



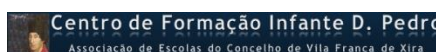
Direitos Sexuais e à Saúde Reprodutiva das Mulheres na Europa

Tradução não oficial realizada pelo projeto #Direitos.Com

Entidade Promotora do projeto:



Entidades Parceiras:



Women's sexual and reproductive health and rights in Europe



Issue paper



A saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres na Europa

Sumário

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, são elementos intrínsecos ao enquadramento dos Direitos Humanos e uma ação efetiva para garantir a saúde sexual e reprodutiva enquanto direito, é imperativa.

Sem eles, alguns dos aspetos mais íntimos e significativos das nossas vidas estão em risco; e a nossa capacidade de tomar decisões autónomas e informadas sobre os nossos corpos, saúde, sexualidade e desejo de nos quisermos reproduzir ou não, encontra-se ameaçada.

Nas últimas décadas, têm existido progressos globais consideráveis na esfera da saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres, bem como em relação à eliminação de formas de discriminação relacionadas com estes aspetos, estando os Estados-membros do Conselho da Europa (CoE) na vanguarda no que respeita a estes esforços. Contudo, a despeito do importante progresso que tem sido feito, as mulheres na Europa continuam a ver os seus direitos à saúde sexual e reprodutiva negados ou infringidos. As leis, políticas e práticas existentes na Europa, ainda restringem e condicionam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a sua autonomia, dignidade, integridade e mecanismos de tomada de decisão, de forma grave.

Para além disso, nos últimos anos, surgiram ameaças recorrentes à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos das mulheres em algumas zonas da Europa. Estas ameaças têm colocado em causa e deteriorado compromissos de longa data no que diz respeito à igualdade de género e à universalidade dos direitos das mulheres. Em alguns Estados-membros, leis e políticas provocaram retrocessos no que se refere a proteções existentes para a saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres, particularmente na introdução de restrições no acesso ao aborto e à contraceção. Também os tribunais, em vários países, foram confrontados com desafios legais que ameaçam a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres. Esta reação adversa também afetou o trabalho de muitos defensores dos direitos humanos e prestadores de cuidados de saúde que trabalham pela promoção dos direitos das mulheres.

Adicionalmente, os estereótipos de género negativos, estigma e normas sociais no que diz respeito às capacidades reprodutiva e sexual das mulheres, continuam a aplicar-se a muitos dos aspetos da vida das mulheres. A violência contra as mulheres e práticas coercivas na saúde sexual e reprodutiva, em cenários de cuidados de saúde, continuam a existir por toda a Europa. A humilhação social, vergonha e tabu são frequentemente associados a muitas facetas da vida sexual e reprodutiva das mulheres e a alguns tipos de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Apesar de vários países europeus já terem estabelecido algum tipo de programa de educação sexual, muitos destes programas ficam aquém dos requisitos internacionais dos direitos humanos no que diz respeito a uma educação sexual abrangente, bem como dos padrões para a educação sexual na Europa preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para além disso, enquanto que muitos sistemas de saúde europeus são relativamente fortes, existem défices persistentes no que se refere à forma como os sistemas de saúde estão

equipados para responder às necessidades sexuais e reprodutivas das mulheres. A recolha de dados e o financiamento na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres continua a ser insuficiente. O acesso das mulheres a métodos eficazes e modernos de contraceção continua a ser condicionado por uma série de défices na sua disponibilidade e acessibilidade, deficiências na informação e barreiras políticas discriminatórias.

Apesar de neste momento quase todos os Estados-membros terem legalizado o aborto a pedido da mulher ou com fundamentos socioeconómicos, um pequeno número de países ainda tem leis altamente restritivas que proíbem o aborto, exceto em circunstâncias excecionais e estritamente definidas. A maioria destas mulheres nestes países, que decidem interromper uma gravidez, viajam para outro país na Europa de forma a obter serviços de aborto seguros, ou realizam abortos ilegais e clandestinos nas suas casas. Muitas vezes, nestes países, até as mulheres que se enquadram nas poucas exceções que permitem cuidados legais ao nível do aborto, são confrontadas com vários obstáculos quando procuram aceder a estes cuidados.

Mesmo nalguns destes países Europeus que legalizaram o aborto a pedido da mulher, as mulheres continuam a enfrentar barreiras no acesso à realização de um aborto em segurança. Um número de Estados-membros falhou na adoção de regulação adequada e medidas de execução que assegurem que as mulheres podem aceder a serviços que permitam o aborto de forma legal, designadamente quando os profissionais de saúde recusam providenciar o tratamento por objeção de consciência. Entretanto continuam a existir barreiras processuais numa série de Estados-membros, que afetam o acesso atempado das mulheres à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), como por exemplo necessidade de autorização de terceiros.

Enquanto muitos países europeus, neste momento, têm as taxas mais baixas de mortalidade materna no mundo, continuam a existir muitas disparidades no que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde maternos e falhas em assegurar normas adequadas de cuidado e respeito pelos direitos das mulheres, dignidade e autonomia no parto, em diversos pontos da Europa.

Cada uma destas preocupações, desafios, défices e barreiras, são exacerbadas, ou manifestam outras implicações, quando se tratam de grupos marginalizados na Europa, como por exemplo mulheres a viver na pobreza, de etnia cigana, adolescentes, com deficiência, refugiadas, requerentes de asilo e migrantes indocumentados. Estes, e muitos outros grupos de mulheres na Europa, enfrentam discriminação intersectorial, com base no sexo e noutras questões, na concretização do acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva e dos seus direitos.

Adicionalmente, uma série de barreiras continuam a condicionar o acesso das mulheres à justiça e a soluções eficazes para violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Em alguns países as mulheres ainda têm de receber indemnizações e reparação a violações passadas, sérias e sistemáticas, aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Este documento considera cada uma destas preocupações e desafios do ponto de vista dos Direitos Humanos, contra o retrocesso de alguns Estados-membros nas suas obrigações para

com os direitos humanos, tal como consagrado internacionalmente através de instrumentos e mecanismos Europeus de Direitos Humanos. Tal como plenamente reconhecido pelos mecanismos de Direitos Humanos, a obrigação dos Estados-membros em evoluir na proteção da saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres, é uma componente central das suas obrigações para com o respeito e garantia dos direitos humanos das mulheres e avanço na igualdade de género.

Apesar dos mecanismos de proteção dos direitos humanos terem reconhecido repetidamente que todos os direitos humanos são relevantes para a saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres, identificam alguns com particular importância para a sua concretização, como é o caso dos direitos à saúde, à vida, a não ser vítima de tortura e outros tratamentos desumanos, à privacidade e à igualdade e não discriminação. Estes mecanismos abordam a forma como Estados-membros têm de eliminar e/ou reformar leis, políticas e práticas relevantes e dar passos efetivos no respeito e proteção destes direitos, como por exemplo através da garantia do acesso das mulheres a uma educação sexual abrangente e completa, a contraceção moderna, acesso legal e seguro à IVG e cuidados de saúde materna de qualidade.

Esta documento é precedido pelas recomendações do Comissário a todos os Estados-membros do CoE no campo da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos das mulheres.

Recomendações do Comissário

De forma a assegurar a concretização dos direitos humanos das mulheres e raparigas por toda a Europa, o Comissário para os Direitos Humanos do CoE apela a todos os Estados-membros que:

1 – Reafirmem os compromissos para com os direitos das mulheres e igualdade de género e se mantenham alerta contra medidas de retrocesso que comprometam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e os seus direitos.

- Prevenindo a erosão de medidas de proteção já existentes, rejeitando medidas e iniciativas que visam retroceder em direitos já estabelecidos, e revogar medidas de retrocesso que já tenham sido promulgadas ou introduzidas na esfera dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva;
- Absterem-se de discursos e retóricas contrárias aos princípios dos direitos humanos e que questionem a igualdade de género e comprometam os direitos e a saúde sexual e reprodutiva das mulheres;
- Reformar leis e políticas que condicionem a atividade dos defensores dos direitos humanos, organizações da sociedade civil e prestadores de cuidados de saúde a trabalhar no avanço dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, e abordar, prevenir e sancionar a violência, discurso de ódio, campanhas de difamação e estigmatização que tenham como alvo este público;
- Abster-se de censurar, obstruir, deturpar ou proibir a divulgação de informação sobre a saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres, baseada em evidências.

2 – Investir na saúde sexual e reprodutiva e estabelecer um sistema de saúde que permita um avanço nos direitos e na saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

- Garantir dotação orçamental suficiente para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e assegurar que existem recursos humanos em todos os níveis do sistema de saúde, tanto em áreas urbanas como rurais;
- Identificar e responder a barreiras financeiras que impeçam o acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade e integrar cuidados de saúde sexual e reprodutiva necessários às mulheres, tais como métodos contraceptivos e serviços, cuidados de saúde maternos, serviços de IVG seguros, em serviços públicos de saúde, subsidiários ou através de esquema de reembolso;
- Terminar e reverter medidas de austeridade e cortes aplicados a programas para a promoção da igualdade de género ou prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Adotar e implementar estratégias e planos de ação nacionais, inclusivos e abrangentes, para os direitos e saúde sexual e reprodutiva das mulheres, estruturados através de objetivos e indicadores mensuráveis.
- Assegurar que as estratégias e planos de ação têm como base processos de consulta transparentes, com a participação de elementos que representem as comunidades

marginalizadas, bem como de um espectro alargado de peritos em direitos humanos, igualdade de género e saúde sexual e reprodutiva;

- Estabelecer mecanismos eficazes para coordenar a implementação de estratégias e planos de ação;
- Estabelecer mecanismos efetivos de supervisão, monitorização e revisão periódica de estratégias e planos de ação.

3 – Assegurar uma educação sexual de carácter abrangente

- Tornar uma educação sexual de carácter abrangente predominantemente obrigatória, adequada à idade, padronizada, baseada em evidências científicas, como parte das unidades curriculares nas escolas.
- Assegurar que a legislação referente ao ensino doméstico não impede as crianças de ter acesso a educação sexual abrangente adequada à sua idade, que vá ao encontro dos padrões de objetividade e imparcialidade no espírito dos direitos humanos;
- Garantir que o programa de educação sexual é suficientemente abrangente e adota uma visão holística dos direitos e saúde sexual e reprodutiva das mulheres, abordando um vasto número de assuntos incluindo a igualdade de género, diversidade e violência sexual, bem como a prevenção da gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmissíveis.
- Assegurar que os programas e as metodologias utilizadas na educação sexual têm em consideração as competências evolutivas da criança, de acordo com os padrões dos direitos humanos;
- Fornecer formação especializada e contínua aos professores e profissionais em educação sexual de forma a apoiar e facilitar a transmissão da educação sexual de modo abrangente de boa qualidade.
- Criar programas de educação sexual abrangente para adolescentes que já não andam na escola.

4 – Garantir a acessibilidade e disponibilidade de métodos contraceptivos atuais

- Assegurar que os métodos contraceptivos eficazes têm um preço acessível e resolver a questão das barreiras financeiras que continuam a comprometer o acesso das mulheres a estes métodos;
- Rever leis e políticas que excluam os métodos contraceptivos e serviços de planeamento familiar dos serviços de saúde públicos ou subsidiários, e assegurar que esta cobertura se estende a todos os grupos etários, bem como a todas as marcas e métodos de contraceção atuais.
- Garantir a disponibilidade efetiva de um vasto leque de métodos contraceptivos eficazes, quer seja em áreas rurais ou urbanas, e incluir todos os métodos e medicamentos contraceptivos atuais na lista nacional de medicamentos essenciais;
- Assegurar a transmissão de informação precisa e baseada em evidências sobre contraceção e criar programas de sensibilização e desconstrução de mitos, preconceitos e equívocos;

- Eliminar barreiras políticas e legais, tais como a necessidade de autorização de terceiros, que impeçam o acesso de alguns grupos de mulheres, como por exemplo adolescentes e mulheres com deficiência, a contraceptivos e serviços de informação, bem como remover barreiras que limitem o acesso atempado a contraceção de emergência.
- Fornecer formação regular a profissionais de saúde, especializada e baseada em evidências, sobre métodos contraceptivos eficazes.

5 – Assegurar o acesso seguro e legal de todas as mulheres à IVG

- Reformar leis altamente restritivas que proíbem o aborto salvo raras exceções estritamente definidas e/ou em circunstâncias excepcionais e alinhá-las com os padrões internacionais dos direitos humanos e as melhores práticas, assegurando que o aborto é legal a pedido da mulher numa fase inicial da gravidez bem como em situações em que importa proteger a saúde e a vida das mulheres e assegurar que são livres de sofrerem tratamentos desumanos;
- Assegurar que os serviços que permitem a realização de uma IVG estão acessíveis e disponíveis na prática, criando procedimentos e processos eficazes através dos quais as mulheres podem exigir o cumprimento de obrigações legais já existentes a estes serviços;
- Descriminalizar o aborto e eliminar requisitos processuais que são aplicados em alguns serviços que permitem a realização de IVG's de forma legal, mas que violam as diretrizes de saúde pública, tais como períodos de espera/reflexão obrigatórios e/ou requerimento de autorização de terceiros;
- Reformar leis e políticas que requerem terapia/consultas de psicologia parciais, antes da realização da IVG e assegurar que consultas de psicologia/psicoterapia antes da realização nunca são obrigatórias, tendenciosas ou diretivas;
- Assegurar que o princípio do não-retrocesso é respeitado anulando e rejeitando leis e propostas políticas cujo objetivo é o de introduzir novas barreiras ao acesso das mulheres a serviços que lhes permitam a realização de uma IVG.

6 – Assegurar que as recusas na prestação de cuidados por profissionais de saúde não colocam em perigo o acesso atempado por parte das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva

- Nos locais onde as políticas e as leis nacionais permitem que os profissionais de saúde se recusem a prestar alguns cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva com base em objeções de consciência e religião, é necessário implementar medidas de regulação imperativas e eficazes que assegurem que estas recusas não comprometem o acesso atempado das mulheres aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Assegurar que estas medidas garantem, no mínimo:
 1. Que as recusas não são permitidas em situações de urgência ou emergência;
 2. Que existe um dever claro de todos os profissionais de saúde providenciarem referências atempadas de profissionais alternativos e capazes;
 3. Que as recusas só são permitidas em relação a um cuidado específico de saúde;

4. Que as recusas só são permitidas a situações específicas individuais e que não são permitidas como prática ou política da instituição.
- Assegurar a dispersão e disponibilidade de um número adequado de profissionais de saúde nas instituições públicas e privadas de cuidados de saúde, tanto em zonas urbanas como rurais, que sejam capazes de providenciar cuidados de saúde sexual e reprodutiva adequados;
- Criar sistemas distribuídos pelo país e em todas as instituições de saúde que monitorizem o número de profissionais de saúde que se recusam a prestar serviços de saúde sexual e reprodutiva com base na objeção de consciência e religiosa.

7 – Respeitar e salvaguardar os direitos humanos das mulheres no parto e garantir o acesso de todas as mulheres a cuidados de saúde materna de qualidade

- Adotar medidas que assegurem que todas as mulheres acedem a cuidados de saúde materna de qualidade, incluindo cuidados de saúde pré e pós-parto;
- Reformular leis e políticas que excluam alguns grupos de mulheres do acesso a cuidados de saúde materna, removendo barreiras legais e restrições políticas com base na nacionalidade ou estatuto de migrante;
- Criar programas e estratégias eficazes contra as barreiras financeiras, práticas e sociais no acesso aos cuidados de saúde materna de qualidade para grupos de mulheres marginalizados;
- Recolher e analisar dados sobre resultados relacionados com a saúde materna, e assegurar que as auditorias realizadas à mortalidade materna são sistemáticas e estão alinhadas com as melhores práticas e diretrizes internacionais;
- Tomar medidas efetivas que salvaguardem a saúde mental das mulheres e o seu bem-estar emocional no contexto da gravidez e do parto;
- Proibir eficazmente, investigar e sancionar a violência física e verbal contra as mulheres, bem como qualquer forma de prática de corrupção;
- Garantir a primazia do respeito pelo consentimento informado da mulher, e priorizar um processo informado de tomada de decisão, em todas as fases do parto;
- Assegurar que todas as mulheres são capazes de beneficiar da presença de uma ou de um acompanhante especializada(o) em partos, durante o processo de parto;

8 – Eliminar práticas coercivas e garantir o consentimento informado das mulheres e tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva

- Assegurar que o consentimento informado das mulheres é garantido em todas as áreas dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, reformando leis de consentimento do paciente, políticas e práticas que comprometem o processo de tomada de decisão informada por parte das mulheres, permitindo a criação de precedentes, ou discriminando certos grupos de mulheres, por exemplo com base na idade e na deficiência;

- Prevenir, reparar e sancionar todas as práticas de cuidados de saúde sexuais e reprodutivos de natureza coerciva, tais como imobilização forçada das mulheres durante o trabalho de parto ou em exames ginecológicos, esterilização forçada, contraceção forçada, IVG forçada, intervenções sem consentimento durante o parto, e a sutura de feridas relacionadas sem recurso a substâncias ou mecanismos de alívio de dor adequados.

