



ALYNE V. BRASIL

Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil

1. CONTEXTO GERAL

A Quinta Meta de Desenvolvimento do Milênio busca a redução da taxa de mortalidade materna (número de mortes maternas por 100.00 nascidos vivos) em 75% até o ano 2015. Entre 1998 e 2010, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade materna de 103,43 para 56,¹ o que representa uma redução de 51%.² Contudo, a mortalidade materna persiste como uma séria questão de saúde pública no país.³ De fato, em 2009, houve um aumento preocupante na taxa quando esta alcançou 72,25, seu índice mais elevado em cinco anos.⁴

A mortalidade materna é especialmente problemática entre mulheres de baixa renda,⁵ negras,⁶ e indígenas,⁷ bem como mulheres que vivem em áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.⁸ O governo brasileiro reconhece que 90% das mortes maternas no país poderiam ser evitadas com a assistência médica adequada.⁹ A mortalidade materna evitável é tanto uma forma de discriminação contra as mulheres, quanto um de seus sintomas e as priva de seu direito de viver uma vida saudável em pés de igualdade com os homens. As causas das mortes maternas no Brasil são as desigualdades socioeconômicas e de gênero quanto ao acesso à assistência de saúde.¹⁰ O governo brasileiro admitiu que “a pobreza está concentrada em mulheres negras ou pardas”¹¹ Em 2006,

Por que este caso é importante?

Alyne v. Brasil é o primeiro caso sobre mortalidade materna decidido por um órgão internacional de direitos humanos. Nas palavras da renomada jurista Rebecca Cook, *Alyne* representa “a primeira decisão de um órgão convencional internacional que responsabilizou um governo por uma morte materna evitável.”¹⁷ Este caso teve um papel fundamental para avançar no reconhecimento dos direitos reprodutivos não só no Brasil, como também na América Latina e em todo o mundo. Ele é especialmente importante para o reconhecimento dos direitos da mulher à uma maternidade segura e ao acesso sem discriminação à serviços básicos de saúde de qualidade.

O caso gira em torno de dois temas centrais: (i) assistência de saúde materna de qualidade para todas as mulheres sem discriminação, inclusive baseada em sua raça, renda, ou localização geográfica; e (ii) responsabilidade pela obrigação do Estado de garantir serviços de saúde materna de qualidade. A decisão do Comitê CEDAW responde a estas questões, ao abordar não somente a situação específica da Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mas também a situação de milhões de mulheres brasileiras e no mundo que atualmente não têm acesso à assistência de saúde materna oportuna e de qualidade.

o Ministro da Saúde admitiu publicamente a existência de racismo institucional contra pacientes negras no Sistema Único de Saúde.¹²

O Brasil ratificou várias convenções internacionais de direitos humanos, inclusive a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)¹³ e seu Protocolo Facultativo.¹⁴ Isto significa que o Brasil está obrigado a garantir o direito à saúde sem discriminação.¹⁵ O direito à saúde inclui o direito à saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, alguns componentes do direito à saúde – como a obrigação de garantir o acesso à serviços de saúde sem discriminação, inclusive o acesso à serviços de saúde sexual e reprodutiva – são obrigações de aplicação imediata, ao contrário das obrigações que, por sua natureza, implicam em cumprimento progressivo.¹⁶ Portanto, como parte da obrigação de garantir o direito à saúde, o Estado brasileiro deve prover acesso à assistência de saúde reprodutiva sem discriminação e de modo imediato. Assistência de saúde reprodutiva inclui serviços de saúde maternos, que são descritos no artigo 12(2) da CEDAW como “assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto.”

