

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS: conceituação, barreiras e deveres dos Estados-partes

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS: conceptualización, barreras y deberes de los Estados parte

Lívia de Meira Lima PAIVA¹

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)

Adriana Ramos MELLO²

Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ)

Isadora Vianna SENTO-SÉ³

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Resumo

Este artigo apresenta resultados de pesquisa acerca do tratamento da violência obstétrica no Sistema Interamericano de Direitos Humanos com objetivo de compreender como essa forma de violência é conceituada e quais os padrões internacionais são exigidos dos Estados-Partes. A pesquisa exploratória de natureza qualitativa se valeu de fontes documentais como relatórios temáticos, relatórios da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e sentenças da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Como resultados, identificamos que a conceituação da

¹ Doutora em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora efetiva do IFRJ e pesquisadora adjunta do Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia (Nupegre/Emerj) – E-mail: liviapaiva0@gmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0923-0083>.

² Doutorado em Derecho Público y Filosofía Jurídicopolítica pela Universitat Autònoma de Barcelona. Desembargadora no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ). Professora e conferencista da Emerj. Presidente do Nupegre, na Emerj, e coordenadora da Pós-Graduação *latu sensu* Gênero e Direito da Emerj. Formadora da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam) – E-mail: adrianaramos@tjrj.jus.br – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1756-6786>.

³ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPCIS/Uerj) e Nupegre/Emerj. É pesquisadora de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPCIS/Uerj), do Núcleo de Estudos sobre Desigualdades Contemporâneas e Relações de Gênero (Nuderg/Uerj) e pesquisadora adjunta do Nupegre/Emerj – E-mail: isadorasentose@gmail.com – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3579-5969>.

violência obstétrica compreende: o trato desumanizante, a medicação excessiva ou patologização de processos fisiológicos, o maltrato psicológico, a ausência de consentimento e a não observação de especificidades socioculturais e/ou contextuais. Barreiras de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos (DSR) foram mapeadas em três eixos: fatores estruturais dos serviços de saúde, leis e políticas limitadoras dos DSR e fatores culturais. Ao fim, foram desenvolvidos estudos de caso a partir de cinco precedentes: I.V vs. Bolívia, Manuela e outros vs. El Salvador, Brítez Arce e outros vs. Argentina, Beatriz e outros vs. El Salvador e Balbina Rodriguez Pacheco e outra vs. Venezuela.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Gestantes; Litigância internacional.

Resumen

En este artículo presentamos resultados de investigación sobre el tratamiento de la violencia obstétrica en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos con el objetivo de comprender cómo se conceptualiza esta forma de violencia y cuáles son los estándares internacionales que se exigen a los Estados-Partes. La investigación cualitativa exploratoria utilizó fuentes documentales como cuadernos temáticos e informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Como resultados, identificamos que la conceptualización de violencia obstétrica incluye: el trato deshumanizante, la medicación excesiva o patologización de procesos fisiológicos, el maltrato psicológico, la falta de consentimiento y la falta de observación de especificidades socioculturales y/o contextuales. Las barreras al acceso a los derechos sexuales y reproductivos (DSR) han sido mapeadas en tres ejes: factores estructurales de los servicios de salud, leyes y políticas limitadoras de los DSR y factores culturales. Por ende, se desarrollaron estudios de caso basados en cinco precedentes: I.V vs. Bolivia, Manuela y otros vs. El Salvador, Brítez Arce y otros vs. Argentina, Beatriz y otros vs. El Salvador y Balbina Rodriguez Pacheco y otra vs. Venezuela.

Palabras-clave: Derechos sexuales y reproductivos; Mujeres embarazadas; Litigio internacional.

Introdução

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero que se configura como grave violação de direitos humanos das mulheres – mais especificamente dos direitos à saúde e reprodutivos. Quando esses direitos não são observados, como ocorre em casos de restrições ao aborto seguro ou à falta de acesso a cuidados de saúde adequados, resta configurada a violação dos direitos humanos das mulheres, privadas de autonomia sobre seus corpos e suas decisões. Esses quadros de violações estão relacionados ao aumento da mortalidade materna, especialmente em locais/regiões onde os serviços de saúde são escassos ou inacessíveis, expondo as mulheres a riscos evitáveis durante a gravidez e o parto. A negação desses direitos

reforça desigualdades de gênero e aprofunda a vulnerabilidade das mulheres, afetando seu bem-estar físico, psicológico e social.

Embora os debates sobre violência obstétrica tenham ganhado vulto nos últimos anos, o acesso a direitos sexuais e reprodutivos (DSR) é, há décadas, uma pauta prioritária dos movimentos de mulheres na agenda internacional. No âmbito global, a Cedaw exige a eliminação da discriminação nos cuidados médicos, garantindo igualdade no acesso a serviços como planejamento familiar e cuidados na gravidez e parto. A Recomendação Geral nº 24 reforça o dever dos Estados de assegurar qualidade nos serviços de saúde, com consentimento informado e respeito à dignidade das mulheres.

O caso de Alynne Pimentel, analisado pelo Comitê Cedaw, expôs a negligência estatal na morte de uma gestante negra em Belford Roxo, destacando como fatores como gênero, raça e renda aumentam a vulnerabilidade e a necessidade de o Estado reduzir a mortalidade materna.

No Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH), a Convenção de Belém do Pará (2008) aborda a violência de gênero nos serviços de saúde. A CIDH tem analisado casos de violência obstétrica, como esterilização forçada e atendimento inadequado, ressaltando o impacto de estereótipos de gênero e fatores socioculturais, como pobreza e etnia. Este artigo reúne estândares do SIDH e casos que contribuem para conceituar a violência obstétrica e ampliam sua abordagem nos direitos humanos.

1. Metodologia

A pesquisa exploratória se fundamentou em quatro objetivos: 1) identificar recomendações e estândares internacionais exigidos dos Estados-Partes no dever de combate à violência obstétrica e garantia dos DSR, 2) compreender como a violência obstétrica é conceituada no SIDH, 3) mapear barreiras de acesso aos DSR de gestantes ou puérperas e 4) sistematizar precedentes sobre o tema.

Como não há um sistema de busca de precedentes próprios da CIDH e Corte IDH por tema e tampouco há um relatório temático sobre violência obstétrica nestas instituições, a estratégia adotada para alcançar os objetivos foi a revisão dos principais relatórios temáticos sobre gênero.

Cinco relatórios temáticos foram revisados: 1) *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*, 2) *Mujeres privadas de libertad en las Américas*, 3) *Violencia y*

discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, 4) Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes Anexo 1: Estándares y recomendaciones, 5) Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes Anexo 2: Impacto de casos.