9 – Garantir o acesso eficaz das mulheres a respostas para as violações à sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos

- Agir atempadamente, de forma a remediar violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, passadas e sistemáticas, assumir a responsabilidade do estado, e estabelecer esquemas de reparação para as vítimas, alinhados com os direitos humanos;
- Investigar todas as violações feitas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres de forma eficaz, atempada, extensiva e imparcial, de forma a assegurar a responsabilização dos perpetradores e que todas as vítimas têm acesso atempado a respostas de minimização de danos, de acordo com a gravidade das violações aos seus direitos, incluindo reparação, compensação e garantia de não repetição;
- Providenciar todos os serviços de reabilitação necessários, bem como mecanismos de suporte, incluindo cuidados de saúde mental e física, a todas as mulheres que enfrentem violações aos seus direitos e saúde sexual e reprodutiva;
- Assegurar que os processos de justiça e procedimentos de reparação não vitimizam novamente e/ou voltam a traumatizar as mulheres e também que as mulheres que procuram justiça são tratadas com respeito pela sua dignidade e direitos humanos;
- Garantir que eventuais barreiras procedimentais não impedem que as mulheres vejam situações sérias e sistemáticas de violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos ser reparadas;
- Providenciar formação em igualdade de género e sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres a técnicos judiciais, autoridades legais e profissionais de saúde, visando a desconstrução de estereótipos, preconceitos e outras ideias pré-concebidas sobre a sexualidade e funções reprodutoras das mulheres, que possam afetar o processo de tomada de decisão.

10 – Eliminar a discriminação existente no sistema legal e na prática, incluindo formas múltiplas de discriminação e discriminação interseccional e garantir igualdade para todas as mulheres no que se refere ao gozo plenos dos seus direitos sexuais e reprodutivos

- Tomar ações eficazes e positivas, incluindo ações de informação ao público, de aumento de consciencialização e programas de formação, de forma a abordar a discriminação com base no sexo, género e outras formas, combatendo normas rígidas, estereótipos, ideias pré-concebidas e estigmas sobre género, prejudiciais aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

- Conceber e implementar estratégias, políticas e programas que visem melhorar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que pertencem a grupos marginalizados e erradicar barreiras financeiras, práticas e sociais que estas mulheres enfrentam no acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade;
- Estabelecer sistemas de recolha de dados sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, eficazes e alinhados com o espírito dos direitos humanos, que abordem também características como a idade, deficiência, etnia, nacionalidade e estatuto socioeconómico;
- Rejeitar leis e políticas discriminatórias que reduzem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva a certos grupos de mulheres, nomeadamente com base na idade, deficiência, identidade de género, estado civil, estatuto de migrante, nacionalidade ou orientação sexual;
- Assegurar que todas as mulheres em situações vulneráveis, conseguem aceder a cuidados de saúde sexual e reprodutiva que respondem às suas necessidades específicas de saúde, bem como circunstâncias pessoais, incluindo mulheres que viram as suas vidas afetadas por conflitos e crises, migrantes internos, refugiados, migrantes, adolescentes, mulheres idosas, e mulheres seropositivas;
- Assegurar que todas as sobreviventes de violência sexual, incluindo mulheres em zonas de conflito ou centros de detenção, vítimas de tráfico humano, mulheres refugiadas em busca de asilo, conseguem aceder a cuidados de saúde sexual e reprodutiva completos, incluindo contraceção de emergência, serviços seguros de interrupção de gravidez e tratamento profilático pós-exposição ao VIH.

Introdução

É imperativo que os estados tomem ações que permitam garantir o direito à saúde sexual e reprodutiva. Sem elas, alguns dos aspetos mais íntimos e fundamentais das nossas vidas enquanto seres humanos encontram-se em risco. O nosso bem-estar e a nossa saúde mental, emocional e física estão comprometidas. A nossa liberdade para determinar aspetos-chave das nossas vidas e das nossas relações está comprometida. A nossa capacidade para tomar decisões informadas e autónomas sobre os nossos corpos, saúde, sexualidade e sobre se e quando nos queremos reproduzir, está também ela condicionada.

Este documento debruça-se sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres na Europa. Apesar dos progressos, desigualdades de género significativas continuam a afetar mulheres por toda a Europa nas várias esferas das suas vidas, tendo muitas vezes efeitos profundos nos seus direitos sexuais e reprodutivos. Leis, políticas e práticas na Europa ainda enfraquecem e reduzem o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, autonomia, dignidade, integridade e tomada de decisão de forma grave. Inúmeras formas de discriminação, violência e coerção persistem ao longo do *continuum* das vidas sexuais e reprodutivas das mulheres, inclusive no contexto dos cuidados de saúde.

Por “direitos sexuais e reprodutivos”, este documento refere-se ao corpo de direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais que são protegidos pelas leis e normas internacionais dos direitos humanos que se aplicam ao longo das vidas das pessoas, incluindo ao nível sexual e reprodutivo. Estes direitos incluem – mas não estão limitados a – o direito à saúde, o direito à vida, liberdade de tortura e tratamento desumano e direito à privacidade. Também incluem, de forma crucial, o direito à igualdade de género e à não discriminação no gozo dos direitos, que obriga os Estados-membros a respeitar e assegurar o usufruto de todos os direitos por parte de mulheres e jovens mulheres, com base na igualdade. Estas normas também incluem o princípio do não-retrocesso, que proíbe os Estados-membros de tomar medidas que debilitem, restrinjam ou eliminem direitos já existentes na área da saúde sexual e reprodutiva.

Consequentemente, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, não são separados ou distintos dos direitos humanos. Pelo contrário, tal como amplamente reconhecido pelos instrumentos de defesa dos direitos humanos, são elementos intrínsecos da moldura legal dos direitos humanos. Assim, as obrigações dos Estados-membros em evoluir e proteger os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são componentes essenciais da sua obrigação em respeitar e garantir os direitos humanos das mulheres e o avanço na igualdade de género.

Nas últimas décadas, os países europeus fizeram progressos significativos nos seus esforços para eliminar as restrições, discriminação, coerção e violência que as mulheres enfrentam ao longo das suas vidas a nível sexual e reprodutivo. As leis e políticas que proíbem a contraceção foram erradicadas. As leis restritivas sobre o aborto foram liberalizadas. As molduras penais que criminalizaram a violência contra as mulheres foram promulgadas. Regulações que especificavam idades de consentimento diferentes para homens e mulheres foram erradicadas. Disposições legais que criminalizavam o sexo entre homens e mulheres fora do casamento e entre adultos do mesmo sexo foram abolidas. O divórcio foi legalizado. Medidas de proteção das crianças foram adotadas, bem como proteções laborais durante a gravidez e após a maternidade.

Simultaneamente foram feitas várias melhorias por toda a Europa na entrega, qualidade e acessibilidade às várias formas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva que as mulheres necessitam. Para se ter uma perspetiva global, vários países europeus têm algumas das taxas de mortalidade materna mais baixas do mundo, a contraceção moderna está mais acessível de forma generalizada do que noutras partes do mundo, a gravidez não desejada está a diminuir, e os incidentes provocados por abortos sem condições de segurança também diminuíram.

Contudo, apesar destas conquistas, em muitas partes da Europa a saúde sexual e reprodutiva, a autonomia, integridade e tomada de decisão continuam a ser ameaçadas, e as violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres continuam. Nalguns países, as leis e políticas continuam a violar, restringir e fragilizar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Um conjunto de barreiras financeiras, práticas e sociais continuam a ameaçar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e impedem-nas de obter cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade. A violência contra as mulheres persiste em todas as sociedades Europeias e as práticas sexuais e cuidados de saúde reprodutiva coercivos continuam a ser uma preocupação em vários países. Normas sociais e expectativas, estereótipos prejudiciais e estigmas relativamente aos papéis das mulheres na sociedade e sobre as suas capacidades sexuais e reprodutoras, perduram. Em tempos, estas restrições, barreiras, preconceitos e abusos, afetam todas as mulheres num país em particular da Europa; e muitas vezes dão origem a múltiplas formas de discriminação e têm como alvo, ou pior, têm um maior impacto, em grupos específicos de mulheres.

Para além disso existe uma preocupação crescente com o facto de as proteções dos direitos sexuais e reprodutivos parecerem estar a andar para trás em algumas zonas da Europa e a nível global. Esta tendência, bem como as violações aos direitos humanos que daqui resultam, estão entre as razões que levaram à preparação deste documento. Esforços encetados no sentido de reverter progressos na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, são bastante preocupantes.

Avançar no campo da igualdade de género pela Europa é uma componente-chave das obrigações dos Estados-membros relativas aos direitos humanos, compromisso com a saúde pública e objetivos de desenvolvimento sustentáveis. Alcançar a igualdade de género é imperativo não só enquanto obrigação dos estados na ótica da lei internacional dos direitos humanos; a igualdade de género serve estimula as economias sustentáveis e beneficia as sociedades e a humanidade em larga escala. Contudo, falhas na proteção do respeito da saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres são ao mesmo tempo causa e consequência da discriminação e desigualdade de género - e a igualdade entre mulheres ao longo da Região vai permanecer uma ilusão, enquanto os seus direitos sexuais e reprodutivos não estiverem garantidos. Para além disso, enquanto ameaças antigas à igualdade de género estão a emergir ao longo da região, a existência de esforços concertados para reafirmar a importância dos direitos das mulheres são essenciais para se manter o progresso da Europa na concretização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Este documento foi desenhado de forma a contribuir para o avanço na conquista da igualdade de género, por toda a região, e para a resolução dos principais défices e violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que continuam a ameaçar as mulheres pela Europa. Tendo em conta este objetivo, considera-se o acesso à saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa na perspetiva dos direitos humanos, tendo como pano de fundo as obrigações internacionais ao nível dos direitos humanos assumidas pelos Estados-membros, tal como consagrado em instrumentos Europeus e internacionais ao nível dos direitos humanos, e tal como elaborado e interpretado por mecanismos ao nível dos direitos humanos. Este enfoque nas mulheres e raparigas não pretende desvalorizar a importância dos problemas relacionados com os direitos sexuais e reprodutivos dos homens e rapazes por toda a região da Europa; em vez disso, reflete o facto de que a procura por soluções para os problemas relacionados com os direitos sexuais e reprodutivos que afetam as mulheres e raparigas por toda a Europa, continua a representar uma parte vital dos esforços que são feitos para promover a igualdade de género.

Este documento tem como objetivo proporcionar uma visão global sobre um vasto número de assuntos, e não analisar cada um desses aspetos em profundidade. Não tem assim como intuito fornecer um catálogo exaustivo das preocupações com os direitos sexuais e reprodutivos que afetam as mulheres por toda a Europa. Apesar de colocar o foco em alguns assuntos preocupantes prioritários na região, há uma série de problemas que não são abordados. A título de exemplo, esta edição não inclui um foco na violência contra as mulheres ou nos direitos de pessoas lésbicas, bissexuais, transgénero ou intersexuais.

A secção 1 desta edição fornece uma visão global de algumas das questões centrais ao nível de défices nos direitos e saúde sexual e reprodutiva que continuam a afetar as mulheres por toda a Europa. Neste sentido salienta preocupações crescentes, desigualdades e falhas em nove aspetos centrais da saúde sexual e direitos reprodutivos das mulheres: 1) Retrocessos e suas repercussões; 2) estereótipos de género, normas sociais e estigma; 3) Falta de uma educação sexual mais abrangente; 4) défices no sistema de saúde, recolha de dados e financiamento; 5) barreiras no acesso à contraceção moderna; 6) restrições no acesso à

interrupção da gravidez legal e segura; 7) preocupações no campo dos cuidados de saúde materna; 8) discriminação interseccional; 9) atalhos no que diz respeito a medidas de reparação eficazes e acesso à justiça.

A secção 2 aborda a forma como as obrigações dos Estados-membros do Conselho da Europa, sob certos padrões internacionais ao nível dos direitos humanos, se aplicam aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Com referência aos documentos oficiais e mecanismos de direitos humanos, esta secção fornece uma síntese geral sobre a forma como os direitos à saúde, à vida, à liberdade de tortura e tratamento desumano, privacidade e igualdade e não discriminação, impõem obrigações aos Estados-membros, relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Também aborda reivindicações relativamente ao facto de os direitos sexuais e reprodutivos por vezes serem limitados atendendo a razões de ordem religiosa, moral ou social, ou para proteger os direitos de outros.

A secção 3 apoia-se na análise feita na secção 2 e salienta a forma como obrigações específicas dos Estados-membros sob os padrões internacionais dos direitos humanos se aplicam a cinco aspetos essenciais da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: Educação sexual abrangente; contraceção moderna, acesso à interrupção da gravidez de forma segura e legal; recusas por profissionais de saúde em providenciar cuidados de saúde sexual e reprodutiva com base em objetores de consciência; e cuidados de saúde materna de qualidade.

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES NA EUROPA: PREOCUPAÇÕES, DESAFIOS E DÉFICES

Nas últimas décadas, foi feito um progresso global considerável no que toca à esfera da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como em relação à eliminação de formas de discriminação associadas. Os Estados-membros do Conselho da Europa têm estado na vanguarda destes esforços e têm tomado ações sérias no sentido de proteger a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nas suas leis, políticas e práticas.

Não obstante este progresso importante, as mulheres na Europa continuam a enfrentar recusas e infrações de larga amplitude à sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Na verdade, tal como foi salientado na Introdução, a posição global da Europa ao nível da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres mascara um número de discrepâncias preocupantes e substanciais no continente europeu. Apesar da natureza e gravidade das preocupações ao nível dos direitos humanos que prevalecem nos diferentes países, nenhum Estado-membro do Conselho da Europa descartou totalmente as suas obrigações em assegurar a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

1.1 Retrocessos e Repercussões

A universalidade dos direitos humanos é o pilar da lei internacional dos direitos humanos, e a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são componentes integrantes dessa estrutura legal. Neste contexto, o progresso sustentável em direção à igualdade de género e à erradicação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, é imperativo. Contudo, nos últimos anos têm surgido, por toda a Europa, ameaças recorrentes à saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com graves implicações para os direitos humanos das mulheres e para o desenvolvimento da política local, regional e internacional.

Apesar de, de alguma forma, estas ameaças adquirirem formas distintas conforme os diferentes contextos europeus, sociais e políticos, é certo que têm envolvido, de forma consistente, tentativas de minar ou restringir o acesso das mulheres a determinados tipos de serviços de saúde e têm procurado colocar em causa os compromissos a longo prazo para com a igualdade de género e universalidade dos direitos das mulheres.

1.1.1 Retórica Prejudicial

Em alguns países tem sido utilizada pelos representantes eleitos e outros decisores políticos, uma retórica que é prejudicial à igualdade de género e aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo aqueles que se encontram em altos cargos no governo. Em anúncios e discursos oficiais, representantes públicos têm deturpado aquele que é o conceito de igualdade de género, descrevendo-o, bem como a outras proteções relevantes ao nível dos direitos humanos, como “ideologia de género”.

Também têm adotado linguagem acerca dos direitos humanos, valores tradicionais e proteção da família, de forma a reforçar estereótipos de género prejudiciais e premissas sobre os papéis das mulheres na sociedade, encorajando assim a discriminação com base no sexo e orientação sexual, bem como na identidade de género. Nalguns casos, os representantes oficiais também identificaram, erradamente, a igualdade de género e o aumento da proteção da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como a causa proeminente da descida da taxa de natalidade e outras preocupações demográficas.

1.1.2 Retrocesso legislativo

No caso de alguns Estados-membros, as ameaças têm ido para além da retórica e do discurso, com a adoção de leis e políticas que provocam o retrocesso nas proteções já existentes para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Por exemplo, nos últimos anos, na Arménia, na antiga República Jugoslava da Macedónia, na Geórgia, na Rússia e na Eslováquia, têm sido adotadas leis e políticas que têm introduzidos um largo número de pré-requisitos que as mulheres têm de cumprir para poderem obter acesso aos serviços de interrupção da gravidez legais. Os períodos de espera, bem como aconselhamento tendencioso obrigatórios, antes de se poder realizar a interrupção da gravidez, são exemplos particularmente comuns deste tipo de novas barreiras processuais de retrocesso, que estão a ser impostas e que enfraquecem a saúde e os direitos humanos das mulheres. Adicionalmente, apesar de normalmente não terem tido sucesso, foram feitas propostas para se introduzirem pré-requisitos processuais semelhantes noutros países europeus como é o caso da Letónia, Lituânia e Roménia.

Nos últimos anos, também têm sido feitas propostas para uma proibição quase total do aborto na Lituânia, Eslováquia, Espanha, Polónia e Rússia. Apesar destas iniciativas terem sido, eventualmente, rejeitadas, normalmente seguidas de demonstrações e protestos em larga escala por parte da opinião pública, não deixam de fornecer uma poderosa ilustração da extensão e da natureza da resistência aos avanços nos direitos das mulheres e na igualdade de género nalgumas partes da Europa.

Além do mais, apesar dos retrocessos na legislação terem tido como alvo específico o acesso das mulheres aos serviços de interrupção da gravidez, outros aspetos da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres também foram afetados. Por exemplo, a recente legislação na Polónia, reintroduziu a obrigatoriedade prescrição médica para aquisição de contraceção de emergência, abolindo as políticas anteriores que permitiam que se pudesse

adquirir várias formas de contraceção de emergência através de venda livre em farmácias. Adicionalmente, uma série de retrocessos nas leis e políticas com uma larga escala de implicações negativas para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos, têm ganho força na Rússia. Isto inclui leis que impedem que exista a disseminação de informação sobre diversidade sexual e homossexualidade, incluindo para fins educacionais, bem como legislação que descriminaliza algumas formas de violência doméstica.

1.1.3 Desafios dos tribunais

Os tribunais, numa série de jurisdições europeias também foram confrontados com desafios legais que ameaçam a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Na maior parte dos casos, recusaram queixas, como é o caso de tribunais de países como a Croácia, Portugal e Eslováquia, que anularam petições legais que contestavam a constitucionalidade do acesso das mulheres à interrupção voluntária da gravidez, e de tribunais como o da Suécia e do Reino Unido, que recusaram petições pelo alargamento da recusa que os profissionais de saúde podem fazer no fornecimento de cuidados de saúde ao nível da interrupção voluntária da gravidez, com base na objeção de consciência ou religião.