2. FATOS

Em 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira—uma mulher brasileira, de 28 anos, negra, pobre e grávida – foi à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, uma clínica de saúde privada em Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Apesar de apresentar sintomas de gravidez de alto risco, o médico que realizou o atendimento a mandou de volta para casa. Contudo, seus sintomas se agravaram nos dois dias seguintes, de forma que ela retornou à clínica. À esta altura os médicos não conseguiram mais detectar os batimentos cardíacos fetais. Seu parto foi induzido seis horas depois, resultando em um feto natimorto. A cirurgia para extrair a placenta ocorreu catorze horas mais tarde, apesar de dever ter ocorrido imediatamente após a indução do parto. Devido ao fato da saúde de Alyne estar se deteriorando rapidamente, ela teve que ser transferida a um serviço de saúde público mais especializado, mas ainda teve que esperar mais de oito horas para ser transferida ao Hospital Geral de Nova Iguaçu. Alyne morreu depois de mais de 21 horas sem receber assistência médica. Ela deixou uma filha de cinco anos de idade.

Foram ajuizadas duas ações judiciais em nome de Alyne – uma no âmbito nacional e outra internacional. A ação no âmbito nacional foi ajuizada no ano de 2003 e buscava obter indenização por danos morais e materiais para seu marido e filha. Após morosos dez anos, em dezembro de 2013, o juiz de primeira instância do Rio de Janeiro deu provimento à ação, concedendo danos morais e uma pensão retroativa para a filha da Alyne, desde a data da morte de sua mãe até que ela complete 18 anos. Contudo, a decisão não reconheceu a responsabilidade direta do Estado pela assistência de saúde de má qualidade prestada pela clínica de saúde privada.¹⁸

Por que este caso é importante?

Alyne v. Brasil reconhece expressamente que os Estados têm uma obrigação imediata e exequível de abordar e reduzir a mortalidade materna, fortalecendo o reconhecimento de direitos reprodutivos como obrigações que devem ser cumpridas imediatamente pelos Estados. O caso ressalta as obrigações internacionais do Brasil que resultam de tratados de direitos humanos que ele ratificou, inclusive a CEDAW, e seu Protocolo Facultativo, bem como o seu endosso às resoluções relativas à prevenção da mortalidade materna¹⁹ que foram emitidas pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas. Ele também reitera o compromisso assumido pelos Estados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 para reduzir a mortalidade materna. Este compromisso foi recentemente reafirmado durante a primeira sessão da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento na América Latina e no Caribe, realizada em Montevidéu no ano de 2013. *Alyne v. Brasil* também serviu de base para o Guia Técnico sobre Mortalidade Materna²⁰ publicado em 2012 pelo Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos.

Em novembro de 2007, depois de quatro anos sem que houvesse uma decisão do Judiciário brasileiro, o *Center for Reproductive Rights* (Centro por Direitos Reprodutivos) e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos interpuseram uma denúncia internacional perante o Comitê CEDAW. A denúncia, apresentada em nome da mãe de Alyne, arguia que o Estado brasileiro havia violado o direito de Alyne ao acesso à justiça (art. 2), o direito à saúde sem discriminação (art. 12), e o direito à vida (art. 1). Estes argumentos tinham os seguintes fundamentos: Em primeiro lugar, quando a denúncia foi

interposta, o Judiciário brasileiro não havia adotado uma decisão em relação à ação civil indenizatória, o que violava o direito da família da Alyne ao acesso à justiça. Em segundo lugar, o Estado brasileiro havia falhado em garantir à Alyne serviços de saúde oportunos e de qualidade durante a gravidez e o parto, o que colocou em risco a sua vida, a sua saúde e seu direito de viver livre de discriminação. Esta falha ficou comprovada pela ausência de profissionais de saúde capacitados e pela ausência de um sistema de transferência efetivo. Isto foi agravado pelo fato de Alyne ser uma mulher, negra e pobre.

3. A DECISÃO DO COMITÊ CEDAW

Em 2011, o Comitê CEDAW emitiu sua decisão e declarou o Estado brasileiro responsável pelas violações dos artigos 2(c) (acesso à justiça); artigo 2(e) (obrigação do Estado de regulamentar atividades de provedores de saúde particulares), em conexão com o artigo 1 (discriminação contra a mulher), lidos em conjunto com a Recomendação Geral nº 24 (sobre mulheres e saúde) e nº 28 (relativa ao artigo 2 da Convenção); e artigo 12 (acesso à saúde).²¹ O Comitê arguiu o seguinte:

3.1 Quando os Estados são legalmente obrigados a prover acesso universal à saúde, eles se tornam diretamente responsáveis pelo monitoramento e regulamentação de instituições de privadas que forneçam serviços de saúde concessionados, tornando-se responsáveis por suas ações.

