente falsificar informações relacionadas com a saúde, inclusive educação e informação sexual, bem como impedir a participação da população em assuntos relacionados com a saúde. Os Estados devem também evitar a poluição ilegal do ar, da água e do solo, ocasionada, por exemplo, por resíduos industriais advindos de estabelecimentos pertencentes ao Estado; o uso ou experiências com armas nucleares, biológicas ou químicas, se tais experiências resultarem na emissão de substâncias nocivas à saúde humana; e a restrição de acesso a serviços de saúde como medida punitiva, por exemplo, durante conflitos armados, como violação do direito humanitário internacional.

35. Obrigações para *proteger* compreendem, *inter alia*, os deveres dos Estados relativos à adoção de legislação ou medidas que assegurem acesso equitativo à assistência médica e a serviços de saúde providos por terceiros; à garantia de que a privatização do setor de saúde não constitua uma ameaça à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos estabelecimentos, bens e serviços de saúde; ao controle da comercialização de equipamentos médicos e de medicamentos por terceiros, e à garantia de que médicos e outros profissionais de saúde pratiquem padrões adequados de educação, habilitação e códigos éticos de conduta. Os Estados também são obrigados a assegurar que práticas sociais ou tradicionais perniciosas não interfiram no acesso à assistência pré e pós-nascimento e com o planejamento familiar; a impedir que terceiros exerçam coerção sobre as mulheres para se submeterem a práticas tradicionais, por exemplo, à mutilação genital feminina; e a tomar medidas para proteger todos os grupos vulneráveis ou marginalizados

²⁷ Assembléia Geral, resolução 46/119 (1991).

da sociedade, particularmente as mulheres, crianças, adolescentes e idosos, à luz das expressões de violência ligada ao gênero. Os Estados devem também assegurar que terceiros não limitem o acesso das pessoas a serviços e informações relacionados com a saúde.

36. A obrigação de *cumprir* requer que os Estados-partes, *inter alia*, reconheçam suficientemente os direitos de saúde nos sistemas nacionais políticos e legais, de preferência por meio de implementação legislativa, e que adotem uma política nacional de saúde, com um plano detalhado para a realização do direito à saúde. Os Estados devem assegurar a provisão de serviços de saúde, incluindo programas de imunização contra as principais doenças infecciosas, e assegurar igual acesso a todos os demais fatores determinantes subjacentes à saúde, tais como alimentação nutritiva e sadia, água potável, saneamento básico, e habitação e condições de vida adequadas. As infra-estruturas de saúde pública devem prover serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para a maternidade segura, mais particularmente nas áreas rurais. Os Estados devem assegurar o treinamento correto de médicos e paramédicos, prover hospitais, clínicas e outros estabelecimentos relacionados com a saúde em número suficiente, assim como a promoção e o apoio do aparato institucional, proporcionando orientação e serviços para a saúde mental, com a devida atenção para que haja uma distribuição equitativa pelo país. Outras obrigações incluem a provisão de um sistema de seguro de saúde, privado ou misto, economicamente acessível a todos; a promoção de pesquisas médicas e educação visando a saúde; assim como campanhas de informação, particularmente com respeito ao HIV/AIDS, saúde sexual e reprodutiva, práticas tradicionais, violência doméstica, abuso de álcool e uso de cigarros, drogas e outras substâncias perniciosas. Dos Estados se espera também a adoção de medidas contra os danos causados à saúde pelo meio ambiente ou pelo trabalho e contra qualquer outra ameaça evidenciada em dados epidemiológicos. Para este fim, eles devem formular e implementar políticas nacionais destinadas a reduzir e eliminar a poluição do ar, da água e do solo, inclusive a poluição por metais pesados, como o chumbo na gasolina. Os Estados-partes devem ainda formular, implementar e periodicamente avaliar uma política nacional coerente que vise minimizar o risco de doenças e acidentes de trabalho, assim como prover uma política nacional coerente para a segurança do trabalho e os serviços de saúde.²⁸

²⁸ Os elementos de tal política são a identificação, a determinação, a autorização e o controle de materiais, equipamentos, substâncias, agentes e processos de trabalho perigosos; a provisão de informação de saúde para trabalhadores e a provisão, se necessário, de vestimentas e equipamentos de proteção adequados; a aplicação de leis e regulamentos por meio de inspeção adequada; a requisição de notificação dos acidentes de trabalho e enfermidades dele decorrentes, a condução de inquéritos no caso de acidentes e enfermidades graves, e a produção de estatísticas anuais; a proteção dos trabalhadores e de seus representantes contra medidas disciplinares por ações apropriadamente executadas por eles, de conformidade com tal política; e a provisão de serviços de saúde no trabalho, com funções essencialmente preventivas. Ver OIT Convenção para a Saúde e a Segurança no Trabalho, 1981 (n. 155) e a Convenção para os Serviços de Saúde no Trabalho, 1985 (n. 161).

37. A obrigação de *cumprir (facilitar)* exige que os Estados, *inter alia*, tomem medidas positivas para capacitar e assistir os indivíduos e as comunidades, no exercício do direito à saúde. Os Estados-partes também são obrigados a *cumprir (prover)* um direito específico contido no Pacto, quando, por razões fora de seu controle, indivíduos ou grupos se virem incapacitados de realizar aquele direito, pelos meios de que dispõem. A obrigação de *cumprir (promover)* o direito à saúde requer que os Estados empreendam ações que criem, mantenham e restaurem a saúde da população. Tais obrigações compreendem: (i) fomentar o reconhecimento de fatores que favoreçam resultados positivos para a saúde, ou seja, pesquisas e disponibilização de informação; (ii) assegurar que os serviços de saúde contemplem as diferenças culturais e que os profissionais de saúde sejam treinados para reconhecer e responder às necessidades específicas de grupos vulneráveis ou marginalizados; (iii) assegurar que o Estado cumpra suas obrigações na divulgação de informações relativas a modos de vida saudáveis, nutrição, práticas tradicionais nocivas e a disponibilidade de serviços; (iv) ajudar as pessoas a fazerem boas escolhas esclarecidas em termos de saúde.

Obrigações internacionais

38. Em seu Comentário Geral n. 3, o Comitê chamou a atenção para a obrigação de todos os Estados-partes tomarem medidas, individualmente e através de cooperação e assistência internacional, especialmente econômicas e técnicas, no sentido da plena realização dos direitos reconhecidos pelo Pacto, tais como o direito à saúde. No espírito do Artigo 56, da Carta das Nações Unidas, das provisões específicas do Pacto (Artigos 12, 2.1, 22 e 23) e da Declaração de Alma-Ata, relativas a cuidados primários de saúde, os Estados-partes devem reconhecer o papel essencial da cooperação internacional e cumprir com o seu compromisso de agir, conjunta ou separadamente, para alcançar a plena realização do direito à saúde. Nesse sentido, os Estados-partes são chamados a referir-se à Declaração de Alma-Ata, que proclama que a extrema desigualdade de condições de saúde dos povos, particularmente entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, assim como no interior dos países, é politicamente, socialmente e economicamente inaceitável, constituindo, portanto, preocupação comum a todos os países.²⁹

39. Para cumprir com suas obrigações em relação ao Artigo 12, os Estados-partes têm que respeitar o direito à saúde em outros países e, tendo a capacidade de influir por meios legais ou políticos, segundo a Carta das Nações Unidas e a legislação aplicável, impedir que terceiros venham a violar o direito de outros países. Dependendo da disponibilidade de recursos, os Estados devem proporcionar melhor acesso a estabelecimentos, bens e serviços essenciais de saúde em outros países, sempre que possível, e prover-lhes a ajuda necessária quando

²⁹ Artigo II, Declaração de Alma-Ata, (Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários com a Saúde) Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978, OMS, (“Série Saúde para Todos”) ‘Health for All’ Series n. 1, Genebra: OMS, 1978.

requerida.³⁰ Os Estados-partes devem assegurar que o direito à saúde receba a devida atenção nos acordos internacionais, e, para isso, devem considerar o desenvolvimento de novos instrumentos legais. Em relação à conclusão de outros acordos internacionais, os Estados-partes devem tomar medidas para assegurar que esses instrumentos não tenham um impacto adverso sobre o direito à saúde. Da mesma maneira, os Estados-partes têm obrigação de assegurar que suas ações, como membros de organizações internacionais, tenham em devida conta o direito à saúde. Conseqüentemente, os Estados-partes que são membros de instituições financeiras internacionais, notadamente do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial, e dos bancos de desenvolvimento regionais, devem dar maior atenção à proteção do direito à saúde, influenciando as políticas de empréstimo, acordos de crédito e medidas internacionais dessas instituições.

40. Os Estados-partes têm a responsabilidade conjunta e individual, de acordo com a Carta das Nações Unidas e as resoluções relevantes da Assembléia Geral das Nações Unidas e da Assembléia Mundial da Saúde, de cooperar na provisão de socorro em situações de calamidade e de assistência humanitária em tempos de emergência, incluindo-se aí a assistência a refugiados e a pessoas internamente deslocadas. Cada Estado deve contribuir ao máximo para essa tarefa. No fornecimento de socorro médico internacional, na distribuição e gestão de recursos — tais como água potável e confiável, alimentos, suprimentos médicos e ajuda financeira — deve ser dada prioridade aos grupos de populações mais vulneráveis ou marginalizados. Outrossim, considerando-se que algumas doenças são facilmente transmissíveis para além das fronteiras de um Estado, a comunidade internacional tem a responsabilidade coletiva de enfrentar o problema. Neste contexto, os Estados-partes economicamente mais desenvolvidos têm responsabilidade e interesse especiais em assistir aos Estados em desenvolvimento mais pobres.

41. Os Estados-partes devem evitar, em qualquer ocasião, impor embargos ou medidas semelhantes, restringindo o suprimento de medicamentos e equipamentos médicos adequados para outro Estado. Restrições de tais bens jamais devem ser usadas como instrumento de pressão política ou econômica. A esse respeito, o Comitê lembra sua posição, estabelecida no Comentário Geral n. 8, sobre a relação entre sanções econômicas e o respeito pelos direitos econômicos, sociais e culturais.

42. Embora somente Estados sejam Partes do Pacto e, portanto, em última análise, responsáveis por seu cumprimento, todos os membros da sociedade — indivíduos, incluindo-se profissionais de saúde, famílias, comunidades locais, organizações intergovernamentais e não governamentais, organizações da sociedade civil, bem como o setor privado empresarial — têm responsabilidades com respeito à aplicação do direito à saúde. Os Estados-partes devem, assim, prover um ambiente que facilite o desempenho dessas responsabilidades.

³⁰ Ver parágrafo 45 deste Comentário Geral.

Obrigações fundamentais

43. No Comentário Geral n. 3, o Comitê confirma que os Estados-partes têm, pelo menos, a obrigação fundamental de assegurar a satisfação de um nível mínimo essencial de cada um dos direitos enunciados no Pacto, incluindo o direito básico essencial à saúde. Lida em conjunto com instrumentos mais atuais, como o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento,³¹ a Declaração de Alma-Ata oferece uma orientação premente às obrigações fundamentais que emergem do Artigo 12. Da mesma maneira, na visão do Comitê, essas obrigações fundamentais devem:

- (a) Assegurar o direito de acesso aos estabelecimentos, bens e serviços de saúde, de forma não discriminatória, especialmente a grupos vulneráveis ou marginalizados;
- (b) Assegurar acesso ao mínimo essencial de alimentos nutritivos, adequados e seguros, para garantir que nenhum ser humano passe fome;
- (c) Assegurar acesso a abrigo, habitação e saneamento básico, assim como a suprimento adequado de água potável e confiável;
- (d) Fornecer os medicamentos essenciais, conforme definição periódica da Ação sobre Drogas Essenciais (WHO Action Programme on Essential Drugs), da OMS;
- (e) Assegurar a distribuição equitativa de todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde;
- (f) Adotar e implementar uma estratégia e um plano de ação de saúde pública nacional, com base em ocorrências epidemiológicas, abordando as preocupações com a saúde de toda a população. A estratégia e o plano de ação devem ser delineados e periodicamente revistos, a partir de um processo participativo e transparente, e devem incluir métodos, tais como o direito a indicadores de saúde e *benchmarks*, através dos quais o progresso possa ser estreitamente monitorado. O processo de elaboração da estratégia e do plano de ação, assim como seu conteúdo, devem conferir especial atenção a todos os grupos vulneráveis ou marginalizados.

44. O Comitê também confirma que as seguintes obrigações são de prioridade comparável:

- (a) Assegurar assistência à saúde reprodutiva materna (pré-nascimento assim como pós-nascimento) e à saúde do filho;
- (b) Oferecer imunização contra as principais doenças infecciosas da comunidade;
- (c) Tomar medidas para prevenir, tratar e controlar enfermidades epidêmicas ou endêmicas;

³¹ Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5–13 de setembro de 1994 (United Nations Publications, Sales No. E. 95.XIII.18) capítulo I, resolução 1, anexo, capítulos VII e VIII.

530 *Dados e fontes*

- (d) Oferecer educação e acesso à informação sobre os principais problemas de saúde da comunidade, inclusive sobre métodos de prevenção e controle;
- (e) Oferecer o treinamento próprio aos profissionais de saúde, inclusive educação relativa a direitos humanos e saúde.

45. Para evitar qualquer dúvida, o Comitê quer enfatizar que é incumbência particular dos Estados-partes e de outros atores que se encontrem em posição de ajudar, oferecer “assistência e cooperação internacional, especialmente econômica e técnica”³² que capacite os países em desenvolvimento a cumprir suas obrigações fundamentais e outras indicadas nos parágrafos 43 e 44, acima.

III. Violações

46. Ao aplicar-se o conteúdo normativo do Artigo 12 (Parte I) às obrigações dos Estados-partes (Parte II), põe-se em movimento um processo dinâmico que facilita a identificação de violações do direito à saúde. Os seguintes parágrafos oferecem ilustrações de violações do Artigo 12.

47. Ao determinar que ações ou omissões constituem uma violação do direito à saúde é importante distinguir a falta de capacidade e a falta de vontade de um Estado Parte em cumprir com suas obrigações, nos termos do Artigo 12. Isso resulta do Artigo 12.1, que se refere ao mais alto nível acessível de saúde, assim como do Artigo 2.1 do Pacto, que obriga cada Estado-parte a tomar as medidas necessárias até o máximo dos recursos disponíveis. Um Estado que não queira usar o máximo de seus recursos para a realização do direito à saúde estará violando suas obrigações, nos termos do Artigo 12. Se a falta de recursos impossibilitar um Estado de cumprir plenamente com suas obrigações junto ao Pacto, ele terá o ônus de justificar cada esforço feito no sentido de usar todos os recursos ao seu dispor com a intenção de satisfazer, prioritariamente, as obrigações delineadas aqui. Deve-se salientar, porém, que um Estado-parte não pode, em nenhuma circunstância, justificar o não-cumprimento das obrigações fundamentais estabelecidas no parágrafo 43 acima, as quais são irrevogáveis.

48. As violações do direito à saúde podem ocorrer através da ação direta dos Estados ou de outras entidades insuficientemente regulamentadas pelos Estados. A adoção de qualquer medida regressiva incompatível com as obrigações fundamentais no âmbito do direito à saúde, delineadas no parágrafo 43 acima, constitui uma violação do direito à saúde. As violações feitas por *atos de comissão* compreendem repelir formalmente ou suspender a legislação necessária para o exercício continuado do direito à saúde ou a adoção de legislação ou de políticas manifestamente incompatíveis com as obrigações legais internacionais ou domésticas preexistentes em relação ao direito à saúde.

³² Pacto, Artigo 2.1.

49. As violações ao direito à saúde podem ocorrer por omissão ou falha dos Estados quanto à tomada de medidas necessárias derivadas das obrigações legais. As violações por *atos de omissão* compreendem a falta de aplicação de medidas apropriadas no sentido da plena realização do direito de qualquer pessoa usufruir do mais alto padrão acessível de saúde física ou mental, a ausência de uma política nacional para a segurança e a saúde no trabalho, assim como de serviços de saúde do trabalho, e a não aplicação da legislação pertinente.