Em seguida, outros dezesseis documentos secundários de autoria de outros órgãos e instituições de direitos humanos, referenciados nos cinco relatórios temáticos citados acima, também foram revisados. Ao final, foram identificados quatorze casos que abordam direta ou indiretamente a temática de violência obstétrica:

Tabela 1: Casos julgados na Corte IDH

	Caso	Ano de início	Mérito	Fase do procedimento
1	Maria Mamérita vs. Peru	1999	Histerectomia não consentida seguida de morte	Solução Amistosa
2	Brítez Arce e outros vs. Argentina	2001	Morte de gestante durante o parto	Condenação do Estado pela Corte IDH
3	Comunidade Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai	2001	Morte de gestante durante parto ocorrida em contexto mais amplo de violação de direitos de comunidade indígena	Condenação do Estado pela Corte IDH
4	Balbina Rodriguez Pacheco e outra vs. Venezuela	2002	Lesões graves causadas durante cesárea	Condenação do Estado pela Corte IDH
5	Cuscul Pivaral e outros vs. Guatemala	2003	Falta de atenção médica especializada a 5 mulheres grávidas soropositivas para HIV em contexto mais amplo de discriminação de pessoas HIV positivas.	Condenação do Estado pela Corte IDH
6	I.V vs. Bolívia	2007	Histerectomia não consentida	Condenação do Estado pela Corte IDH
7	F.S. vs. Chile	2009	Histerectomia não consentida	Solução Amistosa
8	Eulogia Guzman e seu filho vs. Perú	2009	Gestante indígena forçada a parir de supina. Queda de recém-nascido com grave lesão no crânio.	Informe de admissibilidade pela CIDH
9	Manuela e outros vs. El Salvador	2012	Criminalização de mulher após emergência obstétrica.	Condenação do Estado na Corte IDH

10	Beatriz e outros vs. El Salvador	2013	Negativa de interrupção da gravidez de feto anencéfalo e de risco para a gestante	Condenação do Estado pela Corte IDH
11	M.T.R e outras vs. El Salvador	2015	9 mulheres criminalizadas após sofrerem emergência obstétrica	Informe de admissibilidade pela CIDH
12	Carmen Helena Pardo Noboa vs. Equador	2015	Maus-tratos durante pré-parto e parto de mulher privada de liberdade	Informe de admissibilidade pela CIDH
13	Jacqueline Grosso Nuñez vs. Uruguai	2016	Falta de atendimento de qualidade em emergência obstétrica	Informe de admissibilidade pela CIDH
14	María y su hijo vs. Argentina	2018	Vício de consentimento no processo de adoção do filho de Maria, menor de idade.	Condenação do Estado pela Corte IDH

Fonte: CIDH. Elaboração das autoras

Neste artigo, a limitação de espaço fez com que as autoras optassem por um recorte dos casos: excluímos os casos que não se relacionam diretamente com o tema (Comunidade Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai) e os que não tiveram o mérito analisado pela CIDH. De igual forma, devido à limitação de espaço e suas especificidades pela violação de direitos de crianças e adolescentes, o caso María y su hijo vs. Argentina será abordado em outro artigo. Assim, na última seção, serão expostos cinco casos: I.V vs. Bolívia, Manuela e outros vs. El Salvador, Brítez Arce e outros vs. Argentina, Balbina Rodriguez Pacheco e outra vs. Venezuela e Beatriz e outros vs. El Salvador.

2. A proteção dos DSR e o dever de combate à violência obstétrica no Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH)

A violência obstétrica é considerada pela CIDH como uma forma de violência contra a mulher que viola direitos protegidos por tratados interamericanos de direitos humanos, sobretudo os dispostos na Convenção de Belém do Pará como: integridade física e psicológica, saúde, vida privada, autonomia e igualdade.

No informe *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, a CIDH adverte que concepções machistas e estereótipos são causadores desta forma de violência. Percepções discriminatórias de que o sofrimento faz parte do parto, de que a mulher não tem capacidade de se autodeterminar ou de que corpos femininos, objetificados, se destinam

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS

exclusivamente à satisfação do prazer sexual são apontados pela CIDH como fatores determinantes para a violência obstétrica (OAS, 2019, p. 92).

No contexto do SIDH, a violência obstétrica é entendida como “ações ou omissões por parte dos médicos, profissionais da saúde, públicos ou privados, durante a atenção no processo de gestação, parto e pós-parto, que se caracterizam por um trato desumanizante ou discriminatório que causam dano físico, psicológico ou moral à mulher” (OAS, 2019, p. 92).

No informe *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas* a CIDH estabelece que a violência obstétrica contempla situações de desrespeito, abuso, negligência ou de negação de tratamento, durante a gravidez e a fase anterior, durante o parto ou pós-parto, em centros de saúde pública ou privada. Ainda segundo a definição da CIDH, essa forma de violência pode se manifestar durante a prestação de serviços de saúde materna a uma mulher, por meio de ações como: a negação de informações completas sobre sua saúde e os tratamentos aplicáveis; a indiferença a dor; humilhações verbais; intervenções médicas forçadas ou coagidas; formas de violência física, psicológica e sexual; práticas invasivas; e o uso desnecessário de medicamentos, entre outras manifestações (OAS, 2017).

A CIDH reconhece que concepções estereotipadas sobre corpos e experiências de maternidade, como a ideia de que é preciso sofrer no parto ou de uma suposta incapacidade de tomar decisões, resultam na discriminação de mulheres. O respeito à autonomia envolve tanto a necessidade de obtenção do consentimento livre, pleno e informado acerca dos procedimentos que serão realizados quanto a educação prévia, capaz de habilitar as mulheres a adotarem decisões em todos os níveis acerca da saúde, sexualidade e reprodução.

A pesquisa nos informes temáticos da CIDH permitiu a criação de cinco categorias dessa forma de violência: 1) trato desumanizante (indiferença à dor, longa espera pelo parto, imobilização do corpo e partos sem anestesia, falta de confidencialidade), 2) medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos (práticas invasivas, medicação injustificada, utilização de técnicas de aceleração desnecessárias), 3) maltrato psicológico (piadas, humilhações verbais, omissão de informação e infantilização), 4) ausência de consentimento da mulher (realizar cesárea sem consentimento quando há condições para o parto natural, esterilização ou “ponto do marido”⁴) e 5) não observação de especificidades

⁴ A expressão “ponto do marido” designa procedimento cirúrgico de suturar, mais do que o necessário, o períneo de uma mulher depois de ter sido rompido ou cortado durante o parto. O objetivo alegado é apertar a abertura da vagina e, assim, aumentar o prazer de seu parceiro sexual masculino durante a penetração sexual.

socioculturais ou contextuais (formas de parir de mulheres indígenas ou necessidades específicas de mulheres privadas de liberdade).

Em 2013, representantes dos países participantes da *Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe* adotaram o *Consenso de Montevideo*, que prevê, na medida prioritária de número 43, o dever de garantir o acesso efetivo à atenção obstétrica humanizada, qualificada, institucional e de qualidade durante a gravidez, parto e puerpério. A medida prioritária de número 45 determina o aprimoramento da atenção humanizada dos cuidados pré-natais, parto e nascimento que devem observar as necessidades das mulheres, crianças e da família, além das especificidades culturais (CEPAL, 2013).

Em 2018, o monitoramento “*Mira que te miro*” (IPPF/RHO, 2018) realizou um levantamento da implementação dos compromissos firmados em Montevideu. Dos 11 temas que compõem a pesquisa, o pior desempenho do Brasil está no ranking de parto humanizado, no qual ocupa a 18ª colocação. As recomendações gerais aos países neste tema envolvem a criação ou fortalecimento de sistemas de denúncia e sanção de práticas de violência obstétrica, capacitação dos profissionais da saúde e tipificação da violência como uma expressão grave da violência de gênero.

