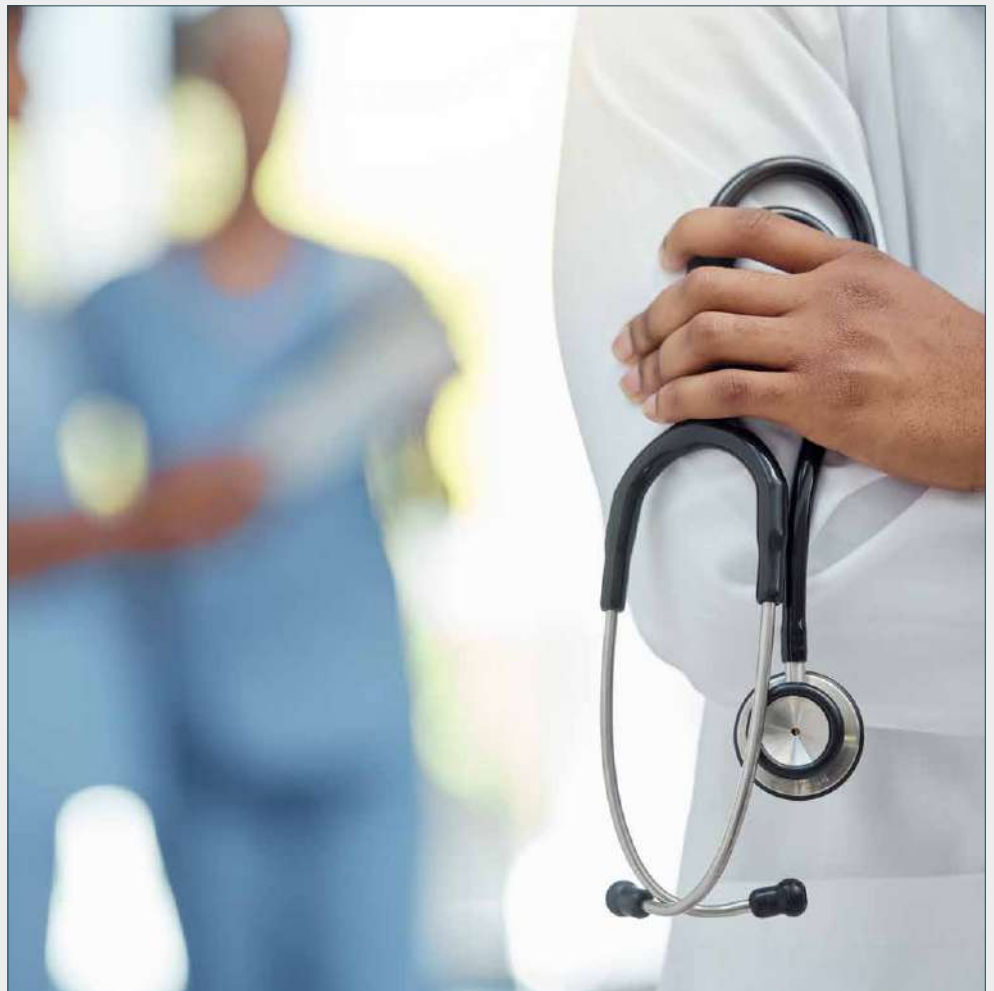




# Os impactos negativos dos requisitos de notificação à polícia em detrimento ao Código de Ética dos profissionais da área da saúde no Brasil



Título: Os impactos negativos dos requisitos de notificação à polícia em detrimento ao Código de Ética dos profissionais da área da saúde no Brasil

Data de Publicação: 2025

Autores:

Este Informativo foi preparado por uma equipe de especialistas em direitos humanos e saúde pública liderada pelo “Center for Reproductive Rights” e pela “Global Health Justice Partnership” da Yale Law School e da Yale School of Public Health:

Daniel Newton

Alice M. Miller

Mindy J. Roseman

Juliana Cesario Alvim Gomes

Edward Perez

Revisado por:

Dra. Steinunn Thórdardóttir

# Os Impactos Negativos dos Requisitos de Notificação à Polícia em detrimento ao Código de Ética dos Profissionais da Área da Saúde no Brasil<sup>1</sup>