Violações da obrigação de *respeitar*

50. As violações da obrigação de *respeitar* são aquelas ações políticas ou legislativas do Estado que infringem os padrões estabelecidos no Artigo 12 do Pacto, capazes de acarretar danos físicos, desnecessária morbidade e mortalidade evitável. Aí se incluem: a recusa de acesso a estabelecimentos, bens e serviços de saúde a indivíduos ou grupos, como resultado de discriminação de direito ou de fato; a deliberada ocultação ou falsificação de informações vitais para a proteção ou tratamento de saúde; a suspensão de legislação ou a adoção de leis ou de políticas que interfiram no exercício de qualquer dos componentes do direito à saúde; e a desconsideração por parte do Estado de suas obrigações legais com respeito ao direito à saúde, ao entrar em acordos bilaterais ou multilaterais com outros Estados, organizações internacionais e outras entidades, tais como as corporações multinacionais.

Violações da obrigação de *proteger*

51. As violações da obrigação de *proteger* ocorrem quando um Estado não toma as medidas necessárias para a salvaguarda de pessoas sob sua jurisdição contra infrações a seu direito à saúde cometidas por terceiros. Esta categoria inclui omissões tais como a falta de regulamentação das atividades de indivíduos, grupos ou corporações, de forma a impedi-los de violarem o direito à saúde de outros; a falta de proteção aos consumidores e trabalhadores, contra práticas em detrimento da saúde, ou seja, por empregadores ou fabricantes de medicamentos ou de alimentos; a falta de medidas que desestimulem a produção, a comercialização e o consumo de fumo, narcóticos e outras substâncias perniciosas; a falta de proteção à mulher contra a violência ou de ações contra aqueles que a praticam; a falta de medidas que desencorajem a observância continuada de práticas médicas ou culturais tradicionais nocivas; e a falta de adoção ou apoio a leis que visem prevenir a poluição da água, do ar e do solo, por indústrias extrativas e manufatureiras.

Violações da obrigação de *cumprir*

52. As violações da obrigação de *cumprir* ocorrem quando os Estados-partes deixam de tomar todas as medidas necessárias para assegurar a realização do direito à saúde. Aí se incluem: a falta de adoção ou de implementação de uma política nacional de saúde destinada a assegurar o direito à saúde de cada indivíduo; gastos insuficientes de recursos públicos ou sua indevida alocação, o que resulta no impedimento do exercício do direito à saúde pelos indivíduos ou grupos, particularmente

aqueles vulneráveis ou marginalizados; a falta de monitoramento da realização do direito à saúde no nível nacional, por exemplo, pela identificação dos indicadores e *benchmarks* de saúde; a falta de medidas visando a redução da desigualdade na distribuição de estabelecimentos, bens e serviços de saúde; a falta de adoção de uma abordagem sensível aos problemas de gênero no que toca à saúde; e a falta de redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

IV. Implementação no nível nacional

Legislação estrutural

53. As medidas apropriadas mais factíveis para a implementação do direito à saúde variarão significativamente de um Estado para o outro. Cada Estado tem uma margem de arbítrio na avaliação das medidas mais adequadas a determinadas circunstâncias. O Pacto, contudo, impõe claramente a cada Estado o dever de tomar as medidas, quaisquer que elas sejam, necessárias para assegurar que cada indivíduo tenha acesso aos estabelecimentos, bens e serviços de saúde, de modo a que possam usufruir, o mais prontamente possível, do mais alto padrão acessível de saúde física e mental. Isso requer a adoção de uma estratégia nacional para assegurar a todos o exercício do direito à saúde, com base nos princípios dos direitos humanos, que definem os objetivos dessa estratégia, e a formulação de políticas e de seu correspondente direito aos indicadores e aos *benchmarks* de saúde. A estratégia nacional deve, também, identificar os recursos disponíveis para atingir objetivos definidos, assim como a forma mais eficiente de uso desses recursos em termos de custos.

54. A formulação e a implementação de estratégias e de planos de ação nacionais de saúde devem respeitar, *inter alia*, os princípios da não-discriminação e da participação das pessoas. Particularmente, o direito de indivíduos e grupos de participarem dos processos decisórios que possam afetar o seu desenvolvimento, deve ser um componente integral de qualquer política, programa ou estratégia desenvolvida para a execução das obrigações do governo, nos termos do Artigo 12. Promover a saúde deve envolver a efetiva ação da comunidade no estabelecimento de prioridades, na tomada de decisões, no planejamento, na implementação e na avaliação das estratégias para alcançar uma saúde melhor. A provisão efetiva de serviços de saúde só pode ser assegurada se a participação popular for garantida pelos Estados.

55. A estratégia nacional de saúde e seus planos de ação devem também basear-se nos princípios de responsabilidade, transparência e independência do Judiciário, já que a boa governança é essencial à efetiva implementação de todos os direitos humanos, inclusive a realização do direito à saúde. A fim de criar um clima favorável para a realização desse direito, os Estados-partes devem tomar as medidas apropriadas para assegurar que o setor privado e a sociedade civil estejam conscientes e considerem a importância do direito à saúde ao desenvolverem suas atividades.

56. Os Estados devem considerar a adoção de uma legislação estrutural para operacionalizar o direito a uma estratégia nacional de saúde. Tal legislação deve estabelecer mecanismos nacionais para o monitoramento da implementação das estratégias nacionais de saúde e de seus planos de ação. Deve incluir provisões relativas às metas a serem atingidas e determinar prazos para alcançá-las; aos meios pelos quais o *benchmarks* para o direito à saúde pode ser alcançado; à projetada colaboração com a sociedade civil, incluindo-se aí os especialistas em saúde, o setor privado e as organizações internacionais; à responsabilidade institucional para a implementação do direito à estratégia nacional de saúde e de seus planos de ação; aos procedimentos possíveis de recurso. Ao monitorar os avanços no sentido da realização do direito à saúde, os Estados-partes devem identificar os fatores e as dificuldades que afetam a implementação de suas obrigações.

Direito aos indicadores de saúde e referências

57. As estratégias nacionais de saúde devem identificar indicadores próprios para o direito à saúde e *benchmarks*. Os indicadores devem ser designados para monitorar, nos níveis nacional e internacional, as obrigações do Estado-parte, nos termos do Artigo 12. Os Estados podem obter orientação sobre os indicadores apropriados ao direito à saúde, que devem abordar os diferentes aspectos do direito à saúde no trabalho atual da OMS e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (Unicef) neste campo. O direito aos indicadores de saúde exige indicadores segregados para prevenir a discriminação proibida.

58. Havendo identificado indicadores próprios para o direito à saúde, os Estados-partes são convidados a determinar *benchmarks* nacionais apropriados em relação a cada indicador. Durante o procedimento do relatório periódico o Comitê definir-lhe-á o escopo juntamente com o Estado-parte. Trata-se de um exame conjunto, pelo Estado-parte e pelo Comitê, dos indicadores e *benchmarks* nacionais, que passarão a fornecer as metas a serem alcançadas durante o período até o relatório seguinte. Nos cinco anos seguintes, o Estado-parte usará essas *marcas de referência* nacionais para ajudar a monitorar a implementação do Artigo 12. A partir de então, no relatório subsequente, o Estado-parte e o Comitê considerarão se as metas foram alcançadas, e as razões de quaisquer dificuldades que possam ter sido encontradas.

Reparações e responsabilidades

59. Qualquer pessoa ou grupo vítima de uma violação do direito à saúde deve ter acesso a soluções eficazes, judiciais ou outras apropriadas no nível nacional e internacional.³³ Todas as vítimas de tais violações devem ter direito à reparação

³³ Independentemente do fato de que os grupos, como tal, possam buscar soluções, distintos usuários do direito que são, os Estados-partes a isso estão obrigados, tanto pela dimensão coletiva, como pela dimensão individual do Artigo 12. Os direitos coletivos são cruciais no âmbito da saúde; a política de saúde pública moderna se apóia enormemente na prevenção e na promoção que são enfoques dirigidos primariamente aos grupos.

adequada, o que pode tomar a forma de restituição, compensação, satisfação ou garantias de não-recorrência. Ouvidores nacionais, comissões de direitos humanos, fóruns de consumidores, associações de direitos de pacientes ou instituições semelhantes devem tratar as violações do direito à saúde.

60. A incorporação na ordem legal doméstica de instrumentos internacionais reconhecendo o direito à saúde pode alargar significativamente o escopo e a eficácia de medidas que corrijam os problemas e deve ser encorajada em todos os casos.³⁴ A incorporação torna os tribunais aptos a julgar as violações do direito à saúde, ou, pelo menos, a fazer cumprir suas obrigações fundamentais, pela referência direta ao Pacto.

61. Juízes e membros de profissões ligadas ao Direito devem ser incentivados pelos Estados-partes a conferir maior atenção às violações do direito à saúde, no exercício de suas funções.

62. Os Estados-partes devem respeitar, proteger, facilitar e promover o trabalho dos advogados de direitos humanos e de outros membros da sociedade civil, ligados à assistência a grupos vulneráveis ou marginalizados, na realização dos seus direitos à saúde.

V. Obrigações de outros atores que não os Estados-partes

63. O papel das agências e programas das Nações Unidas e, mais particularmente, a função-chave conferida à OMS para a realização do direito à saúde nos níveis internacional, regional e nacional, é de especial importância, assim como o é a função da Unicef em relação ao direito à saúde das crianças. Ao formularem e implementarem o direito a estratégias nacionais de saúde, os Estados-partes devem beneficiar-se da assistência técnica e da cooperação da OMS. Além disso, ao preparar os relatórios, os Estados-partes devem utilizar a extensa informação e os serviços consultivos da OMS no que diz respeito à coleta de dados, decomposição e desenvolvimento de indicadores e referências do direito à saúde.

64. Outrossim, devem ser mantidos esforços coordenados para a realização do direito à saúde a fim de intensificar a interação entre todos os atores envolvidos, inclusive os vários componentes da sociedade civil. Em conformidade com os Artigos 22 e 23, do Pacto, a OMS, a Organização Internacional do Trabalho, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Unicef, o Fundo das Nações Unidas para População, o Banco Mundial, os bancos de desenvolvimento regionais, o Fundo Monetário Internacional, a Organização Mundial do Comércio, e outros organismos relevantes dentro do sistema das Nações Unidas, devem cooperar efetivamente com os Estados-partes, aproveitando suas respectivas áreas de *expertise*, quanto à implementação do direito à saúde em nível nacional, com o devido respeito aos seus mandatos individuais. As instituições financeiras, em

³⁴ Ver Comentário Geral n. 2, parágrafo 9.

particular, e notadamente o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, devem dar maior atenção à proteção do direito à saúde em suas políticas de empréstimos, acordos de crédito e programas de ajustes estruturais. Ao examinar os relatórios dos Estados-partes e sua capacidade de cumprir com as obrigações nos termos do Artigo 12, o Comitê considerará os efeitos da assistência oferecida por todos os outros atores. A adoção de uma abordagem fundamentada nos direitos humanos pelas agências especializadas, programas e órgãos das Nações Unidas, facilitará enormemente a implementação do direito à saúde. Em seu exame dos relatórios dos Estados-partes, o Comitê considerará também o papel das associações profissionais de saúde e outras organizações não governamentais em relação às obrigações dos Estados nos termos do Artigo 12.

65. O papel da OMS, do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados, do Comitê Internacional da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho e da Unicef, assim como de organizações não governamentais e de associações médicas nacionais, é de especial importância no que toca ao socorro em situações de calamidade e à assistência humanitária em tempo de emergências, incluindo assistência a refugiados. Deve ser dada prioridade no fornecimento de socorro médico internacional, distribuição e gestão de recursos, tais como água potável e confiável, alimento, suprimentos médicos, e auxílio financeiro aos grupos mais vulneráveis ou marginalizados da população.

4. Comitê de Direitos Humanos, Comentário Geral 28: Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres (Artigo 3º)

HRC, *Comentário Geral 28*, UN GAOR 2000, UN Doc. A/55/40, Anexo VI, p. 133

1. O Comitê decidiu atualizar seu Comentário Geral sobre o Artigo 3º deste Pacto³⁵ e substituir o Comentário Geral 4 (13ª sessão, 1981), à luz da experiência reunida em suas atividades durante os últimos 20 anos. Esta revisão procura levar em consideração o importante impacto deste Artigo no exercício, pelas mulheres, dos direitos humanos protegidos pelo Pacto.

2. O que o Artigo 3º quer dizer é que todos os seres humanos devem usufruir dos direitos prescritos no Pacto, em bases iguais e em sua totalidade. O efeito total dessa provisão é prejudicado sempre que a qualquer pessoa seja negado o pleno e idêntico exercício de qualquer direito. Conseqüentemente, os Estados devem assegurar a homens e mulheres, igualmente, o exercício de todos os direitos prescritos no Pacto.

3. A obrigação de assegurar a todos os indivíduos os direitos reconhecidos no Pacto, estabelecidos nos Artigos 2º e 3º do Pacto, requer que os Estados-partes tomem todas as medidas necessárias para permitir que cada indivíduo exerça aqueles

³⁵ O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.

direitos. Essas medidas incluem a remoção de obstáculos ao igual exercício de um desses direitos; a educação da população e dos funcionários estatais em direitos humanos; e o ajuste da legislação local de modo a tornar efetivas as garantias estabelecidas no Pacto. O Estado-parte deve não apenas adotar medidas de proteção, mas também medidas positivas, em todas as áreas, de forma a que as mulheres possam ter autonomia de modo igual e efetivo. Os Estados-partes devem produzir informações sobre o verdadeiro papel da mulher na sociedade, para que o Comitê possa averiguar quais medidas, além das provisões legislativas, foram ou devem ser tomadas para que essas obrigações sejam cumpridas, quais progressos foram feitos, quais dificuldades foram encontradas e que passos tomar para suplantá-las.

4. Os Estados-partes são responsáveis pelo igual exercício dos direitos sem qualquer discriminação. Os Artigos 2º e 3º determinam que os Estados-partes tomem todas as medidas necessárias, inclusive a proibição de discriminação por questões de sexo, para pôr um fim às ações discriminatórias que impeçam o igual exercício de direitos, tanto no setor público quanto no privado.

5. A desigualdade no exercício dos direitos das mulheres em todo o mundo está profundamente arraigada na tradição, na história e na cultura, e nas atitudes religiosas. O papel subordinado da mulher em alguns países é ilustrado pela alta incidência de seleção sexual pré-natal e do aborto de fetos femininos. Os Estados-partes devem assegurar que atitudes tradicionais, históricas, religiosas ou culturais não sejam usadas para justificar violações dos direitos das mulheres à igualdade perante a lei e do igual exercício de todos os direitos do Pacto. Os Estados-partes devem fornecer informações adequadas sobre esses aspectos da tradição, história, práticas culturais e atitudes religiosas que comprometam, ou possam comprometer, a obediência ao Artigo 3º, e indicar as medidas a tomar ou que têm a intenção de tomar para suplantá-los.

6. A fim de cumprir a obrigação estabelecida no Artigo 3º, os Estados-partes devem levar em conta os fatores que impedem a igualdade de mulheres e homens no exercício de cada direito especificado no Pacto. Para habilitar o Comitê a obter um quadro completo da situação das mulheres em cada Estado-parte, no que diz respeito à implementação dos direitos do Pacto, este Comentário Geral identifica alguns dos fatores que afetam a igualdade de exercício dos direitos estabelecidos pelo Pacto, no que se refere às mulheres, e esclarece o tipo de informação requerida com relação a esses vários direitos.

7. A igualdade de exercício dos direitos humanos pelas mulheres deve ser protegida durante estados de emergência (Artigo 4º). Os Estados-partes que tomam medidas derogatórias de suas obrigações nos termos do Pacto em tempo de emergência pública, como determinado no Artigo 4º, devem apresentar informações ao Comitê, no que diz respeito ao impacto de tais medidas sobre a situação das mulheres, e devem demonstrar que essas medidas não são discriminatórias.

8. As mulheres são particularmente vulneráveis em tempo de conflitos armados internos ou internacionais. Os Estados-partes devem informar ao Comitê a

respeito de todas as medidas tomadas durante tais situações para proteger as mulheres de estupro, seqüestro e outras formas de violência ligada a gênero.

