



Saúde da mulher: papel dos pactos internacionais na evolução da proteção aos direitos humanos

Women's health: the role of international pacts in the evolution of human rights protection

Salud de la mujer: papel de los pactos internacionales para la evolución de la protección de los derechos humanos

Cíntia da Silva Telles Nichele 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Marco Aurelio Pereira Horta 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Aldo Pacheco Ferreira 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar se a adesão aos pactos internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres influenciou o estado de saúde delas, especialmente no que diz respeito ao assessoramento sobre o planejamento da família. **Métodos:** Estudo ecológico, analítico e quantitativo realizado no segundo semestre de 2019 a partir de oito indicadores da estratégia global para a saúde da mulher da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimados entre 1993 a 2018. As mensurações envolveram 190 países que aderiram à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e 115 países que aderiram ao Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (OP-CEDAW). Realizou-se análise descritiva da evolução dos indicadores da OMS e das adesões aos tratados nesse período. Posteriormente, organizaram-se os dados nas categorias de países conforme a renda (alta, média alta, média baixa e baixa) para fins de comparação. Calculou-se a significância estatística da diferença entre as médias dos indicadores de saúde das mulheres nos cinco anos antes do país ratificar o tratado, na data da ratificação e nos cinco anos seguintes. **Resultados:** O planejamento familiar foi estatisticamente significativo para ambos os pactos, CEDAW (p -valor=0,05) e OP-CEDAW (p -valor=0,007). A anemia em mulheres grávidas e a cobertura de cuidados pré-natais foram significativas em relação ao OP-CEDAW (p -valor=0,03 e 0,01, respectivamente). **Conclusão:** A maioria dos indicadores de saúde das mulheres analisados parece não ter sofrido a influência da adesão aos pactos, com exceção do planejamento familiar, o único indicador impactado positivamente pelos dois tratados.

Descritores: Saúde da Mulher; Direitos Humanos; Cooperação Internacional; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To assess whether adherence to international pacts related to women's human rights has influenced their health status, especially with regard to advice on family planning. **Methods:** A quantitative ecological and analytical study was conducted in the second half of 2019 based on 8 World Health Organization (WHO) global strategy indicators for women's health estimated between 1993 and 2018. Measurements involved the 190 countries that adhered to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) and the 115 countries that adhered to the Optional Protocol to Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (OP-CEDAW). Descriptive analysis of the evolution of WHO indicators and adherence to treaties in that period was carried out. Then, the data were organized into the categories of countries according to their income (high, upper-middle, lower-middle, and low) for comparison purposes. We calculated the statistical significance of the difference between the mean values for women's health indicators in the five years before the country ratified the treaty, on the date of ratification, and five years later. **Results:** Family planning was statistically significant for both pacts, CEDAW (p -value=0.05) and OP-CEDAW (p -value=0.007). Anemia in pregnant women and coverage of antenatal care were also significant in relation to OP-CEDAW (p -value=0.03 and 0.01, respectively). **Conclusion:** Most of the women's health indicators



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

Recebido em: 13/04/2020

Aceito em: 30/10/2020

analyzed do not appear to have been influenced by adherence to the pacts, except for family planning, the only indicator positively impacted by the two treaties.

Descriptors: Women's Health; Human Rights; International Cooperation; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar si la adhesión a los pactos internacionales sobre los derechos humanos de las mujeres ha influenciado su estado de salud, especialmente sobre el asesoramiento del planeamiento familiar. **Métodos:** Estudio ecológico, analítico y cuantitativo realizado en el segundo semestre de 2019 a partir de ocho indicadores de la estrategia global para la salud de la mujer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimados entre 1993 y 2018. Las mensuraciones incluyeron 190 países que adhirieron a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y 115 países que adhirieron al Protocolo Facultativo a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (OP-CEDAW). Se realizó el análisis descriptivo de la evolución de los indicadores de la OMS y de las adhesiones a los tratados en ese período. A posteriori, se ha organizado los datos en categorías de países según la renta (alta, media alta, media baja y baja) para fines de comparación. Se calculó la significancia estadística de la diferencia entre las medias de los indicadores de salud de las mujeres en los cinco años antes del país ratificar el tratado, en la fecha de la ratificación y en los cinco años siguientes. **Resultados:** El planeamiento familiar ha sido estadísticamente significativo para ambos los pactos, el CEDAW (p -valor=0,05) y el OP-CEDAW (p -valor=0,007). La anemia en mujeres embarazadas y la cobertura de los cuidados prenatales han sido significativos respecto el OP-CEDAW (p -valor=0,03 y 0,01, respectivamente). **Conclusión:** La mayoría de los indicadores de salud de las mujeres analizados parece no haber sufrido la influencia de la adhesión a los pactos a excepción del planeamiento familiar que ha sido el único indicador impactado positivamente por los dos tratados.

Descriptores: Salud de la Mujer; Derechos Humanos; Cooperación Internacional; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde constitui compromisso assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988⁽¹⁾. Para estruturar ações capazes de concretizá-lo, o Ministério da Saúde definiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, revisada em 2014⁽²⁾.

Entre as diretrizes estratégicas da PNPS, a promoção de direitos humanos foi delineada como tema prioritário por se reconhecer que a equidade é ponto central para a articulação da saúde, o que aponta caminhos não só para a superação de doenças, mas também para a redução de vulnerabilidades, de riscos e de iniquidades em saúde^(3,4).

No âmbito internacional, há dois pactos que abordam questões relativas aos direitos humanos das mulheres. O primeiro deles, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)⁽⁵⁾, foi elaborado no final dos anos 70, na forma de uma declaração de direitos das mulheres⁽⁶⁾, figurando como principal tratado internacional de direitos humanos sobre a igualdade das mulheres⁽⁷⁾. Após aproximadamente 20 anos entrou em vigor o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (OP-CEDAW). Foi estabelecido como uma espécie de braço executivo, contando com a criação de um comitê, com competência para receber notificações e realizar investigações acerca de violações à CEDAW⁽⁸⁾.

Entre as discussões internacionalmente travadas que culminaram nesses pactos, uma delas partiu da preocupação dos países com a saúde da mulher⁽⁹⁾. O artigo 10, inciso "h", da CEDAW menciona o compromisso de os Estados-partes adotarem medidas apropriadas para assegurar a saúde e o bemestar da família, o que inclui a informação e o assessoramento sobre planejamento da família⁽⁵⁾.

Estudo recente revelou que os resultados mais positivos acerca da evolução da política do planejamento familiar ocorreram no continente africano, já que nesse local a prevalência estimada do uso de contraceptivos registrou o maior aumento⁽¹⁰⁾. No entanto, de acordo com outro estudo, que envolveu 77 países de baixa e média renda, a África Ocidental e Central continuam com a menor cobertura de métodos contraceptivos (32,9%), sendo a do sul da Ásia, a da América Latina e a do Caribe as maiores coberturas (cerca de 70%)⁽¹¹⁾.

Indicadores que também são levados em consideração na estratégia global das mulheres são os relativos aos cuidados pré-natais. No Brasil, a assistência às mulheres não segue o padrão normativo de atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde em 87,5% dos estados⁽¹²⁾. Especificamente em relação à assistência pré-natal, já foi observado que, quando prestada adequadamente, diminui-se os índices de mortalidade materna⁽¹³⁾.