Em sua decisão, o Comitê CEDAW afirmou que o Estado é responsável por prover serviços de saúde. O Estado brasileiro havia alegado que não era responsável pela morte de Alyne porque uma instituição privada – e não pública – havia prestado assistência médica de má qualidade à Alyne. Contudo, o Estado reconheceu a existência de “falhas no sistema usado para contratar serviços de saúde privados e, conseqüentemente, na inspeção e controle dos mesmos.”²² O Comitê CEDAW reconheceu que o “Estado é diretamente responsável pela ação de instituições privadas quando concessionam serviços médicos, e ademais, o Estado sempre detém o dever de regular e monitorar instituições de saúde privadas.”²³ O Comitê ainda explicou que o Estado tem a obrigação de devida diligência em garantir que entidades privadas que forneçam serviços de saúde desenvolvam suas atividades de forma apropriada, de acordo com o artigo 2 da CEDAW. O Comitê baseou sua conclusão nos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil, que reconhece o direito à saúde como direito fundamental e garante seu acesso universal pelo Estado.

3.2 Para proteger os direitos humanos da mulher à vida, à saúde, e a uma vida livre de discriminação, os Estados devem fornecer acesso oportuno à assistência de saúde materna de qualidade para todas as mulheres, independentemente de sua raça ou renda.

O Comitê reconheceu dois fatos principais no caso de Alyne. Em primeiro lugar, ele reconheceu que a morte da Alyne foi uma morte materna considerando que “de fato estava relacionada à complicações obstétricas vinculadas à sua gravidez.”²⁴ Em segundo lugar, o Comitê reconheceu que não havia sido garantido à Alyne “serviços adequados relativos à sua gravidez.”²⁵ O caso da Alyne é representativo de grande parte da assistência de saúde materna de má qualidade no Brasil. O Comitê CEDAW concluiu que havia problemas sistemáticos no acesso a serviços de saúde de qualidade por mulheres no país.²⁶ Apesar do fato de terem sido lançadas várias políticas públicas relativas ao acesso a serviços de saúde de qualidade, elas não foram implementadas efetivamente. O Comitê reconheceu que há uma “falta de serviços adequados de saúde materna no Estado-membro que evidentemente frustra o cumprimento das necessidades de saúde específicas e distintas e dos interesses das mulheres, o que não só constitui uma violação do artigo 12, parágrafo 2º da Convenção, mas também uma discriminação contra a mulher de acordo com o artigo 12, parágrafo 1º e artigo 2º da Convenção.”²⁷ Ele também reconheceu que o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade falha em abordar as necessidades específicas das mulheres e que, portanto, constitui uma discriminação. O Comitê também estabeleceu que o direito à vida é violado sempre que as mulheres tenham negado o acesso à serviços de saúde de qualidade, porque “a ausência de serviços de saúde materna de qualidade tem um impacto diferenciado no direito à vida das mulheres.”²⁸

Assim mesmo, o Comitê CEDAW deferiu às suas observações finais ao Brasil do ano de 2007, nas quais afirmou “a existência de uma discriminação de fato contra mulheres, especialmente mulheres de setores vulneráveis da sociedade, como mulheres negras.”²⁹ O Comitê enfatizou a ligação entre a discriminação de gênero e outros fatores que afetam as mulheres. Apesar de o Estado brasileiro ter alegado que a discriminação não foi um fator decisivo para a morte da Alyne, o Comitê CEDAW assentiu que a discriminação com base no sexo, raça e renda afetam a falta de acesso à serviços de saúde materna de qualidade, concluindo que a “Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi discriminada em razão não somente de seu sexo, mas também com base na sua condição enquanto mulher negra e de seu status socioeconômico.”³⁰

3.3 O Brasil deve garantir ação, tutela e recurso judiciais efetivos, responsabilizando profissionais da saúde por suas ações e omissões em relação aos direitos reprodutivos das mulheres.