9. De acordo com o Artigo 3º, ao se tornarem parte do Pacto, os Estados comprometem-se a assegurar a igualdade de direitos de homens e mulheres ao gozo de todos os direitos civis e políticos nele estabelecidos, e de acordo com o Artigo 5º, nada no Pacto pode ser interpretado como admitindo para qualquer Estado, grupo ou pessoa, qualquer direito de engajar-se em qualquer atividade ou perpetrar qualquer ato destinado a destruir qualquer dos direitos prescritos no Artigo 3º, ou, no máximo, não cobertos pelo Pacto. Além disso, não deve haver restrição ou derrogação, na igualdade de exercício pelas mulheres de todos os direitos humanos fundamentais reconhecidos ou existentes de acordo com a lei, convenções, regulamentos ou costumes, sob o pretexto de que o Pacto não reconhece tais direitos ou de que os reconhece em menor extensão.

10. Ao relatar sobre o direito à vida, protegido pelo Artigo 6º, os Estados-partes devem fornecer dados sobre as taxas de nascimento, gravidez e de morte de mulheres no parto. As taxas de mortalidade infantil devem ser fornecidas separadamente, segundo o gênero. Os Estados-partes devem fornecer informações sobre todas as medidas tomadas pelo Estado visando ajudar a mulher a evitar a gravidez indesejada, e para assegurar que ela não tenha que recorrer a abortos clandestinos, que impliquem em ameaça à sua vida. Os Estados-partes devem também relatar as medidas tomadas para proteger as mulheres de práticas que violem seu direito à vida, tais como o infanticídio feminino, a queima de viúvas e as mortes relacionadas a dote. O Comitê deseja ainda obter informações sobre o impacto específico da pobreza sobre as mulheres e de privações que possam constituir-se em ameaça às suas vidas.

11. A fim de avaliar o cumprimento do Artigo 7º do Pacto, assim como o do Artigo 24, que determina uma proteção especial para as crianças, o Comitê precisa receber informações sobre as leis e práticas nacionais que digam respeito à violência doméstica e outros tipos de violência contra as mulheres, inclusive o estupro. Necessita saber ainda se o Estado-parte dá acesso ao aborto seguro a mulheres que engravidaram como resultado de estupro. Os Estados-partes devem também fornecer ao Comitê informações sobre medidas para evitar o aborto obrigatório ou a esterilização forçada. Nos Estados-partes em que exista a prática da mutilação genital, devem ser fornecidas informações sobre a extensão dessa prática e as medidas tomadas para eliminá-la. A informação fornecida pelos Estados-partes sobre todos esses assuntos deve incluir medidas de proteção, inclusive soluções legais, para as mulheres cujos direitos citados no Artigo 7º tenham sido violados.

12. No que se refere a suas obrigações quanto ao Artigo 8º, os Estados-partes devem informar ao Comitê sobre as medidas tomadas para eliminar o tráfico de mulheres e de crianças dentro do país, ou através de suas fronteiras, e sobre a prostituição forçada. Devem informar ainda que medidas foram tomadas para proteger mulheres e crianças, inclusive mulheres e crianças estrangeiras, da escravidão

disfarçada, *inter alia*, como o trabalho doméstico e outros tipos de serviços pessoais. Os Estados-partes onde as mulheres e as crianças são recrutadas, ou aqueles em que são recebidas devem fornecer informações sobre as medidas, nacionais e internacionais, que foram tomadas a fim de evitar a violação dos direitos das mulheres e das crianças.

13. Os Estados-partes devem prestar informações sobre qualquer regulamento específico sobre como as mulheres devem vestir-se em público. O Comitê enfatiza que tais regulamentos podem envolver uma violação de alguns direitos garantidos pelo Pacto, tais como:

- Artigo 26: da não-discriminação;
- Artigo 7º: se castigos corporais são impostos para forçar o cumprimento desses regulamentos;
- Artigo 9º: quando o descumprimento do regulamento é punido com prisão;
- Artigo 12: se a liberdade de movimentos está sujeita ao mesmo constrangimento;
- Artigo 17: que garante a todas as pessoas o direito à privacidade sem interferências arbitrárias ou ilegais;
- Artigos 18 e 19: quando as mulheres são sujeitadas ao uso de roupas que não se coadunam com sua religião ou com o seu direito à auto-expressão; e, finalmente,
- Artigo 27: quando as exigências de determinado tipo de roupa entram em conflito com a cultura que as mulheres possam reivindicar.

14. Com relação ao Artigo 9º, os Estados-partes devem fornecer informações sobre qualquer lei ou prática que possa privar a mulher de liberdade, em bases desiguais ou arbitrárias, tais como o confinamento dentro de casa. (Ver Comentário Geral n. 8, parágrafo 1.)

15. No que concerne aos Artigos 7º e 10, os Estados-partes devem fornecer todas as informações relevantes para assegurar que o direito das pessoas privadas de liberdade seja igualmente protegido, nos mesmos termos para homens e mulheres. Os Estados-partes devem informar sobretudo se homens e mulheres são mantidos separados nas prisões e se as mulheres são vigiadas apenas por guardas femininas. Os Estados-partes devem também relatar a respeito do cumprimento da regra que determina que as acusadas de delinquência juvenil devem estar separadas dos adultos e de qualquer diferença de tratamento entre os presos, masculinos e femininos, tais como, por exemplo, acesso aos programas de reabilitação e de educação, bem como a respeito de visitas conjugais e familiares. As mulheres grávidas privadas de liberdade devem receber tratamento humano e respeito por sua inerente dignidade em todo o período pré e pós-nascimento, assim como no período de cuidados aos recém-nascidos. Os Estados-partes devem prestar informações sobre as instalações disponibilizadas para tal e sobre a assistência médica oferecida a essas mães e a seus bebês.

16. Quanto ao Artigo 12, os Estados-partes devem fornecer informações sobre quaisquer provisões legais ou práticas que restrinjam os direitos das mulheres à

liberdade de movimentos, como, por exemplo, o exercício de poderes maritais sobre a mulher ou de poderes dos pais sobre as filhas adultas; exigências legais ou de fato que impeçam a mulher de viajar, tais como a exigência do consentimento de terceiros para uma mulher adulta tirar um passaporte ou outro tipo de documento para uma viagem. Os Estados-partes devem relatar ainda as medidas tomadas para eliminar tais leis e práticas e para proteger as mulheres em relação a elas, incluindo referência às soluções locais possíveis. (Ver Comentário Geral n. 27, parágrafos 6 e 18.)

17. Os Estados-partes devem assegurar que seja concedido às mulheres estrangeiras, em bases iguais, o direito de apresentar razões contra a sua expulsão e de ter seu caso revisto, como previsto no Artigo 13. A esse respeito, elas devem ser autorizadas a apresentar razões baseadas em violações factuais específicas ligadas ao gênero, como as mencionadas nos parágrafos [10 e 11] acima.

18. Os Estados-partes devem fornecer informações para capacitar o Comitê a avaliar se o acesso à Justiça e o direito a um julgamento justo, previsto no Artigo 14, são concedidos às mulheres nos mesmos termos que aos homens. Em particular, os Estados-partes devem informar ao Comitê se há provisões legais impedindo as mulheres de um acesso direto e autônomo aos tribunais (Caso 202/1986, *Ato Del Avellanal v. Peru* [29 de outubro de 1988]; se as mulheres podem depor nos mesmos termos que os homens; e se medidas são tomadas para assegurar às mulheres igual acesso à assistência jurídica, particularmente em assuntos de família. Os Estados-partes devem informar se a certa categoria de mulheres é negado o recurso da presunção de inocência, contido no Artigo 14, parágrafo 2, e as medidas tomadas para pôr fim a esta situação.

19. O direito, contido no Artigo 16, de cada pessoa ser reconhecida em todo lugar como uma pessoa perante a lei é particularmente pertinente para as mulheres, que freqüentemente vêm esse direito cerceado por questões de sexo ou de estado civil. Este direito subentende que a capacidade de a mulher ter propriedades, assinar contratos ou exercer outros direitos civis não pode ser restringida com base em estado civil ou qualquer outro motivo discriminatório. Subentende também que a mulher não pode ser tratada como objeto a ser passado para a família do marido falecido, junto com suas propriedades. Os Estados devem fornecer informações sobre as leis e práticas que impedem a mulher de ser tratada ou de viver como pessoa legal plena, e sobre as medidas tomadas para erradicar leis e práticas que permitem tal tratamento.

20. Os Estados-partes devem fornecer informações para capacitar o Comitê a avaliar o efeito de quaisquer leis e práticas que possam interferir com o direito da mulher de gozar de privacidade e de outros direitos protegidos pelo Artigo 17, em bases de igualdade com o homem. Um exemplo dessa interferência surge quando a vida sexual de uma mulher é examinada para decidir sobre a extensão de seus direitos e proteções legais, inclusive proteção contra o estupro. Uma outra área onde os Estados podem falhar com o respeito à privacidade da mulher se relaciona com suas funções reprodutivas, por exemplo, quando existe uma exigência de

autorização do marido para tomar uma decisão com vistas à esterilização; quando exigências gerais são impostas para a esterilização da mulher, tais como ter certo número de filhos, ou alcançar certa idade; ou quando os Estados impõem a médicos e outros profissionais de saúde a obrigação legal de relatar casos de mulheres que tenham se submetido ao aborto. Nesses exemplos, outros direitos do Pacto, como os dos Artigos 6º e 7º, podem também estar em jogo. A privacidade das mulheres pode ainda sofrer interferências de atores privados, tais como empregadores que exigem exames de gravidez antes de empregar uma mulher. Os Estados-partes devem relatar quaisquer leis ou ações, públicas ou privadas, que interfiram com a igualdade de exercício pelas mulheres dos direitos contidos no Artigo 17, assim como as medidas tomadas para eliminar tal interferência e conceder às mulheres proteção contra ela.

21. Os Estados-partes devem tomar medidas para assegurar que a liberdade de pensamento, consciência e religião, e a liberdade para adotar a religião ou crença de escolha própria — incluindo a liberdade de mudar de religião ou de crença e de expressar sua própria crença ou religião — serão garantidas e protegidas por lei e na prática, tanto para homens como para mulheres, nos mesmos termos e sem discriminação. Essas liberdades, protegidas pelo Artigo 18, não devem estar sujeitas a restrições que não estejam autorizadas pelo Pacto, e não devem ser constrangidas por, *inter alia*, regras exigindo a permissão de terceiros ou por interferências de pais, maridos, irmãos ou outros. O Artigo 18 não deve ser invocado para justificar a discriminação contra as mulheres no que toca à liberdade de pensamento, consciência e religião; os Estados-partes devem, portanto, fornecer informações sobre a situação da mulher no que diz respeito à liberdade de pensamento, consciência e religião e indicar as medidas tomadas, ou que têm a intenção de tomar, tanto para eliminar quanto para impedir infrações a essas liberdades, no que toca às mulheres, e para proteger seus direitos contra qualquer discriminação.

22. Em relação ao Artigo 19, os Estados-partes devem informar o Comitê sobre qualquer lei ou outros fatores que possam impedir as mulheres de exercer os direitos protegidos por essa provisão, em bases iguais. Uma vez que a publicação e disseminação de material obsceno e pornográfico, retratando mulheres e meninas como objetos de violência ou de tratamento desumano ou degradante, são suscetíveis de promover esse tipo de tratamento a mulheres e meninas, os Estados-partes devem fornecer informações sobre medidas legais visando restringir a publicação ou disseminação desse tipo de material.

23. É exigido aos Estados o tratamento igual de homens e mulheres no que toca ao casamento, de acordo com o que estipula o Artigo 23, elaborado posteriormente pelo Comentário Geral 19 (1990). Homens e mulheres têm o direito de contrair casamento apenas por sua livre e espontânea vontade, e os Estados têm a obrigação de proteger o exercício desse direito, em bases iguais. Muitos fatores podem impedir as mulheres de decidir casar-se livremente. Um fator tem relação com a idade mínima para o casamento. A idade deve ser estabelecida pelo Estado, com

base em critérios iguais para homens e mulheres. Os critérios devem assegurar a capacidade de a mulher de tomar decisões conscientes e sem coerção. Um segundo fator é o de que em alguns Estados, seja em virtude da legislação ou dos costumes, o consentimento ao casamento é dado por uma pessoa responsável, geralmente um homem, e não pela própria mulher, impedindo-a, assim, de exercer a livre escolha.

24. Um fator diferente que pode afetar o direito da mulher de casar-se apenas com seu consentimento livre e pleno é a existência de atitudes sociais que tendem a marginalizar as mulheres vítimas de estupro, pressionando-as a concordar com um casamento. O livre e pleno consentimento de uma mulher a um casamento pode também ver-se minado por leis que permitem ao estuprador eliminar sua responsabilidade criminal ou mitigá-la ao casar-se com a vítima. Os Estados-partes devem indicar se o casamento com a vítima extingue ou mitiga a responsabilidade criminal e, em casos em que a vítima é menor de idade, se o estupro reduz a idade de casamento da vítima, particularmente em sociedades onde as vítimas de estupro têm de sofrer a marginalização da sociedade. Um aspecto diferente que afeta o direito ao casamento pode se dar quando os Estados impõem restrições a um novo casamento da mulher, em comparação com os homens. Também o direito de escolher um cônjuge pode ver-se restringido por leis ou práticas que impedem o casamento de uma mulher de religião determinada com um homem que não professa qualquer religião ou de religião diferente. Os Estados devem fornecer informações sobre tais leis e práticas, bem como sobre as medidas tomadas para superá-las e erradicar as práticas que solapam o direito das mulheres de casarem-se apenas por livre e espontânea vontade. Vale também observar que a igualdade de tratamento relativo ao direito de casamento subentende que a poligamia é incompatível com este princípio. A poligamia é uma violação à dignidade da mulher. É uma discriminação inadmissível contra a mulher. Conseqüentemente, deve ser definitivamente abolida, onde quer que ela continue a existir.

25. Para cumprir as obrigações contidas no Artigo 23, parágrafo 4, os Estados devem assegurar que o regime matrimonial contenha direitos e obrigações iguais para ambos os cônjuges, no que se refere à custódia e à criação dos filhos; sua educação moral e religiosa; a capacidade de transmitir aos filhos a nacionalidade dos pais; e a posse ou administração de propriedades, seja propriedade comum ou de cada um dos cônjuges. Os Estados devem rever sua legislação para assegurar que as mulheres casadas tenham iguais direitos, no que toca à propriedade e sua administração, quando necessário. Os Estados devem também assegurar que não haja discriminação de sexo no que diz respeito à aquisição ou perda de nacionalidade por razões de casamento, de direitos de residência, e do direito que cada cônjuge tem de usar o sobrenome original de família, ou de participar, em bases de igualdade, da escolha de um novo sobrenome. A igualdade durante o casamento subentende que o marido e a mulher devem ter igual responsabilidade e autoridade no seio da família.

26. Os Estados devem também assegurar igualdade no que toca à dissolução do casamento, o que exclui a possibilidade de repúdio. Os motivos para o divórcio e a anulação devem ser os mesmos para o homem e para a mulher, assim como as decisões que afetam a divisão de posses, pensão e custódia dos filhos. A necessidade de manter o contato entre os filhos e o cônjuge a quem não couber custódia deve estar fundamentada nas mesmas considerações. As mulheres devem também ter direitos à herança iguais aos dos homens, quando a dissolução do casamento se dá pela morte de um dos cônjuges.

27. Ao efetivar o reconhecimento da família no contexto do Artigo 23, é importante aceitar o conceito de várias formas de família, incluindo casais não casados e seus filhos, e pais solteiros e seus filhos, e assegurar igual tratamento às mulheres nesses contextos (Comentário Geral n. 19, parágrafo 2, última sentença). As famílias de pais solteiros consistem freqüentemente de mulheres solteiras criando um ou mais filhos, e os Estados-partes devem descrever que medidas de apoio existem para capacitá-las a desempenhar suas funções de mãe e pai, em bases de igualdade com os homens, em situação semelhante.

28. A obrigação dos Estados de proteger as crianças (Artigo n. 24), deve ser desempenhada da mesma forma quanto a meninos e meninas. Os Estados devem relatar as medidas tomadas para assegurar que as meninas sejam tratadas da mesma forma que os meninos quanto à educação, alimentação e saúde, e fornecer ao Comitê dados segregados a este respeito. Os Estados devem erradicar, tanto através de legislação como de quaisquer outras medidas apropriadas, todas as práticas culturais ou religiosas que ponham em risco a liberdade e o bem-estar das crianças do sexo feminino.