Por esse breve panorama do estado de saúde das mulheres no Brasil e no mundo, é possível depreender que, a despeito dos avanços já observados ao longo dos últimos anos, ainda há aspectos de desassistência que precisam ser superados^(14,15).

Não há dúvidas de que somente o fato de um país aderir a um tratado internacional que salvaguarda direitos humanos já é em si um avanço, uma vez que fica clara a intenção de se dirigir esforços para a adoção de medidas capazes de concretizar os acordos feitos. Contudo o pacto apenas no campo teórico é aquém das aspirações do campo dos direitos humanos, de modo que surge a necessidade de avaliar a eficácia desses acordos no sentido de promover de fato a saúde⁽¹⁶⁾.

Revisando a literatura é possível encontrar estudos recentes nessa linha. Já foram estudados os efeitos da CEDAW e da Convenção sobre os Direitos da Criança na saúde desses grupos⁽¹⁷⁾. Os achados demonstraram que o nível de renda dos países afetou os resultados do papel que a CEDAW exerceu na saúde, ou seja, os melhores resultados foram associados a países de alta renda. A correlação entre a proteção dos direitos econômicos e sociais das mulheres também foi objeto de avaliação e foi encontrada uma associação positiva. A pesquisa concluiu que quando os direitos das mulheres são altamente respeitados há uma probabilidade maior de o país apresentar índices mais elevados de saúde⁽¹⁸⁾. Existem ainda pesquisas que envolveram os efeitos desses pactos internacionais em situações particulares de determinados países. Uma delas refletiu sobre o papel exercido pelo comitê da CEDAW nas restrições criminais das Filipinas sobre o aborto⁽¹⁹⁾, e outra observou como a CEDAW poderia influenciar as cidades americanas a utilizarem a estrutura de direitos humanos para promover o aborto como um direito nos locais de sua jurisdição⁽²⁰⁾.

A pesquisa acadêmica nessa linha ainda é tímida⁽²¹⁾ e são poucos os trabalhos que procuram compreender o papel que a CEDAW e o OP-CEDAW exercem nos resultados de saúde das mulheres. Além disso, nenhum dos trabalhos revisados abordou o aspecto do artigo 10, inciso “h”, da CEDAW, que menciona a necessidade de satisfação do planejamento familiar. Como a CEDAW⁽⁸⁾ valorizou esse ponto, não há dúvidas de que se trata de questão importante para os países comprometidos com esse pacto na estratégia da proteção dos direitos humanos das mulheres.

Sendo assim, permanece a questão: será que, a partir do momento em que os países se comprometeram com esses dois pactos, de fato os resultados na situação de saúde das mulheres sofreram algum tipo de implicação? Em outras palavras, a ratificação desses tratados internacionais surtiu efeito sobre o estado global de saúde das mulheres? E sobre o assessoramento ao planejamento familiar (já que a CEDAW faz alusão especificamente a esse aspecto)?

Tendo isso em vista, o objetivo do presente artigo consiste em avaliar se a adesão aos pactos internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres influenciou o estado de saúde delas, especialmente no que diz respeito ao assessoramento sobre o planejamento da família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, analítico e quantitativo, no qual foram feitas análises para verificar se as adesões à CEDAW e ao OP-CEDAW produziram efeitos positivos no estado de saúde das mulheres. Foi realizado no segundo semestre de 2019 e a partir do banco de dados da OMS, que compõe a estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes, do qual foram selecionados oito indicadores, estimados entre os anos de 1993 a 2018. O estudo procurou envolver todos os países que se comprometeram com os tratados. Ao todo, 190 países aderiram à CEDAW e 115 países aderiram ao OPCEDAW. Para tanto, foram utilizadas duas estratégias de análise.

Como primeira estratégia, trabalhou-se com os países organizados em grupos de renda a partir da classificação do Banco Mundial 2019/2020⁽²²⁾, que propõe a divisão em quatro categorias de renda: alta, média alta, média baixa e baixa. Dessa forma, foi possível comparar a evolução do estado de saúde das mulheres em relação ao grau de adesão aos pactos internacionais entre todos os grupos de renda. Isso ocorreu porque uma das hipóteses iniciais do estudo era a de que países mais ricos tenderiam a apresentar melhores desempenhos em saúde.

O primeiro passo dessa etapa estratégica consistiu em calcular, para cada grupo de renda, a distribuição em percentual dos países de acordo com a divisão regional da OMS⁽²³⁾. Essa divisão classifica os países em seis regiões, quais sejam: Africana, Américas, Europeia, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático. A intenção era verificar o percentual de países nas regiões Africana, Europeia, das Américas, e assim sucessivamente, pertenciam aos grupos de alta, média alta, média baixa e baixa renda.

O segundo passo, ainda da primeira etapa estratégica, foi descrever a situação de saúde da mulher nos últimos anos. No banco de dados da OMS relativos à estratégia global de saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes⁽²⁴⁾ selecionaram-se os indicadores diretamente relacionados à saúde da mulher, chegando-se aos seguintes: taxa de mortalidade materna (MD); prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva (AR);

prevalência de anemia em mulheres não grávidas (AN); prevalência de anemia em mulheres grávidas (AP); cobertura de cuidados prénatais (CC); mulheres rastreadas com sífilis durante a gravidez (SP); mulheres que têm contato pós-parto com provedor de saúde (PP); e mulheres que têm a necessidade de planejamento familiar satisfeita (FP).

A escolha desses indicadores para responder ao objetivo da pesquisa considerou que representam uma maneira de mensurar o acesso das mulheres à saúde; funcionam como guia para permitir mudanças no sentido de melhorar a saúde e o bemestar social das mulheres⁽²⁵⁾. Essa é uma das preocupações mencionadas na CEDAW⁽⁶⁾. Importante destacar o indicador FP, que possui uma relação direta com o texto da CEDAW, porque menciona especificamente a adoção de medidas para assegurar a informação e o assessoramento sobre o planejamento familiar. Ele avalia os níveis gerais de cobertura de programas e serviços de planejamento familiar⁽²⁶⁾.

Para descrever a evolução temporal e a distribuição espacial da MD, realizou-se a análise dos dados anuais referentes aos óbitos de 2000 a 2017 em cada grupo de renda⁽²⁴⁾. Realizou-se o mesmo procedimento em relação à AR, à AN e à AP⁽²⁴⁾, porém no período de 2000 a 2016.

A análise dos indicadores CC, SP, e PP⁽²⁴⁾ ocorreu conjuntamente por retratarem cuidados relativos à gestação. Optou-se por retratar a proporção pontual dessas questões em cada região, uma vez que os dados não eram uniformes em relação às datas de aferição, ou seja, cada país apresentava marcos temporais e períodos diversos e, em muitos deles, com apenas uma medida de referência. Realizou-se, ainda, o cálculo das médias dos dados mais recentes dos países de cada grupo.

Em relação à proporção de FP⁽²⁴⁾, a análise considerou os dados mais antigos e os mais recentes de cada país. Realizaram-se as médias desses resultados em relação a cada grupo de renda e obteve-se a síntese evolutiva desse indicador.

Em seguida, passou-se para o terceiro passo, em que se realizou o estudo do progresso da adesão à CEDAW e ao OP-CEDAW por todos os países do mundo. Utilizaram-se os dados do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR)⁽²⁷⁾, que apresentavam se o país havia ratificado os pactos e a data em que o compromisso fora firmado. Foi sistematizada uma série temporal com a evolução das adesões nos grupos de renda, sendo o primeiro ponto coincidente com o ano da primeira ratificação e o último, com o da ratificação mais recente.