Contudo, num número reduzido de casos, as decisões dos tribunais e jurisprudências, resultaram em retrocessos. Por exemplo, o tribunal constitucional da Polónia, aboliu recentemente algumas salvaguardas que eram aplicadas aos profissionais de saúde que são objetores de consciência, tais como a obrigatoriedade de encaminhar estas pacientes para um profissional de saúde alternativo. Isto tem implicações graves para as mulheres na Polónia, que enfrentam de forma repetida recusas na prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais, quando procuram acessos a serviços legais de interrupção de gravidez, ou outras formas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

1.1.4 Ameaças aos ativistas pelos direitos humanos

Este retrocesso também afetou os esforços e operações de muitos dos defensores dos direitos humanos, organizações da sociedade civil e prestadores de cuidados de saúde que trabalham no sentido de promover avanços na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa. Violência, ameaças, discurso de ódio e campanhas de difamação por grupos de extrema direita e grupos religiosos extremistas, continuam a ser perpetrados contra os defensores dos direitos humanos que procuram contribuir para o avanço na igualdade de género e saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e também contra os profissionais de saúde que fornecem serviços de saúde relevantes para as mulheres. Entretanto, a recente introdução de políticas e regulações restritivas que afetam a sociedade civil, em alguns Estados-membros, como é o caso da Hungria e da Rússia, tiveram implicações diretas e concretas nos defensores dos direitos humanos e nas organizações da sociedade civil que trabalham para o avanço da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

1.2 Estereótipos de Género Prejudiciais, Normas Sociais e Estigma

Nas últimas décadas, a Europa deu lugar a uma extensa mudança social, bem como a mudanças críticas nas atitudes relativamente ao sexo e à reprodução. As normas de género evoluíram e os costumes sociais sobre o papel da mulher na sociedade, avançaram de forma considerável. Contudo, a discriminação, estereótipos de género prejudiciais, e normas sexuais relativamente à sexualidade e capacidade reprodutiva da mulher, ainda prevalecem em alguns Estados-membros, e continua a existir estigma associado a muitos aspetos da vida sexual e reprodutiva das mulheres. Isto representa um sem número de implicações negativas para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa, e está na base de muitas das violações e abusos que estão em destaque no presente documento.

1.2.1 Violência contra as mulheres

Na Europa as mulheres enfrentam formas variadas e bastante difundidas de violência e abuso, pelo simples facto de serem mulheres, incluído agressão e assédio sexual na esfera das relações íntimas, na vida pública e no local de trabalho. Estima-se que uma em cada quatro mulheres na Europa, irá enfrentar violência com base no género ao longo da sua vida. Os estereótipos de género negativos e as normas sociais desempenham um papel crucial a este respeito. Não só estão na raiz da violência contra as mulheres, como enfraquecem os esforços dos Estados-membros no sentido de prevenir a violência e de assegurar a responsabilização por parte de quem a perpetua.

Por toda a Europa, a sexualidade das mulheres continua a ser sujeita a um vasto número de costumes sociais e presunções que, em muitos contextos, culpam a mulher diretamente por ser violada, bem como por outras formas de violência sexual, particularmente se a mulher for vista como transgressora das normas sociais e expectativas. Tais atitudes focam a sua atenção na aparência e comportamento das mulheres, ou no seu historial sexual, ao invés de se focarem nas ações dos perpetradores. Mesmo em países com leis e políticas fortes, a violência doméstica contra as mulheres numa relação amorosa ainda é muitas vezes vista como assunto da esfera privada ou de família, e não como um assunto de justiça criminal. Estas e outras assunções e atitudes prejudiciais podem ter consequências dramáticas para a prevenção, prossecução e punição da violência contra as mulheres, levando muitas vezes a um sentimento de impunidade. Vão influenciar a capacidade e força para as mulheres reportarem violência, bem como a extensão das investigações e acusações que são levadas a cabo pelos oficiais da justiça, bem como a aplicação eficaz das leis.

Estereótipos de género no que diz respeito à sexualidade

Em 2017, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos abordou a natureza arriscada de estereótipos e crenças amplamente difundidas, designadamente de que a sexualidade das mulheres está inerentemente ligada à reprodução e que, por isso, diminui e torna-se menos importante ao longo da idade.

Em Carvalho Pinto de Sousa Morais vs. Portugal, a queixosa sofreu de perda de sensibilidade, dor vaginal e incontinência urinária como resultado de negligência médica durante um procedimento cirúrgico. Isto afetou de forma negativa a sua mobilidade e capacidade para ter relações sexuais e ela ficou deprimida. No seguimento de uma queixa contra o hospital, ela conseguiu receber 172.000 € de indemnização pelo Tribunal Administrativo de Lisboa. Contudo, a indemnização foi significativamente reduzida pelo tribunal de recurso, com o argumento de que “à data da operação, a queixosa já tinha 50 anos e tinha dois filhos, uma idade em que o sexo já não é tão importante como em idades mais jovens, a sua importância diminui com a idade.”

Posteriormente, efetuou uma queixa ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, onde argumentou que a decisão do tribunal a discriminou com base no sexo e idade. Ela queixou-se de que ao menosprezar o seu direito a ter vida sexual, o tribunal violou um dos mais básicos princípios da dignidade humana e violou o seu direito a ter uma vida privada e a poder concretizar este direito livre de discriminação com base no sexo ou idade, prevista nos artigos 8 e 14 da Convenção Europeia dos Direitos Humanos.

O Tribunal Europeu deu razão às suas reivindicações, reconhecendo que:

“A questão em apreço não diz respeito a considerações sobre sexo ou idade em si, mas sim ao assumir que a sexualidade não é importante para uma mulher de cinquenta anos e mãe de dois filhos como seria para alguém mais jovem. Essa preconceção reflete uma visão tradicional da sexualidade feminina como estando essencialmente ligada a propósitos de reprodução e, por isso, ignora a relevância física e psicológica para a autorrealização das mulheres enquanto pessoas.”

1.2.2 Práticas coercivas nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva

Estereótipos de género e preconceitos negativos estão na base de práticas coercivas nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva por toda a Europa, em particular estereótipos sobre a capacidade de reprodução, papéis na sociedade e capacidade para tomada de decisão informada das mulheres.

Tal como sublinhado de forma mais detalhada na subsecção 1.7 abaixo, as alegações de que as mulheres em muitos dos países Europeus ainda enfrentam várias formas de intervenções médicas forçadas e coercivas durante o trabalho de parto, sem existirem esforços apropriados para assegurar o seu consentimento total e informado, apontam para premissas

discriminatórias no que diz respeito à capacidade de decisão das mulheres. Incluem crenças erróneas de que as mulheres, em especial mulheres grávidas em trabalho de parto, não são capazes de pensar de forma racional ou de ter um processo de tomada de decisão responsável: que se vão precipitar e tomar decisões imprudentes, a não ser que sejam protegidas das suas respostas alegadamente emocionais e impulsivas. As práticas coercivas durante o trabalho de parto também refletem os preconceitos que vão no sentido de se priorizar a capacidade de reprodução das mulheres em detrimento do seu direito de tomar decisões autónomas sobre os seus corpos e saúde reprodutiva.

Estereótipos negativos e enviesamentos enraizados estão na base de muitos exemplos históricos de práticas coercivas na Europa, tais como a prática sistemática e largamente difundida da esterilização coerciva e forçada de mulheres de etnia cigana em países como a República Checa e a Eslováquia, e de mulheres com deficiência em países como a França e a Suíça. Nestes casos, presunções sobre a capacidade de as mulheres tomarem decisões informadas, cruzadas com os preconceitos profundamente enraizados sobre quem deve ou não se reproduzir, resultam em graves violações sistemáticas aos direitos das mulheres.

1.2.3 Barreiras no acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva

Enviesamentos de género, normas e preconceitos negativos também estão na base de muitas das barreiras legais e políticas que impedem o acesso das mulheres a determinados serviços de saúde sexual e reprodutiva nalgumas partes da Europa.

Por exemplo, um número de Estados-membros conservam leis e políticas sobre o aborto e a conceção de acordo com uma ideia pré-estabelecida de que a maternidade é, ou deveria ser, o principal papel social e função da mulher. Por exemplo, é muito comum na Europa que o aborto legal e serviços de contraceção estejam excluídos do serviço nacional de saúde, de atribuição de subsídios e esquemas de reembolso. Assim, tais regulações também expõem costumes sociais persistentes que favorecem o sexo para fins reprodutivos, bem como crenças de que as mulheres devem suportar os custos sociais e financeiros, e as consequências da atividade sexual que mantenham sem fins reprodutivos. Por exemplo, na Eslováquia, todas as provisões legais proíbem explicitamente a cobertura de métodos contraceptivos pelo serviço nacional de saúde quando utilizados com o propósito de prevenir uma gravidez indesejada, indo contra aquilo que são os padrões da OMS, que definem os contraceptivos como medicamentos essenciais.

1.2.4 Estigma

Adicionalmente, por toda a Europa, formas generalizadas de vergonha, culpa e tabu, são persistentemente associadas a diversas vertentes da vida sexual e reprodutiva das mulheres e a certas formas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Por exemplo, o sexo fora do casamento, historicamente tem atraído níveis elevados de estigma e censura moral, com consequências em particular para as mulheres solteiras que

engravidem. Em muitos países Europeus, estas atitudes têm permitido leis e políticas discriminatórias no que diz respeito aos direitos e estatuto legal das mães não casadas e das crianças nascidas fora do casamento; nalguns Estados-membros, deram origem a uma série de práticas coercivas e maus tratos, como adoção forçada, colocação obrigatória na “casa da mãe e do bebé” e outras formas de institucionalização e detenção coerciva. Apesar de hoje em dia um número elevado de crianças na Europa nascerem fora do casamento, e de, numa série de países europeus, tais como a Bulgária, Bélgica, Dinamarca, Estónia, França, Eslovénia e Suécia, representarem a maioria dos nascimentos – nalguns contextos europeus, as normas sociais e as políticas estatais ainda refletem a base de reprovação da reprodução fora do casamento.

O estigma também continua a estar associado à sexualidade das mulheres e à expressão sexual por toda a Europa, com implicações negativas para a autonomia sexual das mulheres, ação e liberdade. Por exemplo, a presunção generalizada de que a sexualidade das mulheres está intrinsecamente ligada à capacidade reprodutora, persiste em vários setores, bem como expectativas de que as mulheres são sexualmente passivas. Tais preconceitos e presunções são particularmente comuns em grupos específicos de mulheres. Por exemplo, mulheres com deficiência, adolescentes, mulheres mais velhas, mulheres solteiras e mulheres lésbicas, transgénero ou bissexuais, podem enfrentar preconceitos particularmente discriminatórios a favor da assexualidade, tabu social residual associado ao sexo fora do casamento, expectativas de que as jovens devem “proteger a sua virgindade”, e homofobia e transfobia prevalentes.

De forma semelhante, o estigma associado à transmissão de doenças e infeções sexualmente transmissíveis, incluído o VIH/SIDA, prevalecem em muitas partes da Europa e condicionam muitas vezes o acesso das mulheres a informação relevante, formas de prevenção, teste e tratamento. A Europa de Leste, por exemplo, tem o maior número crescente de casos de infeção por VIH no Mundo, com as mulheres a representar até 50% dos casos de novas infeções nalguns destes países. Também existem preocupações sérias com o número crescente de mulheres na região que permanecem desconhecedoras da sua doença devido à baixa prevalência da testagem.

Entretanto, nalguns países da região, existe a preocupação com formas de discriminação social e desigualdade de género que estão profundamente enraizadas e que continuam a dar origem à preferência pelo filho rapaz. Da mesma forma persiste o estigma relativamente ao aborto e à menstruação em grande parte da Europa.

Estigma do Aborto

No caso de P e S vs. Polónia, o tribunal Europeu dos Direitos Humanos considerou as consequências nocivas para a saúde e as graves violações aos direitos humanos causadas pelo estigma associado ao aborto num país com uma lei restritiva relativamente ao aborto. O tribunal estabeleceu que o direito à privacidade e à integridade corporal presentes nos artigos 3 e 8 da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, foram violados como resultado das diferentes falhas das autoridades polacas em assegurar que a primeira queixosa pudesse ter acesso aos serviços de interrupção de gravidez legais, aos quais tinha direito, de acordo com as leis do país.

A experiência das queixosas no caso de P e S vs. Polónia ilustra as graves consequências que tais falhas podem ter para mulheres e raparigas. Neste caso, a primeira queixosa, foi violada por um colega de escola e, como resultado, engravidou aos 14 anos. Ela e a segunda queixosa, a sua mãe, fizeram queixa da violação à polícia. Consequentemente, depois de ter descoberto que estava grávida, e com o apoio da sua mãe, decidiu terminar a gravidez. Como a proibição de interrupção da gravidez na Polónia prevê a exceção para gravidez que resulte de crime, ela tinha o direito a realizar a interrupção da gravidez de forma legal, e obteve um certificado a comprovar que a gravidez resultava de um crime.

Contudo, quando as queixosas contactaram os médicos e hospitais em Lublin, procurando marcar a interrupção da gravidez, enfrentaram um sem número de obstáculos. Num hospital, em vez de a encaminharem para os serviços próprios, o chefe do hospital sugeriu que falasse com um padre católico. Outro médico, que se recusou a encaminhar o caso, aconselhou a mãe da queixosa a “arranjar um casamento para a sua filha”, enquanto que outro profissional pediu à segunda queixosa para assinar uma declaração onde constava o seguinte: “Concordo com o procedimento da interrupção da gravidez e compreendo que tal procedimento pode levar à morte da minha filha”. Outros profissionais do hospital também violaram a confidencialidade, partilhando informação relativa à gravidez a um padre católico e fizeram com que a primeira queixosa se encontrasse com ele. Outro hospital fez um comunicado de imprensa onde afirmou que não iria realizar a interrupção da gravidez, fornecendo informação sobre as queixosas aos media.

Mais tarde, em Warsaw, o staff do hospital facilitou o acesso do mesmo padre e de um ativista antiaborto, à primeira queixosa, na ausência da sua mãe, tentando persuadi-la a não realizar o aborto. A primeira queixosa e os seus pais foram ainda levados para uma esquadra da polícia onde foram questionados durante seis horas sem poderem comer. Depois de uma ordem do tribunal, a primeira queixosa foi retirada aos pais e colocada numa residência juvenil por um período de 10 dias. Eventualmente, a segunda queixosa enviou uma queixa ao Escritório para os Direitos do Paciente, ao ministério da saúde, e o ministro da saúde arranjou uma forma da primeira queixosa poder realizar a interrupção da gravidez em Gdansk.

1.3 Falta de Educação Sexual Abrangente

Raparigas e adolescentes por toda a Europa enfrentam uma vasta gama de desafios específicos relativamente ao gozo dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Por exemplo, os dados mostram que apesar de muitos adolescentes serem sexualmente ativos, existe um número elevado que ainda não utiliza o preservativo ou outro método eficaz de contraceção que diminua o risco de gravidez na adolescência e exposição a doenças sexualmente transmissíveis, como é o caso do VIH.

Assegurando que as raparigas e jovens pela Europa têm acesso a cuidados de saúde apropriados para a sua idade, educação sexual abrangente e baseada na ciência e informação, é uma componente crítica das medidas que são necessárias para abordar de forma eficaz estes e outros desafios. Contudo, apesar de vários países europeus já terem instituído algum tipo de programa de educação sexual, muitos desses programas falham no que diz respeito aos requisitos internacionais ao nível dos direitos humanos e aos Padrões para a Educação Sexual na Europa definidos pela OMS.

1.3.1 Educação de caráter abrangente e obrigatória nos planos curriculares

Apesar de ser discutível que a educação sexual seja proporcionada de forma obrigatória no plano curricular, em alguns Estados-membros como na Bulgária, Lituânia, Polónia e Roménia, a educação sexual continua a ser facultativa, ou as políticas permitem que as crianças desistam das aulas.

Para além disso, em algumas partes da Europa, planos curriculares abrangentes, ou guias de orientação para se fornecer uma educação sexual mais abrangente, continuam em falta. Quando este é o caso, apesar de alguns aspetos relevantes de informação serem fornecidos no contexto das aulas de biologia, saúde ou ciências sociais, tal nem sempre assegura que está a ser partilhada educação sexual e informação de forma mais abrangente e holística no que diz respeito à sexualidade, reprodução e relações.

1.3.2 Conteúdo, qualidade e formação de professores

Os programas, num número de Estados-membros, estão a falhar no que toca a irem ao encontro do requisito crucial que se traduz na disponibilização de uma educação sexual baseada em informação precisa e científica e apropriada à idade, e num programa holístico e não discriminatório. Nalgumas partes da Europa, o programa inclui informação médica e científica que não está correta ou que reforça a discriminação de género através de ideias pré-concebidas, papéis de género e normas.

Por exemplo, num número de países, materiais relevantes, ou práticas de ensino, retratam as mulheres apenas como mães que estão responsáveis por criar os seus filhos, estigmatizam a homossexualidade e a não-conformidade de género, e reforçam os estereótipos de género e expectativas no que diz respeito à sexualidade feminina e masculina. Os programas de alguns países continuam focados na preparação para a “vida familiar” e colocam ênfase no

casamento heterossexual e parentalidade, abolindo temas como a igualdade de género e a diversidade sexual. Para além disso, alguns programas ainda promovem a abstinência sexual antes do casamento, ou focam-se primariamente em métodos naturais de planeamento familiar e não fornecem informação suficiente sobre como utilizar métodos de contraceção eficazes e modernos.