Especificamente ao Brasil, o relatório contém as seguintes recomendações: fortalecimento do caráter laico do Estado com relação a tomada de decisões sobre DSRs, assegurar que a objeção de consciência não se constitua como barreira ao acesso ao aborto seguro, modificar a legislação para permitir o aborto de forma livre, eliminar a violência obstétrica e aprimorar os serviços de saúde reprodutiva.

A revisão de informes temáticos de gênero e de documentos vinculados aos casos (como relatórios e sentenças) também possibilitou a identificação de recomendações feitas pela CIDH e Corte IDH. Identificamos em 7 categorias o conjunto de práticas que devem ser adotadas pelos Estados a partir da aplicação dos padrões internacionais para o tema: 1) o reconhecimento da violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres, 2) a regulamentação da sanção de práticas de violência obstétrica, 3) a realização de campanhas de sensibilização para que mulheres conheçam seus direitos e identifiquem esta forma de violência, 4) a criação de mecanismos de denúncia que permitam o efetivo acesso à justiça, 5) garantir acesso à informação que garanta a autonomia e possibilite a participação das mulheres na livre escolha sobre procedimentos relativos à gravidez, 6) a formação de profissionais de

saúde sobre a proteção de DSR das mulheres e 7) aplicação da perspectiva de gênero nos procedimentos e expedientes judiciais que apurem a prática de violência obstétrica.

2.1. Barreiras identificadas para acesso ao serviço de saúde materna

A efetividade dos DSRs depende da eliminação de barreiras de acesso aos serviços saúde. Os informes revisados revelam três dimensões de obstáculos impostos ao acesso: 1) fatores estruturais dos serviços *per se*, 2) leis e políticas que regulam o serviço e 3) fatores culturais que limitam a autonomia das mulheres. Os estereótipos de gênero desempenham papel fundamental nas três dimensões para agravar as barreiras de acesso a este serviço, já que a discriminação pode ser praticada pelo profissional, pela legislação ou pela própria comunidade.

Categorizadas como fatores estruturais, as barreiras identificadas na América Latina para o pleno acesso à saúde e aos DSR são: preço dos serviços; horários de atendimento limitados; falta de equipamento e insumos para atender emergências obstétricas; distribuição geográfica dos equipamentos de saúde, em especial nas áreas rurais; ausência, precariedade ou alto custo de transporte público para acessar as unidades de saúde; falta de capacitação da equipe de saúde; e ausência de informação sobre os serviços disponíveis ou sobre o momento oportuno de buscar ajuda médica a fim de evitar complicações na gravidez (PAHO, 2001).

A segunda dimensão de barreiras ao acesso à saúde materna diz respeito à ausência de normativa sobre saúde reprodutiva e políticas públicas para difusão de informações sobre saúde materna. A legislação também pode impactar negativamente o acesso quando reproduz estereótipos de gênero cerceadores da autonomia de meninas e mulheres. Assim, são considerados barreiras ao pleno acesso à saúde materna os dispositivos legais que limitam a capacidade civil de mulheres, ao demandarem autorização de maridos e familiares para realizar de procedimentos médicos ou obter contracepção, que facilitam a esterilização forçada ou reproduzem estereótipo de incapacidade de mulheres tomarem decisões de forma autônoma.

Neste sentido, o Comitê Cedaw estabeleceu que são discriminatórias leis como as indonésias que exigem que mulheres casadas obtenham autorização de seus esposos para acessar certos serviços de saúde reprodutiva e, portanto, violam dispositivos da Cedaw (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2003). A discriminação por estado civil, presente em práticas e legislações na área do direito de família, contribui para a estigmatização e reduz o acesso ao

serviço de saúde de qualidade de mulheres que engravidam “fora do casamento” ou em decorrência de uma violência sexual (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2003).

Por fim, a última dimensão observada se relaciona com barreiras ao acesso que provêm das famílias e da sociedade em geral. O acesso e a utilização dos serviços de saúde por mulheres e meninas são influenciados por fatores culturais e ideológicos, tais como a falta de liberdade para agir sem permissão dos maridos ou familiares mais velhos, quando, por exemplo, estes precisam consentir com determinado procedimento médico ou impõem resistência à consulta realizada por profissionais do sexo masculino. A necessidade de autorização para fazer uso de métodos contraceptivos (ainda que não seja exigência legal) é citada pela Organização Pan-americana de Saúde como uma barreira cultural imposta que limita a autonomia de meninas e mulheres (PAHO, 2001). O acesso também pode ser limitado por uma negligência social ou comunitária de cuidados específicos de saúde reprodutiva, por custos de tempo e dinheiro ou problemas de mobilidade física.

2.2. Dever de eliminar estereótipo e adoção de perspectiva interseccional no acesso à saúde materna

O pleno acesso aos DSRs será garantido quando especificidades culturais forem observadas e respeitadas. A mirada interseccional revela que mulheres pobres tendem a postergar os cuidados com a saúde devido a sobrecarga com as múltiplas jornadas de trabalho e cuidados domésticos.

Na América Latina, a falta de adequação dos serviços de saúde a particularidades culturais, tradições e crenças de mulheres indígenas e/ou afrodescendentes é considerada violação de direitos humanos. Essa e outras formas de violência institucional que discriminam mulheres com base em estereótipos constituem barreiras ao acesso aos DSR na medida em que desestimulam a busca por ajuda médica. A ausência de intérpretes em comunidades que se comunicam através de línguas não oficiais dos Estados constitui um obstáculo a mais.

A falta de incorporação das distintas cosmovisões partilhadas por mulheres indígenas, seja nas políticas públicas ou por profissionais de saúde no atendimento a cada caso, resulta em discriminação que vão desde a obrigação a realizar o parto em posição predeterminada pela literatura médica ocidental (de supina, como o caso de Eulogia Guzman), o que contraria algumas práticas culturais, até a esterilização forçada. Como será observado adiante, a violação

de DSRs de mulheres indígenas gestantes tem ensejado demandas internacionais e a responsabilização de Estados latino-americanos, a exemplo dos casos *Maria Mamérita vs. Peru*, *Eulogia Guzmán vs. Perú* e *Xákmok Kásek vs. Paraguai*.

A CIDH recomenda que os Estados adotem sete princípios nas políticas para mulheres indígenas: empoderamento, interseccionalidade, autodeterminação, participação ativa, incorporação de suas perspectivas, indivisibilidade e dimensão coletiva. Os Estados devem respeitar a compreensão dessas mulheres sobre seus direitos humanos, tanto individuais quanto coletivos, incluindo sua relação com o território e recursos naturais. A observância da dimensão coletiva exige uma análise integral que abrange aspectos físicos, sociais, mentais, ambientais e espirituais, considerando não apenas os instrumentos internacionais, mas também como as mulheres indígenas os interpretam em sua realidade (OAS, 2017; CEPAL, 2009).