A segunda estratégia de análise buscou verificar a correlação entre os fatores de adesão aos pactos internacionais e a situação de saúde das mulheres a partir da análise dos oito indicadores selecionados da estratégia global de saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes⁽²⁴⁾.

Utilizou-se a análise de variância *one-way* para verificar se havia diferença entre as médias dos valores de cada indicador de saúde das mulheres entre as três classes temporais: cinco anos antes da ratificação do pacto internacional, na data da ratificação e cinco anos após a ratificação. Para visualização das diferenças, fez-se uso de gráficos *Box-Plot* e, para as análises, do *software R Studio*.

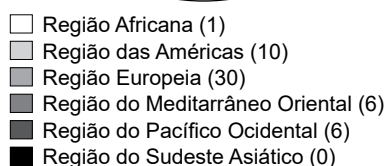
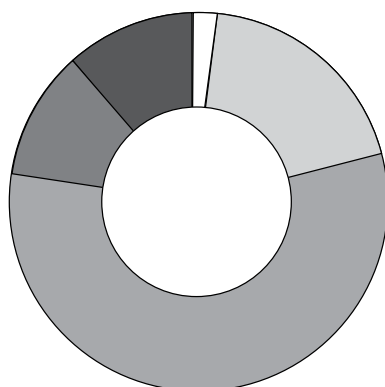
Como toda a pesquisa utilizou dados de acesso e domínio públicos, não houve a necessidade de aprovação por comitê de ética.

RESULTADOS

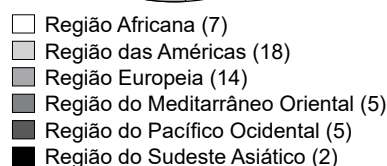
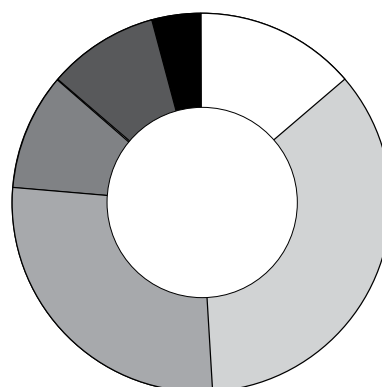
Em relação à distribuição das regiões da OMS, os resultados obtidos foram consignados na Figura 1. No grupo de alta renda (n=53), notou-se um desequilíbrio na composição, preponderando substancialmente os países da Região Europeia, com 57% (n=30), ao passo que os países da Região Africana somaram apenas 2% (n=1) e não houve participação do Sudeste Asiático no grupo. No grupo de renda média alta (n=51), houve maior presença de países das Américas, com 35% (n=18), permanecendo o Sudeste Asiático com o menor percentual (4%; n=2). O grupo de renda média baixa (n=45) apresentou a menor amplitude de distribuição, sendo a Região Africana a mais prevalente, com 29% (n=13), e as menos prevalentes a Região Europeia e as Américas, com 11% (n=5) e 9% (n=4), respectivamente. Encontrou-se a distribuição mais desigual nos países de baixa renda (n=34), com maioria da Região Africana, que somou sozinha 76% (n=26) do grupo.

Considerando a situação de saúde das mulheres, os achados foram organizados na Figura 2. O gráfico que ilustra a evolução da MD evidencia que todos os grupos de renda apresentaram tendência de declínio. Os países de baixa renda apresentaram os piores resultados, com média de 546,44 mortes por 100.000 nascidos vivos de 2000 a 2017 e taxas de MD maiores que o dobro dos países de renda média alta durante todo o período (média de 126,82 mortes por 100.000 nascidos vivos). As taxas dos países com renda média alta foram maiores do que as taxas dos de renda média baixa em todos os anos aferidos, que computou taxa média de 221,66 mortes. Observou-se o menor declínio nos países de alta renda, sendo deles os melhores resultados no geral.

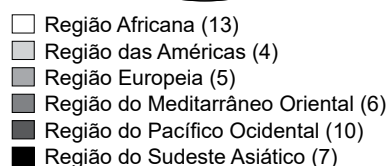
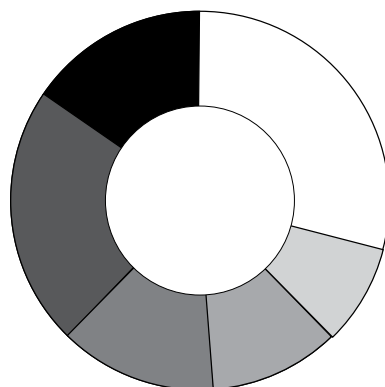
Países de alta renda (n=53)



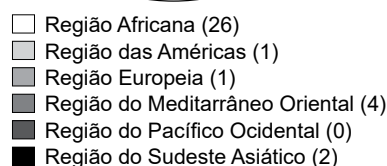
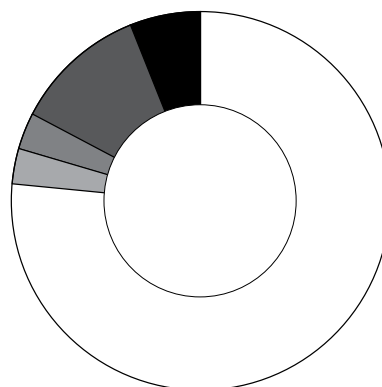
Países de renda média alta (n=51)



Países renda média baixa (n=45)



Países de baixa renda (n=34)



Fonte: OMS e Banco Mundial

Figura 1 - Distribuição dos países por grupos de renda do Banco Mundial segundo a divisão regional da OMS, 2018, n=183.

Quanto à AR, à AN e à AP, embora os melhores resultados tenham sido alcançados pelos países de alta renda, seguidos sucessivamente pelos de média alta e média baixa, com os piores resultados para os de baixa renda, as diferenças não foram tão substanciais como as observadas na MD (Figura 2). Isso ocorreu porque os países de baixa renda apresentaram taxas de MD em média 485% maiores do que os de alta renda. Já em relação à AR, à AN e à AP, essa diferença foi em média de 213%.

No caso da AR, foi possível perceber decaimento do percentual durante a primeira década de observação, com subsequente aumento. Para os países de alta renda, a diminuição se deu até os anos 2009, quando a posterior elevação fez com que, em 2016, apresentassem piores resultados em comparação com os de 2000 (20,7% e 18,5%, respectivamente). Nos demais grupos, embora também tenham apresentado essa alteração de tendência (para os países de renda média alta a alteração da tendência se deu em 2012; para os de média baixa, em 2013; e, para os de baixa, em 2015), os resultados de 2016 continuaram sendo melhores do que os de 2000 (Figura 2).