Em muitos contextos Europeus, o conteúdo e qualidade da educação sexual está altamente dependente do conhecimento e competência dos professores a um nível individual. Contudo, ao mesmo tempo, a experiência e/ou formação na área da educação sexual destes professores, varia imenso e, muitos países não proporcionam formação adequada e contínua, nem fornecem mecanismos de apoio e recursos sobre educação sexual.

1.4 Défices no sistema de saúde, Recolha de dados e Financiamento

Um sistema de saúde que funcione de forma adequada e que aborde de forma eficaz as necessidades sexuais e reprodutivas das mulheres é imprescindível para a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Contudo, apesar de muitos serviços de saúde europeus serem relativamente fortes, o grau em que estão equipados para responder de forma eficaz a uma panóplia de questões que as mulheres enfrentam ao nível da sua saúde sexual e reprodutiva, varia de forma considerável e continuam a existir muitas falhas e caminhos.

1.4.1 Planos de ação, supervisão e formação

Muitos governos europeus ainda não adotaram estratégias e planos de ação nacionais que priorizem o avanço na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida. Apesar destes planos e estratégias muitas vezes até existirem, são muitas vezes elaborados sem transparência e fora de um processo participativo consultivo. Nem sempre incluem indicadores claros e mensuráveis, ou marcas de referência, nem fornecem mecanismos apropriados de supervisão, monitorização da implementação.

Adicionalmente, um número de Estados-membros não providenciam programas de formação especializada para profissionais de saúde que estão a fornecer cuidados de saúde sexual e reprodutiva a mulheres, ou os programas de formação não têm componentes fortes em igualdade de género e direitos humanos. Alguns falham em assegurar regulação eficaz, monitorização e supervisão dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente no que diz respeito a prestadores de cuidados de saúde do privado.

1.4.2 Dados Desagregados

Falhas na recolha e análise de dados importantes e evidências acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nomeadamente dados desagregados, continuam a ser uma preocupação em inúmeros países europeus. Muitos serviços de saúde não recolhem nem

analisam dados desagregados acerca da saúde sexual e reprodutiva, não só no que diz respeito ao sexo, mas também sobre fatores como a idade, deficiência, etnia, nacionalidade ou estatuto socioeconómico. Esta falta de recolha de dados coloca entraves à capacidade de os Estados-membros identificarem, de forma adequada, lacunas e défices existentes no acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, e também ao desenvolvimento de respostas estratégicas eficazes. Nalguns países, os défices na recolha de dados vão para além da sua desagregação. Também têm sido levantadas preocupações ao nível da ausência de indicadores de boa qualidade, bem como da necessidade de se medirem taxas de gravidez não desejada, aborto, e prevalência da necessidade de uma contraceção moderna.

1.4.3 Atribuição de orçamento, financiamento e custos

As barreiras financeiras continuam a ser uma grande fonte de desigualdades na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres na Europa. A atribuição de orçamento para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, apesar de ser forte nalguns países Europeus, continua a ser insuficiente noutros, e os recursos financeiros e humanos necessários para que se façam avanços na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, estão muitas vezes em falta. O fornecimento de serviços de saúde sexual e reprodutiva varia frequentemente ao longo das diferentes comunidades, e os défices podem ser especialmente acentuados para as mulheres que vivem em áreas rurais. Adicionalmente, alguns serviços de saúde estão a falhar no que toca a assegurar uma abordagem baseada no ciclo de vida à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Por exemplo, podem não ser atribuídos recursos adequados a serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, ou à triagem, diagnóstico precoce e programas de tratamento para cancro do sistema reprodutor que afetam as mulheres, especialmente as mais velhas.

Adicionalmente, e tal como sublinhado com mais detalhe abaixo, nas subsecções 1.5, 1.6 e 1.7, alguns Estados-membros continuam a excluir aspetos particulares do sistema de saúde sexual e reprodutiva que as mulheres necessitam, tais como contraceção e aborto, dos seguros de saúde existentes, subsídios e esquemas de reembolso. Alguns países também limitam o acesso de migrantes ilegais a cuidados de saúde materna comparticipados ou mesmo gratuitos, ou então impedem-nas de adquirir seguros de saúde ou de descontar para outros serviços relevantes.

A recente crise económica e os consequentes cortes na despesa pública vieram exacerbar mais esta situação. Existem preocupações de que a crescente desigualdade salarial por toda a região, combinada com reduções nos recursos para os programas em igualdade de género e para os serviços de saúde sexual e reprodutiva, levem a que as mulheres com um estatuto socioeconómico mais baixo enfrentem barreiras crescentes no acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade. Os esforços para reduzir os custos também podem afetar a qualidade e a aceitação dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva para as mulheres de forma geral. Por exemplo, nalguns países foram denunciadas algumas práticas relativamente à utilização de medicação ou procedimentos utilizados para acelerar o nascimento das

crianças, de forma a reduzir os custos associados a recursos humanos e infraestruturas do hospital.

1.5 Barreiras no Acesso à Contraceção Moderna

Por toda a região da Europa, o acesso das mulheres a métodos eficazes de contraceção moderna continua a ser impedido por uma série de défices ao nível da acessibilidade, disponibilidade e informação, bem como barreiras políticas discriminatórias.

Na verdade, apesar de cada vez mais mulheres em várias partes da Europa estarem a utilizar métodos mais eficazes e baseados na ciência, do que noutras partes do globo, existem ainda exceções importantes e muita variabilidade na região. Por exemplo, nalguns países da Europa, tais como na Albânia, Arménia, Azerbaijão e Bósnia Herzegovina, a taxa de mulheres que utilizam contraceção moderna está entre as mais baixas do mundo.

Para além disso, até nos Estados-Membros em que a utilização de contraceptivos modernos é relativamente alta, as mulheres enfrentam uma série de desafios no acesso a serviços ao nível da contraceção que sejam acessíveis e de qualidade, e existe preocupação com a satisfação desta necessidade.

1.5.1 Discriminação e Esquemas de Reembolso Inadequados e Políticas ao Nível das Seguradoras

Muitos países Europeus estabeleceram serviços de saúde fortes e cobertura pública ao nível de seguros, subsídios e esquemas de reembolso. Como resultado, em vários Estados-Membros, o custo da maior parte dos medicamentos e outros bens médicos é compartilhado ou, pelo menos, parcialmente reembolsável. Contudo, o custo da contraceção moderna é uma exceção notável a esta regra, e em vários países está excluída totalmente, ou em parte, de esquemas relevantes.

Por exemplo, alguns Estados-membros, incluindo a Áustria, a República Checa, a Dinamarca, a Hungria, a Letónia, a Lituânia e a Eslováquia, não oferecem esquemas de cobertura ou reembolso para nenhuma mulher ou para nenhum método contraceptivo, quando os mesmos são utilizados para evitar uma gravidez não planeada. Outros, como a Alemanha, a Holanda e a Suécia, cobrem os custos da contraceção para as adolescentes e jovens mulheres, mas não para mulheres mais velhas. Outros, tais como a Itália e a Polónia, cobrem apenas métodos contraceptivos muito específicos e limitados.

Apesar de existirem exceções a esta abordagem, muitos Estados-membros fazem distinção entre contraceção, medicação e outros bens médicos, e excluem-nos das seguradoras, subsídios e esquemas de reembolso, pelo menos em parte. Na prática, isto significa que o encargo financeiro na prevenção da gravidez não planeada é colocado quase na totalidade nas mulheres, ilustrando as falhas contínuas no reconhecimento do acesso à contraceção moderna como uma questão imperativa ao nível dos direitos humanos.

Estas exclusões têm impactos mais evidentes para certos grupos de mulheres na Europa que não conseguem cobrir o custo de contraceção moderna por si só. Para além disso, estas barreiras são ainda maiores nas jurisdições da Europa de Leste e Central, em que o custo da contraceção continua a ser relativamente alto em relação aos salários médios mensais. Contudo, mesmo nos países em que os custos da contraceção são mais baixos em termos relativos, permanecem muitas vezes a custos que são proibitivos para certos grupos de mulheres, sobretudo para aqueles que vivem na pobreza e para as e os adolescentes.

1.5.2 Informação de fraca qualidade e más interpretações

As falhas dos Estados-Membros na adoção de medidas eficazes que garantam o acesso das mulheres a métodos contraceptivos modernos de boa qualidade e baseados na evidência científica, permanecem uma preocupação crítica nalgumas partes da Europa.

Nalguns países Europeus, ainda não existem padrões estandardizados no fornecimento de serviços de contraceção moderna, ou não estão ainda implementados na prática. Por vezes, a formação de boa qualidade a profissionais médicos em métodos contraceptivos modernos não existe, ou é insuficiente. Como resultado, as mulheres recebem cuidados de pouca qualidade ou informação errada por parte dos profissionais médicos. Esta situação é muitas vezes agravada pela falta de campanhas de informação pública e outras medidas de comunicação, cujo alvo seja disseminar informação baseada em evidência científica ao público.

Tais falhas levam a que uma série de más interpretações sobre contraceção moderna continuem a existir. Estas incluem más interpretações sobre os riscos e efeitos secundários da contraceção hormonal, que podem muitas vezes dissuadir as mulheres de utilizarem contraceptivos modernos.

1.5.3 Barreiras Políticas e condicionalismos

Num pequeno número de países o acesso das mulheres a métodos contraceptivos modernos é ainda impedido por políticas que exigem aprovação de uma terceira parte antes de se poder aceder aos mesmos. Por exemplo, apesar da maioria dos Estados-membros terem abolido os requisitos de autorização de terceiros para o acesso dos adolescentes a bens e serviços na área da contraceção, alguns países continuam a impor o requisito de consentimento parental para algumas faixas etárias.

Nalguns países existe uma escassez de métodos contraceptivos modernos, ou de algumas formas de contraceção, que dá origem a barreiras significativas para as mulheres, nomeadamente para as provenientes de meios rurais desfavorecidos. Adicionalmente, existem relatórios de alguns Estados-membros onde se denota preocupação com as recusas de alguns ginecologistas ou farmacêuticos na prescrição ou na venda de contraceção, baseados na religião ou consciência.

1.6 Restrição no Acesso a Formas Seguras e Legais de Aborto

Nalgumas partes do mundo, o aborto está regulado através de leis muito restritivas que não permitem que a mulher consiga aceder a uma interrupção voluntária da gravidez a pedido ou por razões socioeconómicas. Estas leis proíbem totalmente o aborto ou limitam a sua legalidade a um pequeno número de circunstâncias excecionais e muito bem definidas. Também é comum implicarem uma série de penalidades para o aborto realizado fora da moldura legal. Nestes países, a taxa de aborto ilegal é muitas vezes alta, bem como as consequentes taxas de mortalidade materna e morbidade.

Por contraste, quase todos os Estados-membros do CoE já legalizaram o aborto a pedido da mulher, por razões de sofrimento do feto e/ou socioeconómicas. Simultaneamente, o aborto ilegal na Europa, diminuiu de forma significativa, com taxas insignificantes em muitos países, e com tendência decrescente noutros.

Apesar desta trajetória ser uma conquista muito importante, ainda é necessário mais progresso. Tal como sublinhado mais abaixo, muitas mulheres na Europa enfrentam uma série de barreiras no acesso a serviços de aborto legal e seguro. Apesar destas dificuldades serem mais graves numa série de países europeus que mantêm leis altamente restritivas para o aborto, os desafios e preocupações também existem noutras partes do continente.

1.6.1 Leis Altamente Restritivas

Mais de quatro quintos de todos os Estados-membros do CoE já legalizaram o aborto a pedido da mulher por razões de sofrimento do feto e/ou socioeconómicas. Destes 40 países, 36 permitem a realização da interrupção da gravidez a pedido da mulher, sem restrições quanto à razão, ou por razões de sofrimento fetal, com os limites temporários a variar entre as 10 e as 24 semanas, enquanto que os restantes quatro países legalizaram o aborto com base em razões socioeconómicas. Na maioria destes países, quando é ultrapassado o limite temporal para o aborto com base em razões socioeconómicas, o aborto continua a ser legal se for realizado para proteger a saúde física ou mental da mulher, ou se existir um comprometimento muito grave ou mortal do feto.

Existem oito situações na Europa em que as leis sobre o aborto ainda têm de ser reformadas de modo a corresponder a esta abordagem. Ainda existem leis altamente restritivas que proíbem o acesso das mulheres ao aborto, a não ser em circunstâncias excecionais muito limitadas, em Andorra, Irlanda, Liechtenstein, Malta, Mónaco, Irlanda do Norte, Reino Unido, Polónia e República de São Marino. Andorra e Malta proíbem o aborto em todas as circunstâncias. Na Irlanda só é permitido caso exista um risco substancial para a vida da mulher e na República de São Marino é permitido caso seja necessário para salvar uma vida. Na Irlanda do Norte as exceções são para o caso de existir risco para a vida ou saúde da mulher. As leis da Polónia e do Mónaco permitem o aborto apenas se existir risco para a saúde ou vida da mulher, no caso de grave comprometimento fetal, ou caso a gravidez resulte de uma violação. No Liechtenstein, o aborto só é legal no caso de riscos graves para a saúde

e vida da mulher, se a mulher tiver menos de 14 anos, ou se a gravidez resultar de uma violação, coerção sexual ou abuso sexual de uma pessoa com deficiência física e/ou mental. A maior parte das leis destes países prevêem ainda sanções criminais, incluindo prisão, para as mulheres que realizem um aborto fora das circunstâncias excepcionais mencionadas acima, ou para aqueles que as ajudem. Em muitos casos, as sanções são bastante severas: na Irlanda, por exemplo, a pena prevista para a mulher pode ir até 14 anos de prisão, enquanto que na Irlanda do Norte pode ir até prisão perpétua.

As implicações ao nível da saúde e dos direitos humanos são graves. A maioria das mulheres destes Estados-membros que pretende realizar um aborto, cai fora das exceções previstas na lei, o que as impede de aceder a serviços que realizem um aborto de forma legal e segura, nas suas jurisdições. Como resultado, muitas delas viajam para outros Estados-membros, de forma a conseguir aceder a estes serviços de forma legal e segura. Outras, acedem a serviços de aborto ilegal e clandestino nos seus países - de forma crescente - obtendo uma pílula abortiva. Quando uma mulher não consegue viajar para outro país e obter cuidados de saúde que permitam a realização de um aborto de forma segura e legal, ou fique relutante em realizar o aborto de forma clandestina e ilegal, pode ser deixada sem outra escolha que não levar a gravidez até ao seu termo, contra a sua vontade.

Devido às consequências legais, as mulheres que recorrem a aborto clandestino, têm muitas vezes receio de procurar cuidados de saúde pós-aborto, caso surjam complicações, levando a potenciais consequências severas para a sua saúde. Este medo não é infundado – nestes países, mulheres que realizaram abortos ilegais, ou membros da família que as ajudaram, enfrentaram subsequentes processos criminais e penais. Por exemplo, recentemente, uma mulher no Norte da Irlanda, que engravidou aos 19 anos, foi condenada após induzir o aborto através da pílula abortiva, que encomendou online. Existe também um julgamento pendente nos tribunais do Norte da Irlanda, para o caso de uma mãe que ajudou a sua filha adolescente a obter a pílula abortiva, e que posteriormente foi denunciada por um médico que trabalhava na clínica onde a sua filha foi posteriormente assistida.

Este rol de consequências e os sentimentos de isolamento, medo, humilhação e estigmatização que estas leis produzem, podem ter uma série de impactos nas mulheres, a nível físico, psicológico, financeiro e social, com implicações para a sua saúde e bem-estar. Estes efeitos são muitas vezes intensificados para certos grupos de mulheres, como é o caso de adolescentes, requerentes de asilo e migrantes ilegais, mulheres em risco de violência doméstica e mulheres que vivem em áreas rurais. Estas mulheres enfrentam frequentemente barreiras financeiras particulares e restrições à liberdade de circulação que depois impedem o acesso aos serviços de aborto. Adicionalmente, estes serviços perpetuam e aumentam as desigualdades sociais, porque as mulheres com meios financeiros muitas vezes conseguem suportar as despesas que envolvem a obtenção de um aborto legal noutro país, ou mesmo o aborto clandestino em casa, enquanto que as mulheres que vivem na pobreza, na maioria das vezes, não conseguem suportar ou gerir estes custos.

Os efeitos negativos das leis altamente restritivas

O Comit  dos Direitos Humanos, abordou o impacto negativo que as leis altamente restritivas podem ter nas mulheres, acerca de dois vereditos recentes “Mellet vs. Irlanda” e “Whelan vs. Irlanda”. Ambas as queixosas eram mulheres, na Irlanda, com diagnóstico de comprometimento fetal mortal por parte dos seus médicos, no decurso da gravidez. Depois de testes de rotina, ambas foram informadas de que o seu feto iria morrer durante a gravidez ou não sobreviveria muito tempo depois de nascer. Após receberem estas notícias, cada uma destas mulheres considerou a perspectiva de levar a gravidez até o seu termo, insuportável. Contudo, como na Irlanda o aborto   proibido em todas as circunstâncias, exceto se a mãe sofrer “risco de vida real e substancial”, foram informadas pelos seus médicos que a única op o que tinham seria levar a sua gravidez até ao termo; para interromper a gravidez, teriam de procurar um serviço de saúde noutro país. Ambas as mulheres, reuniram as condi es para viajar, com os seus maridos, para o Reino Unido, onde poderiam realizar o aborto. Não lhes foi dada mais nenhuma informa o adicional, conselho ou apoio, por parte dos profissionais de saúde na Irlanda. Em ambos os casos, tiveram de deixar os restos mortais dos seus filhos para tr s e mais tarde receberam-nos, cremados, por correio.