Em 2021, a Comissão concedeu medidas cautelares em favor de 7 mulheres indígenas grávidas da etnia Wichí que se escondiam nas montanhas por medo das autoridades de segurança da província de Formosa, na Argentina (OAS, 2021). Segundo o argumentado pelas denunciante, as mulheres não teriam acesso aos cuidados médicos de que necessitariam para gravidez e parto, encontrando-se assim numa situação grave e urgente de risco de danos irreparáveis.

Outro grupo considerado de especial risco pela CIDH é o de mulheres privadas de liberdade. No relatório “*Mujeres privadas de libertad en las Americas*” a CIDH afirma que de forma geral nas prisões da região o tratamento conferido às gestantes é o mesmo destinado às demais. A falta de uma abordagem diferenciada que atenda à condição específica viola direitos além de gerar especial ameaça à vida e integridade. Os principais problemas enfrentados por grávidas, puérperas e lactantes privadas de liberdade, segundo o relatório, estão ligados a: 1) falta de programas e espaços adequados, 2) cuidados de saúde pré e pós-natais deficientes, 3) nutrição inadequada, 4) uso de meios de coerção, 5) ausência de protocolos ou desconhecimento de agentes penitenciários sobre sinais de começo de trabalho de parto, 6) condições anti-higiênicas dos partos que ocorrem nas celas, 7) utilização de algemas no traslado da paciente e durante o parto que impactam na saúde da mulher e da criança (causando hemorragias ou diminuição do pulso) e 8) ausência de acompanhante durante e depois do parto (OAS, 2023).

A seguir, apresentamos os casos concretos que pudemos identificar durante a leitura dos Informes da CIDH e da citação de precedentes nas sentenças e relatórios de casos. O objetivo é apresentar a demanda e as recomendações estabelecidas para os Estados-Partes.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS

3. Casos de violência obstétrica julgados pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos

A falta de atendimento eficaz às mulheres durante o parto, seja no setor público ou privado, ensejou a responsabilização de Estados no SIDH. Como se verá adiante, a interseccionalidade da violência está presente nos casos analisados: mulheres negras, imigrantes, jovens, indígenas, pobres e as que se encontram privadas de liberdade são partes demandantes nos litígios internacionais.

Destacamos aqui alguns casos que tramitaram no SIDH e que possuem análise de mérito realizada pelo menos pela CIDH. Os casos revelam as cinco categorias de formas de violência obstétrica apontadas anteriormente: trato desumanizante, medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos, maltrato psicológico, ausência de consentimento da mulher para realizar procedimentos e não observação de especificidades socioculturais ou contextuais.

3.1. Caso Cristina Britez Arce vs Argentina

Cristina Britez Arce era paraguaia, tinha 38 anos e estava grávida de seu terceiro filho. Durante sua gestação, considerada de risco, Cristina buscou atendimento em algumas unidades de saúde sem que obtivesse atendimento correspondente com a complexidade de seu caso. Em junho de 1992, ingressa em hospital público por conta de dores nas costas, febre e perda de líquido pelo órgão genital. Após a realização de exames, verificou-se o óbito do feto e Cristina foi internada para que a indução do parto fosse realizada. Após 4 horas de trabalho de parto, Cristina faleceu. As quatro ações criminais para apurar a conduta de médicos e peritos resultaram em absolvições e o processo cível instaurado foi julgado improcedente.

Em 2001, os dois filhos de Cristina apresentaram petição à CIDH. As violações do Estado elencadas foram: falta de informações e cuidados à gestante no pré-natal, descaso com os fatores de risco existentes na gestação e a ausência de transparência na investigação dos fatos pelas autoridades estatais.

Em 2019, no Relatório de Mérito nº 236/2019, a Comissão realizou as seguintes recomendações ao Estado: 1) reparar integralmente as vítimas no aspecto material e imaterial por meio de medidas de compensação econômica e satisfação, 2) disponibilizar atendimento de

saúde mental aos filhos da vítima e 3) capacitar profissionais de saúde para atendimento de qualidade a mulheres grávidas ou em procedimento de parto.

Em 2021, duas décadas após o início da tramitação do caso, a Corte IDH considerou o Estado responsável pela violação, com relação à Cristina Britez Arce, dos direitos à vida e à integridade pessoal e saúde (arts. 4.1, 5.1 e 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos - CADH), e com relação a seus filhos, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial (arts. 8.1 e 25.1 da CADH e art. 7 da Convenção de Belém do Pará) e direito à integridade pessoal, à proteção da família e da criança (arts 5.1, 17.1 e 19 da CADH).

A reparação integral estabelecida pela Corte em sentença se deu por meio do estabelecimento de medida de reabilitação, como o pagamento de despesas de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico aos filhos de Cristina, de medidas de satisfação, com a exigência de publicação do resumo oficial da Sentença, de garantias de não repetição, com a estruturação de campanha publicitária destinada a sensibilização aos direitos relacionados à gravidez e situações que podem constituir casos de violência obstétrica e medida indenizatória em razão de danos materiais e não-materiais.

3.2. Manuela e outros vs. El Salvador

Manuela estava grávida quando sofreu uma emergência obstétrica em 2008 em função de uma pré-eclâmpsia. Socorrida por seus pais, foi levada ao hospital onde foi atendida. Sob suspeita de que a paciente havia provocado um aborto, a médica quebrou o sigilo e comunicou ao Ministério Público que iniciou investigação. Manuela foi presa em flagrante por suposta prática de homicídio de seu filho recém-nascido e algemada à cama da unidade hospitalar onde estava internada.

A ação penal movida contra Manuela maculou uma série de garantias judiciais. O processo foi marcado por trocas de defensor e poucos argumentos articulados para defender a ré. Após a condenação, a não interposição de recurso revela atuação defensiva lesiva aos interesses de Manuela que permaneceu indefesa, fato posteriormente reconhecido pela Corte IDH.

Manuela foi condenada a 30 anos de prisão pelo delito de homicídio qualificado em 2009. Enquanto cumpria pena, foi diagnosticada com linfoma de Hodgkin e esclerose nodular. Iniciou tratamento em uma unidade de saúde, onde faleceu em 2010. Cumpre ressaltar que, em

1998 a legislação de El Salvador passou por uma reforma que recrudescer a resposta penal a uma série de condutas. O novo Código Penal, em vigor à época dos fatos, havia suprimido as excludentes de ilicitude em caso de aborto e um tratamento penal mais brando conferido à mulher que matasse seu filho nas 72h seguintes ao parto sob “emoção violenta”.

Em 2012, a CIDH recebeu petição demandando apuração da responsabilidade do Estado de El Salvador sobre os fatos. Em 2018, a Comissão apresentou Relatório de Mérito que concluiu pela violação dos direitos à vida, liberdade pessoal, garantias judiciais, vida privada, igualdade perante a lei, proteção judicial e direito à saúde.

A matéria controvertida, objeto de análise da Corte IDH, dizia respeito ao tratamento médico com violação de sigilo profissional e a observação do devido processo legal durante a prisão preventiva, julgamento e condenação de Manuela.