29. O direito de participar da condução de negócios públicos não é totalmente implementado em bases iguais em todos os lugares. Os Estados devem assegurar que a lei garanta à mulher os direitos contidos no Artigo 25, nos mesmos termos que os homens, e tomem medidas eficazes e positivas para promover e assegurar a participação das mulheres na condução de negócios públicos e no serviço público, incluindo-se as ações afirmativas apropriadas. As medidas efetivas tomadas pelos Estados-partes para assegurar que todas as pessoas habilitadas para votar sejam capazes de exercer este direito não devem ser discriminatórias com base no sexo. O Comitê requer que os Estados-partes forneçam informações estatísticas sobre a percentagem de mulheres em cargos públicos elegíveis, inclusive na legislatura e nas posições de alto nível do serviço civil e judiciário.

30. A discriminação contra as mulheres é freqüentemente permeada pela discriminação por outras questões, tais como raça, cor, língua, religião, opinião política ou outras, nacionalidade ou origem social, bens, nascimento e outras condições. Os Estados-partes devem estar atentos para quaisquer casos de discriminação por outras questões que afetem as mulheres de modo particular, e incluir informação sobre as medidas tomadas para anular esses efeitos.

31. O direito à igualdade perante a lei e à não-discriminação, protegido pelo artigo 26, requer dos Estados uma ação contra a discriminação, por agentes públicos ou privados, em todos os campos. A discriminação contra a mulher em áreas como as das leis de seguro social — Caso 172/84, Broeks v. Países Baixos (parecer de 9 de abril de 1987); caso 182/84, Zwaan de Vries v. Países Baixos (parecer de 9 de abril de 1987); caso 218/1986, Vos v. Países Baixos (29 de março de 1989) — assim como na área da cidadania ou dos direitos dos não-cidadãos em um país — Caso 035/1978, Aumeeruddy-Cziffra et al v. Maurício (parecer adotado em 9 de abril de 1981) — violam o artigo 26. A comissão dos chamados “crimes de honra” que permanecem sem punição, constituem uma séria violação ao Pacto e, em particular, aos artigos 6, 14 e 26. As leis que impõem penalidades mais severas para a mulher do que para o homem, por adultério ou outros delitos, também violam a exigência de igual tratamento. No exame dos relatórios dos Estados, o Comitê também tem observado freqüentemente que uma grande proporção de mulheres é empregada em áreas que não são protegidas pelas leis do trabalho, que alguns costumes e tradições dominantes discriminam as mulheres, particularmente no que diz respeito ao acesso a um melhor salário e à remuneração igual por igual trabalho. Os Estados devem rever suas legislações e práticas e implementar todas as medidas necessárias a fim de eliminar a discriminação contra as mulheres, em todos os campos, proibindo, por exemplo, a discriminação por agentes privados em áreas como emprego, educação, atividades políticas e provisão de instalações, bens e serviços. Os Estados-partes devem relatar todas essas medidas e fornecer informações sobre as soluções dadas às vítimas de tal discriminação.

32. Os direitos de que as minorias usufruem nos termos do artigo 27 do Pacto, relacionados à língua, cultura e religião, não autorizam a nenhum Estado, grupo ou indivíduo violar o direito das mulheres ao igual exercício de qualquer direito estabelecido pelo Pacto, inclusive o direito à igual proteção da lei. Os Estados devem relatar toda lei ou prática administrativa relativa às comunidades minoritárias que possam constituir uma violação dos direitos à igualdade das mulheres, no âmbito do Pacto — Caso 24/1977 Lovelace v. Canadá (parecer adotado em julho de 1981) — e relatar as medidas tomadas ou por serem tomadas para assegurar o igual direito de homens e mulheres ao exercício de todos os direitos civis e políticos do Pacto. Da mesma maneira, os Estados devem relatar as medidas tomadas para desincumbir-se de suas responsabilidades em relação a práticas culturais ou religiosas, dentro de comunidades minoritárias, que afetem os direitos das mulheres. Em seus relatórios, os Estados-partes devem dar atenção à contribuição dada pelas mulheres à vida cultural de suas comunidades.

**5. Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial,
Recomendação Geral 25: Dimensões da Discriminação
Racial Relacionadas a Gênero**

CERD, *Recomendação Geral 25*, UN GAOR 2000, UN Doc. A/55/18, Anexo V, p. 152

1. O Comitê observa que a discriminação racial nem sempre afeta mulheres e homens da mesma maneira. Há circunstâncias em que a discriminação racial afeta apenas ou basicamente as mulheres, ou afeta as mulheres de maneira diferente, ou em grau diferente dos homens. Tal discriminação racial freqüentemente escapa à observação, se não houver um explícito reconhecimento ou consciência da diferença de experiências de vida das mulheres e dos homens, tanto na esfera pública quanto na esfera privada.

2. Certas formas de discriminação racial podem ser dirigidas especificamente contra as mulheres por questões de gênero, tais como violência sexual, cometida contra mulheres de um determinado grupo racial ou étnico que tenham sido detidas ou durante conflitos armados; a esterilização forçada de mulheres indígenas; o abuso de mulheres que trabalham no setor informal ou de trabalhadoras domésticas, empregadas no exterior do país por seus patrões. A discriminação racial pode ter conseqüências que afetam primariamente apenas mulheres, tais como a gravidez resultante de estupro motivado por preconceito racial; em algumas sociedades, as mulheres vítimas desse tipo de estupro podem também cair no ostracismo. Além disso, as mulheres podem também ser prejudicadas pela falta de acesso a medicamentos e mecanismos de queixa da discriminação racial, em função de impedimentos ligados a gênero, tais como preconceito de gênero no sistema legal e discriminação contra a mulher nas esferas da vida privada.

3. Ao reconhecer que algumas formas de discriminação racial têm impacto particularmente forte e específico sobre as mulheres, o Comitê se esforçará para levar em conta, em seu trabalho, os fatores ou itens relacionados a gênero que possam estar interligados com a discriminação racial. O Comitê acredita que suas práticas nessa área irão beneficiar-se do desenvolvimento, juntamente com os Estados-partes, de um enfoque mais consistente e sistemático para avaliar e monitorar a discriminação racial contra as mulheres, assim como as desvantagens, obstáculos e dificuldades que as mulheres enfrentam no pleno exercício de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, com base na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica.

4. Conseqüentemente, ao examinar as formas de discriminação racial, o Comitê pretende empenhar-se para integrar a seus métodos de trabalho as perspectivas de gênero, incorporar a análise de gênero, e incentivar o uso de linguagem peculiar a gênero, inclusive em seus exames de relatórios submetidos pelos Estados-partes, suas observações conclusivas, seus mecanismos iniciais de aviso e procedimentos de ação urgente, bem como em suas recomendações gerais.

5. Como parte da metodologia para a plena apreensão das dimensões de discriminação racial relacionada a gênero, o Comitê incluirá em seus métodos de trabalho nas sessões uma análise das relações entre gênero e discriminação racial, dando particular atenção a:

- (a) as formas e manifestações da discriminação racial;
- (b) as circunstâncias em que a discriminação racial ocorre;
- (c) as conseqüências da discriminação racial; e
- (d) a disponibilidade e acessibilidade de soluções e mecanismos de queixa por discriminação racial.

6. Ao observar-se que os relatórios submetidos pelos Estados-partes freqüentemente não contêm informações específicas ou suficientes a respeito da implementação da Convenção relativa às mulheres, pede-se aos Estados-partes que descrevam, o mais extensamente possível, em termos qualitativos e quantitativos, os fatores observados e as dificuldades experimentadas para assegurar às mulheres o igual exercício dos direitos contidos na Convenção, sem qualquer discriminação racial. Os dados que tiverem sido classificados por raça ou origem étnica, e então decompostos de acordo com o gênero dentro desses grupos raciais ou étnicos, permitirão aos Estados-partes e ao Comitê identificar, comparar e tomar medidas para solucionar as formas de discriminação racial contra as mulheres, que podem, de outra forma, passar despercebidas e sem solução.

7

Resumo das Diretrizes Internacionais sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos (1996)

A propagação mundial do HIV e da AIDS continua em ritmo alarmante. Com o despertar da epidemia, o abuso generalizado dos direitos humanos e das liberdades associadas ao HIV e à AIDS tem se manifestado em todas as partes do mundo. Em resposta a esta situação, os especialistas da 2ª Consulta Internacional sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos¹ concluíram:

(a) Proteger os direitos humanos é essencial para salvaguardar a dignidade humana no contexto do HIV e da AIDS e assegurar uma resposta eficaz ao HIV/AIDS com base nos direitos humanos. Uma resposta eficaz exige a implementação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, civis e políticas, econômicas, sociais e culturais de todos os povos, de acordo com as atuais normas internacionais de direitos humanos;

(b) Os interesses de saúde pública não interferem com os direitos humanos. Ao contrário, hoje já se reconhece que onde os direitos humanos são protegidos menos pessoas são infectadas, e aquelas que vivem com o HIV e a AIDS têm a possibilidade, junto com sua família, de lidar melhor com a doença;

(c) Uma resposta eficaz à epidemia, com base nos direitos humanos, envolve estabelecer responsabilidades adequadas para as instituições públicas, implementar reformas legais e serviços de apoio e promover um ambiente favorável a grupos mais vulneráveis ao HIV/AIDS e às pessoas que vivem com a doença;

(d) No contexto do HIV/AIDS, as normas internacionais de direitos humanos e as metas pragmáticas de saúde pública exigem que os Estados considerem medidas possivelmente controversas, em especial no que diz respeito à situação de mulheres e crianças, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que mantêm relações sexuais com outros homens. Contudo, é a responsabilidade de todos os Estados identificar as melhores maneiras de cumprir suas obrigações de direitos humanos e proteger a saúde pública dentro de suas próprias esferas políticas, culturais e religiosas;

¹ *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights* (Genebra: Escritório do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos e Unaid, 1996); diretrizes internacionais comentadas disponibilizadas pela Unaid e pela União Inter-Parlamentar, em *Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights* (Genebra: Unaid, 1999).

(e) Embora a responsabilidade de implementar estratégias que protejam os direitos humanos e a saúde pública caiba principalmente aos estados, o papel desempenhado pelos órgãos, agências e programas das Nações Unidas, órgãos regionais intergovernamentais e organizações não governamentais, inclusive as redes de apoio criadas entre pessoas vivendo com HIV/AIDS, tem uma importância fundamental quanto a esta questão.

A Consulta adotou Diretrizes sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos com o objetivo de traduzir as normas internacionais de direitos humanos em observância prática no contexto do HIV/AIDS. Para tanto, as Diretrizes se dividem em duas partes: a primeira define os princípios dos direitos humanos que fundamentam uma resposta positiva ao HIV e à AIDS; a segunda descreve medidas pró-ativas a serem utilizadas pelos governos nos âmbitos da lei, das práticas e das políticas administrativas que irão proteger os direitos humanos e alcançar as metas de saúde pública relacionadas ao HIV.

Várias medidas podem ser tomadas pelos estados para proteger os direitos humanos relacionados à questão do HIV e alcançar as metas de saúde pública. As doze Diretrizes elaboradas pela Consulta, visando levar os estados a implementar respostas eficazes, com base nos direitos humanos, estão resumidas a seguir.

Diretriz 1: Os Estados devem estabelecer um marco nacional eficaz para suas respostas ao HIV/AIDS que assegure uma abordagem coordenada, participativa, transparente e responsável, integrando políticas de HIV/AIDS e responsabilidades de programas em todos os poderes do governo.

Diretriz 2: Os Estados devem garantir, através de seu apoio financeiro e político, que a comunidade seja consultada durante todas as fases de elaboração de uma política de HIV/AIDS e de implementação e avaliação de programas, e que as organizações comunitárias sejam capacitadas para realizar suas atividades, inclusive nas áreas da ética, da lei e dos direitos humanos, efetivamente.

Diretriz 3: Os Estados devem rever e reformar as leis de políticas públicas para que atendam, de forma adequada, questões de saúde pública levantadas pelo HIV/AIDS, para que suas disposições referentes a doenças transmitidas por contatos casuais não sejam aplicadas de forma inadequada no caso do HIV/AIDS e para que sejam coerentes com relação às obrigações internacionais de direitos humanos.

Diretriz 4: Os Estados devem rever e reformar as leis e sistemas penais para que sejam coerentes com relação às obrigações de direitos humanos e que não sejam utilizados de forma errônea no contexto do HIV/AIDS ou contra grupos vulneráveis.

Diretriz 5: Os Estados devem aplicar ou fortalecer as leis antidiscrimatórias, assim como as outras leis que protegem grupos vulneráveis, pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de deficiências contra a discriminação, tanto no público como no setor privado, que garantem a privacidade, o sigilo e a ética em pesquisas com seres humanos, que enfatizam a educação e a conciliação e que prevêm reparações civis e administrativas rápidas e eficazes.

Diretriz 6: Os Estados devem aplicar a legislação que prevê a regulamentação de bens, serviços e informações relacionados ao HIV, a fim de garantir a disponibilidade geral de medidas e serviços qualitativos de prevenção, informações adequadas sobre prevenção e tratamento do HIV e medicação eficaz a preços razoáveis. (Revisada em 10 de setembro de 2002, disponível no *site* www.unaids.org.)

Diretriz 7: Os Estados devem implementar e apoiar serviços de assistência jurídica que eduquem os portadores de HIV/AIDS sobre seus direitos, ofereçam assistência jurídica gratuita para reforçar tais direitos, desenvolvam perícia sobre questões jurídicas relacionadas ao HIV e utilizem meios de proteção além dos tribunais, tais como escritórios ou ministérios de Justiça, ouvidoria, unidades de reclamações para questões de saúde e comissões de direitos humanos.

Diretriz 8: Em colaboração e por meio da comunidade, os Estados devem promover um ambiente favorável e capacitador para mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis, combatendo preconceitos e desigualdades por meio de diálogo com a comunidade, apoio e serviços sociais e de saúde desenvolvidos especialmente para comunidades.

Diretriz 9: Os Estados devem promover uma distribuição ampla e contínua de educação criativa, programas de mídia e treinamento, com o objetivo explícito de transformar as posturas de discriminação e estigmatização associadas com o HIV em compreensão e aceitação.

Diretriz 10: Os Estados devem garantir que os setores público e privado elaborem regras de conduta com relação a questões de HIV/AIDS que traduzam os princípios de direitos humanos em códigos de prática e responsabilidade profissional, acompanhados de mecanismos para a implementação e a aplicação desses códigos.

Diretriz 11: Os Estados devem assegurar mecanismos de monitoramento e cumprimento para garantir a proteção dos direitos humanos relacionados ao HIV, inclusive os de pessoas vivendo com HIV/AIDS, suas famílias e suas comunidades.

Diretriz 12: Os Estados devem cooperar com todos os programas e agências relevantes do sistema das Nações Unidas, inclusive a Unids, compartilhando conhecimento e experiência em questões de direitos humanos relacionados com o HIV, e devem assegurar mecanismos eficazes para a proteção dos direitos humanos no contexto internacional de HIV/AIDS.

8

Modelo de petição a órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos

Dentro do Sistema das Nações Unidas, vários órgãos de monitoramento de tratados oferecem vias de comunicação através das quais indivíduos ou grupos de indivíduos que alegam ser vítimas de violações de direitos humanos podem apresentar queixas contra seus países. As vias de comunicação específicas estão relacionadas a seguir:

1. O *Protocolo Facultativo referente ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos* descreve, em seus Artigos 1º a 5º, um procedimento de envio de queixas ao Comitê de Direitos Humanos, para indivíduos ou grupos de indivíduos cujo país faz parte do *Pacto Político* e de seu *Protocolo Facultativo*.

2. O *Protocolo Facultativo referente à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres* oferece, em seus Artigos 2º a 7º, um Procedimento de Comunicação ao Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), para indivíduos ou grupos de indivíduos cujo país faz parte da *Convenção da Mulher* e de seu *Protocolo Facultativo*, e um Procedimento de Inquérito nos Artigos 8º e 9º para que sejam examinadas violações graves ou sistemáticas em Estados que fazem parte da *Convenção das Mulheres* e de seu *Protocolo Facultativo* e que reconhecem a competência do CEDAW na condução de tais Inquéritos.