Posteriormente, ambas as mulheres fizeram queixas em separado para o Comit  dos Direitos Humanos, alegando viola es dos seus direitos humanos, de acordo com o Pacto Internacional sobre os Direitos C vils e Políticos, incluindo a liberdade de tratamento desumano (artigo 7 ) e o seu direito   privacidade (artigo 17 ). O Comit  dos Direitos Humanos sustentou as suas reivindica es, e considerou que como consequência da proibi o e criminaliza o do aborto na Irlanda, ambas as mulheres foram sujeitas a altos níveis de angústia mental e a “condi es intensas de sofrimento mental e físico”. O Comit  dos Direitos Humanos especificou que, em ambos os casos, o sofrimento poderia ter sido evitado se as mulheres não tivessem sido proibidas de terminar a sua gravidez no ambiente familiar dos seus próprios países, e sob o cuidado de profissionais de saúde que conhecessem e em quem confiassem. Reconheceram que as leis da Irlanda obrigaram cada uma destas mulheres a escolher entre continuar uma gravidez que não era viável até ao seu termo ou a viajar para outro país, assumindo as despesas e separadas do suporte familiar, e que isso aumentou o fardo financeiro, psicológico e físico do seu sofrimento. Afirmaram que “a vergonha e o estigma associados   criminaliza o do aborto”, exacerbou o sofrimento destas mulheres.

Adicionalmente às sérias implica es que as leis restritivas do aborto têm para as mulheres que não se enquadram nos requisitos para o aborto legal nos seus países, muitas vezes estas leis têm também produzido um efeito grave de desencorajamento nos profissionais de saúde. Apesar de na maioria dos casos, estas leis especificarem exce es legais limitadas, mesmo as mulheres que se enquadram nas exce es enfrentam obstáculos consideráveis no acesso a estes cuidados. Por vezes, podem ver-se impedidas de realizar um aborto mesmo que legalmente o possam fazer.

De facto, as leis altamente restritivas, o estigma gerado por estas leis e o medo de sanção criminal que se encontra associado, combinam-se de forma a suprimir práticas médicas e tomadas de decisão nestas jurisdições. Na maioria destes países não existem normas, protocolos ou procedimentos para a realização de aborto de forma legal, ou, a existir, são pouco claras ou altamente restritivas. Para além disso os próprios profissionais de saúde muitas vezes não têm a certeza sobre quais as situações em que é efetivamente legal realizar um aborto, têm medo de concluir que existem razões para realizar um aborto de forma legal, ou não estão de todos disponíveis para realizar um aborto de forma legal.

Como resultado, as mulheres são muitas vezes incapazes de obter informação precisa sobre as circunstâncias em que o aborto é legal ou sobre os processos que devem seguir de forma a obter serviços legais. Mesmo quando as mulheres tentam fazer cumprir os seus direitos no acesso legal ao aborto, o tempo para o requerer de forma oportuna, procedimentos eficazes e mecanismos que permitam apresentar queixa, estão muitas vezes em falta. Por vezes são os próprios profissionais de saúde que conspiram de forma ativa para que a mulher que se qualifica para um aborto legal não o consiga realizar.

1.6.2 Recusas na Prestação de Cuidados

Muitas vezes, obstáculos no acesso a serviços de aborto seguros e legais, derivam de falhas no regulamento em assegurar que estes serviços estão acessíveis e disponíveis na prática. Em particular, alguns Estados-membros, estão a falhar em assegurar que as mulheres conseguem aceder de forma prática aos serviços que lhes permitam a realização de um aborto, nas situações em que os profissionais de saúde se recusam a realizar a interrupção da gravidez com base em razões de ordem religiosa ou de consciência.

Normalmente estas falhas ocorrem quando as leis e políticas permitem aos profissionais de saúde a recusa em prestar o serviço de aborto de forma legal, mas ao mesmo tempo não formulam regulação correspondente e mecanismos de supervisão que garantam o acesso das mulheres a este serviço. Por exemplo, nalguns Estados-membros, é permitido aos profissionais de saúde recusarem-se a prestar o serviço de aborto sem referenciar a mulher a outro profissional de saúde que se disponibilize a prestar este serviço. Noutros, a obrigação de dar esta referência está consagrada nas leis e políticas, mas não é realmente reforçada. Por vezes, a regulação permite, ou não proíbe de forma clara, recusas por parte de toda a instituição de cuidados de saúde (e não apenas recusas individuais), ou não especifica que os profissionais de saúde devem escrever uma confirmação por escrito da sua recusa em prestar este cuidado à sua paciente. Por vezes, as recusas na prestação de cuidados não são limitadas à prestação de serviços de aborto de forma direta, e são também aplicadas a cuidados pré e pós-aborto. As autoridades estatais falham muitas vezes no que diz respeito ao reforço da proibição de recusa na prestação de cuidados de saúde ao nível do aborto em situações de

emergência. Os próprios serviços de saúde têm falta de procedimentos eficazes ou mecanismos de supervisão que permitam monitorizar o número de profissionais que se estão a recusar a realizar o aborto e nem sempre estão organizadas de forma a garantir a existência de um número e distribuição adequada de profissionais que não se recusem a prestar este tipo de cuidados. Nalguns casos, têm existido relatórios médicos que demonstram preocupação com o número de profissionais que se recusam a prestar cuidados ao nível do aborto no serviço público, mas fornecem estes cuidados no serviço privado.

Tais atalhos nas regulações e no seu cumprimento, podem ter impactos graves no acesso atempado ao aborto seguro e legal nos países em que existe um número elevado de profissionais que se recusam a realizar estes cuidados de saúde. Mesmo quando está disponível, o acesso a estes serviços pode ser possível apenas em localizações muito afastadas da sua comunidade local, elevando os custos financeiros e práticos para as mulheres que precisam de viajar longas distâncias e de encontrar profissionais que estejam dispostos a prestar este tipo de cuidados de saúde.

Recusa a realizar aborto e acesso das mulheres à interrupção da gravidez de forma legal e segura

Em Itália, muitas mulheres não conseguem encontrar um profissional de saúde ou hospital que esteja disposto a fornecer serviços legais de aborto aos quais têm direito. Outras enfrentam atrasos tão severos no acesso aos serviços que acabam por não caber dentro dos limites temporais legais para a realização do aborto. Os relatórios indicam que aproximadamente 70% dos médicos se recusam a realizar abortos. O Comité Europeu dos Direitos Sociais, num veredito de 2016, examinou uma queixa que alegava que Itália não tinha assegurado o direito à saúde, devido à incapacidade de assegurar que as recusas na prestação dos cuidados de saúde não comprometem os procedimentos no acesso da mulher ao aborto legal. O Comité Europeu para os Direitos Sociais concluiu que as mulheres que procuraram obter acesso aos serviços legais de aborto, enfrentaram dificuldades substanciais na obtenção do acesso a tais serviços, na prática. Notou que esta falha na regulação eficaz e monitorização das recusas com base em objetores de consciência, levou a que as mulheres que estão à procura de cuidados de saúde para o aborto fossem muitas vezes forçadas a viajar e procurar outras instalações ao nível de serviços de saúde, noutra parte do país ou mesmo fora do país. Assim, constatou que existiu uma violação ao Artigo 11, parágrafo 1 (direito à saúde) da Carta Social Europeia Revista.

1.6.3 Barreiras Processuais

Os requisitos que têm de ser preenchidos ao nível do processo, antes da realização do aborto, são uma característica comum às leis e políticas sobre o aborto a nível europeu. Em muitos casos, isto inclui rotina, passos apropriados, como seriam necessários a outros procedimentos

médicos, mas, noutros casos, impõem pré-requisitos diferentes e que não são necessários em termos médicos, no acesso das mulheres ao aborto.

Por exemplo, alguns países europeus requerem um período de espera obrigatório, que deve decorrer entre o pedido da mulher e o procedimento de interrupção voluntária propriamente dito, de forma a que o aborto possa ser levado a cabo de forma legal. Contudo, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde acerca do aborto, afirmam que estes períodos de espera obrigatórios não preenchem um requisito médico, e condicionam o processo autónomo de tomada de decisão das mulheres, provocando atrasos no acesso atempado a cuidados de saúde legais para o aborto. Podem também levar ao aumento dos custos práticos e financeiros envolvidos nos serviços de aborto, já que muitas vezes implicam que as mulheres tenham de fazer pelos menos duas viagens diferentes às instalações. Isto pode ter um impacto muito elevado em alguns grupos de mulheres, como por exemplo mulheres de meios rurais, mulheres a viver na pobreza, e/ou mulheres ou adolescentes que apresentam risco de ser vítimas de violência doméstica.

Os pré-requisitos ao nível de aconselhamento psicológico obrigatório e autorização por parte de terceiros, são outro exemplo comum de barreiras processuais que continuam a existir em vários países europeus e que continuam a ameaçar o acesso das mulheres à realização de um aborto de forma segura e legal. Por exemplo, na Turquia, as mulheres casadas só podem ter acesso à realização de um aborto com o consentimento dos seus maridos. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde, declaram que os pré-requisitos ao nível da autorização por parte de terceiros podem ameaçar o acesso das mulheres aos serviços de saúde para o aborto de forma segura, nomeadamente de certos grupos de mulheres, incluindo adolescentes, mulheres a viver na pobreza, e aquelas em risco de violência doméstica. As diretrizes aconselham a eliminação de tais requisitos. Também especificam que o aconselhamento psicológico não deve ser obrigatório e que a decisão da mulher relativamente à procura de cuidados de saúde para o aborto, deve ser respeitada.

Tal como sublinhado na secção 1.1, existem tendências recentes na Europa de Este e Central que denotam retrocessos a este nível, com a introdução de barreiras processuais sérias e graves. Nos últimos anos, a Arménia, Federação da Rússia, Eslováquia e a República Jugoslava da Macedónia, promulgaram leis e políticas retrógradas que impõem novos períodos de espera e/ou aconselhamento psicológico obrigatório antes da realização do aborto. Apesar dos novos pré-requisitos variarem de jurisdição para jurisdição, muitos dos relatórios explicativos indicam que o objetivo será limitar o acesso das mulheres ao aborto. Como resultado destes desenvolvimentos recentes, existem novos pré-requisitos ao nível do aconselhamento psicológico enviesado que é imposto às mulheres em algumas destas jurisdições, com profissionais de saúde que são orientados no sentido de fornecer informação sobre o acesso das mulheres à realização de um aborto que é diretiva, imprecisa em termos médicos e/ou enganadora. Isto vai diretamente contra as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que especificam que a informação que é dada às mulheres que procuram estes serviços deve ser imparcial, não diretiva e respeitadora da dignidade, necessidades e perspetivas das mulheres, e que apenas devem ser fornecidas com base no consentimento informado. As diretrizes enfatizam que fornecer informação deturpada, de forma intencional,

sobre o acesso à realização de um aborto, pode impedir as mulheres de aceder aos serviços ou causar atrasos, que podem colocar em risco a saúde das mulheres.

Aconselhamento Psicológico Enviesado

O aconselhamento psicológico e informação sobre o aborto são enviesados quando o seu propósito é persuadir as mulheres a não obter um aborto. Assim, os pré-requisitos ao nível do aconselhamento psicológico e informação enviesada são diretivos na sua natureza e implicam que a mulher seja aconselhada ou receba informação que é desenhada de forma a dissuadi-la de realizar o aborto e, pelo contrário, encorajar a prosseguir com a gravidez. Envolvem muitas vezes a estigmatização e fornecimento de informação médica imprecisa, ou enganadora, sobre o aborto. Exemplos de aconselhamento psicológico e informação enviesados incluem enfatização dos riscos relacionados com o aborto por parte dos profissionais de saúde, utilização de termos como assassinato ou morte de um bebé por parte dos psicólogos, ou quando as mulheres são impelidas a ver fotografias de fetos e recebem informação sobre o seu grau de desenvolvimento. Por exemplo, em 2010, o ministro da saúde e desenvolvimento social da Rússia, publicou as diretrizes para o Aconselhamento Psicológico Pré-Aborto, descrevendo o aborto como o “assassinato de um bebé vivo” e retratando as mulheres com gravidez indesejada como irresponsáveis.

1.7 Preocupações no Campo da Saúde Materna

Comparada a outras regiões, neste momento a Europa tem as taxas de morbilidade e mortalidade maternas mais baixas do mundo e estatísticas legais identificam muitas das jurisdições da Europa entre os locais mais seguros do mundo para se dar à luz. Contudo, apesar destes avanços consideráveis, continuam a persistir problemas graves e as médias entre regiões acabam por mascarar variações consideráveis nos resultados ao nível da saúde materna entre países Europeus, bem como dentro dos próprios países.

De facto, continuam a existir preocupações ao nível da saúde pública, direitos humanos e igualdade pela Europa, mesmo nos países em que as taxas gerais de mortalidade materna são muito baixas. Num número de Estados-membros, alguns grupos de mulheres ainda enfrentam graves formas de discriminação no acesso a cuidados de saúde materna, e ao longo do continente existem relatórios de falhas continuadas ao nível de requisitos de cuidados de saúde adequados e em assegurar o respeito pelos direitos das mulheres, a sua dignidade e autonomia durante o trabalho de parto.

1.7.1 Mortalidade e Morbilidade Maternas

Entre 2000 e 2015 a média estimada para o rácio de mortalidade materna na Europa diminuiu para mais de metade, de 33 para 16 mortes por cada 100 000 nascimentos de nados vivos, e

muitos outros países europeus têm agora as taxas mais baixas de mortalidade materna do mundo. Contudo, é necessário mais progresso para erradicar a mortalidade e morbidade maternas evitáveis, na Europa. Por exemplo, nalguns Estados-membros o rácio de mortalidade materna estimada é 25 vezes superior a outras zonas do continente. Continuam a existir taxas muito elevadas de mortalidade materna no Azerbaijão, Albânia, Arménia, Geórgia, Roménia, Federação da Rússia e na Ucrânia.

Para além disso, até em países com taxas muito baixas de mortalidade materna podem existir disparidades consideráveis nas zonas rurais, entre mulheres com estatuto socioeconómico mais baixo, e nas minorias étnicas. Tal como sublinhado na sub-secção 1.4, muitos países europeus ainda não recolhem dados desagregados adequados sobre resultados na área da saúde materna; contudo, em países com taxas de mortalidade materna baixas, a investigação disponível indica que existiram variações significativas nos rácios de mortalidade materna entre os diferentes grupos de mulheres e um risco relativo muito maior de mortalidade materna nas mulheres que pertenciam a minorias étnicas ou de origem não ocidental.

1.7.2 Exclusão e Barreiras no acesso a cuidados de qualidade

Para algumas mulheres que vivem na Europa, incluindo nos países com níveis de vida mais elevado e serviços de saúde mais desenvolvidos, o acesso a cuidados de saúde maternos, incluindo cuidados pré e pós-natais, continua a ser difícil. Exclusões políticas e legais, ou barreiras práticas ou financeiras, restringem gravemente a capacidade destas mulheres acederem a cuidados de saúde materna ao longo da gravidez.

As mulheres migrantes ilegais na Europa, enfrentam obstáculos e restrições particularmente prejudiciais. Leis e políticas em alguns Estados-membros excluem estas mulheres do acesso aos cuidados de saúde materna de qualidade nas várias fases da gravidez. Na Dinamarca, Hungria e Suécia, por exemplo, elas não têm direito a aceder a nenhum cuidado de saúde que não seja uma emergência. Como resultado, as mulheres grávidas não conseguem aceder a cuidados pré-natais comuns, e é frequente que só consigam obter cuidados médicos quando entram em trabalho de parto.

As barreiras financeiras, bem como exclusões no serviço nacional de saúde dão origem a barreiras adicionais. Por exemplo nalguns países, como é o caso do Reino Unido, as migrantes ilegais têm de pagar despesas mais altas ao nível dos cuidados de saúde materna; muitas vezes isto faz com que as migrantes ilegais não procurem cuidados médicos, nem mesmo durante o trabalho de parto. Nalguns Estados-membros, apesar dos regulamentos especificarem que os cuidados ao nível de urgências podem ser providenciados de forma gratuita, a definição do que é uma emergência pode não existir ou ser muito restritivo, resultando na imposição de pagamento por cuidados hospitalares durante o parto. Existe uma falta de limites protetores que separem a prestação de cuidados básicos, do serviço de controlo dos migrantes e as barreiras administrativas, de língua, e exclusão social, levando a que as imigrantes ilegais não procurem assistência médica durante a gravidez.

Tal como sublinhado com mais detalhe abaixo, na subsecção 1.8, as mulheres afetadas por conflitos ou crises e requerentes de abrigo na Europa, também enfrentam uma série de barreiras aumentadas no que concerne ao acesso a cuidados de saúde materna com qualidade.

As falhas no acesso das mulheres a cuidados de saúde materna e restrições nos seus direitos podem ter implicações graves nas suas vidas e saúde. Quando as mulheres não conseguem obter cuidados de saúde pré-natal de qualidade, enfrentam um risco elevado de ter consequências graves na sua gravidez, incluindo morte materna. Para além disso, os perigos das restrições ou circunstâncias que podem levar as mulheres a dar à luz na ausência de assistentes qualificadas para ajudar no parto, não podem ser desvalorizados.

1.7.3 Práticas abusivas e coercivas

Falhas em assegurar requisitos de cuidados de saúde adequados e respeito pelos direitos das mulheres, dignidade e autonomia no parto, afetam mulheres de todas as origens numa série de países europeus.