Ao submeter o caso à jurisdição do tribunal interamericano, a Comissão argumentou que a discriminação sofrida por Manuela esteve alicerçada em estereótipos que influenciaram a fase investigatória, o decurso do processo penal e a condenação. Outro ponto ressaltado diz respeito à indissociabilidade dos estereótipos aplicados no processo penal da condição de pobreza, analfabetismo e gênero de Manuela.

No caso, a Corte IDH ressaltou que objetividade de agentes estatais é afetada quando estereótipos são mobilizados para desacreditar depoimentos e passam a expressar opinião pessoal sobre fatos que deveriam ser apurados de forma imparcial. O julgamento com base em estereótipos viola o direito às garantias judiciais, como o direito a ser julgada de forma imparcial e à presunção de inocência. Durante a investigação criminal, a culpabilidade – e não a inocência – de Manuela esteve presumida, fundamentada em um preconceito de que uma mãe abnegada teria feito qualquer coisa para proteger seu filho. A policial responsável pela apuração preliminar afirma em documento oficial de investigação que “não se omite de se manifestar quanto investigadora e mulher” e opina sobre o que a vítima deveria ter feito enquanto mãe, forjando a culpa de forma premeditada e estereotipada (CORTE IDH, 2021, p. 45).

A violação da imparcialidade subjetiva também é observada na sentença quando valora a ação de Manuela com base em um “instinto materno”. No caso, os estereótipos articularam uma série de presunções desfavoráveis: de que a criança era fruto de uma infidelidade e, por isso, não desejada; então, ao tirar a vida da criança para esconder desonra própria, Manuela teria agido contra o instinto materno e de forma dolosa. As provas que indicavam o estado debilitado de saúde foram apreciadas com o devido zelo.

Em apertada síntese, a Corte IDH considerou o Estado responsável pela violação: 1) dos direitos à liberdade pessoal e à presunção de inocência; 2) do direito à defesa; 3) do direito de ser julgado por um tribunal imparcial; 4) da obrigação de não aplicar a legislação de forma discriminatória; 5) do direito de não ser submetido a penas cruéis, desumanas ou degradantes, 7) da obrigação de garantir que a finalidade da pena privativa de liberdade seja a reforma e a readaptação social dos condenados; 6) do direito à vida, à integridade pessoal e à vida privada; 7) dos direitos à igualdade perante a lei e à saúde; além do descumprimento de obrigações previstas no artigo 7.a) da Convenção de Belém do Pará, em prejuízo de Manuela (CORTE IDH, 2021). Reconheceu-se ainda a violação do direito à integridade pessoal dos filhos de Manuela, bem como de seu pai e sua mãe (art. 5.1 da CADH).

As reparações incluíram: 1) medidas de satisfação, com a publicação da sentença; realização de ato público para reconhecimento da responsabilidade internacional e concessão de bolsas aos filhos de Manuela, 2) medidas reabilitação com o fornecimento de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico aos pais de Manuela, 3) de não repetição, como a obrigatoriedade de regulação do segredo profissional médico; de desenvolvimento de um protocolo médico para atenção a emergências obstétricas; de regulamentação da prisão preventiva; desenvolvimento de curso de capacitação a profissionais de saúde do hospital em que ocorreram os fatos e do sistema de justiça; adequação da pena nos crimes de infanticídio; elaboração e implementação de um programa de educação sexual/reprodutiva e garantia de atenção integral nos casos de emergências obstétricas e 4) indenização por danos patrimoniais, danos imateriais e reembolso de custas.

A sentença ainda faz menção a obrigação de realização do controle de convencionalidade por magistrados(as) do país enquanto a alteração legislativa não ocorre.

3.3. Caso I.V vs. Bolívia

I.V., de origem peruana, conseguiu em 1994 reconhecimento de sua condição de refugiada política após dois episódios de prisão e diversos de perseguição, abusos físicos, sexuais e psicológicos por parte da Direção Nacional Contra o Terrorismo do Peru. Em 2000, a senhora I.V., após rompimento da bolsa, ingressou no Hospital da Mulher de La Paz.

Ao constatar cesárea anterior, a ausência de trabalho de parto e que o feto estava na posição transversal, a equipe médica decidiu submeter a paciente a cesárea. Após o nascimento

do bebê e com a mãe ainda sedada, a equipe optou pela ligadura de trompas de Falópio (também denominada salpingectomia bilateral) com o método pomeroy considerado pela vítima como “radical”, segundo seu depoimento colacionado na sentença da Corte (CORTE IDH, 2016, p.23).

Nos meses seguintes a paciente foi diagnosticada com restos placentários no endométrio, motivo pelo qual foi submetida a nova cirurgia. A saúde mental de I.V. se deteriorou com crises severas de ansiedade que motivaram sua internação em uma clínica de La Paz em 2013 e posterior medicação.

Em 2007, a Comissão recebeu demanda do *Defensor del Pueblo* da República da Bolívia para que apurasse a responsabilidade do Estado pela esterilização forçada de I.V. e imposição de barreiras ao acesso à justiça. Em 2014, no Relatório de Mérito nº 12/14, a CIDH considerou o Estado responsável, em apertada síntese, pela violação dos direitos: à integridade física, às garantias judiciais, à proteção da honra e dignidade contra ingerências arbitrárias, à liberdade de pensamento e expressão, à proteção da família e à proteção judicial.

As recomendações direcionadas à parte lesada incluem: compensar danos materiais e morais, proporcionar tratamento médico adequado e investigar os fatos relativos à esterilização estabelecendo as responsabilidades e eventuais sanções. Como medidas de não repetição estabeleceu: a revisão de políticas e práticas de hospitais, adotar leis, políticas públicas e programas direcionados a assegurar que se respeite o direito à informação em matéria de saúde, investigar os gargalos no Poder Judiciário que resultam em dilações excessivas de prazos e procedimentos judiciais, na contramão de uma administração de justiça diligente.

O Relatório de Mérito aborda dois pontos relevantes levados à Corte IDH: 1) a interseccionalidade da violência que vulnerabiliza especialmente algumas mulheres e 2) o impacto dos estereótipos de gênero na imposição de barreiras ao acesso a serviço de saúde materna.

A interseccionalidade é mobilizada pela CIDH ao mencionar “múltiplas formas de discriminação que afetam o gozo e o exercício de direitos humanos por parte de alguns grupos de mulheres, como I.V., com base na intersecção de diversos fatores, como o sexo, a condição de migrante e a posição econômica” (CORTE IDH, 2016, p. 41)

Com relação a este primeiro argumento, embora a Corte reconheça que em diversos países a esterilização é utilizada em determinados grupos mais vulneráveis de mulheres, no caso em questão afirma não ter verificado que a decisão de ligadura de trompas tenha como

motivação sua origem nacional, condição de refugiada ou posição socioeconômica. No entanto, reconhece de forma vaga, que estes fatores têm impacto na “magnitude dos danos sofridos”.

Os argumentos de discriminação com base em estereótipos encontram mais eco. Segundo Relatório de Mérito, a Comissão observou indícios de que “a atuação da equipe médica que realizou a cirurgia de I.V. esteve influenciada por estereótipos de gênero sobre a incapacidade de as mulheres decidirem autonomamente a respeito de sua própria reprodução” (CORTE IDH, 2016, p. 41). Essa concepção estereotipada é expressa quando a equipe médica se sente mais capacitada a tomar a decisão sobre a esterilização, controle de reprodução e o corpo de uma mulher do que a própria.