3. *Artigo 14 da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* estabelece um procedimento que permite a um indivíduo ou grupo de indivíduos que alegam ser vítimas de discriminação racial apresentar queixas ao Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial (CERD) contra seus países. Isto pode ser feito apenas se o Estado em questão fizer parte da Convenção e tiver declarado reconhecer a competência do CERD para o recebimento de tais queixas.

Cada procedimento referido acima deve ser examinado com cuidado para assegurar que a comunicação ou queixa em questão atenda os requisitos técnicos e substantivos impostos por aquele sistema. No caso de comunicações feitas ao Comitê de Direitos Humanos, por exemplo, há um modelo de formulário disponível,¹ embora sua utilização não seja obrigatória.

¹ Vide www.unhchr.ch/html/menu2/complain.htm.

550 *Dados e fontes*

O formulário a seguir pode ser utilizado como modelo para qualquer um dos procedimentos de comunicação aos órgãos de monitoramento de tratados mencionados, com a recomendação de que se preste atenção especial ao escopo específico de cada órgão. Alguns procedimentos, por exemplo, permitem que qualquer pessoa ou ONG levante questões sobre violações de direitos humanos; outros permitem apenas que a suposta vítima ou seu representante direto apresente queixa. Quase todos os procedimentos exigem que antes sejam exauridos todos os recursos locais disponíveis, embora a interpretação dessa exigência varie de forma considerável.²

Modelo de comunicação a órgãos de monitoramento de tratados da ONU

Data

Comunicação para:

[Digite o endereço aqui]

Obs.: As comunicações para o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial devem ser enviadas para o seguinte endereço (indique o Comitê para qual a comunicação deve ser enviada):

Office of the High Commission for Human Rights
United Nations
CH-1211 Geneva 10
Switzerland
Tel.: (41) (22) 917-9000; fax: (41) (22) 917-9022

As comunicações para o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres devem ser enviadas para:

Division for Advancement of Women
United Nations
2 UN Plaza, DC2-12th Floor
New York, NY 10017
USA
Tel.: (1) (212) 963-3177; fax: (1) (212) 963-3463

petição apresentada para consideração sob os termos da [insira a Convenção respectiva]

² H. Hannum (ed.), *Guide to International Human Rights Practice* (Ardsley, NY: Transnational Publishers, Inc. and The Procedural Aspects of International Law Institute, 3rd edn., 1999).

I. Informações sobre o autor da comunicação

Sobrenome: _____ Nome: _____
Nacionalidade: _____ Profissão: _____
Data e local de nascimento: _____
Endereço ou paradeiro atual: _____
Endereço para envio de correspondência confidencial (se diferente do endereço acima): _____

Envio esta comunicação como:

(a) Vítima da violação ou violações descritas a seguir.

(b) Representante / advogado designado da vítima ou vítimas

(c) Outra

Se o item (c) for assinalado, o autor deve explicar:

- (i) na qualidade de que está agindo pela vítima ou vítimas (ex.: relação familiar ou outros vínculos pessoais com a suposta vítima ou vítimas);
- (ii) por que as vítimas ou vítima não puderam apresentar a comunicação por si próprias:

Terceiros sem qualquer relação com as vítimas não poderão apresentar a comunicação em seus nomes.

II. Informações sobre a(s) suposta(s) vítima(s) (se for outro o autor da petição).

Sobrenome: _____ Nome: _____
Nacionalidade: _____ Profissão: _____
Data e local de nascimento: _____
Endereço ou paradeiro atual: _____

III. Estados envolvidos / artigos violados / recursos locais

Nome do Estado-parte (país) contra o qual esta comunicação é dirigida:

Artigos supostamente violados:

Medidas tomadas pela suposta vítima ou vítimas, ou em seu nome, para exaurir todos os recursos locais, inclusive recurso aos tribunais ou a outras autoridades públicas, quando e com que resultados (onde possível, incluir cópias de todas as decisões judiciais ou administrativas relevantes):

Se os recursos domésticos não foram exauridos, explique por que:

IV. Outros procedimentos internacionais

Esta questão foi apresentada a outro procedimento de determinação ou investigação internacional, tais como a Comissão Interamericana de Direitos Humanos ou a Corte Européia de Direitos Humanos? Se a resposta for positiva, quando e com que resultados?

V. Fatos relacionados à queixa

Forneça abaixo uma descrição detalhada dos fatos relacionados à suposta violação ou violações (inclua datas relevantes):³

Assinatura do autor

³ Acrescente outras páginas conforme necessário para a descrição dos fatos.

Ementas dos casos

- Ministério Público Irlandês v. X.* (1992) Relatórios Irlandeses 1 (aborto permitido por lei diante de risco de vida real e substancial na continuidade da gravidez, incluindo risco de suicídio) (Suprema Corte da Irlanda) p.105
- Aumeeruddy-Czira et al. v. Ilhas Maurício*, Comunicação No. 35/1978, Documento das Nações Unidas A/36/40 (1981) (Requerimento das Ilhas Maurício para reformar suas leis para garantir às mulheres os mesmos direitos dos homens à vida em família conforme o Pacto Político (Comitê de Direitos Humanos) p.204
- Aydın v. Turquia* (1997) 25 EHRR 251 (o estupro custodial e outras formas de maus tratos e subseqüente negação de justiça por obstrução administrativa violam o direito de ser livre de torturas e o direito a um julgamento justo) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.175
- Bodhisatwa Goutam v. Subhra Chakraborty* (1996) 1 SCC 490 (o estupro viola o direito à vida, que significa mais do que a mera existência, mas que se estende ao direito à vida com dignidade) (Suprema Corte da Índia) p.149
- Bragdon v. Abbott* (1998) 524 US 624 (a distinção em desvantagem em virtude da condição HIV positiva é discriminação ilegal, que viola o Ato dos Americanos Portadores de Deficiência) (Suprema Corte dos Estados Unidos) p.146
- Broeks v. Países Baixos*, Comunicação. No. 172/1984, 42 U.N. GAOR Supp. No. 40 na p. 139 do Documento das Nações Unidas A/42/40 (1987) (o Estado deve fornecer às mulheres os mesmos benefícios sociais que oferece aos homens) (Comitê de Direitos Humanos) p.207
- Cameron v. Nova Escócia (Ministério Público)* (1999), 177 DLR (4th) 513 (o não financiamento de um método de reprodução assistida muito caro pode ser discriminatório em termos de deficiência reprodutiva, mas é legalmente defensável em termos do sistema público de saúde, diante de seu alto custo e de seu grau de sucesso limitado) (Tribunal de Apelação da Nova Escócia, Canadá) pp.318, 366
- Canterbury v. Spence* (1972) 464 F. 2d 772 (o padrão para disponibilização de informações consentidas para assistência médica deve satisfazer a necessidade de informação de uma pessoa sensata e prudente, numa circunstância específica de um paciente) (Corte de Apelação dos Estados Unidos, Distrito de Colúmbia) p.115
- Maria Mamérita Mestanza Chávez v. Peru* (o caso Mestanza) (2000) Caso 12.191, Decisão sobre Admissibilidade, 3/10/2000 (caso de alegação de esterilização compulsória, que causou morte, julgado procedente. Acordo amigável em 14/10/2002. O governo assumiu a responsabilidade pela violação dos direitos à vida, à integridade física e à tratamento humano e igualitário) (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) p.177

554 Ementas dos casos

- Jorge Odir Miranda Cortez v. El Salvador* (2001) Relatório No. 29/01, Caso 12.249, 7/3/2001 (princípio cautelar aplicado como medida liminar para requisição à El Salvador de fornecimento de tratamento para portadores de HIV/AIDS, pendente a decisão sobre o mérito da demanda por tratamento) (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) p.167
- Cruz Bermudez, et al. v. Ministério da Saúde e Assistência Social da Venezuela (MSAS)* (1999) Caso No. 15789, <http://www.tsj.gov.ve/> (site visitado em 26/9/2001) (Ministério da Saúde requisitou, de acordo com os direitos à vida e à saúde da Constituição Venezuelana de 1961: (a) fornecimento de medicamentos para todos portadores de HIV venezuelanos, (b) cobertura dos custos de exames de sangue de HIV, para que os pacientes possam obter os tratamentos anti-retrovirais adequados, além de tratamentos de infecções oportunistas, (c) desenvolvimento de políticas e programas necessários para o tratamento de pacientes infectados, e (d) revisão do orçamento para implementação da decisão da Corte) (Suprema Corte da Venezuela) pp.167, 335
- D. v. Sociedade Nacional de Prevenção de Crueldades Contra Crianças da Inglaterra* [1977] 1 All ER 589 (as agências de proteção pública podem proteger as identidades de seus informantes, mesmo quando pessoas inocentes são sujeitas a falsas acusações maliciosas, diante do interesse público de proteção dos informantes) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) p.394
- D. v. Reino Unido* (1997) 24 EHRR 423 (a deportação de traficante de drogas condenado, em estágio terminal de AIDS, para seu empobrecido país natal, aonde ele não poderá receber tratamento adequado para sua doença, constituiria tratamento desumano, violando o disposto na Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) pp.177, 335
- Decisão de 13/12/2001*, Corte do Distrito de Keiyo, Quênia, Magistrado *Ochenja* (injunção concedida contra a execução de mutilação genital feminina) p.274
- Dudgeon v. Reino Unido* (1981), 4 EHRR 149 (a criminalização de conduta homossexual voluntária entre adultos viola o direito à vida privada, de acordo com a Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) pp.108, 178
- Eve v. E.*(1986) 2 SCR 388 (as Cortes não têm poder de aprovar esterilizações não terapêuticas, puramente contraceptivas) (Suprema Corte do Canadá) p.122
- Feldbrugge v. Países Baixos* (1985), 8 EHRR 149 (procedimentos que impeçam o aplicante a continuar recebendo serviços do seguro médico violam o direito a um julgamento justo, de acordo com a Convenção Européia, quando o aplicante tem negado seu direito de conhecer as provas da parte oposta e se pronunciar a respeito) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.196
- Gillick v. Autoridade de Saúde das áreas de West Norfolk e Wisbech* [1986] AC 112 (um menor emancipado deve ser tratado como um adulto e tem direito a tratamento médico e confidencialidade, sem a necessidade do consentimento dos pais) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) pp.101, 121

- Griswold v. Connecticut* 381 US 479 (1965) (leis que criminalizam o uso e instruções contraceptivas violam os direitos constitucionalmente protegidos à privacidade e à liberdade pessoal) (Suprema Corte dos Estados Unidos) p.107
- Insurrealde, Mirta, Caso T. 148 PS. 357/428, 2/8/1998* citado em B. M. Dickens and R. J. Cook, 'Law and Ethics in Conflict over Confidentiality?', *Int. J. Gynecol. Obstet.* 70 (2000), 385–91 (médico não punido por quebrar a confidencialidade ao reportar uma jovem adolescente às autoridades, conforme disposto pela legislação, que buscava tratamento por complicações resultantes de aborto ilegal) (Suprema Corte da Província de Santa Fé, Argentina) pp.163, 381
- Janaway v. Autoridade de Saúde da área de Salford* [1989] AC 537 (o direito à objeção conscienciosa não autoriza uma secretária a se recusar a preparar uma carta de referência para um paciente que deseja realizar um aborto) (Casa dos Lords, Parlamento da Inglaterra) p.145
- Julgamento No. 108/81 de 25/6/1981, 57 Raccolta* Oficial da Corte Constitucional [Rac. u. corte cost.] 823, 1981 (legislação protetora dos interesses da saúde das mulheres da Constituição Italiana) (Corte Constitucional da Itália) p.169
- Julgamento de 15/1/1975, Conselho Constitucional, 1975 Recueil Dalloz-Sirey* [D.S. Jur.] 529, *Jornal Oficial* 16/1/1975 (lei francesa permitindo aborto definido em termos amplos, incluindo *stress* da mulher se mostrou consistente com o direito à liberdade, conforme a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão) (Corte Constitucional da França) p.169
- Juristenvereniging Pro Vita v. De Staat der Nederlanden (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur)* (1990) Jurisprudência dos Países Baixos, No. 43, 1990, *entry* 707, conforme resumo da *European Law Digest* 19(5): 179–80 (1991) e relatado no *Annual Review of Population Law* 1990 17:29 (lei liberal de aborto em conformidade com o interesse de liberdade das mulheres) (Corte de Haia) p.169
- Karara v. Finlândia* 1998, Eur. Comm. HR, Application No. 40900/98, 29/5/1998 (pedido de portador de HIV de não deportação indeferido, uma vez que ele não enfrentaria problemas de tratamento de sua doença em seu país natal, além de sua doença não estar num estágio em que a deportação configurasse em tratamento desumano e degradante) (Comissão Européia de Direitos Humanos) p.177
- Kjeldsen v. Dinamarca* (1976) 1 EHRR 711 (o programa de educação sexual compulsória dinamarques para escolas públicas contém informações objetivas, críticas e diversas que não constituem desrespeito aos pontos de vista filosóficos e religiosos dos pais e portanto não violam o Protocolo N° 1 da Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.217
- Korn v. Potter* (1996) 134 DLR (4th) 437 (negar à uma mulher lésbica a inseminação artificial é uma violação ao seu direito de não discriminação com base na orientação sexual) (Suprema Corte da Columbia Britânica, Canadá) pp.146, 214
- Marina Machaca v. Peru, Caso 12.041, Acordo amigável de 6/3/2000* relatado em S. Tuesta, *The Search for Justice* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2000), 43–8 (jovem mulher estuprada por médico da saúde pública e a subsequente negação de justiça à vítima) (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) p.175

556 *Ementas dos casos*

- McBain v. Victoria* (2000) 3 *Commonwealth Human Rights Law Digest* 153 (negar a uma mulher solteira a inseminação artificial viola o seu direito a não discriminação por seu estado civil) (Corte Federal da Austrália) pp.146, 214
- Ministério da Saúde v. Treatment Action Campaign* (2002) Case CCT 8/02 (fornecimento de tratamento adequado à mulher grávida portadora de HIV pelo seu direito ao acesso à serviços de saúde, de acordo com a Constituição sul-africana) (Corte Constitucional da África do Sul) pp.167, 195
- Modinos v Chipre* (1993) 16 EHRR 485 (criminalizar conduta homossexual voluntária entre adultos viola o direito à vida privada, de acordo com a Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.178
- Villagran Morales et al. v. Guatemala* (o “caso das crianças de rua”) (1999) Series C No. 63, 19/11/1999 (o Estado foi considerado responsável por não tomar as providências necessárias para proteger as vidas de crianças de rua, não evitando tratamento desumano e degradante e não evitando a negação do seu direito à liberdade e segurança, e por não proteger os direitos das crianças de maneira consistente com sua condição de menores protegidos pela Convenção Americana) (Corte Interamericana de Direitos Humanos) p.165
- Mr X v. Hospital Z* (1998) 8 SCC 296 (permissão da disponibilização da informação sobre a condição soropositiva de um homem à uma mulher com quem ele havia sido casado diante do risco eminente desta pessoa à exposição do vírus) (Suprema Corte da Índia) p.171
- Norberg v. Wynrib* (1992) 92 DLR (4th) 449 (concessão de um prêmio de \$50,000 dólares canadenses para uma paciente que foi forçada por seu médico a ter relação sexual em troca de uma receita para uma droga na qual ela era viciada) (Suprema Corte do Canadá) p.141
- Norris v. Irlanda* (1988) 13 EHRR 186 (criminalizar conduta homossexual voluntária entre adultos viola o direito à vida privada, de acordo com a Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.178
- Open Door Counselling and Dublin Well Women v. Irlanda* (1992) 15 EHRR 244 (proibição governamental de aconselhamento e de circulação de informações referentes a aborto legal na Grã-Bretanha violaram o direito de partilharem receber informações, sob a Convenção Européia) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.215
- Juan Pablo et al. v. Chile* (2001) Relatório Anual da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.114, doc. 5 rev. 2001 (princípio de precaução aplicado como medida interina para exigir que o Chile forneça tratamento para portadores de HIV/AIDS que aguardam decisões sobre os méritos de suas ações reivindicando tratamento) (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) p.167
- Paschim Banga Khet Mazdoor Samity v. Estado de West Bengal* (1996) 4 SCC 37, (1998) 2 *Commonwealth Human Rights Law Digest* 109 (negação por vários hospitais governamentais de tratamento de emergência para severos ferimentos na cabeça violam o direito à vida, segundo a Constituição Indiana) (Suprema Corte da Índia) pp.165, 230