Por exemplo, têm havido relatos preocupantes de abuso físico e verbal, por parte dos prestadores de cuidados de saúde, suturação de feridas relacionadas com o parto sem alívio de dor, falhas na salvaguarda da privacidade das mulheres durante o trabalho de parto, privação de comida e água durante o parto, numa série de Estados-membros. Adicionalmente, é comum existirem alegações de desrespeito pelas decisões das mulheres durante o trabalho de parto, bem como falhas em assegurar um consentimento informado e capacidade para tomar decisões informadas antes da realização do procedimento médico durante o trabalho de parto. Estas intervenções podem muitas vezes ser altamente invasivas e incluem regularmente a pressão no abdómen (uma prática que envolve o uso de pressão manual ou instrumental no abdómen materno), episiotomia (um corte cirúrgico no períneo) ou cesariana. Também existem indicações que existem sistemas de pagamento informal ou suborno em contextos de cuidados de saúde materna nalguns Estados-membros.

O impacto destas práticas no bem-estar emocional e mental das mulheres grávidas pode ser severo. Mulheres por toda a Europa relataram sentimentos de humilhação, degradação, e autonomia diminuída, nos cuidados médicos prestados durante o trabalho de parto. As falhas dos Estados-membros ao não abordar estas questões, nem garantir respostas adequadas e mudanças nas políticas e práticas, pode revelar uma tendência dos serviços de saúde europeus e decisores políticos em dispensar preocupações com a integridade pessoal e física das mulheres e a sua autonomia durante o trabalho de parto e por menosprezar as implicações do trauma emocional e problemas mentais relacionados com o pós-parto.

O caso de Konovalova VS. Rússia

Numa decisão em 2004, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos abordou a importância de garantir o consentimento informado da mulher e tomada de decisão durante o parto e procedimentos associados. O tribunal defendeu que quando não existem salvaguardas suficientes para assegurar que um processo de tomada de decisão informado por parte da mulher relativamente às intervenções médicas, incluindo no decorrer do trabalho de parto, dá origem à violação do direito à vida privada, garantido pelo artigo 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos.

Em *Konovalova Vs. Rússia*, a queixosa, que estava grávida, entrou em trabalho de parto e foi transferida de urgência para um hospital. À chegada foi-lhe dada uma brochura em que constava “respeitar o facto de os tratamentos médicos realizados no nosso hospital serem feitos em combinação com o ensino aos estudantes de obstetrícia e ginecologia” e informaram que, por isso “todos os pacientes estão envolvidos no processo de ensino”. Ao ser admitida no hospital, devido a complicações, a queixosa foi colocada duas vezes num estado de sono induzido por medicação, de forma a adiar o parto. O parto foi marcado para o dia seguinte. Apesar da queixosa se ter oposto na sala de partos, um grupo de médicos estudantes observou o parto e as intervenções relacionadas, incluindo uma episiotomia, e foi-lhes dada informação sobre a sua saúde e tratamentos médicos.

Mais tarde, apresentou queixa contra o hospital, nos tribunais da Rússia, procurando uma indemnização, bem como a apresentação de um pedido de desculpas público pela presença de terceiros durante o parto, entre outras questões. Estas queixas foram rejeitadas e o tribunal afirmou que o consentimento por escrito não é necessário e a queixosa tinha dado consentimento implícito à presença de estudantes de medicina. Durante os procedimentos, um especialista do hospital afirmou que “o parto é um evento stressante para qualquer mulher...durante a fase de expulsão, a grávida, normalmente está focada na atividade física. A presença de público não pode afetar o parto de forma negativa”.

Consequentemente, a queixosa fez uma queixa ao tribunal europeu dos direitos humanos e o Tribunal deu razão à sua queixa de que o seu direito à vida privada tinha sido violado. O Tribunal afirmou que o conceito de vida privada inclui “o direito a escolher as circunstâncias em que uma pessoa se torna mãe...(e) à integridade física da pessoa, já que o corpo da pessoa é o aspeto mais íntimo da sua vida privada, e a intervenção médica, mesmo que de importância menor, constitui uma interferência com este direito.”

Reconheceu que “a ausência de salvaguardas contra a interferência arbitrária nos direitos das pacientes nas suas leis nacionais constitui uma falha grave”. Afirmou que “não era claro que tivesse sido dada hipótese de escolha à paciente na permissão de estudantes durante o trabalho de parto” e sublinhou que a queixosa se apercebeu da presença de estudantes de medicina entre os dois momentos em que o sono lhe foi induzido por vida medicamentosa, e no momento em que estava numa condição de stress e fadiga extremos, não lhe sendo dada oportunidade de tomar uma decisão informada sobre a sua presença.

O Tribunal também considerou que os tribunais locais falharam “na pouca informação dada, na condição vulnerável em que a paciente estava e na disponibilização de uma alternativa no caso da paciente se recusar a ter a presença de estudantes durante o parto.”

1.7.4 Segregação nos Cuidados de Saúde

O risco de exposição a tratamento discriminatório e abusivo no contexto dos cuidados de saúde maternos é mais exacerbado em certos grupos de mulheres na Europa, e para as mulheres de etnia cigana numa série de países do Este da Europa e Europa Central, pode ser mesmo extremo. Os relatórios indicam que a segregação étnica das mulheres de etnia cigana nas instituições que prestam cuidados de saúde materna continua a ser uma realidade em algumas partes da Europa, ainda em 2017. As mulheres de etnia cigana frequentam, muitas vezes, quartos, casas de banho e zonas de refeição diferentes, dentro das instalações da maternidade. Nestas instalações diferentes, é frequente que exista sobrelotação de espaço e serviços de saneamento inadequados. Existem relatos de duas mulheres de etnia cigana terem sido colocadas na mesma cama depois de terem dado à luz, pacientes que têm de ficar em camas nos corredores porque os quartos segregados estão cheios, e de falhas no que concerne à limpeza das instalações sanitárias e mudança de roupa de cama nestas unidades separadas. Alegações de assédio racial generalizado bem como discriminação contra mulheres de etnia cigana por parte de profissionais de saúde, no contexto do processo de parto e na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, são comuns em vários países do Este da Europa e da Europa Central, e afetam as mulheres de etnia cigana que referem sentimentos profundos de humilhação, discriminação e de rebaixamento, como resultados destas práticas.

1.8 Discriminação Interseccional

Cada uma das preocupações, desafios, défices e barreiras identificadas nas subsecções precedentes tem implicações mais graves ou distintas, para os grupos marginalizados de mulheres na Europa. Mulheres que vivem na pobreza, em zonas rurais, solteiras, com VIH, prostitutas, de minorias (incluindo etnia cigana), idosas, adolescentes, mulheres com deficiência, oriundas de zonas em conflito, vítimas de tráfico, refugiadas, que procuram asilo, migrantes ilegais, lésbicas, bissexuais e transgénero, são alguns exemplos de grupos marginalizados de mulheres na Europa, que enfrentam discriminação interseccional na concretização dos direitos à saúde sexual e reprodutiva. Em todos os casos, a discriminação com base no estatuto de mulher combina-se com a discriminação com base noutra característica, dando origem a impactos desproporcionais, muitas vezes com graves consequências.

Por exemplo, tanto adolescentes como mulheres idosas enfrentam um risco acrescido de violência e abuso e níveis elevados de estereótipos de gênero negativos e estigma no que diz respeito aos seus direitos sexuais e à sua sexualidade. Adicionalmente, para os adolescentes, uma falta de serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados à sua idade e acessíveis em termos financeiros, continua a ser um problema em muitos Estados-membros, nomeadamente no que diz respeito a contraceção mais atual. O seu acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é muitas vezes comprometido em resultado do consentimento e/ou requisitos de notificação parental. Entretanto, alguns sistemas de saúde europeus, ainda não asseguram uma prestação de serviços completa, ao nível sexual e reprodutivo, para as mulheres mais velhas e, em algumas partes da Europa, as mulheres mais velhas, em cenários de cuidados de saúde, encontram-se especialmente vulneráveis a violência sexual ou outro tipo de violência, relacionada com a sua integridade pessoal e corporal.

Leis e políticas em muitos Estados-membros continuam a permitir práticas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva coercivas, com base na deficiência. A capacidade legal e leis ao nível do responsável legal, podem limitar a capacidade de as mulheres com deficiência tomarem decisões informadas no respeito pela sua saúde sexual e reprodutiva; contraceção forçada, esterilização, aborto, são preocupações para as mulheres com deficiência por toda a região. Violência, estigma e estereótipos em vários contextos ameaçam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência, e barreiras práticas e financeiras, bem como as falhas em assegurar acomodação razoável, constituem um obstáculo ao seu acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva e informação.

Por toda a Europa, as prostitutas também enfrentam uma série de práticas coercivas e violações à confidencialidade que comprometem a sua saúde sexual e reprodutiva e os seus direitos. Muitos Estados-membros ainda falham no que toca à tomada de medidas eficazes que assegurem que as prostitutas têm acesso igual a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Adicionalmente, apesar de poderem testemunhar ou mesmo experienciar frequentemente violência sexual e outras formas de violência com base no gênero, as prostitutas, em muitos Estados-membros, continuam a não poder reportar estes crimes porque receiam ser acusadas, ser alvo de sanção criminal, ou deportação.

Os resultados ao nível da saúde sexual e reprodutiva para mulheres de etnia cigana na Europa, são, consistentemente, pobres. Para além de experienciar segregação étnica, assédio racial e abuso em diferentes contextos de cuidados de saúde materna, tal como mencionado acima, as mulheres de etnia cigana também enfrentam abusos verbais sexistas, racistas e assédio noutros contextos de saúde sexual e reprodutiva na Europa. Barreiras financeiras, práticas, sociais e políticas têm implicações sérias para o seu acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. As mulheres de etnia cigana vêem-lhes regularmente negado o acesso a serviços de saúde relevantes devida à sua incapacidade percebida para pagar contas médicas e aos seus estilos de vida nómada, falta de seguro de saúde, ou documentos de identidade importantes. As raparigas ciganas têm taxas muito desproporcionais de gravidez na adolescência e nalguns casos taxas muito elevadas de casamento precoce ou mesmo na infância.

Conflito e crise têm consequências desastrosas para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Europa que estão a tentar escapar de conflitos ou a viver em zonas de conflito na Europa; são muitas vezes expostas a violações agudas destes direitos. Em tais contextos, muitas mulheres podem não conseguir aceder a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Também enfrentam risco específico de serem vítimas de violência com base no género, como por exemplo violações, tráfico, gravidez de alto risco e não desejada, aborto inseguro, casamento precoce e forçado, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo VIH. Muitos Estados-membros ainda têm de adotar reabilitação eficaz e adequada, e serviços de resposta a mulheres que procuram asilo na Europa, que têm suportado violações da sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Para além disso, formas de perseguição com base no género, nem sempre são reconhecidas como base para se pedir o estatuto de refugiado na Europa, e as mulheres em risco de sérias violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos não têm proteção garantida na Europa.

Mulheres migrantes indocumentadas na Europa enfrentam formas extremas de discriminação e exclusão, em relação ao gozo dos seus direitos ao nível da sua saúde sexual e reprodutiva. A situação das migrantes ilegais a viver em campos de refugiados e abrigos informais, é particularmente sensível. Não só muitos dos países europeus excluem mulheres migrantes indocumentadas no acesso à maioria dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, como também se retraem de recorrer a cuidados de saúde ou relatar violência ocorrida com receio de serem reportadas ao controlo de migrantes, detidas ou deportadas.

Entretanto, a discriminação com base no estado civil ou no estatuto ao nível da saúde sexual ou identidade de género, permite a existência de várias formas de estigma, estereótipos de género negativos, preconceitos e discriminação. Estes têm implicações distintas e significativas para os direitos e saúde sexual e reprodutiva das mulheres solteiras, mulheres que vivem com VIH, e lésbicas, bissexuais, transgénero e intersexuais.

Por exemplo, leis e políticas sobre a tecnologia de reprodução assistida, numa série de Estados-membros, excluem de forma sistemática mulheres solteiras ou a viver em relações com pessoas do mesmo sexo, no acesso à Fertilização in Vitro e à doação de esperma para serviços de inseminação artificial.

1.9. Défices nos esquemas de recompensa eficazes e acesso à justiça

Apesar dos sistemas de justiça terem dado passos importantes para melhorar o acesso das mulheres à justiça e terem fornecido esquemas de recompensa efetivos para quando existem violações aos direitos humanos das mulheres, continuam a existir constrangimentos em várias partes do continente, que afetam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Nalguns países as mulheres ainda não receberam indemnizações para violações graves e sistemáticas dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Por exemplo, a prática sistemática e amplamente difundida de esterilização forçada de mulheres de etnia cigana em vários países da Europa Central e de Este é uma prática documentada que tem sido sistematicamente

condenada. Apesar de um pequeno número de mulheres terem obtido indenizações após processos litigiosos difíceis, ao longo dos anos, a maioria das mulheres de etnia cigana que foi esterilizada forçadamente, não conseguiu obter uma compensação. 25 anos depois destas violações terem sido expostas, vários Estados-membros ainda falham no que toca a serem responsabilizados por estas práticas e para fazer investigação completa, bem como esquemas compensatórios. De forma semelhante, estima-se que tenham sido realizadas episiotomias (um procedimento cirúrgico que implica o corte da vagina da mulher de forma a facilitar o trabalho de parto) a 1500 mulheres na Irlanda, sem o seu consentimento, entre 1940 e 1980. Contudo, as autoridades Irlandesas, ainda têm de realizar uma investigação de forma prática e imparcial, independente e completa, incluindo ouvir as alegadas vítimas e assegurar que as mesmas recebem respostas céleres e adequadas.

Falhas contínuas em assegurar compensações e esquemas de reparação eficazes também afetam outros grupos de mulheres na região, com desafios particulares para sobreviventes de violência com base no género, vítimas de abuso sexual em cuidados residenciais ou instituições educativas, e as mulheres que foram forçadas a práticas coercivas durante o trabalho de parto.

Os desafios incluem a falta de investigação eficaz e imparcial, falhas em identificar e punir os perpetradores, imposição de estatutos restritivos ao nível de regras processuais e limitações, incapacidade para atingir a responsabilidade estatal, falhas no estabelecimento de esquemas de compensações em consonância com os direitos humanos. Adicionalmente, por vezes, para além de bases legais apropriadas para queixas relacionadas com a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, podem estar em falta meios para estabelecer compensações por não ser reconhecidas como violação aos direitos humanos. Nalgumas partes da Europa, está em falta o estabelecimento de processos legais e procedimentos que permitam fazer queixa contra violações aos direitos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. E quando realmente existirem, são muitas vezes ineficazes e incómodas, acabando por falhar, ao não permitirem o acesso atempado das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

NORMAS INTERNACIONAIS AO NÍVEL DOS DIREITOS HUMANOS E SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

Os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, derivam das leis e normas internacionais ao nível dos direitos humanos. Os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, consagrados nos instrumentos ao nível dos direitos humanos, aplicam-se ao longo de um contínuo das vidas sexuais e reprodutivas dos seres humanos.

Os mecanismos ao nível dos direitos humanos têm abordado muitas das questões que as mulheres enfrentam ao nível dos seus direitos e da saúde sexual e reprodutiva, e sublinham a forma como as normas internacionais a nível dos direitos humanos obrigam os estados a endereçar estas preocupações. Eles reconhecem que existe uma multiplicidade de direitos humanos que são violados pelas restrições, barreiras, discriminação, coerção, violência e abuso que as mulheres enfrentam ao longo das suas vidas sexuais e reprodutivas, nomeadamente em contextos de cuidados de saúde. Também abordam queixas sobre direitos concorrentes, e consideram argumentos que os estados podem limitar de forma legítima ou reduzir a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em determinados contextos.

Tal como com outros assuntos ao nível dos direitos humanos e aspetos ao nível da lei para os direitos humanos, a interpretação e aplicação das normas internacionais à experiência de vida das mulheres, tem-se desenvolvido e expandido ao longo do tempo. Está bem estabelecido que o enquadramento ao nível dos direitos humanos não é estático e que os tratados são instrumentos dinâmicos, cuja interpretação está sempre em evolução. Não existem dúvidas de que o avanço ao nível da investigação na área da saúde pública e evidência acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como do progresso social relacionado com o papel das mulheres na sociedade, a sua sexualidade e vidas reprodutivas, vai continuar a ser aprofundado e a expandir-se.

Com referência aos enunciados ao nível dos mecanismos de direitos humanos, esta secção sumaria o conteúdo geral e os contornos das obrigações ao nível dos direitos humanos por parte dos estados-membros para respeitar e assegurar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Apesar de os mecanismos ao nível dos direitos humanos terem reconhecido de forma repetida que todos os direitos humanos são importantes para os direitos e vida sexual e reprodutiva das mulheres, identificam muitas vezes determinados direitos como tendo relevância particular neste contexto. Consequentemente, as subsecções 2.1 a 2.5 focam-se na forma específica como os direitos humanos - nomeadamente o direito à vida, à saúde, à liberdade de tortura e outros tratamentos desumanos, privacidade, igualdade e não discriminação – se aplicam à saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e colocam obrigações correspondentes aos Estados-membros.

2.1 O direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva

O direito ao gozo do padrão mais elevado possível ao nível da saúde mental e física (a partir daqui referido como direito à saúde) está consagrado nos artigos 12 do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR) e da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), ambos universalmente ratificados pelos Estados-membros do Conselho da Europa. Também se encontra consagrado no Artigo 24º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, no artigo 25º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e no artigo 12º da Carta Social Europeia revista. O direito à saúde também está fortemente ligado ao direito a beneficiar do progresso científico consagrado no Artigo 15(b)º do ICESCR.

Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva das mulheres constituem uma parte essencial do seu direito à saúde, e num Comentário Geral recente sobre a saúde sexual e reprodutiva o Comité para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (CESCR) delineou o conteúdo deste direito:

Inclui uma série de liberdades e de direitos. As liberdades incluem o direito de tomar decisões e escolhas de forma responsável e livre, liberdade de violência, coerção e discriminação, em relação a assuntos relacionados com o seu corpo e saúde sexual e reprodutiva. Os direitos incluem acesso desimpedido a um leque de instituições de saúde, bens, serviços e informações, que asseguram que todas as pessoas conseguem ter pleno gozo da sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

As obrigações dos Estados-membros que permitem garantir igualdade no usufruto das liberdades e direitos das mulheres, incluem um largo espetro de componentes. Por exemplo, os Estados devem garantir a disponibilidade, acessibilidade, aceitação e qualidade das instituições de saúde, bens, informação e serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, e devem ainda assegurar que têm por base investigação científica e práticas médicas adequadas e atualizadas. Os Estados devem garantir a acessibilidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva para as mulheres, removendo barreiras ao nível da discriminação e, nalguns casos, pode ser necessário tornar bens e serviços essenciais gratuitos, pelo menos para certos grupos de mulheres. Também devem garantir que existe orçamento suficiente e assegurar recursos financeiros e humanos adequados, e outros recursos que apoiem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, incluindo daquelas que vivem em áreas rurais.

Adicionalmente, os estados devem reformar leis, políticas e práticas que restringem ou negam o acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, ou que de outra forma impedem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Por exemplo, devem remover leis que criminalizam e/ou restringem o aborto e políticas que excluem certos serviços ao nível da saúde sexual e reprodutiva da saúde pública; requerimentos para autorização por parte de terceiros, nomeadamente ao nível da autorização parental, do esposo ou judicial, para poderem aceder a serviços de saúde, como é o caso do aborto e da contraceção; e pré-requisitos médicos desnecessários ao nível do aborto, nomeadamente

tempos de espera obrigatórios e requisitos ao nível do acompanhamento psicológico tendencioso.

Os Estados também devem tomar medidas legais, políticas e outras que assegurem que o direito a cuidados de saúde sexual e reprodutiva não é comprometido pelo comportamento de terceiros, incluindo prestadores de cuidados de saúde privada. Por exemplo, tal como sublinhado em maior detalhe na secção 3.4, devem assegurar que as recusas em prestar cuidados de saúde, por parte dos médicos, não compromete o acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Também devem impedir que pessoas externas acedam a instalações onde se prestam cuidados de saúde sexual e reprodutiva, disseminando informação falsa, procurando subornos ou outras formas de pagamento informal.

O gozo do direito à saúde sexual e reprodutiva também requer que os Estados proporcionem acesso universal para todas as mulheres a estes cuidados, incluindo os grupos de mulheres marginalizadas. Isto inclui, mas não se limita a cuidados de saúde materna, cuidados de saúde para um aborto seguro, bens e serviços de contraceção atuais, cuidados de saúde sexual e reprodutiva adequados para adolescentes, serviços relacionados com a prevenção, diagnóstico e tratamento de infertilidade, cancro do sistema reprodutor, e de infeções sexualmente transmissíveis como o VIH e a SIDA. Para além disso, os governos devem assegurar, enquanto respeitam a proteção de dados, a recolha de dados desagregados sobre aspetos-chave da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com respeito ao sexo e a uma série de outros indicadores. A formação adequada de profissionais de saúde também foi identificada como sendo essencial para cuidados de saúde de qualidade.

Adicionalmente, os estados devem adotar medidas efetivas na eliminação de uma série de normas sociais e papéis de género, atitudes e estereótipos que impedem a autonomia das mulheres e a igualdade na esfera da saúde sexual e reprodutiva. Estas incluem julgamentos sociais, preconceitos e tabus, tais como aqueles relacionados com a menstruação, gravidez, trabalho de parto e fertilidade.

Apesar de alguns aspetos do direito à saúde sexual e reprodutiva poderem ser progressivamente cumpridos, ao longo do tempo, os Estados devem sempre utilizar todos os recursos disponíveis para fazerem face às suas obrigações, e caminhar para o pleno cumprimento do usufruto do direito.

Para além disso, algumas obrigações essenciais devem ser imediatamente assumidas. Incluem deveres do estado:

- Repudiar e eliminar leis, políticas e práticas que criminalizem, obstruam ou comprometam o acesso das mulheres às instituições que prestam cuidados de saúde sexual e reprodutiva, serviços, bens e informação;
- Adotar e implementar uma estratégia nacional e um plano de ação com orçamento adequado para a saúde sexual e reprodutiva, que seja periodicamente revisto e monitorizado através de processos de participação transparentes e que tenham como alvo priorizar os avanços no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres;

- Garantir acesso universal e equitativo a serviços, bens, instalações e informação, ao nível da saúde sexual e reprodutiva acessíveis, disponíveis e de qualidade, para todas as mulheres, incluindo grupos marginalizados de mulheres;
- Assegurar a privacidade das mulheres, confidencialidade e liberdade, processos de tomada de decisão informada e responsável, sem coerção, discriminação ou receio de violência, no que concerne à saúde sexual e reprodutiva das mulheres;
- Providenciar acesso igual a medicamentos, equipamentos e tecnologia essenciais para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, incluindo aqueles providenciados pela lista-modelo dos medicamentos essenciais da OMS;
- Permitir o acesso a esquemas de compensação e de reparação, incluindo a nível administrativo e judicial, para violações do direito à saúde sexual e reprodutiva.

Para além disso, a obrigação de eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres, incluindo discriminação interseccional, no gozo da sua saúde sexual e reprodutiva, também deve ter efeitos imediatos (discutido em maior detalhe na subsecção 2.5, abaixo). Esta variedade de obrigações críticas dos Estados, para garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, requer uma ação urgente em consonância.

O princípio do não retrocesso

O princípio do não retrocesso proíbe passos que comprometam, limitem ou removam direitos já existentes. Como resultado, a introdução de medidas de retrocesso por parte dos Estados-membros – que dá passos atrás de forma deliberada, nas leis e políticas que impedem ou limitam, de forma direta ou indireta o gozo do direito – quase nunca será permitida ao nível da lei internacional para os direitos humanos.

Tentativas de fragilizar proteções e salvaguardas do direito à saúde sexual e reprodutiva ao nível da igualdade de género, violam este princípio e raramente podem ser justificadas.

Consequentemente, adoção de medidas de retrocesso ao nível das proteções e salvaguardas, a introdução de novas barreiras, ou a remoção ou redução do direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva, por parte dos Estados-Membros, irá, muito provavelmente, dar origem a violações ao nível das normas internacionais dos direitos humanos.

2.2 O direito à vida

O direito à vida está consagrado no 2º artigo da Convenção Europeia para os Direitos Humanos e no 6º artigo do ICCPR. Obrigações para garantir o igual acesso das mulheres ao gozo do direito à vida, também derivam dos artigos 1º e 2º do CEDAW.

O direito à vida protege as mulheres da perda da vida arbitrária e evitável. Os mecanismos ao nível dos Direitos Humanos afirmam de forma clara que o direito à vida será acionado quando

o Estado falha em acionar medidas eficazes para colmatar os défices ao nível dos direitos de saúde sexual e reprodutiva, que expõem as mulheres a riscos de vida.

Por exemplo, garantir o direito da mulher à vida implica que os estados adotem medidas eficazes para prevenir a mortalidade materna, e para assegurar o acesso das mulheres a serviços de saúde materna acessíveis, disponíveis e de boa qualidade, como por exemplo serviços de emergência de obstetrícia e presença de profissionais especializados durante o parto.

Para além disso, a ação do estado para ajudar as mulheres na prevenção de gravidez não desejada também foi identificada como sendo vital para se assegurar o direito das mulheres à vida, não menos importante que a diminuição dos riscos do aborto ilegal e a mortalidade materna. Consequentemente, os mecanismos ao nível dos direitos humanos expressaram preocupação ao nível dos obstáculos que as mulheres enfrentam no acesso à contraceção moderna, bens e serviços, quando consideram os esforços que os estados empregam ao nível do pleno gozo do direito à vida por parte das mulheres.

Estes mecanismos também definem que as barreiras no acesso aos serviços de saúde que permitam a realização de um aborto de forma legal e segura, podem levar a que as mulheres acabem por recorrer a abortos ilegais, ou a que coloquem as suas vidas e a sua saúde mental em risco, existindo assim violação do direito à vida. Assim, identificaram a revisão de leis altamente restritivas para o aborto como uma componente muito importante no que diz respeito às obrigações dos estados para fazerem cumprir este direito.

O direito à vida resulta do nascimento

Apesar de por vezes terem sido feitas tentativas de justificar restrições na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, fazendo-se referência a um suposto direito pré-natal à vida, a verdade é que o direito à vida, tal como está consagrado nos principais tratados internacionais para os direitos humanos, não se aplica antes do próprio nascimento, e as leis internacionais dos direitos humanos não reconhecem o direito pré-natal à vida.

Registos de “rascunhos de trabalhos” que levaram à adoção dos principais tratados internacionais ao nível dos direitos humanos demonstram, claramente, que os rascunhos destes tratados rejeitam a ideia de que o direito à vida se deveria aplicar ao período pré-natal. Adicionalmente, nenhum mecanismo internacional ao nível dos direitos humanos, considerou que o direito à vida se aplique antes do nascimento.

Nesta linha, sempre que justificações ou desculpas para limitar os direitos e a saúde sexual e reprodutiva das mulheres tiverem por base esta premissa ou argumentos do direito à vida pré-natal, ou antes do nascimento, podemos considerar que estes argumentos se baseiam em erros de interpretação sobre o conteúdo e aplicação do direito à vida, tal como está consagrado nas normas e instrumentos internacionais dos direitos humanos. Esta é a verdade, sendo que estes argumentos se baseiam em motivações ideológicas ou religiosas.

2.3 O direito à liberdade de tortura e tratamento desumano

O direito à liberdade de tortura e outros tratamentos desumanos, cruéis, degradantes ou castigos (daqui para a frente referidos como tortura e tratamentos desumanos) está estabelecido no 3º artigo da Convenção, no 7º artigo do ICCPR, e nos artigos nº 2 e 16º da Convenção Contra a Tortura das Nações Unidas (UNCAT). O direito igual para as mulheres de liberdade contra a tortura e tratamento desumano também deriva do artigo 1 e 2 do CEDAW.

Tais documentos impõem obrigações estatais rigorosas e absolutas aos estados, ao longo de um contínuo da vida sexual e reprodutiva das mulheres, e os mecanismos internacionais para os direitos humanos têm reconhecido repetidamente que as mulheres enfrentam formas particulares de tortura e tratamentos desumanos, relacionadas com a sua sexualidade, capacidade reprodutora e de tomada de decisão, e em contextos de cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Sublinharam que estas violações podem causar sofrimento emocional e físico tremendo, com consequências graves para a integridade pessoal e corporal da mulher, a sua saúde física e mental e o seu bem-estar emocional.

O direito à liberdade de tortura e tratamentos desumanos não só implicam que os estados não pratiquem este tipo de tratamento, mas também que eliminem leis, políticas e procedimentos relacionados com a sua saúde sexual e reprodutiva que podem expor as mulheres a sofrimento físico e mental intenso, angústia, sentimentos de humilhação e de rebaixamento. Também exige uma ação proativa por parte dos estados, incluindo através da adoção de leis, políticas e programas, para prevenir a tortura e o tratamento desumano.

Os mecanismos ao nível dos direitos humanos explicaram que estas obrigações requerem que os estados eliminem práticas de cuidados de saúde que sejam coercivas a nível sexual e reprodutor, e que dão origem a várias formas de sofrimento físico e psicológico. Exemplos destas práticas incluem esterilização forçada, aborto forçado, e uma série de intervenções muitas vezes levadas a cabo durante o trabalho de parto, sem o consentimento informado da mulher. A erradicação de formas graves de abuso verbal e tratamento discriminatório em contextos de cuidados de saúde sexual e reprodutora, que pode causar sentimentos intensos de humilhação ou outras formas de sofrimento psicológico é, também, crucial.

O direito à liberdade de tratamentos desumanos também obriga a que os estados garantam o acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutora, sendo que falhas neste campo podem colocar a sua saúde em risco ou causar sofrimento físico e psicológico considerável, angústia ou sentimentos de degradação. Por exemplo, os mecanismos ao nível dos direitos humanos enfatizam que os estados devem assegurar que todos os sobreviventes de violência sexual devem ter acesso a uma série de serviços de saúde sexual e reprodutora, incluindo profilaxia pós exposição ao VIH, contraceção de emergência e serviços para o aborto.

Por vezes, cumprir com estas obrigações, vai requerer a abolição de leis e políticas que impedem certos grupos de mulheres de aceder a serviços, ou que proíbem o acesso a formas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, leis altamente restritivas para o aborto levam muitas vezes a proibição ou tratamentos desumanos. Os mecanismos para os direitos humanos, clarificam especificamente que o direito das mulheres à liberdade de

tortura e tratamento desumano, requer que os estados legalizem o aborto de forma a proteger a saúde e a vida das mulheres, bem como em outras situações em que levar uma gravidez até ao final da sua gestação pode causar dor e sofrimento físico ou mental às mulheres.

Por exemplo, tal como sublinhado na secção 1.6, o Comité para os direitos humanos (HRC) descobriu que a Irlanda violou os direitos de duas mulheres da liberdade contra a crueldade e tratamento desumano ou degradante, como resultado da sua proibição do aborto. Mais especificamente o HRC, declarou que as leis irlandesas que proíbem e criminalizam o aborto, que por isso mesmo não permitiram que duas mulheres irlandesas (com diagnóstico de malformação fetal) não conseguissem aceder a serviços de aborto seguro e legal no seu país natal, resultou na violação do seu direito à liberdade de tratamento cruel, desumano e degradante, presente no 7º artigo do ICCPR. O HCR descobriu que, como resultado da proibição legal e criminalização do aborto, ambas as mulheres foram sujeitas a altos níveis de angústia e sofrimento físico e mental. Declarou que, de acordo com o ICCR, a Irlanda estava por isso obrigada a reformar as suas leis sobre o aborto, de forma a assegurar que não se repitam tais violações e para estabelecer que existe um acesso eficaz e atempado a procedimentos que permitam colocar um término à gravidez, na Irlanda. Numa série de julgamentos, o tribunal europeu para os direitos humanos também declarou que as falhas da Polónia em assegurar o acesso das mulheres a serviços de aborto, previsto nas leis locais, bem como a serviços de testagem pré-natal, viola a proibição de tratamento desumano, dentro da Convenção Europeia para os direitos humanos.

A natureza absoluta da proibição de tortura e tratamentos desumanos

A proibição internacional da tortura e tratamentos desumanos é absoluta - não existe justificação ou circunstâncias atenuantes de qualquer tipo, que possam ser invocadas como desculpa às violações do direito das mulheres à liberdade de tortura e tratamentos desumanos.

Como resultado, quando as ações do estado, ou omissões, restringirem a saúde sexual e reprodutiva, autonomia, ou integridade pessoal ou corporal, levando a sofrimento e angústia intensos, físico e mental, não pode haver racionalização ou validação para leis, políticas ou práticas que tal permitam.

Não existem considerações de esfera religiosa, moral ou social, preocupações de ordem política, económica ou de saúde pública, ou interesses na proteção de direitos de terceiros, que possam ser invocados de forma legítima para mitigar a responsabilidade do estado. O direito das mulheres à liberdade de tortura e tratamento desumano deve ter sempre precedência e não podem existir tentativas em equilibrar estes direitos com outros direitos ou interesses estatais.

2.4 O direito à privacidade

O direito à privacidade, ou ao respeito pela vida privada e familiar (daqui para a frente referido como direito à privacidade) está consagrado no Artigo nº 8 da Convenção e no nº 17 do ICCPR. Engloba uma constelação de elementos que ganham uma importância crítica para a vida e saúde sexual e reprodutiva das mulheres, incluindo os direitos à integridade física e psicológica, à autonomia e desenvolvimento pessoal, a estabelecer e a desenvolver relações com outros seres humanos, a decidir quando e se se querem tornar mães, e a escolher as circunstâncias em que se tornam mães.

Aspetos do direito das mulheres à privacidade também ganham expressão no artigo 16º do CEDAW, que entre outros direitos, garantem o direito das mulheres a “decidir de forma livre e responsável no número e diferença de idade entre filhos, e a ter acesso a informação, educação e meios que lhes permitam exercer estes direitos.”

As obrigações estatais para respeitar e assegurar o direito das mulheres à privacidade, requerem que não imponham restrições arbitrárias e desproporcionais, ou intrusões na sua integridade pessoal e corporal, ou na sua liberdade para tomar decisões sobre a sua saúde e vida sexual e reprodutiva. Adicionalmente, os estados têm obrigações positivas, ou seja, que estão obrigados a adotar medidas que garantam o usufruto do direito à privacidade, por exemplo tomando ações eficazes para prevenir infrações de terceiros.

Os mecanismos para os direitos humanos consideram que uma série de constrangimentos na saúde sexual e reprodutiva e autonomia das mulheres, violam o seu direito à privacidade. Estes incluem várias restrições ao aborto, falhas em possibilitar que as mulheres acedam a serviços de aborto legais, barreiras no acesso a cuidados pré-natais, esterilização forçada e coerciva, falhas em salvaguardar a confidencialidade das mulheres e a sua integridade física e pessoal e autonomia no decorrer do trabalho de parto, défices na capacitação legal para que as mulheres possam dar à luz em casa, e alinhamento legal com estereótipos negativos sobre a sexualidade das mulheres.

Os mecanismos para os direitos humanos têm sublinhado que o princípio do consentimento médico informado é uma componente essencial do direito à privacidade. O consentimento informado requer que as tomadas de decisão médicas sejam feitas livres de ameaça ou incentivo, e que o consentimento das mulheres a procedimentos médicos seja feito de forma livre e voluntária, depois de lhes ser dada informação clara, adequada e baseada em investigação científica, sobre as ações que pretendem tomar e eventuais alternativas.