Na sentença, a Corte reconhece que a limitação da autonomia de escolha da mulher ocorre por distintos motivos, dentre os quais: discriminações no acesso aos serviços de saúde, assimetrias de poder a respeito do cônjuge, da família, comunidade e equipe médica e estereótipos de gênero nos serviços de saúde. Recorda também que fatores socioculturais como raça, posição socioeconômica, deficiência física ou a existência de comorbidades como o HIV impactam na vulnerabilidade e não podem limitar a liberdade ou servirem como autorizadores implícitos de procedimentos de esterilização.

Vale destacar o reconhecimento de que a ausência de informações adequadas acerca de DSR pode levar a adoção de posições “menos assertivas” por parte das mulheres e/ou “mais paternalistas” por parte dos médicos. Nestes casos, abre-se espaço para o exercício de poder médico, que usurpa a autonomia da vontade de mulheres e se julga mais apto a tomar decisões. Por este motivo, a garantia de gozo dos DSR está intimamente vinculada ao acesso à informação por parte das mulheres.

Três estereótipos são apontados pela Corte como mais frequentes nos serviços de saúde: 1) a compreensão de que as mulheres são mais vulneráveis, incapazes de tomar decisões conscientes, por isso devem ser tuteladas por profissionais, 2) a percepção de que mulheres são mais inconstantes e impulsivas, logo necessitam de alguém estável capaz de tomar decisões, como um “homem protetor” e 3) a contracepção é assunto feminino e, portanto, o controle reprodutivo deve ser realizado no corpo da mulher (e não no do homem). Ressalte-se que neste terceiro aspecto apontado pela Corte há uma dupla dimensão do estereótipo: o corpo da mulher como único a ser objeto da contracepção e a atribuição da “escolha” do método contraceptivo à mulher. No caso de I.V., os médicos buscam o marido para autorizar o procedimento de esterilização no corpo da esposa, como se ele tivesse legitimidade para tomar decisões ou como

se a paciente não pudesse escolher e precisasse ser tutelada – pelo saber médico ou pelo companheiro.

No caso, a Corte considerou que o médico responsável pela cirurgia o fez movido por ideia “paternalista e injustificada” de proteção ao considerar que a sra. I.V. não era capaz de tomar decisões e concepções estereotipadas de que a contracepção deve recair sobre o corpo “responsável” pela reprodução, isto é, o da mulher (CorteIDH, 2016).

A Corte considerou, de forma resumida, o Estado responsável pela violação dos direitos à integridade pessoal, à liberdade pessoal, à dignidade, à vida privada e familiar, ao acesso à informação e à constituição de família (arts. 5.1, 5.2., 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 e 17.2 da CADH) e dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial (artigos 8.1 e 25.1 da CADH), em relação às obrigações de respeitar e garantir esses direitos e de não discriminar, bem como pelo descumprimento de suas obrigações positivas de prevenir e remediar situações discriminatórias (art. 7, a, b, c, f e g da Convenção de Belém do Pará), em detrimento da Sra. I.V.

Como medida de reparação diretamente à vítima, a sentença estabeleceu o dever de indenizar por danos materiais e imateriais além de proporcionar tratamento médico e, especificamente em saúde sexual e reprodutiva, bem como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Como medidas de satisfação estabeleceu a publicação da sentença e realização de ato público de reconhecimento de responsabilidade internacional pelos fatos. Já as medidas de não repetição abrangeram a obrigatoriedade: 1) de elaborar uma publicação ou cartilha que desenvolva de forma sintética, clara e acessível os direitos das mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva, com menção específica ao consentimento prévio, livre, pleno e informado e 2) adotar programas permanentes de educação e formação dirigidos a profissionais do sistema de saúde e segurança social, sobre questões envolvendo consentimento informado e gênero.

3.4. Balbina Rodriguez Pacheco e outra vs. Venezuela

Em 1998, Balbina Rodriguez Pacheco, médica cirurgiã, foi vítima de violência obstétrica que resultou em sua incapacidade parcial permanente. Após dar à luz e a constatação de acretismo placentário que ocasionou uma hemorragia severa, Balbina solicitou que fosse realizada uma histerectomia, inclusive com a anuência do marido, que também é médico. Malgrado sua qualificação, conhecimento técnico e solicitação, foi ignorada ao ter seu pedido

de histerectomia negado pelo médico cirurgião. Reiterou ainda sua vontade afirmando que “preferia estar viva e sem útero” pela alta mortalidade que essa complicação apresentava, mas sem sucesso. A paciente foi operada e enviada ao quarto.

Quatro horas depois do parto e com nova hemorragia, Balbina voltou ao centro cirúrgico para realização da histerectomia. Posteriormente, ainda foi submetida a mais cinco intervenções cirúrgicas que lhe causaram sequelas graves como a perda de mobilidade e autonomia física.

Ao apresentarem a denúncia à CIDH, os representantes de Balbina indicaram a violação do direito à saúde reprodutiva em decorrência do impacto desproporcional que a omissão médica gerou na integridade pessoal da paciente e do fundamento em estereótipo de gênero na escolha médica (a decisão do cirurgião principal de preservar o aparelho reprodutor feminino acima da autonomia da mulher). Acrescentaram que a recusa de realizar uma histerectomia subtotal representava um desrespeito à sua vontade e uma negação de sua autonomia reprodutiva. Também sustentaram que a ausência de devida diligência na apuração interna das denúncias configuraria violação às garantias judiciais, ao direito à duração razoável do processo e ao efetivo acesso à justiça. A ação penal decorrente das denúncias de Balbina foi arquivada devido à prescrição após mais de 13 anos.

Por meio do Relatório de Mérito nº 332/2020, a CIDH concluiu que a Venezuela foi responsável pela violação dos direitos à integridade pessoal, à saúde, às garantias judiciais e à proteção judicial previstos na CADH.

A Comissão concluiu pela existência de má prática médica e deficiências na prestação do serviço de saúde. Sobre a violação das garantias judiciais, a Comissão considerou que o processo penal esteve impregnado de violações dos princípios orientadores do devido processo legal, como: resoluções de incompetência judicial para decidir, decisões da promotoria incompletas e carregadas de previsíveis nulidades que os tribunais posteriormente resolveram, numerosos não comparecimentos de promotores nas audiências judiciais de instrução, bem como excessivas decisões de reserva dos processos (que impediam o acesso da vítima), que ultrapassaram o limite legal.

Dentre as recomendações ao Estado venezuelano, destacam-se o desenvolvimento de programas e políticas sobre a devida prevenção e investigação de possíveis casos de violência obstétrica, levando em consideração a diligência necessária e um prazo razoável para a resolução. O caso foi enviado à Corte IDH em 2021 e sentenciado em setembro de 2023 com reconhecimento da responsabilidade da Venezuela. Ao tratar dos estereótipos, a Corte afirma

que mulheres continuam vulneráveis a sofrer violações dos seus DSRs, na maioria dos casos por meio de práticas discriminatórias que são consequência da aplicação de estereótipos em seu detrimento (CORTE IDH, 2023).