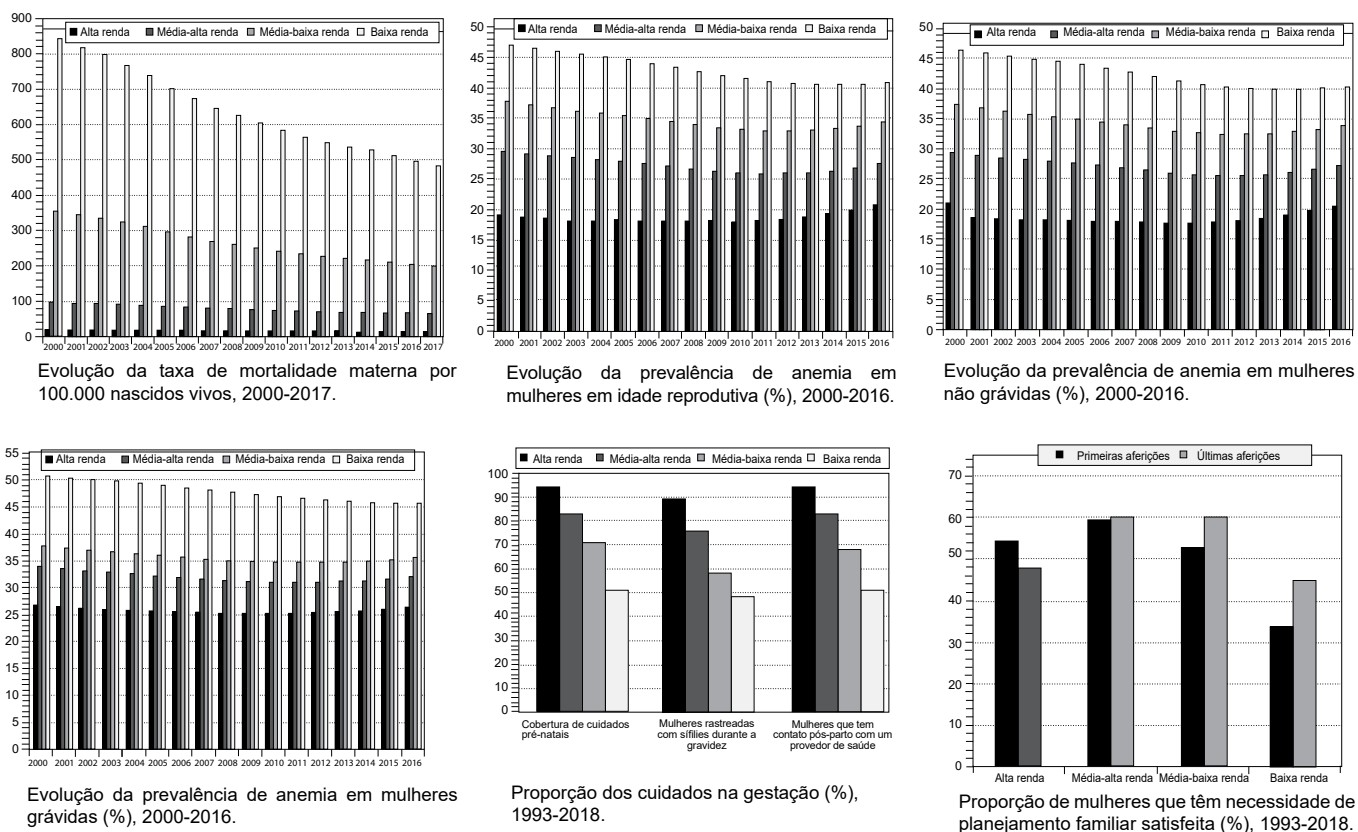
A evolução da AN também seguiu a dinâmica de tendência de declínio na primeira década de análise, com posterior aumento nos anos seguintes. E, mais uma vez, o grupo dos países de alta renda foi o único em que os resultados de 2016 foram piores do que o de 2000, com diferença de 1,7 pontos percentuais entre eles. Os marcos

temporais de mudança de tendência ocorreram nos anos 2010, 2012, 2013 e 2015 para os países de alta, média alta, média baixa e baixa rendas, respectivamente (Figura 2).

Na AP, embora se tenha percebido mudança de tendência durante o período em três dos quatro grupos de renda, a oscilação foi menor do que nas mulheres em idade reprodutiva e nas não grávidas, e em nenhum dos grupos foi registrada piora no final do período. A exceção se deu para o grupo dos países de baixa renda, em que houve diminuição da AP durante todo o tempo de observação. Em termos de evolução, os países de alta renda permaneceram no mesmo patamar, uma vez que, em 2000, totalizaram 26,8% e, em 2016, 26,3%. Os de renda média alta iniciaram com 33,9% e, ao final, registram 31,9%. Já os de média baixa tinham 37,8% em 2000 e 35,5% em 2016. Os de baixa renda apresentaram o menor decréscimo, com 50,7% na primeira aferição e 45,6% na última. As alterações de tendência ocorreram em 2011 nos países de alta renda e em 2012 tanto nos de média alta quanto nos de média baixa rendas (Figura 2).

Os resultados da proporção dos cuidados na gestação foram diretamente proporcionais à faixa de renda, ou seja, quanto maior a renda, maiores os percentuais dos cuidados. Os países de alta renda totalizaram altos percentuais nos três indicadores, perfazendo respectivamente 93,7%, 88,6% e 93,9% na CC, nas SP e nas PP. Os países de média alta renda também apresentaram bons resultados, com percentuais acima de 82% na CC e nas PP e de 75,1% nas SP. Os países de renda média baixa também obtiveram os piores percentuais em relação às SP, com 58,5%. Já os dois outros indicadores marcaram em torno de 70%. Os piores resultados foram dos países de baixa renda, que marcaram aproximadamente 50% nos três indicadores (Figura 2).

Por fim, os resultados relativos às FP demonstraram que houve melhoria na proporção dessa cobertura em todos os grupos de renda. O melhor resultado foi encontrado nos países de alta renda, com percentuais de 67,8% nas primeiras aferições e 71% nas últimas. O resultado mais baixo se referiu aos países de baixa renda, que, no entanto, totalizou a maior diferença observada, saindo de 33,4% para 44,7%. Os registros mais recentes dos países de média alta e média baixa rendas foram semelhantes, ambos em torno de 60%, sendo que a oscilação dos de média alta foi de apenas 1,2 pontos percentuais, ao passo que a dos de países com médiabaixa foi de 7,5 pontos percentuais (Figura 2).