- Paton v. Reino Unido* (1980) 3 EHRR 408 (a decisão de uma corte inglesa se recusando a permitir que um marido impeça sua mulher de fazer um aborto, não violou seu direito à vida em família, protegido pela Convenção Européia) (Comissão Européia de Direitos Humanos) p.181
- Ana, Beatriz e Cecilia Gonzalez Perez v. México* (2001) Relatório No. 53/01, Caso 11. 565, 4/4/2001 (Estado responsabilizado pela detenção e interrogatório ilegais, por oficiais militares de três irmãs e sua mãe, em violação do direito à liberdade e à segurança pessoal, conforme a Convenção Americana e pelo estupro das três irmãs, cometido pelos oficiais, em violação ao direito à integridade física e moral, conforme a Convenção Americana e ao direito de ser livre de tortura, conforme a Convenção Americana e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura) (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) p.174
- Pittman Estate v. Bain* (1994) 112 DLR (4th) 257 (banco de sangue, hospital, e médico são responsabilizados por não descobrirem a tempo e não localizarem, nem informarem um paciente que a transfusão de sangue que ele recebeu pode estar contaminada com o vírus do HIV) (Corte de Ontário, Divisão Geral, Canadá) p.114
- Ministério Público v. Akayesu* (1998) Julgamento, ICTR-96-4-T (2/9/1998) (responsabilidade criminal por acusação de encomenda, instigação, auxílio e cumplicidade de violência sexual) (Tribunal Internacional Criminal para Ruanda) p.295
- Ministério Público v. Furundzija* (1998) Julgamento, IT-95-17/1 (10 Dec. 1998) (o estupro pode se tornar uma forma de tortura quando ocorrido durante um interrogatório para intimidar a pessoa que está sendo questionada) (Tribunal Internacional Criminal para a Antiga Iugoslávia) p.295
- R. v. Adomako* [1993] 4 All ER 935 (médico condenado por assassinato devido à negligência em cuidados médicos resultando na morte do paciente) (Divisão Criminal da Corte de Apelação da Inglaterra) pp.242, 245
- R. v. Birmingham City Council* [1989] 2 WLR 520 (HL) (UK), (1989) 15 *Commonwealth Law Bulletin* 414 (o fornecimento de um menor número de vagas, em escolas secundárias, para meninas, por uma autoridade de educação, caracteriza a discriminação contra as meninas, em violação ao Ato de Discriminação Sexual de 1975) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) p.216
- R. v. Bourne* [1939] 1 KB 687 (quando uma lei criminal pune o procedimento de aborto, a interrupção da gravidez, para preservar a vida de uma mulher ou sua saúde, é legal) (Corte Criminal Central de Londres, Inglaterra) p.356
- R. v. Brown* [1993] 2 All ER 75 (conduta sado-masoquista consensual pode ser criminosa, mas a circuncisão masculina, por razões religiosas ou higiênicas, é legal, desde que com o consentimento dos pais da criança) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) pp.178, 243, 276
- R. v. Cuerrier* (1998) 127 Can. Criminal Cases (3d) 1 (uma pessoa que conhece seu *status* de portador do HIV e que tem relações sexuais desprotegidas consensualmente, sem informar seu parceiro de antemão sobre seu *status*, pode ser acusado de agressão) (Suprema Corte do Canadá) p.151

558 *Ementas dos casos*

- R. v. Human Fertilisation and Embryology Authority, ex p. Blood* [1997] 2 All ER 687 (serviços de saúde reprodutiva negados a alguém, conforme a lei de seu país de cidadania e residência, podem ser obtidos em outro país em que sejam legais) (Corte de Apelação, Inglaterra) pp.103, 109, 315
- R. v. Morgentaler* (1988) 44 DLR (4th) 385 (as restrições da lei criminal de aborto violaram o direito da mulher à segurança pessoal, conforme a Carta Canadense de Direitos e Liberdades) (Suprema Corte do Canadá) pp.105, 108, 169
- Recurso de Protección, rol C.S. 2186–2001 y otros, ‘Phillipi Izquierdo con Laboratorio Chile S.A. y otros’* (2001), 30/8/2001 (contracepção de emergência viola a proteção constitucional da vida “desde a concepção” devido à sua possível ação depois da união entre o esperma e o óvulo) (Suprema Corte do Chile) p.218
- Jose Luis Castro Ramirez* (1997) Amparo Apelação No. 2231 (Estado obrigado a fornecer tratamento apropriado para portadores de HIV/AIDS) (Suprema Corte do México) p.167
- Re F* (Esterilização de paciente de saúde mental) [1990] 2 AC 1 (inviolabilidade afirmada da pessoa em princípio oponente à intervenção médica não consensual, mas a esterilização de uma pessoa portadora de deficiência mental pode ser realizada, para seu interesse terapêutico, com o consentimento de seu guardião) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) p.122
- Re Quinlan* (1976) 355 Atlantic Reporter 2d 647 (o tratamento médico ‘extraordinário’ prolongando a vida de uma paciente em coma irreversível pode ser legalmente descontinuado) (Suprema Corte de Nova Jérsei) p.195
- Re Miriam Willingal* (10/2/1997) MP No. 289 of 1996 (1998) 2 Commonwealth Human Rights Law Digest 57 (o costume de pagar uma dívida, transferindo uma jovem mulher da família em débito para a família de credores é da liberdade de uma mulher de escolher um marido de sua preferência, conforme a Constituição de Papua Nova Guiné) (Corte Nacional de Justiça, Papua Nova Guiné) p.188
- Reservas à Convenção Contra o Genocídio, Advisory Opinion*, (1951) ICJ Reports 1951, p. 15 (um Estado que ratifica um tratado com a reserva de complying com alguns de seus termos ainda é parte desse tratado, desde que a reserva não seja incompatível com o objeto e o propósito do tratado) (Corte Internacional de Justiça) p.109
- Roe v. Wade* (1973) 410 US 113 (direito aplicado de privacidade impedindo a limitação do Estado de aborto anterior à viabilidade fetal) (Suprema Corte dos Estados Unidos) pp.107, 109
- Escola Real de Enfermagem do Reino Unido v. Departamento de Saúde e Assistência social* [1981] 1 All ER 545 (a imunidade do médico para realizar abortos deve proteger outros, tais como enfermeiras, que ajem sob a autoridade do médico) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) p.140
- Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors* [1985] 1 All ER 643 (o dever do médico de disponibilizar informações para seus pacientes deve estar de acordo com as práticas de disponibilização de informações de seus colegas *Canterbury v Spence*) (Casa dos *Lords*, Parlamento da Inglaterra) p.115, 249

Soobramoney v. Ministério da Saúde, KwaZulu Natal (1998) (1) SA 776 (Estado não constitucionalmente exigido de fornecer tratamento de diálise de longo prazo para um reclamante com insuficiência renal crônica pois o exercício do direito à saúde conferido pela Constituição sul-africana é limitado pela falta de recursos) (Corte Constitucional da África do Sul) pp.194, 366

Student Representative Council, Molepolole College of Education v. Ministério Público de Botswana (1995) (para e em nome do reitor do *Molepolole College of Education* e Secretaria Permanente do Ministério da Educação) *Apelação Civil N° 13 of 1994, Misca N° 396 of 1993, E. K. Quansah, 'Seria o direito de engravidar um direito humano fundamental em Botswana?'*, *Journal of African Law*, 39 (1995), 97–102 (uma norma universitária exigindo que estudantes do sexo feminino informem seu reitor de suas gravidezes, sujeitando-as à suspensão ou expulsão foi considerada discriminatória pois estudantes homens que tivessem iniciado uma gravidez não estavam sujeitos a tal regulamentação) (Corte de Apelação, Botswana) p.217

SW v. Reino Unido e CR v. Reino Unido (1995) 21 EHRR 363 (decisões de tribunal inglês que removeram a imunidade de um marido de ser processado por estupro não infringem a proibição da aplicação retrospectiva da lei) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.395

Loayza Tamayo v. Peru (1997) Julgamento de 17/9/1997, ser. C No. 33 (1977) (responsabilização do Estado por violações do direito à liberdade pessoal, do direito à tratamento humano e do direito à um julgamento justo, diante de uma detenção ilegal seguida de tortura) (Corte Interamericana de Direitos Humanos) p.164

Loayza Tamayo v. Peru (1998) Reparação de danos, 27/11/1998, ser. C No. 42 (quando for estabelecida a negação de direitos, especialmente daqueles relativos à integridade pessoal e à liberdade a Corte Interamericana poderá considerar como esta negação rompeu o projeto de vida da vítima e se este projeto fosse razoável e atingível na prática, a Corte irá ordenar reparações que deverão compensar razoavelmente tal ruptura) (Corte Interamericana de Direitos Humanos) p.164

Taraso. v. Regents of the University of California (1976) 551 P.2d 334 (uma pessoa em relacionamento especial com outra, tal como um médico e seu paciente, tem a obrigação de proteger uma terceira pessoa, que seu paciente conheça, e que possa fazer-lhe mal, avisando a vítima em potencial ou notificando aqueles que possam fornecer proteção) (Suprema Corte da Califórnia, Estados Unidos) p.130

Tavares v. França (1991), Eur. Comm. HR, Application N° 16593/90 (9/12/91 unpublished (uma queixa por morte materna e causada por erro foi indeferida por razões técnicas, mas a Comissão enfatizou que o direito à vida, constante da Convenção Européia obriga os Estados a tomarem todas as medidas para prevenir não somente as mortes intencionais, mas também as perdas de vida não intencionais) (Comissão Européia de Direitos Humanos) p.165

560 Ementas dos casos

- Ter Neuzen v. Korn* (1995) 127 DLR (4th) 577 (profissionais de saúde devem adquirir conhecimentos atuais sobre desenvolvimentos relevantes em suas práticas; por exemplo, especialistas devem ler periódicos contemporâneos de suas especialidades, embora não seja necessário que leiam periódicos de medicina geral) (Suprema Corte do Canadá) p.115
- Thlimmenos v. Grécia* (2001), 31 EHRR 15 (o direito à não discriminação pode ser violado quando os Estados, sem um objetivo ou justificativa razoável, falham em tratar pessoas cujas situações são significativamente diferentes, de acordo com tais diferenças; Assim sendo determinou-se ser discriminatório tratar uma pessoa que violou a lei por objeção conscienciosa, com base na fé religiosa, como se fosse um criminoso comum) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.202
- Toonen v. Austrália* (1994) UN GAOR, Comitê de Direitos Humanos, 15ª sessão, Caso 488/1992, Documento das Nações Unidas CCPR/C/D/488/1992, abril de 1994 (criminalizar conduta homossexual voluntária entre dois adultos viola o direito à vida privada e o direito à não discriminação sexual conforme o pacto político) (Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas) pp.178, 182, 213
- Truman v. Thomas* (1980) 611 P.2d 902 (pacientes que requisitam serviços gerais de cuidados com a saúde devem ser informados sobre as opções e sobre os riscos de recusarem os cuidados recomendados, tal como se recusar a fazer o exame preventivo de HPV novamente, no terceiro *check up* do ano) (Suprema Corte da Califórnia, Estados Unidos) p.113
- Unni Krishnan v. Estado de Andhra Pradesh* [1993] AIR 2178 (o Estado é obrigado a fornecer a cada criança educação gratuita até que ela complete 14 anos, uma vez que o direito à educação é parte do direito à vida e do direito à liberdade pessoal, conforme a constituição Indiana) (Suprema Corte da Índia) p.216
- Van der Mussele v. Bégica* (1983) 6 EHRR 163 (uso governamental de sua autoridade profissional licenciadora para requerer o fornecimento de serviços profissionais para populações desfavorecidas como condição para licença) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.202
- Velasquez v. Honduras* (1988) OAS/ser.L/V/III.19, doc.13 (responsabilidade do Estado por não usar os órgãos cabíveis para prevenir, investigar e punir os desaparecimentos perpetrados por atores privados, conforme a Convenção Americana) (Corte Interamericana de Direitos Humanos) p.258
- Vishaka v. Estado de Rajasthan* (1997) 6 SCC 241 (assédio sexual no trabalho, incluindo estupro cometido por grupo, violação do direito à vida e à liberdade, à não discriminação relativa às condições humanas de trabalho e exercício de uma ocupação, conforme a Constituição Indiana, e até que legislação apropriada seja promulgada para remediar a lacuna da lei sobre assédio sexual, as diretrizes judiciais para casos de assédio sexual se basearão na Recomendação Geral do CEDAW sobre Violência contra as Mulheres e serão judicialmente cumpridas) (Suprema Corte da Índia) p.241

- Williams v. Jamaica* (1997) Comm. N° 609/1995, UN Doc. CCPR/C/61/D/ 609/1995 (17/11/1997) (a falha no fornecimento de tratamento médico adequado para condição mental de um preso aguardando sentença de morte viola o seu direito de ser livre de tratamento desumano e degradante e seu direito ao respeito a sua dignidade inerente, conforme o Pacto Político) (Comitê de Direitos Humanos) p.177
- X. v. Reino Unido* (1978) Aplicação N° 7.154, Decisão de 12/7/1978, 14: 31–5, junho de 1979 (medidas apropriadas para prevenir a morte por vacinação foram tomadas porém, se não houvessem sido tomadas tais medidas, uma violação da obrigação de salvar a vida teria ocorrido, conforme a Convenção Européia) (Comissão Européia de Direitos Humanos) p.166
- X & Y v. Países Baixos* (1986) 8 EHRR 235 (o Estado é responsável por não haver promulgado apropriadamente a legislação que prevê a punição do esturador que violou o direito à vida privada, conforme a Convenção Européia, de menina portadora de deficiência mental) (Corte Européia de Direitos Humanos) p.258
- Zimmer v. Ringrose* (1981) 124 DLR (3rd) 215 (um médico que não pode fornecer a seu paciente o tratamento indicado, deve referenciá-lo imediatamente para um colega ou instituição aonde tal tratamento esteja disponível, evitando, assim, que se responsabilize por negligência ou abandono) (Corte de Apelação, Alberta, Canadá) p.146

Bibliografia selecionada por capítulo

Embora não exaustiva, a bibliografia selecionada a seguir serve de guia para leituras adicionais aos capítulos 2–7, da Parte I deste livro.

Capítulo 2. Saúde sexual e reprodutiva

- Berer, M., and T. K. S. Ravindran (eds.), *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues, Special Edition* (London: Reproductive Health Matters, 1999).
- Fathalla, M. F., *From Obstetrics and Gynecology to Women's Health: The Road Ahead* (New York and London: Parthenon, 1997).
- _____. A. Rosenfield, and C. Indriso (eds.), *FIGO Manual of Human Reproduction*, iii. *Global Issues in Reproductive Health* (New York and London: Parthenon, 1998)
- Maine, D., et al., *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (New York: Unicef, 2nd edn., 1997).
- Murray, C., and A. Lopez (eds.), *Health Dimensions of Sex and Reproduction* (Boston, Mass.: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1998).
- Starrs, A., *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade, Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka* (New York: Family Care International, 1998).
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, *The WHO Reproductive Health Library* (Geneva: WHO, 2001, CD-Rom format).

Capítulo 3. Sistemas de saúde

- Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide* (New York and Washington: AGI, 1999).
- Ford Foundation, *Globalization, Health Sector Reform, Gender and Reproductive Health* (New York: Ford Foundation, 2002).
- United Nations, *Women and Health: Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. Report of the Expert Group Meeting 28 September–2 October 1998, Tunis* (New York: United Nations, Publication Sales No. 99.IV.4, 1999).
- United Nations, *Population and Development*, i. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, ST/ESA/SER.A/149, 1994).
- _____. Department of Public Information, *Platform for Action and Beijing Declaration. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4–15 September 1995* (New York: United Nations, 1995).
- _____. General Assembly, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly: Overall Review and Appraisal of the Implementation*

Bibliografía seleccionada por capítulo 563

- of the Programme of Action of the International Conference on *Population and Development*, A/S-21/5/Add.1 (New York: United Nations, 1999).
- _____. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly: Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and the Platform for Action*, A/S-23/10/Rev.1 (New York: United Nations, 2000).
- World Bank, *World Development Report: Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993).
- World Health Organization, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000).
- _____. *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting* (Geneva: WHO, 2001).
- _____. *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health* (Geneva: WHO, 2001).