A Corte IDH considerou ainda o dever do Estado de fiscalizar os serviços de saúde privados, a obrigação de estabelecer mecanismos de denúncia oportunos, adequados e eficazes que reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres e o dever de investigar os fatos com a devida diligência, punir eventualmente os autores da referida violência e proporcionar à vítima uma indenização efetiva com reparação dos danos.

Por fim, considerou o Estado responsável pela violação da garantia de acesso à justiça devido à falta da devida diligência e a não duração razoável do processo (arts 8.1 e 25.1 da CADH, bem como o artigo 7.b), f) e g) da Convenção de Belém do Pará), do direito à saúde (art. 26 da CADH) e do direito à integridade pessoal da mãe de Balbina (art. 5.1 da CADH).

A Corte estabeleceu como primeira recomendação o dever de investigar, dentro de um prazo razoável, os funcionários acusados de irregularidades e, após o devido processo, aplicar as sanções administrativas, disciplinares ou criminais correspondentes. Como medida de reabilitação, firmou a obrigação de pagamento de quantia para despesas com tratamento médico. A publicação da sentença foi indicada como medida de satisfação. Duas ações foram estabelecidas como garantias de não repetição: 1) o desenvolvimento de programas de capacitação no Ministério Público e no Poder Judiciário para investigação de possíveis casos de violência obstétrica levando em consideração os padrões interamericanos em matéria de devida diligência e prazo razoável, com perspectiva de gênero e 2) a realização de programas de formação e educação continuada destinados estudantes de medicina e profissionais que trabalham com saúde reprodutiva, em centros de saúde públicos e privados, sobre os direitos à saúde materna e a discriminação com base em estereótipos de gênero.

Por fim, condenou o Estado ao pagamento de danos materiais e morais em favor de Balbina e sua mãe, assim como o pagamento de custas a ambas.

3.5. Beatriz e outros vs. El Salvador

Em 2011, aos vinte anos, em situação de extrema pobreza, Beatriz deu à luz um filho após parto de alto risco devido a diagnóstico de lúpus eritematoso, nefropatia lúpica e artrite

reumatoide. Durante o parto, o médico sugeriu a esterilização cirúrgica, devido ao risco de uma nova gravidez que poderia agravar seu quadro de saúde, o que não foi aceito por Beatriz.

Em 2013 Beatriz engravida novamente e tem como diagnóstico uma má-formação congênita no feto, com anencefalia, indicando-se, ainda, que com a continuação da gravidez a gestante corria risco de vida. Ante a proibição de aborto terapêutico na legislação de El Salvador, a defesa de Beatriz ingressa com ação na justiça salvadorenha pleiteando a interrupção da gravidez, sem sucesso. À época, a Oficina de Alto Comissariado das Nações Unidas advertiu a Suprema Corte de El Salvador de que a decisão de obrigar a gravidez se revelava claramente contrária à proteção de direitos humanos e poderia constituir um ato cruel, desumano e degradante.

A CIDH outorgou medidas cautelares à Beatriz com fundamento em parecer de comitê médico do hospital que recomendava a interrupção da gravidez devido a absoluta inviabilidade de vida extrauterina sob pena de sérios riscos de morte materna. Diante da negativa do Estado, a Comissão apresenta à Corte solicitação para adoção de medidas provisórias com objetivo de salvaguardar a vida e integridade pessoal de Beatriz que foram prontamente outorgadas. (OEA, 2013)

O parto ocorre com o previsível falecimento do recém-nascido e algumas complicações que fazem com que Beatriz permaneça mais alguns dias internada.

Na petição apresentada perante a CIDH os representantes de Beatriz alegam violação do direito à vida, à integridade pessoal e à saúde, diante da negativa de interrupção da gravidez e dos direitos e garantias judiciais de proteção pela inexistência de um recurso interno adequado a salvaguardar oportunamente seus direitos. Também afirmaram que a criminalização do aborto, feita de forma vaga, atenta contra o princípio da legalidade e permite uma margem abrangente para criminalização de mulheres por delitos mais severos como homicídio agravado, tal como se deu no caso de Manuela, apresentado acima. Asseveraram que ao manter esse tipo penal, o Estado deixa de cumprir o estabelecido no art. 2 da CADH acerca da obrigação de modificar ou abolir leis e práticas que afetem direitos e respaldem a persistência ou tolerância de violência contra as mulheres. Por fim, argumentaram a violação da Convenção de Belém do Pará no que diz respeito ao direito ao tratamento igualitário e livre de estereótipos já que a proibição do aborto se fundamenta em um papel compulsório de ser mãe quando se é mulher e na instrumentalização do corpo feminino (OEA, 2020).

A CIDH conclui que o Estado, ao tentar proporcionar proteção absoluta ao nascituro com a criminalização do aborto sem exceções e sem considerar os graves efeitos sobre os direitos envolvidos de Beatriz, incorreu em violações dos direitos à vida, à integridade pessoal, à vida privada e à saúde física e mental de Beatriz contidas nos artigos 4.1, 5.1, 11.2, 11.3 e 26 da CADH. A dor e o sofrimento de Beatriz constituíram tratamento cruel, desumano e degradante, ensejando a responsabilização pela violação do artigo 5.2 da CADH e aos artigos 1 e 6 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (OEA, 2020).

O Estado de El Salvador também foi considerado responsável pela violação da obrigação de não regressividade (art. 26 da CADH), descumprida com recentes alterações na legislação penal que endureceram o tratamento conferido ao aborto no país e criaram mais obstáculos ao acesso de mulheres aos serviços de saúde. A tipificação do aborto também foi considerada violadora do princípio da legalidade (art. 9 da CADH).

No que diz respeito às garantias judiciais, a Comissão considerou que Beatriz ficou indefesa diante da ação constitucional, que não constituiu um remédio adequado ou eficaz para garantia dos direitos à vida, à saúde, à integridade e à privacidade. Ao não adotar perspectiva de gênero e considerar relatórios de instituições médicas fundados em estereótipos e revitimização, o Tribunal Constitucional maculou o acesso à justiça, fato que ensejou a responsabilização do Estado pela violação dos direitos às garantias e proteção judicial (arts. 8.1 e 25.1 da CADH e art. 7.b da Convenção de Belém do Pará). Ademais também foi considerado violado o direito de obter uma decisão dentro de um prazo razoável em âmbito recursal (art. 8.1 da CADH).

A respeito da utilização de estereótipos, a Comissão cita jurisprudência sobre o tema construída nos casos *I.V. vs Bolívia* e *Artavia Murillo vs. Costa Rica* quando considera que a feminilidade é definida muitas vezes através da maternidade. A Comissão observa que, no caso, a influência de estereótipos discriminatórios deriva da prioridade absoluta à proteção do feto anencéfalo sem considerar a grave situação para a vida, integridade e saúde de Beatriz. Assim, conclui a Comissão que leis, políticas e práticas penais em vigor em El Salvador, além de omissões das autoridades, fizeram com que Beatriz sofresse discriminação e violência derivadas da sua condição de mulher e da sua situação de pobreza, em violação dos artigos 24 e 1.1. da CADH e art. 7 da Convenção de Belém do Pará.