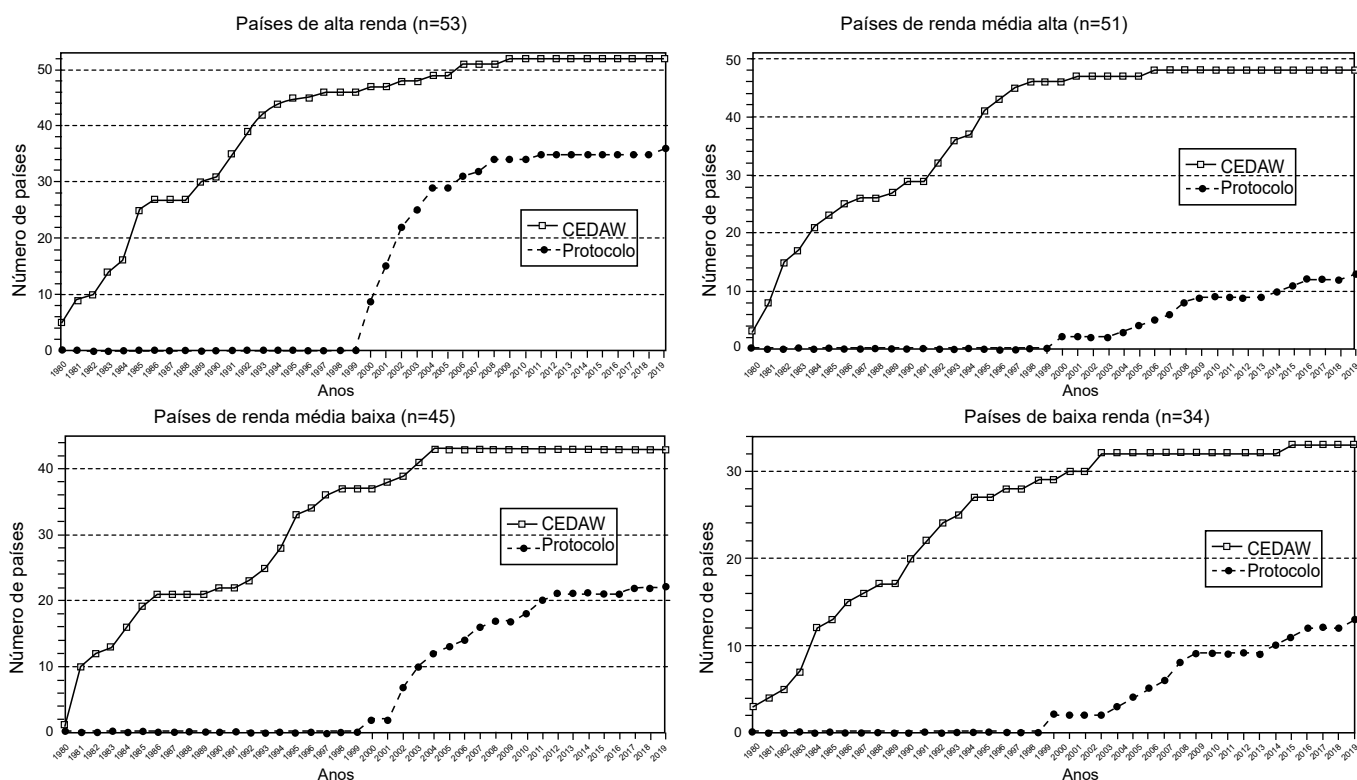


Fonte: OMS

Figura 2 - Situação de saúde das mulheres, a partir dos indicadores de saúde da OMS, segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1996-2018; n=183 (alta renda: n=53; renda média alta: n=51; renda média baixa: n=45; baixa renda: n=34).

Sobre a ratificação dos pactos internacionais (Figura 3), os resultados apontaram que, atualmente (até 2019), há ampla adesão da CEDAW, com resultados próximos à totalidade dos países em todos os grupos de renda (88,89% de adesão). Já o OP-CEDAW apresentou índices menores, com 42,42% de adesão.

No caso dos países de alta renda, apenas um país não ratificou a CEDAW e é possível dizer que, em termos de evolução, o maior crescimento ocorreu entre 1984 e 1985, quando o número de países aderentes aumentou 17 pontos percentuais. Nos demais intervalos do período, destacaram-se os anos de 1981, 1983, 1991 e 1992, que registraram 7,5 pontos percentuais a mais no número de adesão em relação aos anos imediatamente anteriores. Em relação ao OP-CEDAW, o maior aumento ocorreu nos anos 2000, com a adesão de nove países, que representam 17% dos países desse grupo. No ano seguinte, em 2001, o aumento também foi importante, de 13,2 pontos percentuais, e nos anos subsequentes, até 2007, o avanço foi de dois pontos percentuais em média (Figura 3).



Fonte: OHCHR

Figura 3 - Evolução da adesão ao CEDAW e ao Protocolo OP-CEDAW segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1980-2019.

Já o grupo dos países de renda média alta apresentou a maior dicotomia entre a ratificação da CEDAW e do OP-CEDAW: 68,6 pontos percentuais de diferença de adesão no ano de 2019. Também foi o grupo com menor grau de adesão ao OP-CEDAW em termos percentuais (25,5%). Quanto ao grau de elevação da ratificação da CEDAW, os maiores registros ocorreram nos anos de 1981 e 1982, com aumentos respectivos de 9,8 e 13,7 pontos percentuais. Sobre o OP-CEDAW, considerando o marco inicial dos anos 2000, o crescimento se deu de maneira mais uniforme, em média de 0,6 por ano, não havendo picos relevantes de aumento.

Os resultados dos países de renda média baixa mostraram que nesse grupo houve o maior grau de ratificação da CEDAW logo no início, com adesão de 20% dos países no ano de 1981, que foi, inclusive, o maior aumento de todo o período. O segundo maior aumento, de 11,1 pontos percentuais, ocorreu no ano de 1995. As adesões ao OP-CEDAW tiveram como pico de crescimento o ano de 2002, com registro de aumento de 11,1 pontos percentuais e, em seguida, o ano de 2003, com aumento de 6,7 pontos percentuais. Os anos posteriores não apresentaram oscilações importantes, registrando em média um crescimento de 0,75 de adesão por ano (Figura 3).

Considerando os países de baixa renda, o destaque de crescimento de adesão à CEDAW se deu no ano de 1985, que registrou aumento de 14,7 pontos percentuais. Nos demais intervalos temporais, houve oscilação crescente de 3,5 pontos percentuais em média. O OP-CEDAW apresentou baixa adesão no geral, com ratificação de menos da metade dos países do grupo (38,2%). No geral, a evolução da adesão ao OP-CEDAW se deu de maneira constante, sem picos de crescimento significativos, registrando, em média, aumento de 0,65 de adesão por ano, a partir dos anos 2000.

Os resultados dos testes estatísticos da correlação entre a adesão aos pactos e os indicadores de saúde das mulheres foram consignados nas Figuras 4 e 5. Sobre a CEDAW, a Figura 4 mostra que somente o indicador FP apresentou diferença significativa entre os três períodos (p -valor=0,05). O p -valor dos demais indicadores sugere que a diferença não é significativa para os outros casos. Já em relação ao OP-CEDAW (Figura 5), na AP e na CC houve significância na diferença (p -valor=0,03 e 0,01, respectivamente). No indicador FP as diferenças foram muito significantes (p -valor=0,007).