O Comitê CEDAW recomendou que o Brasil “cumpra sua obrigação de garantir ação e tutela judiciais efetivas.”³¹ De acordo com o Comitê, o Estado falhou em garantir um tutela judicial efetiva e recursos judiciais adequados, uma vez que (i) não foi iniciado procedimento para estabelecer a responsabilidade dos profissionais da saúde que atenderam a Alyne; (ii) a ação civil impetrada no ano de 2003 pela família da Alyne ainda não havia sido conhecida quando houve a decisão do Comitê; e (iii) dois pedidos de tutela antecipada haviam sido negados.³²

4. REPARAÇÕES

4.1 Em relação à mãe e filha de Alyne, o Comitê recomendou que o Estado cumprisse as seguintes medidas reparatorias:

*Prover reparações adequadas, inclusive compensação financeira, à autora e à filha da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, em consonância com a gravidade das violações cometidas contra ela.*³³

4.2 O Comitê também recomendou ao Estado que adotasse as seguintes medidas gerais:

(a) Garantir o direito da mulher à uma maternidade segura e o acesso de valor razoável ao serviço de emergência obstétrica adequada, em conformidade com o disposto na Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde;

(b) Prover treinamento técnico adequado aos profissionais da saúde, especialmente sobre o direito à saúde reprodutiva da mulher, inclusive ao tratamento médico de qualidade durante a gravidez e parto, bem como à assistência emergencial obstétrica oportuna;

(c) Garantir o acesso aos recursos efetivos nos casos em que os direitos à saúde reprodutiva da mulher tenham sido violados e dispor de treinamento para membros do judiciário e para operadores do direito;

(d) Garantir que instituições de saúde privadas cumpram com os padrões nacionais e internacionais relevantes sobre assistência à saúde reprodutiva;

(e) Garantir que sanções adequadas sejam impostas aos profissionais da saúde que violam o direito à saúde reprodutiva das mulheres; e

(f) Reduzir a mortalidade materna evitável por meio da implementação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna nos âmbitos municipais e estaduais, inclusive estabelecendo comitês de mortalidade materna onde estas não existam, em consonância com as observações finais feitas ao Brasil em 15 de agosto de 2007 (CEDAW/C/BRA/CO/6).³⁴

Dispositivos de Direitos Humanos Relevantes

CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER

Artigo 1º

Para os fins da presente Convenção, a expressão "discriminação contra a mulher" significará toda a 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 do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Artigo 2º

Os Estados Partes condenam a discriminação contra as mulheres sob todas as suas formas, acordam em prosseguir, por todos os meios apropriados e sem demora, uma política tendente a eliminar a discriminação contra as mulheres e, com este fim, comprometem-se a: c) Estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação... e) Tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa...

Artigo 12º

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

RECOMENDAÇÃO GERAL Nº 24 DO COMITÊ CEDAW SOBRE MULHERES E SAÚDE

Parágrafo 17

O dever de garantir direitos deposita uma obrigação nos Estados de adotar as medidas legislativas, judiciais, administrativas,

orçamentárias e de outras naturezas adequadas, até o máximo de seus recursos disponíveis, para garantir que as mulheres efetivem seu direito à assistência de saúde. Estudos, como os que ressaltam a alta taxa de mortalidade e morbidade maternas no mundo ... oferecem um indicador importante para os Estados-Partes sobre possíveis violações de suas obrigações em garantir o acesso à assistência de saúde para as mulheres. ...