Além das medidas econômicas e de satisfação, a CIDH estabeleceu como medidas de reparação integral: 1) prestar cuidados de saúde abrangentes, físicos e psicológicos aos

familiares de Beatriz, 2) adotar as medidas legislativas necessárias para estabelecer a possibilidade de interrupção da gravidez em situações de inviabilidade do feto com a vida extrauterina, bem como de risco para a vida e integridade da mãe, 3) adotar todas as medidas necessárias, políticas públicas, programas de formação e protocolos para garantir a efetividade do acesso à interrupção da gravidez, sem de obstáculos de fato ou direito e 4) aplicação de uma moratória sobre a persecução penal dos crimes relacionados ao aborto à luz do controle de convencionalidade, enquanto ocorre a adaptação regulatória.

O caso foi submetido à Corte IDH em 2022, ocasião em que o Estado afirmou não existir “direito humano ao aborto”. Não obstante, em sentença proferida em 2024, a Corte considerou o Estado responsável pela violação dos direitos à integridade pessoal, à vida privada e à saúde (arts. 5, 11 e 26 da CADH), do direito à proteção judicial (art. 25 da CADH) e o descumprimento das obrigações previstas no artigo 7.a) da Convenção de Belém do Pará. A violação do direito à integridade pessoal dos familiares de Beatriz também foi reconhecida.

A Corte determinou que Beatriz e familiares como partes lesadas e estabeleceu tratamento médico, psicológico e psicossocial como medidas de reabilitação. Como medidas de reabilitação determinou: 1) a realização de ato público, 2) a instalação de uma placa no Hospital Nacional da Mulher, 3) a realização de um documentário visibilizando a luta de Beatriz e 4) a publicação da sentença. Como medidas de não repetição a Corte estabeleceu prazo de um ano para que o Estado adote medidas normativas e planos de formação que forneçam diretrizes de atuação para profissionais da saúde e judiciais em situações de gravidez de risco.

O pedido apresentado pela CIDH de reconhecimento de mora na persecução penal em função da inconveniência da tipificação do aborto no país não foi apreciado pelo Tribunal. A própria Corte já havia recomendado a mora em situações semelhantes ao julgar o caso Manuela, ocasião em que adotou uma postura mais garantidora dos direitos humanos das mulheres e de maior contundência contra a criminalização de meninas e mulheres em decorrência do aborto. Os pedidos dos representantes de instauração de um sistema de informação estatística público com dados de mortalidade materna foram rejeitados pela Corte que considerou suficientes as medidas de não repetição firmadas.

Considerações finais

A violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, fundamentada em estereótipos de gênero que reforçam percepções discriminatórias sobre o papel da mulher e sua autonomia corporal. Esses estereótipos sustentam ideias de que o sofrimento no parto é natural, de que o controle reprodutivo deve ser exercido sobre o corpo feminino e de que a mulher precisa ser tutelada por médicos ou familiares. Além disso, fatores socioculturais, como pobreza, idade, condição de imigrante, etnia e situação de prisão, agravam a vulnerabilidade de mulheres.

Apesar do compromisso de eliminar a discriminação e erradicar a violência contra as mulheres, dentre elas a violência obstétrica, assumido por Estados ao ratificarem instrumentos internacionais de proteção de direitos humanos, a revisão dos relatórios do SIDH revela que países latino-americanos continuam a violar DSR, impondo barreiras ao acesso a serviços de saúde de qualidade. A CIDH e a Corte IDH reconhecem a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero proibida pelos tratados interamericanos, como a Convenção de Belém do Pará, e consideram que a falta de informações e canais de denúncia constituem também uma violação de direitos.

Os padrões internacionais aplicáveis ao tema reverberam as seguintes medidas a serem tomadas pelos Estados a fim de prevenir e sancionar corretamente a violência obstétrica: o reconhecimento da violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres; a regulamentação da sanção de práticas de violência obstétrica; a realização de campanhas de informação e sensibilização; a criação de mecanismos de denúncia, acesso à informação que garanta a autonomia e possibilite a participação das mulheres na livre escolha sobre procedimentos relativos à gravidez; o estabelecimento de mecanismos regulares de formação de profissionais de saúde sobre a proteção dos direitos das mulheres em seus processos reprodutivos e a aplicação da perspectiva de gênero nos procedimentos e expedientes judiciais que apurem a prática de violência obstétrica.

Referências

CEDAW. Observación General No.14 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud. **E/C.12/2000/4**, 2000.

CEPAL. **Mujeres indígenas en América Latina**: Dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos, octubre de 2013. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. La situación de los pueblos indígenas del mundo, ST/ESA/328, 2009.

CEPAL. **Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo**. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

COOK, Rebecca; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. **Salud reproductiva y derechos humanos**. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Profamilia: Bogotá, Colombia, 2003.

CORTE IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos). Caso Manuela y otros vs. El salvador. **Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas**. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Disponible em https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf.

CORTE IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos). Caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela. **Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas**. Sentencia de 1 de septiembre de 2023. Disponible em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_504_esp.pdf.

CORTE IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos). Caso I.V. Bolivia. **Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas**. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Disponible em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf.

IPPF/RHO (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, Inc). **Mira que te miro. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo**, 2018. Disponible em: https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/mira_que_te_miro_resumen_global_4e341f6e9fe8353b65488559e436a7f7.pdf.

OAS. Inter-American Commission on Human Rights. **Informe sobre mujeres privadas de libertad en las Américas**: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 8 de marzo de 2023.

OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas / **Comisión Interamericana de Derechos Humanos**. OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/V/II), 2017. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MujeresIndigenas.pdf>.

OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Resolución 32/2021. Medidas Cautelares N°. 216-21. **7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina**, 16 abril 2021.

OAS. Inter-American Commission on Human Rights. **Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes**: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, 2019: Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019, OEA/Ser.L/V/II. Doc.233/19, 2019. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>.

OAS. Inter-American Commission of Women. Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI). **Segundo informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará**. Washington D.C.: OAS, 2012. Disponível em: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>.

OEA. CIDH. Informe no. 9/20 caso 13.378 informe de fondo Beatriz El Salvador. OEA/Ser.L/V/II.175 Doc. 15 3 marzo 2020. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf.

OEA. CIDH. MC 11-13 “B”. Nota de la Secretaría adjunta, Elizabeth Abi-Mershed, de 29 de abril de 2013, mediante el cual se otorgan las medidas cautelares en el caso de Beatriz. Washington D.C, 2013.

OEA. Comissão Interamericana de Mulheres. Mecanismo de Acompanhamento Convenção de Belém do Pará (MESECVI). Relatório Hemisférico. **Segunda Conferência dos Estados Partes**, 9 e 10 de julho de 2008, Caracas Venezuela. OEA/Ser.L/II.7.10. MESECVI-II/doc.16/08 rev. 1, 18 julho 2008. Disponível em: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/InformeHemisferico2008-PO.pdf>.

PAHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION). **Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity** – a PAHO Guide, United States, 2001.

★

Este é um ARTIGO publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.