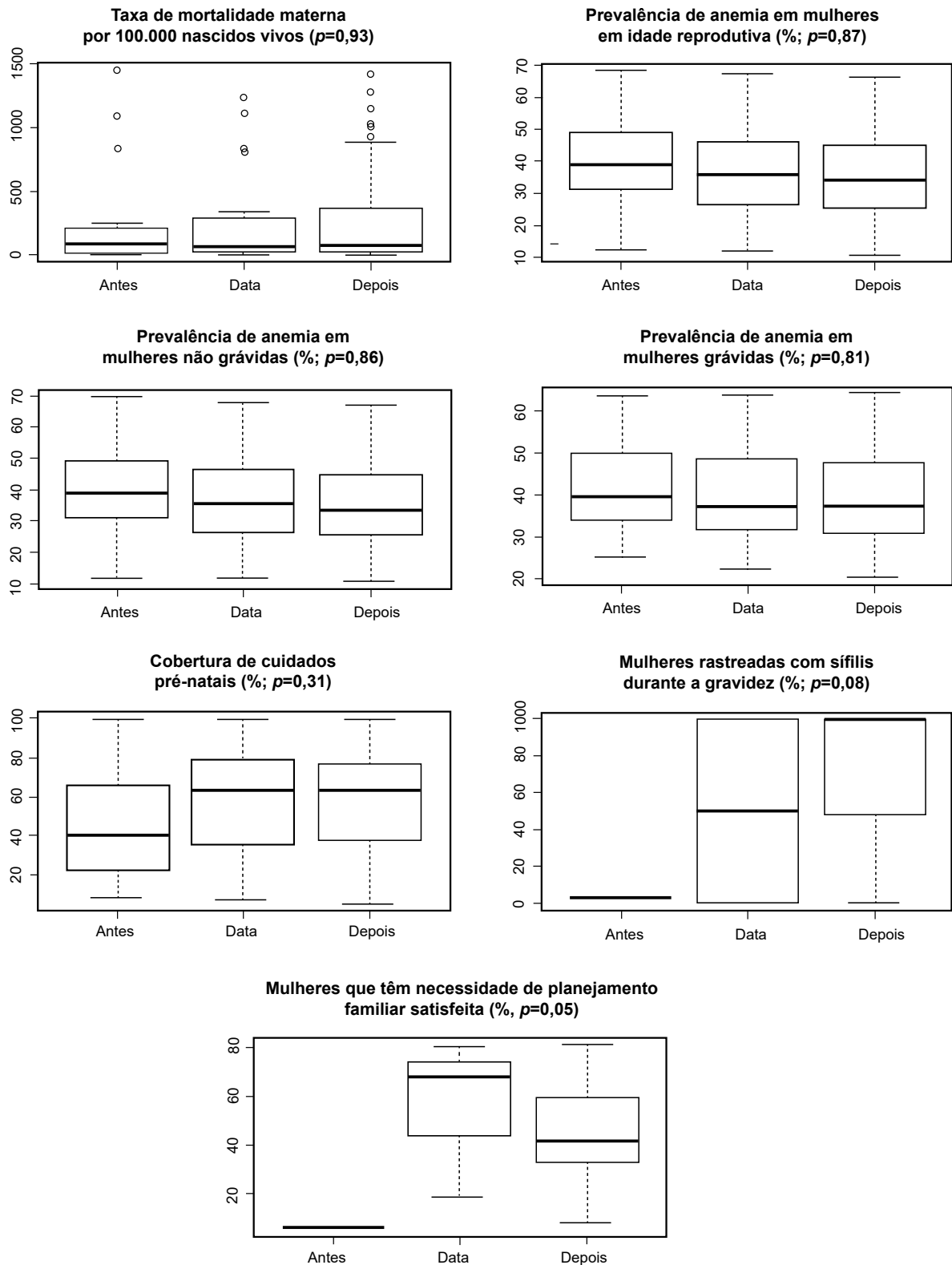


Figura 4 - Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos cinco anos anteriores e nos cinco posteriores a adesão ao CEDAW.

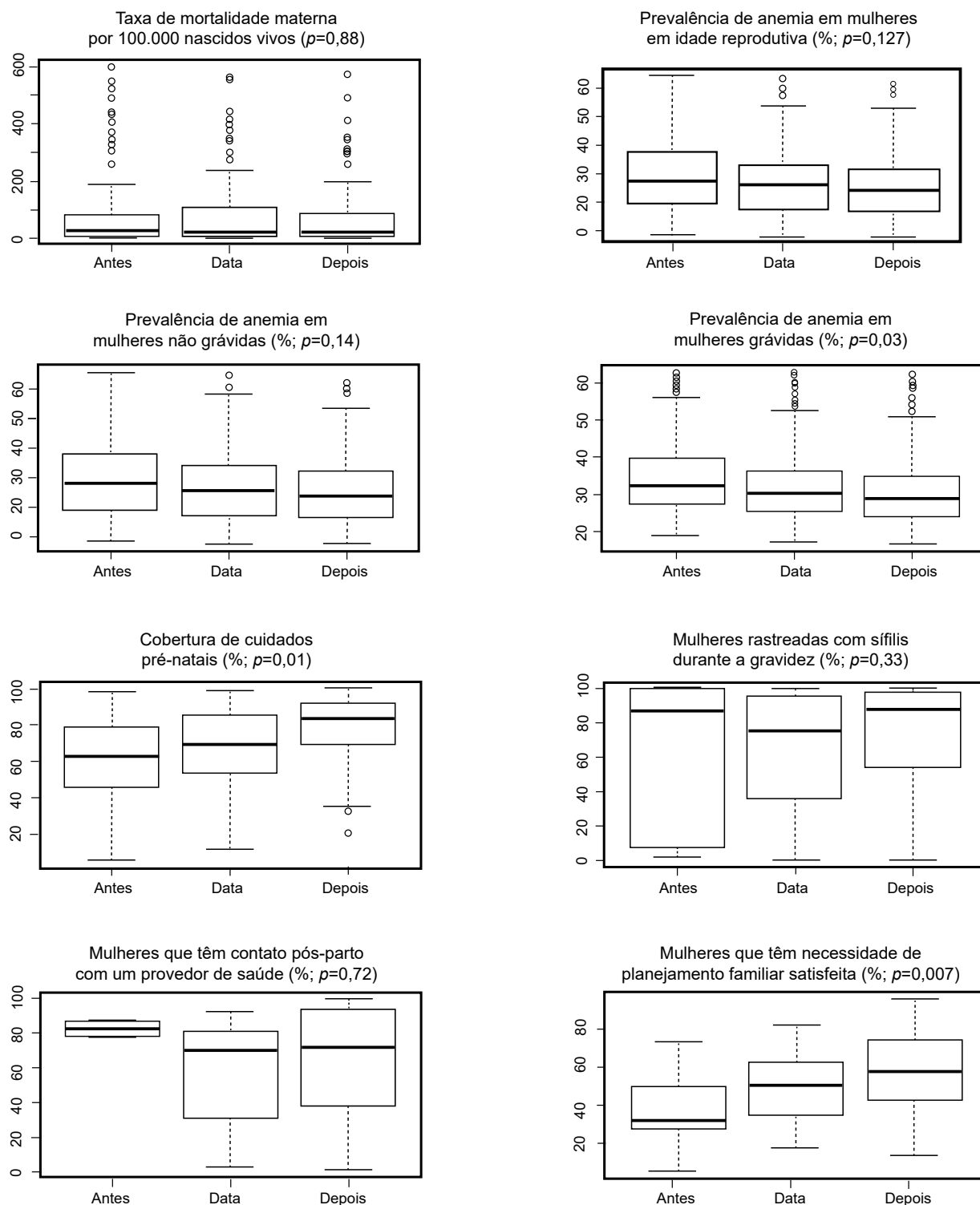


Figura 5 - Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos cinco anos anteriores e nos cinco posteriores a adesão ao Protocolo OP-CEDAW.

DISCUSSÃO

A situação de saúde das mulheres estudada a partir da organização dos países por grupos de renda mostrou que índices mais satisfatórios foram alcançados pelos grupos de alta renda, sucessivamente seguidos pelos de renda média alta, média baixa e baixa renda. Estudos já apontavam a relação entre o nível de renda e o status de saúde no âmbito individual⁽²⁸⁻³⁰⁾. Essa relação também acontece no âmbito macro, ou seja, os países com status

de renda mais alto apresentaram, em média, melhores parâmetros de saúde da mulher, o que confirma a hipótese inicial do presente estudo a esse respeito.