O Comitê está preocupado com as evidências de que Estados estão abandonando estas obrigações ao transferir funções de saúde estatal para instituições privadas. Os Estados e partes não podem abdicar da sua responsabilidade nesta área ao delegar ou transferir esses poderes a instituições do setor privado. Portanto, os Estado-Partes devem relatar a respeito do que estão fazendo para organizar os processos estatais e todas as estruturas por meio das quais o poder público é exercido para promover e proteger a saúde das mulheres. Para tanto, devem incluir informação sobre as medidas positivas adotadas para reduzir as violações dos direitos das mulheres por terceiros e para proteger sua saúde, bem como as medidas adotadas para garantir que estes serviços sejam providos.

Parágrafo 26

Os relatórios também devem incluir quais as medidas que os Estados adotaram para garantir serviços adequados às mulheres, em relação à gravidez, parto e período pós-parto. Também deverão ser incluídas informações com indicadores sobre como estas medidas reduziram a mortalidade e morbidade maternas em seus países, em geral, e para grupos vulneráveis, regiões e comunidades.

Parágrafo 27

Os Estados-Partes devem incluir em seus relatórios informações sobre como provêm *serviços gratuitos, quando necessário*, para garantir para as mulheres segurança na gravidez, parto e pós-parto. Muitas mulheres correm risco de morte ou deficiência em razão de causas relacionadas à gravidez porque não tinham os recursos para obter ou acessar os serviços necessários, que inclui serviços pré-natal, parto e pós-natal. O Comitê ressalta que há um dever dos Estados-Partes em garantir às mulheres o direito à maternidade segura e aos serviços de emergência obstétrica e que deveriam alocar o máximo de recursos disponíveis para este fim.