Capítulo 4. Ética

- American College of Obstetricians and Gynecologists, *Ethics in Obstetrics and Gynecology* (Washington, DC: ACOG, 2002).
- Beauchamp, T. L., and J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York: Oxford University Press, 5th edn., 2001).
- British Medical Association, *Medical Ethics Today: Its Practice and Philosophy* (London: BMA, 1993).
- Gillon, R. (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (Chichester: John Wiley & Sons, 1994).
- Harris, J. (ed.), *Bioethics* (Oxford: Oxford University Press, 2001).
- _____. and S. Holm (eds.), *The Future of Human Reproduction* (Oxford: Clarendon Press, 1998).
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, *FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (London: FIGO, 2000).
- Jonsen, A. R., M. Siegler, and W. J. Winslade, *Clinical Ethics* (New York: McGraw Hill, 4th edn., 1998).
- Kerridge, J., M. Lowe, and J. McPhee, *Ethics and Law for the Health Professions* (Katoomba, NSW: Social Science Press, 1998).
- Macklin, R., *Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine* (New York: Oxford University Press 1997).
- Snyder, L. (ed.), *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice* (Philadelphia: American College of Physicians, 1996).

Capítulo 5. Orígenes e principios legales

- Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Anglophone Africa—2001 Progress Report* (New York: CRLP, 2001).
- _____. *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: East Central Europe* (New York: CRLP, 2000).

564 *Bibliografía seleccionada por capítulo*

- _____. and Demus, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives — Latin America and the Caribbean* (New York: CRLP, 1997).
- _____. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y el Caribe, Suplemento 2000* (New York: CRLP, 2001).
- _____. and Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Francophone Africa* (New York: CRLP, 1999).
- _____. and International Federation of Women Lawyers; Kenya Chapter; *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives: Anglophone Africa* (New York: CRLP, 1997).
- Cook, R. J., and B. M. Dickens, *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws* (Geneva: WHO, 2nd edn., 2000).
- Gostin, L. O., *Public Health Law: Power, Duty and Restraint* (Berkeley, Calif.: University of California Press, 2000).
- Jayasuriya, D. C. (ed.), *HIV Law, Ethics and Human Rights* (New Delhi: United Nations Development Programme, 1995).
- Jost, T. S., *Readings in Comparative Health Law and Bioethics* (Durham, NC: Carolina Academic Press, 2001).
- Kennedy, I., and A. Grubb (eds.), *Principles of Medical Law* (Oxford: Oxford University Press, 1998).
- Mason, J. K., *Medico-Legal Aspects of Reproduction and Parenthood* (Aldershot: Ashgate Dartmouth, 2nd edn., 1998).
- Robertson, J. A., *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies* (Princeton: Princeton University Press, 1994).
- Spece, R. G., D. S. Shimm, and A. E. Buchanan (eds.), *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research* (New York: Oxford University Press, 1996).
- United Nations, *Abortion Policies: A Global Review*, 3 vols. (New York: United Nations, 1995).

Capítulo 6. Principios de derechos humanos

- Alfredsson, G., and K. Tomasevski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights* (The Hague: Martinus Nijhoff Publishers, 1998).
- American University Law Review*, 44/4 (symposium edition on reproductive and sexual rights) (1995).
- British Medical Association, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda* (London: Zed Books, 2001).
- Brownlie, I., and G. S. Goodwin-Gill (eds.), *Basic Instruments on Human Rights* (Oxford: Oxford University Press, 4th edn., 2002).
- Buergenthal, T., R. Norris, and D. Shelton, *Protecting Human Rights in the Americas: Selected Problems* (Arlington, Va.: N. P. Engel, 3rd edn., 1990).
- Coliver, S. (ed.), *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information* (London and Philadelphia: Article 19 and University of Pennsylvania Press, 1995).
- Cook, R. J., *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law* (Geneva: WHO, 1994).

Bibliografía seleccionada por capítulo 565

- _____. B. M. Dickens, O. A. Wilson, and S. E. Scarrow, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* (Geneva: WHO, 2001).
- Eriksson, M. K., *Reproductive Freedom in the Context of International Human Rights and Humanitarian Law* (The Hague: Martinus Nijho., 2000).
- Garling, M., and C. Anselm Odinkalu, *Building Bridges for Rights: Inter-African Initiatives in the Field of Human Rights* (London: Interights, 2001).
- Gostin, L. O., and Z. Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic* (New York: Oxford University Press, 1997).
- Health and Human Rights*, 1/4 (symposium edition on women's health and human rights) (1995).
- Health and Human Rights*, 4/2 (symposium edition on reproductive and sexual rights) (2000).
- Hodgkin, R., and P. Newhall, *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child* (New York: Unicef, 1998).
- International Planned Parenthood Federation, *Charter on Sexual and Reproductive Rights* (London: IPPF, 1996).
- Joseph, S., J. Schulz, and M. Castan, *The International Covenant on Civil and Political Rights: Cases, Materials and Commentary* (Oxford: Oxford University Press, 2000).
- Mann, J. M., S. Gruskin, M. A. Grodin, and G. J. Annas (eds.), *Health and Human Rights* (New York: Routledge, 1999).
- Medicine and the Law*, 18/2–3 (symposium edition on reproductive and sexual rights) (1999).
- Nordic Journal of International Law*, 67/1 (symposium edition on reproductive and sexual rights) (1998).
- Packer, C. A. A., *The Right to Reproductive Choice* (Turku, Finland: Aabo Akademi University, Institute for Human Rights, 1996).
- Petchesky, R. P., and K. Judd (eds.), *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures* (London: Zed Books, 1998).
- Rahman, A., and N. Toubia, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* (London: Zed Books, 2000).
- Stanchieri, J., I. Merali, and R. J. Cook, *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of UN Treaty Bodies* (Ottawa: Action Canada for Population and Development, 2001).
- Toebe, B. C. A., *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Antwerp: Intersentia-Hart, 1999).
- UNAIDS, Inter-Parliamentary Union, *Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights* (Geneva: UNAIDS, 1999).
- United Nations, *HIV/AIDS and Human Rights—International Guidelines: The Results of the Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, 23–25 Sept. 1999* (Geneva: United Nations, HR/PUB/98/1, 1998).
- United Nations Division for the Advancement of Women, United Nations Population Fund, and United Nations High Commissioner for Human Rights, *Round Table of Human Rights Treaty Bodies on Human Rights Approaches to Women's Health, with a Focus on Sexual and Reproductive Health and Rights: Summary of the Proceedings and Recommendations* (New York: UNFPA, 1998).

566 *Bibliografia selecionada por capítulo*

United Nations Population Fund, *The State of World Population: 1997 — The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health* (New York: UNFPA, 1997).

Capítulo 7. Implementação de princípios legais e de direitos humanos

Ahmed An-Na'im, A. (ed.), *Universal Rights, Local Remedies: Implementing Human Rights in the Legal Systems of Africa* (London: Interights, 1999).

Alston, P., and J. Crawford (eds.), *The Future of UN Human Rights Treaty Monitoring* (Cambridge: Cambridge University Press, 2000).

Blaustein, A. P., and G. H. Flanz, *Constitutions of the Countries of the World* (Dobbs Ferry, NY: Oceana Publications, 1999).

Byrnes, A., J. Connors, and L. Bik (eds.), *Advancing the Human Rights of Women: Using International Human Rights Standards in Domestic Litigation* (London: Commonwealth Secretariat, 1997).

Carbert, A., J. Stanchieri, and R. J. Cook, *Advocating for Reproductive and Sexual Health Rights in the African Regional Human Rights System* (Chapel Hill, NC: Ipas, 2002).

Cook, R. J. (ed.), *Human Rights of Women: National and International Perspectives* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994).

Hannum, H. (ed.), *Guide to International Human Rights Practice* (Ardsey, NY: Transnational Publishers and Procedural Aspects of International Law Institute, 3rd edn., 1999).

International Human Rights Internship Program and Asia Forum for Human Rights and Development, *Circle of Rights: Economic, Social and Cultural Rights Activism. A Training Resource* (Washington, DC: International Human Rights Internship Program, Institute of International Education, 2000).

Lockwood, C. E., D. B. Magraw, M. F. Spring, and S. I. Strong (eds.), *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association Section of International Law and Practice, 1998).

McChesney, A., *Promoting and Defending Economic, Social and Cultural Rights: A Handbook* (Washington, DC: American Association for the Advancement of Science, 2000).

Mertus, J., N. Flowers, and M. Dutt, *Local Action Global Change: Learning about the Human Rights of Women and Girls* (New York: UNIFEM and the Center for Women's Global Leadership, 1999).

Murray, R., *The African Commission on Human and Peoples' Rights and International Law* (Oxford: Hart Publishing, 2000).

Profamilia Servicio Juridico and International Programme on Reproductive and Sexual Health Law, University of Toronto, *El Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Derechos Sexuales y Reproductivos en Acción* (The Inter-American Human Rights System: Sexual and Reproductive Rights in Action) (Bogotá: Profamilia Servicio Juridico, 4 vols., 2001).

Schuler, M. A., and D. Q. Thomas (eds.), *Women's Human Rights Step by Step* (Washington, DC: Women, Law and Development International and Human Rights Watch, 1999).

Stanchieri, J., I. Merali, and R. J. Cook, *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of International Human Rights Treaty Bodies* (Ottawa: Action Canada for Population and Development, 2001).

Bibliografía seleccionada por capítulo 567

- _____. N. Rasmussen, D. Bogecho, and R. J. Cook, *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of the European Human Rights System* (Warsaw: Federation for Women and Family Planning and ASTRA — Central and Eastern European Women’s Network for Sexual and Reproductive Rights; Toronto: International Programme of Reproductive and Sexual Health Law, Faculty of Law, University of Toronto; Copenhagen: Danish Centre for Human Rights, 2002).
- United Nations, *Assessing the Status of Women: A Guide to Reporting under the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (New York: United Nations, 2000).
- _____. *Manual on Human Rights Reporting* (New York: United Nations, 1997).
- Zajkowski, J., Martinez, K. H., and Cook, R. J., *Bringing Rights to Bear on Reproductive and Sexual Rights: An Analysis of the Work of UN Treaty Monitoring Bodies* (New York: Center for Reproductive Law and Policy, 2003).

Lista anotada de sites relevantes

Embora não exaustiva, segue uma lista de *sites* relevantes, funcionando desde Abril de 2002.

Action Canada for Population and Development

www.acpd.ca

Este *site*, mantido pela *Action Canada for Population and Development*, contém recursos *online* e *links* relativos a direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, o *site* contém uma versão online da publicação *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: A Compilation of the Work of International Human Rights Treaty Bodies*.

Alan Guttmacher Institute (AGI)

www.agi-usa.org/index.html

O *site* do AGI contém informações sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, tais como comportamento sexual, gravidez e nascimento, contracepção, aborto, DSTs, juventude, leis e políticas.

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

www.unhchr.ch

Este site oferece imagens e versões de textos da estrutura organizacional do sistema das Nações Unidas no campo dos direitos humanos. A partir deste *site*, se pode acessar os Relatórios e Observações Conclusivas de Estados-partes dos seguintes tratados das Nações Unidas: o Pacto Econômico, o Pacto Político, a Convenção das Mulheres, a Convenção Racial e a Convenção das Crianças, dentre outros.

Informações sobre o ‘*status* de ratificação’ também são listadas por país e por tratado.

Comitê Contra a Tortura

www.unhchr.ch/html/menu2/6/cat.htm

Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais

www.unhchr.ch/html/menu2/6/cescr.htm

Comitê para a Eliminação de Discriminação Contra as Mulheres

www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/

Comitê para a Eliminação de Discriminação Racial

www.unhchr.ch/html/menu2/6/cerd.htm

Comitê dos Direitos das Crianças

www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc.htm

Comitê de Direitos Humanos

www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc.htm

Annual Review of Population Law / Biblioteca de Direito da Universidade de Harvard

www.law.harvard.edu/Programs/annual_review/

Este *site* contém trechos de legislações recentes, constituições, e jurisprudência sobre saúde sexual e reprodutiva da maioria dos países do mundo.

O *site* é uma fonte de textos de leis americanas sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como textos de leis de aborto de vários países.

Banco Mundial

www.worldbank.org

www.bancomundial.org.br

Este *site* fornece informações sobre os projetos e as iniciativas para aliviar a pobreza no mundo, do Banco Mundial. Contém seções focalizadas nos aspectos econômicos da saúde reprodutiva, incluindo maternidade segura e HIV/AIDS.

Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)

www.crlp.org

Este *site* contém informações sobre os projetos do CRLP relativos a saúde sexual e reprodutiva nos Estados Unidos e no mundo. O *site* também fornece acesso *online* para boletins e publicações do CRLP.

CLADEM Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

<http://www.cladem.com>

Este *site* contém várias fontes relativas aos direitos das mulheres, com ênfase específica nos países da América Latina e do Caribe. Há também *links* para legislações nacionais, políticas públicas e fontes de outras organizações.

Coalition against Trafficking in Women — Asia Pacific (CATWAP)

<http://www.catw-ap.org/>

Este *site* é mantido pela *Coalition Against Trafficking in Women — Asia Pacific* que é uma rede internacional de grupos feministas, organizações e indivíduos que lutam, globalmente, contra a exploração sexual das mulheres. O *site* contém estatísticas e outros fatos relevantes referentes ao tema do tráfico de mulheres. Há também discursos, *papers* e publicações sobre o assunto, incluindo o relatório da *Asia-Pacific Coalition*.

Comissão Africana de Direitos Humanos

www.umn.edu/humanrts/africa/comission.html

Este *site* fornece *links* de documentos editados pela Comissão Africana incluindo comunicações finais e exames de relatórios de Estado. Há também *links* para a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos (Banjul) e informações a respeito das próximas sessões da Comissão.

570 *Lista anotada de sites relevantes*

Comissão Interamericana de Direitos Humanos

<http://www.cidh.oas.org/DefaultE.htm> (Inglês)

<http://www.cidh.oas.org/french.htm> (Francês)

<http://www.cidh.oas.org/Default.htm> (Espanhol)

<http://www.cidh.oas.org/comissao.htm> (Português)

Este *site*, em várias línguas, contém documentos básicos usados pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, bem como relatórios anuais, *releases* de imprensa e informações sobre como apresentar uma petição a Comissão.

Commonwealth Medical Association Trust (ComMAT)

<http://www.commat.org>

Este *site* contém um panorama das próximas sessões dos órgãos de monitoramento de tratados das Nações Unidas, incluindo, CEDAW, CDC, CDH, CESC, CERD e CAT. Também fornece os cronogramas de entrega dos relatórios dos Estados-partes. Além disso, disponibilizam trechos dos relatórios dos Estados-partes relativos à saúde dos países da *Commonwealth*.

Consortium for Health and Human Rights

<http://www.healthandhumanrights.org>

As atividades das organizações do consórcio de saúde e direitos humanos são disponibilizadas neste *site*, incluindo conferências, desenvolvimento de currículos e apoio para estudantes.

Constitution Finder

<http://confinder.richmond.edu/>

Este *site* é um índice de constituições, cartas, emendas e documentos correlatos. As nações do mundo encontram-se em lista alfabética e cada uma está ligada ao seu texto constitucional.

Corte Interamericana de Direitos Humanos

www.corteidh.or.cr/ (espanhol)

<http://www.oas.org/default.htm> (inglês)

http://www.oas.org/default_fr.htm (francês)

<http://www.oas.org/defaultpt.htm> (português)

Este *site* contém informações gerais sobre a composição e as funções da Corte. Este *site* também contém jurisprudência da Corte, *releases* de imprensa, e *links* para cortes internacionais e instituições relacionadas.

Demographic and Health Survey (DHS)

<http://www.measuredhs.com>

O *site*, mantido pelo *Measure project* do DHS, assessora países em desenvolvimento na coleção e uso de informações para avaliar programas de população, saúde e nutrição. Também fornece informações sobre planejamento familiar, saúde da mãe e da criança e saúde reprodutiva. O *site* contém diversas informações sobre pesquisas conduzidas pelo mundo, análises de dados secundários, publicações e *links* para fontes relevantes.