Considerando a distribuição das regiões da OMS, é possível inferir que esses parâmetros de saúde da mulher mais elevados se referem aos países da região europeia, ao passo que os mais baixos, aos da região africana. Esses resultados vão ao encontro de estudo anterior⁽³¹⁾, no qual foi feita uma comparação em escala global entre os níveis de saúde em Estados membros da iniciativa do Cinturão e Rota, que abarca países da Europa, da Ásia, da África e da Oceania. A análise envolveu os indicadores de saúde da lista de referência global de 2018 da OMS. Os autores demonstraram que a Europa possui um bom estado de saúde em geral, maior do que os demais, ao passo que a África, um status inferior.

Quando se compara o grau de ratificação da CEDAW entre os grupos de renda, chama a atenção o equilíbrio entre todos eles, com amplo grau de adesão, acima de 90% em todos os grupos. Esses altos índices de adesão foram contabilizados pelo menos desde 2005 nos quatro grupos e não se notou alteração substancial de tendência na evolução dos indicadores relativos à MD e à AR, à AN e à AP. Ressalta-se que não há que se falar em tendência dos indicadores CC, SP, PP e FP, a partir deste estudo, diante da ausência de dados suficientes para analisar suas evoluções no tempo.

Já o OP-CEDAW tem um nível de ratificação menor e uma maior disparidade entre os grupos: apenas o grupo de alta renda tem a maior parte dos países comprometidos com o OP-CEDAW, com 67,9% de adesão, enquanto os demais não chegam a alcançar a maioria. O grupo com menor grau de ratificação é o de renda média alta, com 25,5%. Os de média baixa computaram 48,9% de adesão e os de baixa, 38,2% de adesão. Isso significa que o grupo mais comprometido com o OP-CEDAW foi o que apresentou os melhores resultados de saúde da mulher, mas a recíproca não se confirmou verdadeira, já que os segundos melhores resultados de saúde foram do grupo de renda média alta, os quais foram os menos comprometidos com o OP-CEDAW.

Essa primeira análise comparativa sugere que a diferença dos resultados no estado de saúde das mulheres está mais afetada pelo nível de renda dos países do que pelo grau de comprometimento que possuem com os pactos internacionais dos direitos humanos das mulheres.

Os testes estatísticos de correlação que feitos neste estudo auxiliaram no aprofundamento dessa primeira análise. De fato, em relação à MD e à AR, à AN e à AP, não foi encontrada associação significativa com o fator comprometimento com a CEDAW. Em relação ao OP-CEDAW, houve dois indicadores que apresentaram correlação significativa na diferença dos resultados de saúde após o comprometimento com o pacto internacional: AP e CC. No caso da MD, os resultados mostraram que ela reduziu em todos os grupos de renda. Estudo anterior já divulgava uma tendência de declínio global, com taxa anual contínua de 2,3% de redução, com diminuição do número de mortes maternas no mundo de 385 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 216 em 2015⁽³²⁾. No entanto este estudo comprovou que o comprometimento internacional com a CEDAW e o OP-CEDAW não influenciaram nessa tendência.

Em relação à anemia, essa deficiência foi uma das 328 causas de ônus global de doenças, lesões e fatores de risco avaliadas no Estudo Global da Doença (GBD) de 2016⁽³³⁾. No período de 1990 a 2006, figurava como a 3ª principal causa para anos vividos com incapacidade (YLD) na avaliação da variação percentual média em termos numéricos e, no período seguinte, de 2006 a 2016, houve uma pequena queda de 4,4%, passando para a 4ª causa principal. Neste trabalho, estudou-se especificamente em relação à anemia das mulheres. Embora este não fosse o recorte do GBD 2016, que trabalhou com anemia em todas as idades e sem distinção de gênero, os dados da anemia das mulheres também estavam implicados nos achados. Outro estudo⁽³⁴⁾ analisou o caso da anemia em mulheres não grávidas em países de baixa e média renda, mostrou que houve reduções dos dados coletados entre 2000 a 2014, que variaram de 0,49 a 2,59 pontos percentuais na maior parte dos países estudados, apesar de a prevalência total ainda ser considerada grave. Os autores encontraram níveis maiores de AP nas populações com baixo status socioeconômico, o que também foi apontado pelos nossos achados.

Entre os diversos fatores que contribuíram para a redução desses números, os resultados revelaram que a CEDAW em nada influenciou nessas mudanças e que o OP-CEDAW pode ter influenciado na redução da AP, como sugere o baixo *p*-valor calculado. No entanto não foi encontrada relação com a diminuição da AR e da AN.

Quanto à CC, embora os dados do atual estudo não permitam inferir a tendência no tempo, um estudo⁽³⁵⁾ demonstra que a cobertura mundial estimada de consultas pré-natais aumentou 43,3% no período de 1990 a 2013. Em seus achados, os autores constataram desigualdades substanciais na cobertura entre as regiões e os grupos de renda, destacando-se negativamente a África Subsaariana, com CC precoces de menos de 50% em 2013, o que também é corroborado pelos nossos resultados. Entre os variados fatores que os autores citam como

determinantes (renda, idade, raça, etnia, localização geográfica), não se considera o grau de comprometimento com pactos internacionais de direitos humanos.

Os resultados desta pesquisa demonstram que o OP-CEDAW pode ter influenciado para o avanço mundial da cobertura, uma vez que o baixo p -valor encontrado sugere a associação estatística entre esses fatores. É importante pontuar que, apesar de os números em relação à cobertura pré-natal terem melhorado ao longo dos últimos anos, ainda estão aquém das recomendações da OMS⁽³⁶⁾.

O único indicador cujo resultado do teste de correlação resultou significativo para ambos os pactos foi o concernente às FP. É bem verdade que, no caso da CEDAW, houve uma limitação do estudo em virtude do n baixo quanto aos dados disponíveis. Contudo isto não ocorreu na análise do OP-CEDAW e a associação foi a mais relevante estatisticamente de todos os casos analisados, com um p -valor baixo o bastante (0,007) para apontar uma correlação entre a melhoria da resposta à FP e a adesão dos países ao OP-CEDAW.

Das menções que a CEDAW⁽⁵⁾ faz à saúde das mulheres, uma delas acontece no artigo 10, alínea “h”, que diz que os Estados-partes deverão adotar medidas apropriadas para assegurar a saúde e o bem-estar da família, incluindo a informação e o assessoramento sobre o planejamento da família. Portanto, a questão do planejamento familiar foi colocada como uma preocupação específica da CEDAW e os resultados do nosso estudo mostram que houve efeitos positivos no que diz respeito à evolução do indicador FP após a adesão à convenção.

As outras duas alusões à saúde no CEDAW são: no preâmbulo, mostrando que a preocupação com a saúde da mulher é um dos motivadores do pacto⁽⁵⁾, ou seja, uma previsão genérica; e no artigo 12, dizendo respeito à proteção da saúde da mulher em relação à segurança das condições de trabalho.