Tal como sublinhado na secção 1, as leis, políticas e práticas, que impedem e condicionam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a sua autonomia, integridade pessoal e processo de tomada de decisão, são um lugar comum por toda a Europa. Não é raro que os estados procurem justificar estas restrições com recurso a considerações religiosas, morais ou sociais, necessidades políticas e económicas, razões de segurança, ou preocupações de ordem demográfica ou de saúde pública. Por vezes, argumentam que as obrigações do estado em proteger os direitos humanos de outros devem ter prioridade, ou ser equilibradas com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Ao contrário da proibição da tortura e tratamentos desumanos, a natureza da proteção concedida ao direito à privacidade no âmbito das leis e normas dos direitos humanos não é absoluta; por vezes os estados podem restringir o direito das mulheres à privacidade. Contudo, as normas dos direitos humanos requerem que tais medidas que limitem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, devem cumprir uma série de critérios de forma rigorosa e cumulativa: os estados devem demonstrar que as limitações são legais, têm um objetivo legítimo, e são necessários e proporcionais. Os mecanismos para os direitos humanos têm descoberto que as restrições dos estados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não têm encontrado o balanço entre estes critérios e, por isso, violam o direito das mulheres à privacidade.

Na avaliação da validade das limitações ao direito à privacidade, o tribunal dos direitos humanos por vezes tem permitido uma certa margem de apreciação aos Estados-membros, mas outros mecanismos internacionais ao nível dos direitos humanos não aplicam esta doutrina da margem de apreciação. Por exemplo, enquanto que o Tribunal Europeu permitiu uma certa margem de apreciação aos Estados-membros no campo das limitações aos direitos e saúde sexual e reprodutiva das mulheres, outros mecanismos não utilizam a mesma abordagem. Para além disso, o Tribunal Europeu tem considerado repetidamente que a Convenção é um instrumento dinâmico. Como resultado, a jurisprudência do Tribunal para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, vai, sem dúvida, continuar a evoluir.

2.5 Igualdade de Género e Liberdade de Discriminação

O direito das mulheres à igualdade e liberdade de discriminação, no gozo dos seus direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, são o foco do tratado internacional, CEDAW. Também é dado particular ênfase a estes direitos no artigo nº3 tanto do ICCPR como do ICESCR, e estão considerados numa série de provisões adicionais, ao longo de múltiplos instrumentos ao nível dos direitos humanos.

Juntas, estas normas para os direitos humanos, dão origem a uma série de obrigações por parte dos estados que assegurem a igualdade das mulheres e liberdade de discriminação na lei e na prática, incluindo formas de discriminação múltiplas e interseccionais.

Estas obrigações aplicam-se ao longo de toda a vida sexual e reprodutiva das mulheres: os mecanismos para os direitos humanos têm reconhecido repetidamente que o gozo dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva é indispensável para a autonomia e para a sua capacidade de tomar decisões significativas sobre as suas vidas e saúde. Especificaram que as obrigações em garantir igualdade de género e não discriminação implica que “respeitem o direito das mulheres para tomarem decisões autónomas sobre a sua saúde sexual e reprodutiva”, e assegurem que “todos os sistemas de saúde são consistentes com os direitos das mulheres à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento informado e escolha”. Para este fim, os estados devem, não só, assegurar normas de cuidados adequadas e respeito pelos direitos das mulheres, dignidade e autonomia no decurso dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, e devem também remover barreiras, incluindo as legais, práticas,

financeiras, e sociais, que comprometam, obstruam, ou que de alguma outra forma minem o gozo da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Consequentemente, os estados devem repudiar ou reformar leis e políticas que anulam ou prejudicam a capacidade de as mulheres realizarem o seu direito à saúde sexual e reprodutiva, e as leis que proíbem os serviços de saúde de que só as mulheres precisam, pois constitui uma forma de discriminação. Isso inclui leis e políticas que criminalizam ou proíbem serviços de saúde reprodutiva ou que excluem o acesso de certos grupos de mulheres, bem como barreiras processuais, como requisitos de autorização de terceiros, que impedem o acesso das mulheres aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

Os mecanismos para os direitos humanos declaram que os estados devem erradicar tanto formas diretas como indiretas de discriminação contra as mulheres e assegurar igualdade formal e substantiva. Isto significa que devem assegurar que as leis, políticas, programas e operações de sistemas de saúde têm em consideração as necessidades de saúde e biológicas específicas das mulheres, bem como diferenças sociais e culturais construídas entre homens e mulheres. Para além disso, devem aliviar as desvantagens inerentes que as mulheres enfrentam no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste contexto, garantias de igualdade de género e não discriminação exigem ainda que os estados tomem medidas eficazes para eliminar a variedade de estereótipos de género prejudiciais e preconceitos que prejudicam a saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Mecanismos ao nível dos direitos humanos reconheceram que "estereótipos de género podem afetar a capacidade de as mulheres tomarem decisões livres e informadas e fazerem escolhas sobre seus cuidados de saúde, sexualidade e reprodução e, por sua vez, também afetam sua autonomia para determinar seus próprios papéis na sociedade". Declararam ainda que sempre que as leis, políticas, ou questões judiciais e outras práticas estatais incorporem estes estereótipos e preconceitos, isso pode resultar em violações do Artigo 5º da CEDAW, bem como outras disposições ao nível dos direitos humanos.

Os estados devem também ainda proporcionar acesso atempado a uma série de serviços de saúde sexual e reprodutiva, bens, instalações, e informação que as mulheres necessitam. Isto requer que se confrontem com as falhas na regulação e execução na esfera da saúde sexual e reprodutiva, inclusive assegurando que as recusas na prestação de cuidados de saúde não comprometem o acesso das mulheres a estes serviços.

Estas obrigações também geram requisitos especiais no que diz respeito à eliminação de formas de discriminação interseccional contra as mulheres. Mecanismos na área dos direitos humanos enfatizaram que os estados devem tomar medidas concretas e eficazes para abordar as necessidades distintas de grupos marginalizados de mulheres e eliminar barreiras específicas exacerbadas que enfrentam na concretização dos seus direitos e saúde sexual e reprodutiva. Em muitos casos, descreveram o conteúdo destes requisitos em detalhe.

OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS PARA ASSEGURAR A SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

Tal como sublinhado na secção 2, a forma como as normas internacionais para os direitos humanos se aplicam ao contexto da vida sexual e reprodutiva das mulheres, tem sido articulada com o aumento de mecanismos ao nível dos direitos humanos. Apesar de nesta área estes mecanismos ao nível dos direitos humanos terem já abordado uma série de preocupações ao nível da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, alguns assuntos têm sido o principal foco e alvo de análises em profundidade, particulares e repetidas.

No seguimento da análise da secção precedente, as sub-secções abaixo, da 3.1 à 3.5, fornecem uma breve análise da forma como os mecanismos ao nível dos direitos humanos se têm concentrado em 5 aspetos essenciais para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos: educação sexual abrangente, contraceção atual, aborto legal e seguro, recusas de pessoal médico em prestar cuidados de saúde sexual e reprodutiva com base em objeção de consciência, e cuidados de saúde materna de qualidade.

3.1 Garantias do fornecimento de informação baseada na investigação e educação sexual abrangente

As normas internacionais para os direitos humanos garantem o direito da mulher em receber e transmitir informação relacionada com a sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Em consonância, os mecanismos para os direitos humanos sublinharam que os estados devem assegurar o acesso das mulheres a informação baseada na ciência, relativamente a todos os aspetos da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o seu próprio estado de saúde, e devem permitir que as mulheres tomem decisões sobre a sua saúde sexual e reprodutiva. Estas obrigações requerem que a informação sobre a saúde sexual e reprodutiva seja transmitida de uma forma que tenha em conta as circunstâncias pessoais de cada mulher, tais como a idade, o género, a língua ou a deficiência. Adicionalmente, tal informação deve ter por base investigação científica precisa, objetiva e atualizada, e os estados devem evitar deturpar, censurar ou criminalizar tal informação, removendo barreiras ao seu acesso.

Os mecanismos para os direitos humanos também elaboraram obrigações específicas dos estados relacionadas com a prestação de uma educação sexual abrangente, que deve ser precisa, com bases científicas e sensível a diferenças culturais; respeitar o princípio da não discriminação e promover a diversidade; acordar normas de género, e promover tolerância e respeito. Os conteúdos programáticos devem ser concebidos de forma a desenvolver a capacidade para os jovens compreenderem a sua sexualidade em todas as dimensões, e deve

ser dada atenção à igualdade de gênero, diversidade sexual, direitos humanos, parentalidade consciente, comportamento sexual e prevenção da violência.

Os mecanismos para os direitos humanos têm enfatizado e dão importância a que a educação sexual abrangente seja apropriada à idade, e que seja obrigatória no currículo escolar. Elucidam, particularmente, que as normas internacionais para os direitos humanos relativamente ao direito à liberdade de religião ou crença, não dá permissão a que os pais retirem os seus filhos destas aulas, em que informação relevante é passada de forma clara e imparcial. Também especificaram que a educação sexual de caráter abrangente deve ser fornecida em formatos alternativos, acessíveis, apropriados à idade, incluindo para adolescentes com deficiência.

3.2 Assegurar a disponibilidade e acessibilidade de serviços de contraceção moderna

Os mecanismos para os direitos humanos consideram que garantir o acesso eficaz das mulheres a contraceção moderna e atual é um fator crítico para garantir o usufruto da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Reconheceram que os estados violam as obrigações em garantir o gozo do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, quando falham em assegurar o seu acesso a uma ampla gama de escolhas ao nível da contraceção, e assim impedem-nas de utilizar métodos adequados às suas necessidades e situações individuais.

Para além disso, estes mecanismos reconheceram que requisitos de prescrição médica podem comprometer o acesso atempado das mulheres a contraceção de emergência e isso leva a falhas na comparticipação de contraceptivos, a que muitas vezes não sejam cobertos pelo sistema de saúde público e também por esquemas de reembolso, e a que não sejam fornecidos de forma gratuita, o que constitui comportamento discriminatório para com as mulheres. Também reconheceram que as barreiras ao nível dos custos podem ter implicações para o acesso dos adolescentes a métodos contraceptivos, e também declaram que todos os adolescentes devem ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva gratuitos, confidenciais, sensíveis e não discriminatórios, e informação e educação, incluindo sobre contraceção e mais especificamente contraceção de emergência. Assim, requisitos de autorização de terceiros, tais como consentimento parental, não devem constar na informação, aconselhamento e material contraceptivo.

3.3. Assegurar o acesso a serviços de aborto seguros e legais

Os mecanismos para os direitos humanos têm referido repetidamente que outra componente essencial para assegurar o respeito e garantia dos direitos humanos das mulheres, prende-se com permitir que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde para o aborto. Também afirmaram que as normas internacionais para os direitos humanos requerem que os estados tomem medidas concretas que assegurem que as mulheres tem cuidados de saúde para o aborto, seguro e legal.

Desta forma os estados estão obrigados a assegurar que as leis e políticas sobre o aborto não impedem o acesso das mulheres a bons cuidados de saúde para o aborto. Tal como sublinhado na Secção 2, as leis que causam restrições graves no acesso aos serviços de aborto, vão contra uma série de normas internacionais para os direitos humanos e uma série de mecanismos para os direitos humanos sublinham que os estados têm como parte das suas obrigações respeitar e assegurar os direitos humanos das mulheres, e para isso é necessário reformar leis restritivas e remover penalizações a nível criminal que ainda estão associadas.

Os mecanismos para os direitos humanos que asseguram que o aborto é feito de forma segura, não é suficiente para garantir consonância com as obrigações para com os direitos humanos. Os estados também devem tomar medidas concretas para garantir uma boa qualidade ao nível dos cuidados de saúde para o aborto, e assegurar que está disponível e acessível na prática. Devem ser tomadas também medidas para eliminar outras barreiras, legais, políticas e financeiras que ainda impedem o acesso das mulheres a cuidados de saúde para o aborto, como por exemplo períodos de espera obrigatórios e requerimentos de autorização de terceiros. Os estados devem assegurar a disponibilidade e qualidade de serviços de aborto, alinhados com as normas orientadoras da OMS, incluindo através da garantia que as mulheres conseguem aceder a informação científica, precisa, com base em investigação, sobre o aborto. O aconselhamento antes do aborto não deve ser um requisito obrigatório e devem abordar urgentemente o aconselhamento diretivo e enviesado que está a ser dado.

3.4. Assegurar o acesso a cuidados de saúde apesar das recusas na prestação do serviço

As normas internacionais ao nível dos direitos humanos obrigam os estados a tomar medidas eficazes para que as recusas de profissionais médicos com base em objeção de consciência, não comprometam o acesso das mulheres a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. O Comité Europeu para os Direitos Sociais, o Tribunal Europeu para os Direitos Humanos, o Comité para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres, o Comité para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, e o Comité para os Direitos Humanos, têm articulado sobre este requerimento, de forma repetida. Notavelmente, enfatizaram que dentro das leis internacionais dos direitos humanos, o direito à liberdade de religião e crença não se constitui como um direito absoluto para uma pessoa manifestar a sua religião ou crenças, e recusam-se a reconhecer validade neste argumento que permita aos profissionais médicos que se recusem a prestar cuidados de saúde sexual e reprodutiva, de acordo com o que está estabelecido pelas leis internacionais ao nível dos direitos humanos.

Qualquer manifestação de religião ou crenças, pode ser legalmente restringida, em situações em que é necessário salvaguardar os direitos e liberdades de outros. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos constatou que o principal alvo do artigo 9º da Convenção são as convicções pessoais e crenças religiosas, que são muitas vezes referidas por outras palavras como assuntos de consciência individual. O tribunal acrescentou que “ao salvaguardar assuntos de natureza pessoal, o artigo 9º da Convenção nem sempre garante o direito a comportar-se em público de uma forma consonante com essa crença. A palavra prática, utilizada no 9º artigo

não contém todo e qualquer ato ou forma de comportamento motivado ou inspirado pela religião ou por uma crença”. Num caso em que existiu recusa por parte de farmacêuticos, na venda de contraceptivos, o Tribunal Europeu considerou que “desde que a venda de contraceptivos seja legal, resulte de prescrição médica e seja feita numa farmácia, não pode ser dada precedência a razões de ordem religiosa e impô-las aos outros como desculpa para se recusarem a vender tais produtos, já que podem manifestar as suas crenças de muitas outras formas, fora da sua atividade profissional. Assim, qualquer recusa de prestação de cuidados com base em motivos religiosos e de crenças, não pode ser autorizada se comprometer os direitos das mulheres em acederem a serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Os mecanismos para os direitos humanos internacionais declararam que o acesso aos serviços de aborto não podem ser comprometidos por leis nacionais ou práticas que permitam aos médicos recusarem-se a prestar certos cuidados de saúde, incluindo ao nível do aborto. Em específico, os estados devem implementar uma série de medidas eficazes, incluindo: estabelecimento de um sistema de referência atempado e eficaz que permite que a mulher tenha acesso a profissionais de saúde alternativos que lhe podem prestar estes cuidados, garantir que no serviços existe sempre a disponibilidade de um número mínimo de profissionais de saúde que prestam este tipo de cuidados, tanto em instituições públicas como privadas e dentro de uma esfera geográfica razoável; proibir recusas institucionais; assegurar que procedimentos de urgência e emergência não são recusados, e estabelecer mecanismos de monitorização adequados.

Apesar da resolução 1763 da Assembleia Parlamentar do COE(2010) afirmar que as instituições de saúde podem recusar prestar cuidados de saúde, esta visão é contrária às recomendações ao nível dos mecanismos do direitos humanos, que têm declarado repetidamente que as instituições não podem recusar-se a prestar cuidados de saúde sexual e reprodutiva com base em objeção de consciência.

3.5. Respeitar os direitos das mulheres durante o parto e garantir o acesso a cuidados de saúde materna de qualidade

Assegurar o acesso a cuidados de saúde materna das mulheres, livre de discriminação interseccional, é uma componente essencial das obrigações estatais ao nível dos direitos humanos. As normas internacionais para os direitos humanos requerem que os estados garantam o acesso das mulheres a cuidados de qualidade, ao longo da gravidez, incluindo acesso a serviços de cuidado pré e pós parto e a serviços de emergência obstétrica. Para fazer cumprir esta obrigação, os estados devem remover obstáculos que impeçam o acesso de certos grupos de mulheres a cuidados de saúde materna, bem como obstáculos que excluam alguns grupos de mulheres ao direito a certas formas de cuidados.

Os mecanismos para os direitos humanos também clarificaram que os estados devem assegurar normas de cuidados adequadas e respeito pelos direitos das mulheres, dignidade e autonomia durante o trabalho de parto e em contextos de cuidados de saúde materna. Por exemplo, medidas de contenção de custos não podem comprometer a qualidade dos cuidados disponíveis para as mulheres e os estados devem tomar passos para assegurar que

todas as mulheres podem beneficiar da presença de um ou uma especialista em partos, mesmo que o parto seja realizado em casa ou fora das instalações médicas. Adicionalmente, os mecanismos para os direitos humanos estabeleceram que deve ser garantido consentimento informado e tomada de decisão por parte das mulheres, em todas as fases da gravidez e do parto, e enfatizaram que os procedimentos e intervenções médicas, tais como a episiotomia e o toque, não devem ser realizados sem o consentimento informado da mulher. Segregação com base em motivos étnicos ou raciais, ou tratamento discriminatório abusivo, incluindo abuso verbal e assédio da mulher no contexto de cuidados de saúde materna, ou durante o parto, deve ser erradicado.