Divisão de População das Nações Unidas

<http://www.unpopulation.org/htm>

Um *site* das Nações Unidas, mantido pela Divisão de População, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, cuja responsabilidade é a de monitorar e aprovar uma ampla gama de áreas no campo da população. Este *site* fornece informações de primeira mão tais como estatísticas atuais, publicações e diversos relatórios preparados por órgãos das Nações Unidas.

Emergency Contraception for Diverse Communities Project

<http://www.path.org/index.htm>

O *site*, mantido pelo *Program for Appropriate Technology in Health (PATH)*, fornece informações sobre saúde, com ênfase especial na saúde das mulheres e crianças. O *site* fornece orientações sobre procedimentos de contracepção de emergência preparados pelo *Program Appropriate Technology in Health*, incluindo o *Emergency Contraception Tools Notebook*.

Engender Health

www.engenderhealth.org

Este *site* contém informações sobre várias questões de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, saúde materna e da criança, saúde reprodutiva masculina, cuidados pós-aborto, infecções (DSTs/HIV), sexualidade e gênero. Cursos *online* sobre saúde reprodutiva e prevenção de infecções também estão disponíveis no *site* para fornecer treinamento para profissionais de saúde que trabalhem com poucos recursos.

Escola Americana de Obstetras e Ginecologistas (EAOG)

<http://www.acog.org>

O *site*, mantido pela EAOG, fornece uma lista de livros sobre a saúde das mulheres, novos lançamentos, legislação do governo americano e atividades relativas à saúde das mulheres.

European Court of Human Rights

www.echr.coe.int

Este *site* contém uma lista dos julgamentos recentes e *releases* sobre esses julgamentos. Há também um *link* para uma base de dados com os julgamentos anteriores da Corte.

572 *Lista anotada de sites relevantes*

European NGOs for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development

<http://www.eurongos.org>

Este *site* contém *links* de várias ONGs européias que trabalham com questões de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, população e desenvolvimento. Fornece ainda informações sobre doadores, diversos manuais e *links* para organizações internacionais.

Family Care International (FCI)

www.familycareintl.org

Este *site* contém informações sobre iniciativas da FCI em diferentes regiões do mundo, bem como uma lista e um resumo das publicações da FCI que podem ser encomendadas *online*. FCI objetiva melhorar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em países em desenvolvimento, com ênfase especial em tornar a gravidez e o parto mais seguros.

Family Health International (FHI)

www.fhi.org

Este *site* contém informações sobre os projetos e iniciativas conduzidas pela FHI, uma organização que trabalha para a melhoria da saúde reprodutiva e da família pelo mundo, através de pesquisas biomédicas e sociais, intervenções de fornecimento de serviços de saúde, treinamento e programas de informação. Mais de 1,500 materiais estão disponíveis no *site*, incluindo livros, relatórios, estudos de caso, resumos de pesquisas, periódicos e materiais de treinamento, que fornecem informações sobre planejamento familiar, saúde reprodutiva, saúde materna, questões de gênero, doenças sexualmente transmissíveis, infecções do trato reprodutivo e prevenção e tratamento de HIV/AIDS.

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO)

www.figo.org

Este *site* contém informações sobre os projetos, atividades e conferências da FIGO e fornece *links* para algumas publicações da FIGO, incluindo diretrizes sobre os aspectos éticos de questões que causam impacto em obstetras e ginecologistas e a saúde das mulheres.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)

www.unicef.org/safe

www.unicef.org.br

Este *site* fornece informações sobre todos os programas e pesquisas da Unicef. Ele também disponibiliza os Relatórios Anuais de Progresso das Nações e Estados das Crianças do Mundo da Unicef. Há seções que resumem as pesquisas da Unicef sobre a saúde das crianças e das mulheres, e em particular, as pesquisas da organização na promoção da maternidade segura e prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS. Uma seção estatística do *site* (www.unicef.org/statis/) permite que os usuários cliquem num mapa para obter estatísticas de

Lista anotada de sites relevantes 573

países específicos ou de uma dada região. As informações incluem estatísticas de saúde reprodutiva (taxa de fertilidade total, prevalência contraceptiva e mortalidade materna), taxas de educação e outros indicadores de saúde e bem-estar.

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

www.unfpa.org

www.unfpa.org.br

Este *site* fornece um panorama do trabalho do UNFPA na área programática de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e saúde sexual. O *site* também fornece *links* para diversas publicações do UNFPA, incluindo sua coleção de série sobre *advocacy*, publicações técnicas para profissionais de saúde e seu Relatório Anual sobre o Estado da População Mundial.

Global Reproductive Health Forum

www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet

Este *site* abriga fóruns interativos, discussões globais de grupo e *links* para uma variedade de textos e materiais sobre saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, através de uma extensa biblioteca de pesquisa *online*.

Harvard AIDS Institute

http://www.hsph.harvard.edu/hai/lab_research/bhp.html

Este *site* contém informações a respeito da programação de conferências, fóruns, *workshops* e outras oportunidades de treinamento relativas a AIDS e um *link* para a um *site* sobre métodos de aperfeiçoamento de cuidados com pessoas portadora do HIV. Há também *links* para recursos científicos para pesquisadores e uma versão *online* da publicação, desde 1995 até hoje.

Human Rights Internet

www.hri.ca

Este *site* é mantido pela *Human Rights Internet* que se dedica ao empoderamento dos ativistas, governamentais e não governamentais, de direitos humanos no mundo, através da disseminação de informações e educação. O *site* é dedicado a ONGs internacionais, com uma base de dados de *sites* de direitos humanos, incluindo aqueles sobre saúde sexual e reprodutiva, um centro de documentação e uma editora. Também fornece um calendário mundial de eventos de direitos humanos, mês a mês, em que visitantes podem adicionar informações sobre eventos de suas regiões.

Human Rights Library

www.umn.edu/humanrts

Esta base de dados, mantida pela Universidade de Minnesota, contém *links* diretos para mais de 6.900 documentos relativos aos direitos humanos no mundo, incluindo materiais educativos, bibliografias anotadas, documentos das Nações Unidas, documentos regionais e diversos

574 *Lista anotada de sites relevantes*

tratados e convenções. Este *site* é muito útil para quem busca documentos e informações sobre o sistema africano de direitos humanos.

Human Rights Watch

www.hrw.org

Este *site* fornece uma lista de publicações, eventos atuais e o relatório mundial do *Human Rights Watch*, focalizado na proteção dos direitos humanos no mundo, trazendo os ofensores da justiça, prevenindo a discriminação, assegurando liberdade política e protegendo pessoas de condutas desumanas. Uma seção sobre direitos das mulheres inclui informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

Interights

www.interights.org

Este *site* é mantido pelo International Centre for the Legal Protection of Human Rights, um centro internacional de direitos humanos dedicado ao apoio e à promoção de proteção legal dos direitos humanos e liberdades, no mundo. Este *site* contém as bases de dados da *Commonwealth* e da *International Human Rights Case Law*. Ambas as bases podem ser buscadas por assunto ou por palavras-chave. Títulos dos casos, datas e resumos são fornecidos.

International Center for Research on Women

<http://www.icrw.org>

Este *site* fornece pesquisas recentes sobre redução da pobreza, HIV/AIDS, saúde reprodutiva, mudanças sociais e adolescência, entre outros temas.

International Council of AIDS Services Organizations (ICASO)

<http://www.icaso.org/icaso.htm>

Este *site* contém documentos *online* relativos a AIDS, incluindo informações sobre vacinas. Há *links* para os cinco escritórios regionais do ICASO e descrições de violação de direitos humanos comumente encontradas por ONGs. Além disso, o *site* contém informações sobre as próximas conferências sobre AIDS.

International HIV/AIDS Alliance

www.aidsalliance.org

www.aidsmap.com

Este *site* contém publicações e recursos *online*, bem como vários *links*, divididos nas seguintes categorias: HIV/AIDS geral, pessoas vivendo com HIV/AIDS, prevenção, tratamento, apoio, desenvolvimento organizacional, mediação de impactos e *sites* regionais.

International Lesbian and Gay Association

<http://www.ilga.org>

Este *site* fornece informações e notícias do mundo todo relativas à gays e lésbicas. Ele inclui dados compreensivos sobre leis que afetam lésbicas e gays pelo mundo, separadas por país.

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

www.ippf.org/index.htm

Este *site* contém documentos e relatórios *online* relativos a saúde sexual e reprodutiva, bem como *links* para os escritórios regionais da IPPF e para outras organizações que lidam com questões de saúde reprodutiva.

International Women's Health Coalition

<http://www.iwhc.org/>

Este *site* contém informações sobre programas internacionais relativos à saúde sexual e reprodutiva e publicações e relatórios *online*. Dentre os estaques, incluem-se as atualizações nas medidas de *follow-up* tomadas pela comunidade internacional e organizações não governamentais para garantir a saúde e os direitos das mulheres. O *site* apresenta iniciativas em saúde e direitos das adolescentes, direitos sexuais e acesso ao aborto seguro. A maior parte das seções agora está disponível em espanhol, francês e português, além do inglês.

International Women's Rights Action Watch (IWRAP)

www.igc.org/iwraw/

Este *site* fornece acesso *online* à: carta do IWRAP, sua lista de publicações e informes sobre o trabalho do CEDAW. Este Comitê revê o que os estados fizeram para trazer suas leis e práticas em adequação com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres.

IPAS

www.ipas.org

www.ipas.org.br

Este *site* fornece informações sobre as estratégias e os projetos do IPAS para melhorar a saúde reprodutiva das mulheres, com foco na prevenção do aborto inseguro, melhorando o tratamento de suas complicações e reduzindo suas conseqüências. Também estão disponíveis documentos e publicações do IPAS.

Measure Communication

<http://www.prb.org/MeasureTemplate.cfm>

Este *site* fornece recursos para amparar melhores uso e disseminação de dados e informações para apoiar políticas de população, saúde e nutrição em países em desenvolvimento.

Organização Mundial da Saúde, Departamento de Gênero e Saúde das Mulheres

<http://www.who.int/frh-whd>

Esta seção do *site* da OMS fornece vários artigos *online* abordando questões sobre as mulheres e saúde, tais como mutilação genital feminina, mulheres e HIV/AIDS, violência contra as mulheres e mulheres e tabaco.

576 *Lista anotada de sites relevantes*

Organização Mundial da Saúde, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas

www.who.int/reproductive-health

Esta seção do *site* da OMS contém informações sobre os projetos de pesquisa da OMS sobre saúde reprodutiva e da família, bem como *links* para várias versões de documentos da OMS, incluindo diretrizes para profissionais de saúde, informativos da OMS, e manuais de treinamento.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS) — Programa sobre Mulheres, Saúde e Desenvolvimento

<http://www.paho.org/default.htm> (inglês)

http://www.paho.org/default_spa.htm (espanhol)

Este *site* consiste em extensivos recursos da OPAS, que é o escritório regional inter-americano da Organização Mundial da Saúde. Este *site* contém dados relativos à saúde, publicações periódicas, bases de dados e outros documentos técnicos.

Partners for Health Reform-plus (PHRplus)

<http://www.phrproject.com/globali/mrh.htm>

O *site* é mantido pela PHRplus, uma agência americana para o desenvolvimento de projetos internacionais em políticas e sistemas de saúde. O *site* oferece extensos recursos de reformas, gerenciamento, financiamento e fortalecimento de políticas de saúde.

PopNet

<http://www.prb.org/PopTemplate.cfm>

O *site*, mantido pelo *Population Reference Bureau*, apresenta informações sobre temas de população, tais como estatísticas demográficas, econômicas, educacionais, ambientais, de gênero, de políticas e de saúde reprodutiva. Ele fornece um diretório compreensivo de *sites* relacionados à população, disponíveis por organização, região ou país e por tópicos, nos países.

Population Council

www.popcouncil.org

Este *site* inclui muitas informações sobre os esforços do Conselho a respeito de uma gama de questões de saúde reprodutiva e planejamento familiar, bem como diversos documentos publicados pelo Conselho.

Q Web: A Women's Empowerment Base

<http://www.qweb.kvinnoforum.se/main.html>

Este *site* é dirigido pelo Kvinnoforum, uma organização independente, trabalhando para enfatizar o empoderamento das mulheres em suas vidas pessoais, seu trabalho e no nível social, mundo afora. Este *site* contém artigos, referências e fóruns de discussão *online* nas áreas de igualdade de gênero, saúde das mulheres e sociedade, sexualidade, reprodução, violência e abuso, adolescentes e tráfico.

Reproductive Health Gateway

<http://www.rhgateway.org>

Este *site* é mantido pelo *Population and Health Materials Working Group (PHWMG)*, para encorajar a cooperação entre organizações, a eliminação de duplicação de materiais e a promoção da disseminação e a utilização dos materiais de cada organização. O *site* oferece acesso rápido à informações relevantes e precisas sobre saúde reprodutiva na internet. Disponibilizando *links* com diversos *sites* cuidadosamente selecionados por sua precisão, autoridade e relevância.

Reproductive Health Outlook

<http://www.rho.org>

O *site*, mantido pelo *Program for Appropriate Technology in Health (PATH)*, resumos atuais de resultados de pesquisas, experiências de programas e referências clínicas relativas a tópicos chave de saúde reprodutiva, bem como análises de implicações de políticas e programas.

Rising Daughters Aware

<http://www.fgm.org>

Este *site* é mantido pela *Rising Daughters Aware/FGM Network*. Consiste em extensa base de informações sobre práticas de mutilação genital feminina, incluindo artigos médicos e protocolos, textos legais, informações e *links*. Há também *links* úteis de várias organizações internacionais e ONG's.

Safe Motherhood

www.safemotherhood.org

Este *site* contém informações sobre iniciativas desenvolvidas pelo *Inter-Agency Group for Safe Motherhood*, criado em 1987 pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Unicef, Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial, a *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, e o *Population Council*. A agência visa examinar e avaliar o problema da morbi-mortalidade materna e recomendar soluções. *Links* para diversos informativos, panfletos e compilações de dados estão disponíveis.

UNAIDS

www.unaids.org

Este *site* inclui informações sobre os projetos, pesquisas, e conferências patrocinadas pela UNAIDS, visando o fortalecimento e o apoio a uma vasta e mundial resposta à epidemia do HIV/AIDS. Este *site* contém uma extensa coleção de documentos e publicações, incluindo dados por país sobre indicadores de prevalência de HIV e de prevenção, bem como os mais recentes relatórios globais, publicados pela organização.

578 *Lista anotada de sites relevantes*

Women Link Worldwide

<http://www.womenslinkworldwide.org>

Este *site* funciona como uma information clearinghouse precedentes judiciais que afetam os direitos das mulheres de várias regiões. Consiste em casos judiciais nacionais e casos judiciais decididos por cortes internacionais tais como as Cortes Interamericana e Européia de Direitos Humanos.

Women Watch

<http://www.un.org/womenwatch>

Um *site* das Nações Unidas que consiste de materiais sobre diferentes atividades dos órgãos das Nações Unidas, trabalhando para o avanço e para o empoderamento das mulheres. Também fornece *links* para diversas agências relevantes das Nações Unidas.

Women's Human Rights Resources (WHRR)

www.law-lib.utoronto.ca/Diana/mainpage.htm

Este *site* é mantido pelo *Women's Human Rights Resources Group* da *Bora Laskin Law Library* da Faculdade de Direito da Universidade de Toronto, em colaboração com bibliotecários de direito, advogados, estudantes, pesquisadores, ativistas e *experts* dos direitos humanos pelo mundo. A seção sobre direitos reprodutivos e saúde sexual contém lista anotada de artigos, documentos, casos e outras fontes sobre o assunto, muitas das quais têm *links* com versões integrais *online*. Além disso, o *site* fornece muitos tópicos específicos que contém informações relativas à saúde sexual e reprodutiva, incluindo, mas não limitando-se a: idade para o casamento, casamento e vida em família, saúde e bem-estar e violência contra as mulheres. Há também guias de pesquisa disponíveis *online*, que descrevem brevemente algumas estratégias para pesquisas nas áreas dos direitos humanos internacionais e dos direitos internacionais das mulheres.