A menção no preâmbulo não parece ter tido força política nos países a ponto de influenciar o cenário do estado geral de saúde das mulheres, uma vez que, dos oito indicadores estudados para cada pacto (ou seja, 16 testes de correlação), apenas 4 demonstraram relevância estatística. Por outro lado, na previsão específica da CEDAW orientada a uma dada política (no caso, a do planejamento familiar), houve a associação. Nesse sentido, em termos de promoção de saúde das mulheres, a mera alusão genérica a compromissos de saúde nos tratados internacionais não parece ser estratégia eficaz, já que não geraram diferenças significativas no comportamento dos dados. Em contrapartida, eles podem ser instrumentos de promoção de saúde quando estabelecem em seu texto compromissos diretos e específicos relacionados a uma determinada política, como no caso do planejamento familiar, analisado neste estudo.

A contribuição deste estudo, portanto, consiste em estimular os países a estabelecerem políticas internacionais de saúde precisas, com a previsão de ações determinadas de promoção, para que tenham maiores chances de promover melhores resultados. Sobre o artigo 12, não é possível tecer considerações a partir deste estudo, uma vez que os indicadores utilizados não revelam dados relativos ao campo da saúde da mulher no trabalho.

A pesquisa enfrentou limitações. A primeira delas recaiu sobre a provável existência de outras variáveis capazes de influenciar os efeitos do comprometimento com os tratados na saúde das mulheres⁽³⁶⁾. Os processos para estabelecer essas correlações não são independentes, porque são implicados por múltiplas causas. Outro limite foi o fato de os indicadores utilizados não terem sido criados com a finalidade de mensurar especificamente a prevalência de práticas de direitos humanos. Também houve limitações em relação ao tamanho de algumas amostras do banco de dados elaborado para a análise da correlação entre a ratificação do CEDAW e a situação de saúde das mulheres, com n baixo principalmente em relação aos indicadores PP e FP. Por fim, outra limitação foram as aproximações temporais de até três anos feitas nesse mesmo banco de dados e nas três classes temporais.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo revelaram que a CEDAW exerceu papel de influência estatisticamente significativa em relação ao indicador FP. O OP-CEDAW apareceu associado a melhorias nos indicadores AP, CC e também FP, tendo sido encontrada, em relação a esse último indicador, uma associação muito significativa.

Quanto aos demais indicadores testados, as diferenças no estado de saúde das mulheres após o comprometimento com a CEDAW e com o OP-CEDAW não foram estatisticamente relevantes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural e ao Programa de Pós-Graduação, ambos da ENSP/Fiocruz, que propiciaram a realização desta pesquisa.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Cíntia da Silva Telles Nichele e **Aldo Pacheco Ferreira** contribuíram com a elaboração e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação dos dados; e com a redação e/ou revisão do manuscrito. **Marco Aurélio Pereira Horta** contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; e a aquisição, análise e interpretação dos dados.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Auxílio recebido do CNPq na forma de bolsa para Doutorado Pleno - GD.

Manuscrito baseado na tese de doutorado intitulada: "Análise do papel dos tratados internacionais de direitos humanos na evolução da saúde global - relação entre os efeitos nos indicadores de saúde e o fundamento da ética kantiana". Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Em andamento.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; [2020] [acesso em 2020 Abr 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário oficial da União: Brasília, DF, p. 68, 3 nov 2014.
3. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais OL Neto, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1799-809.
4. Malta DC, Morais OL Neto, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(6):1683-94.
5. Brasil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Diário oficial da União: Brasília, DF, p. 4, 16 set 2002.
6. Souza MEA, Tavares MFL, Rocha RM. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2019;8(2):1-132.
7. Rudolf B. Freedom from Violence, full access to resources, equal participation, and empowerment: the relevance of CEDAW for the Implementation of the SDGs. *Sustain Dev Goals Hum Rights* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 Abr 5]:73-94. Disponível em https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-30469-0_5#citeas
8. Brasil. Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. Protocolo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Diário Oficial da União: Brasília, DF, p. 2, 31 jul 2002.
9. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016;18(2):4-7.
10. Cahill N, Sonnerveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, et al. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet*. 2017;391(10123):870-82.
11. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, Barros AJD. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? *Reprod Health*. 2018;15(1):42.

12. Bezerra JF, Lara SRG, Nascimento JL, Barbieri M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018;31(1):1-12.
13. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015;28(1):140-8.
14. Santana TDB, Silva GS, Nery AA, Martins IE Filho, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(61):135-47.
15. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, et al. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ*. 2016;94(5):398-400.
16. Magnusson R. Advancing the right to health: the vital role of law [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 2020 Abr 5]. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/topics/health-law/health_law-report/en/
17. Smith-Cannoy H, Wrong WH, Siddiqi A, Tait C, Parnia A. When everyone agrees: human rights norms on women and children and their effects on health. *Int J Hum Rights* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 Abr 5]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13642987.2020.1743975?scroll=top&needAccess=true>
18. Alaei K, Akgüngör S, Chao WF, Hasan S, Marshall A, Schultz E, et al. Cross-country analysis of correlation between protection of women's economic and social rights, health improvement and sustainable development. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Abr 5]. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e021350.full>
19. Jacob J, Upreti M. The Philippines' Criminal Restrictions on Abortion and the CEDAW Committee's Role in Strengthening Calls for Reform. *Can Woman Stud*. 2019;33(1/2):231-7.
20. Pierson J. Abortion as a human right in the united states: exploring the role of cedaw cities in challenging the hyde amendment [tese]. Columbia: Columbia University; 2018.
21. Fariss JC, Dancy G. Measuring the Impact of Human Rights: Conceptual and Methodological Debates. *Ann Rev Law Soc Sci*. 2017;13(1):273-94.
22. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups – country classification [Internet]. [2019] [acesso em 2019 Nov 27]. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
23. World Health Organization. Cos effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) – Alphabetical List of WHO Member States [Internet]. [2019] [acesso em 2019 Nov 27]. Disponível em: https://www.who.int/choice/demography/by_country/en/
24. World Health Organization. Global Health Observatory data repository – Global strategy for women's, children's and adolescents' health [Internet]. [2019] [acesso em 2019 Nov 27]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GSWCAHDATA?lang=en>
25. World Health Organization. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Genebra: WHO; 2015.
26. World Health Organization. The global health observatory: explore a world of health data [Internet]. [2019] [acesso em 2019 Nov 27]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4988>
27. United Nations Human Rights. Status of Ratification [Internet]. [2019] [acesso em 2019 Nov 27]. Disponível em: <https://indicators.ohchr.org/>
28. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *J Glob Health*. 2018;8(2):020409.
29. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Goal Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1813-50.

30. Benzeval M, Judge K. Income and health: the time dimension. *Soc Sci Med*. 2001;52:1371-90.
31. Li J, Xu F, Sun Z, Wang J. Regional differences and spatial patterns of health status of the member states in the “Belt and Road” Initiative. *Plos One*. 2019;14(1):e0211264.
32. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
33. GBD 2016 Disease an Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
34. Yang F, Liu X, Zha P. Trends in Socioeconomic Inequalities and Prevalence of Anemia Among Children and Nonpregnant Women in Low- and Middle-Income Countries. *Jama Netw Open*. 2018;1(5):182899.
35. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet*. 2017;5(10):977-83.
36. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD010994.

Endereço para correspondência:

Cíntia da Silva Telles Nichele
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Bairro: Manguinhos
CEP: 21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
E-mail: cintiatelles.ensp@gmail.com

Como citar: Nichele CST, Horta MAP, Ferreira AP. Saúde da mulher: papel dos pactos internacionais na evolução da proteção aos direitos humanos. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2021;34:10766.