ENDNOTES

- 1 Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), e outros. “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010”, pág. 32, 2012, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf.
- 2 Rebecca J. Cook, “Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision” in *Journal of Law, Medicine and Ethics*, pág. 104, Primavera de 2013.
- 3 OMS e outros. “Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA”, págs. 23-27, 2007, disponível em: http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf.
- 4 Organização Panamericana de Saúde (OPA), “Health Indicator Database: Country Health Indicator Profile: Maternal and Child Mortality: Brazil (2009)”, disponível em: http://ais.paho.org/phis/viz/cip_maternalandinfantmortality.asp.
- 5 Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, pág. 26, 2004; Banco Mundial, “Brazil: Maternal and Child Health”, Relatório nº 23811-BR, §2.8, págs. 20-21, 2002, disponível em: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/04/12/000094946_02040304022680/Rendered/PDF/multi0page.pdf [doravante Banco Mundial, Brasil]; OPA e Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional, “Health Systems and Services Profile, Brazil, Monitoring and Analysis of Health Systems” in *Change/Reform*, pág. 21, 2008; CG Victora e outros. “Socioeconomic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil” in *Health policy and planning*, nº 25, págs. 253 e 256, 2010.
- 6 Ministério da Saúde. Uma Análise da Desigualdade em Saúde, pág. 366, 2006 [doravante Saúde Brasil 2006: Uma Análise da Desigualdade em Saúde]; Clare Ribando Seelke, “Afro-Latinos in Latin America and Considerations for U.S. Policy” in *Federal Publications*, pág. 486, 2008, disponível em: http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1491&context=key_workplace.
- 7 Saúde Brasil 2006: Uma Análise da Desigualdade em Saúde, *supra* nota 6, pág. 367; Nações Unidas, “A UN Reading of Brazil’s Challenges and Potential: Common Country Assessment by Brazil’s UNCT”, iii, § 41, pág. 14, 2005, disponível em: [http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20\(eng\).pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20(eng).pdf) [doravante UN Reading of Brazil’s Challenges and Potential]; Articulação das Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), Dossiê sobre a Situação de Mulheres Negras no Brasil, pág. 25, Julho de 2007 [doravante AMNB, Mulheres Negras no Brasil].
- 8 Cesar G Victora e outros. “Maternal and child health in Brazil: progress and challenges” in *The Lancet*, nº 377, pág. 1863, 2011, disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960138-4/fulltext>; Jorge Laurenti R, A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste, Revista Brasileira de Epidemiologia, nº 7, pág. 449, 2004; Banco Mundial, *supra* nota 5.
- 9 Estados Partes, Segundo Relatório Periódico sob os artigos 16 e 17 da Convenção, “Brazil, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”, § 418, U.N. Doc. E/C.12/BRA/2, 28 de janeiro de 2008.
- 10 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Painel de Indicadores do SUS, 2006 (“mortalidade materna está associada diretamente ao acesso a serviços médicos bem como à qualidade e procedimentos destes serviços, que geralmente são inadequados. Isto está fortemente relacionado a temas de desigualdade e desigualdade social”).
- 11 Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW), “Brazil: Consideration of reports submitted by States parties under Article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women”, pág. 60, 2002, 29ª Sessão, Documento da ONU: CEDAW/C/BRA/1-5.
- 12 AMNB, Mulheres Negras no Brasil *supra* nota 7.
- 13 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotada em 18 de Dezembro de 1979, Assembleia Geral, Resolução 34/180, Documento da ONU: A/34/46, U.N.T.S. 13 (entrou em vigor em 3 de setembro de 1981) [doravante CEDAW].
- 14 Protocolo Facultativo à Optional Protocol to Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotado em 28 de junho de 2002, disponível em: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=IV-8-b&chapter=4&lang=en (acesso em 14 de janeiro de 2014).
- 15 Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em 10 de setembro de 1948, art. 3, Resolução 217A (III) da assembleia Geral; CEDAW, *supra* nota 13; Convenção dos Direitos da Criança, adotada em 20 de novembro de 1989, Resolução 44/25 da assembleia Geral, anexo, Documento da ONU: A/44/49 (1989) (entrou em vigor em 2 de setembro de 1990); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. 2200A (XXI) da Assembleia Geral, Documento da ONU: A/6316 (1966) (entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976); Convenção americana sobre Direitos Humanos, adotada em 22 de novembro de 1969, Documento da OEA: OEA/Ser.LV/II.23, doc. 21, rev. 6 (entrou em vigor em 18 de julho de 1978).
- 16 Comitê de Direitos econômicos, Sociais e Culturais. “Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights”, Comentário Geral nº 14, Documento da ONU: Doc. E/C.12/2000/4, 25 de abril a 12 de maio de 2000.
- 17 Rebecca J. Cook, “Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision, Global Health and the Law” in *Journal of Law, Medicine and Ethics*, pág. 103 (Primavera de 2013). (Tradução pessoal).
- 18 A sentença no âmbito nacional foi finalmente promulgada dois anos após a decisão do Comitê CEDAW. Ainda está pendente um recurso de apelação.
- 19 Conselho de Direitos Humanos. “Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development”, Documento da ONU: Doc. A/HRC/11/L.16/Rev.1, 12 de junho de 2009; “Preventable maternal mortality and morbidity and human rights: follow-up to Council resolution 11/8”, Resolução 15/17 de 30 de setembro de 2010; “Preventable maternal mortality and morbidity and human rights”, Resolução 18/2 de 28 de setembro de 2011; “Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development”, Documento da ONU: A/HRC/21/L.10, 20 de setembro de 2012.
- 20 Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos. “Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality”, Documento da ONU: Doc. A/HRC/21/22, Julho de 2012.
- 21 Comitê CEDAW. *Alyne da Silva Pimentel vs. Brazil. Comunicação nº 17/2008*, § 21, Documento da ONU: CEDAW/C/49/D/17/2008, 2011.
- 22 *Id.* § 7.5. (Tradução pessoal).
- 23 *Id.* (Tradução pessoal).
- 24 *Id.* § 7.4. (Tradução pessoal).
- 25 *Id.* (Tradução pessoal).
- 26 *Id.* § 7.6.
- 27 *Id.* (Tradução pessoal).
- 28 *Id.* (Tradução pessoal).
- 29 *Id.* § 7.7. (Tradução pessoal).
- 30 *Id.* (Tradução pessoal).
- 31 *Id.* § 7.8. (Tradução pessoal).
- 32 *Id.*
- 33 *Id.* § 8.1. (Tradução pessoal).
- 34 *Id.* §§ 2. a-f. (Tradução pessoal).