## I. Introdução

A criminalização do aborto no Brasil fez com que essa prática fosse vista como um desvio, e não como um direito, mesmo nas circunstâncias limitadas em que é legalmente permitido, como em casos de estupro, risco de vida para a gestante e anencefalia fetal.<sup>2</sup> Em razão da criminalização do aborto ser a norma dominante, há uma presunção de ilegalidade da conduta, que não apenas desestimula as mulheres a buscarem acesso a serviços de saúde reprodutiva, mas também intimida os profissionais da saúde. Isso leva muitos a adotarem uma abordagem médica defensiva, centrada na salvaguarda da sua própria liberdade, em vez de priorizar o bem-estar da paciente.<sup>3</sup> Entre 2019 e 2021, uma série de mudanças na lei e nos regulamentos que regem tanto o processo de obtenção de um aborto legal quanto a notificação obrigatória de violência contra a mulher por parte dos prestadores de serviços de saúde, exacerbou essa dinâmica. Essas alterações passaram a exigir que profissionais da saúde relatem à polícia evidências ou revelações de estupro encontradas no ambiente de atendimento. Embora o novo governo federal, em 2023, tenha possibilitado a benéfica revogação de uma relevante regulamentação concernente à comunicação do médico à autoridade policial no caso de aborto, uma exigência separada quanto à notificação policial ainda continua em vigor.

Os requisitos da notificação à polícia, embora supostamente voltados para a proteção das mulheres, na prática intensificam a vigilância e o escrutínio em torno de revelações de estupro no processo de busca de aborto legal sob essa exceção. Isso ocorre especialmente quando essas exigências são incorretamente interpretadas de forma ampla para permitir a identificação de sobreviventes e o compartilhamento de detalhes sobre o estupro com a polícia. Ao expandir o escopo da investigação policial em relação à exceção de estupro, essa abordagem, provavelmente influenciada pelos estigmas e estereótipos acerca do aborto e da violação contra a dignidade sexual, expõem as pacientes a um risco maior de que seus relatos não sejam considerados críveis e elas elegíveis para a exceção relativa a casos de estupro, mesmo depois da realização do procedimento. Isso não apenas reforça a criminalização do aborto, mas também coage médicas/os e profissionais da saúde a serem coniventes com essa dinâmica, além de aumentar o receio entre esses profissionais de que prestar assistência ao aborto significa se expor à responsabilidade jurídica.

As exigências de notificação policial que levam os profissionais da saúde a revelar informações de pacientes para fins de processo criminal reformulam fundamentalmente tanto a notificação compulsória, - que no Brasil, em sua maior parte, envolvia

apenas a notificação desidentificada para fins epidemiológicos – , quanto o processo para o aborto legal em casos de estupro, que abarca não apenas medidas para o cumprimento destas medidas, mas também para facilitar o aborto e proporcionar atendimento multidisciplinar. Com isso, a gama de profissionais da saúde envolvidos nesse processo deve agora tentar conciliar os cuidados com as pacientes com a atenção às obrigações individuais de notificação da polícia. Quando essas obrigações são cumpridas, elas reorientam o papel desses profissionais para o compartilhamento de informações e evidências, inserindo-os na vigilância legal criminal. Isto cria um ambiente que, ao invés de ser centrado em cuidados, transforma-se em um espaço de intimidação e risco para as pacientes, atrasando ainda mais o acesso ao aborto legal devido à sua natureza morosa. A Diretriz de 2022 da Organização Mundial de Saúde sobre Cuidados no Aborto se opõe a quaisquer medidas que obriguem os profissionais da saúde a relatar casos de pessoas que tenham sido submetidas a um aborto.<sup>4</sup>

Não é possível de os profissionais da saúde produzam relatórios que identifiquem sobreviventes que buscam o aborto sem violarem dos deveres e obrigações éticas fundamentais e desrespeitarem os direitos humanos de suas pacientes. Este Informativo explora como os requisitos de notificação à polícia do Brasil violam as normas éticas nacionais e internacionais que regem os profissionais da saúde, abrangendo princípios como confidencialidade, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, não discriminação e respeito pelos direitos humanos.

O conflito entre esses deveres éticos e obrigações para com as pacientes e o papel no sistema jurídico criminal, que exige a notificação à polícia, só pode ser resolvido por meio de uma interpretação restrita da lei. Essa interpretação restrita deve especificar que médicas/os e profissionais da saúde não devem ser obrigados a relatar informações que identifiquem pacientes às autoridades policiais em casos que envolvam aborto, ou que devem fazê-lo apenas nos casos mais extremos, com base em uma avaliação apropriada dos riscos associados às pacientes.<sup>5</sup> É fundamental que o Ministério da Saúde promulgue regulamentações revisadas e divulgue orientações para esclarecer legislação e os procedimentos aplicáveis. Além disso, deve sinalizar explicitamente que o escopo adequado das obrigações de notificação exclui a notificação obrigatória às autoridades policiais que identifiquem pacientes que buscam o aborto.

## 2. Histórico

Desde 2005, as regulamentações federais no Brasil padronizaram o processo de autorização para acesso ao aborto legal em casos de estupro e anularam diversas leis estaduais e municipais que impunham requisitos adicionais e barreiras ao atendimento. O resultado é um processo que consiste em quatro etapas: documentação, por meio de uma descrição detalhada das circunstâncias do estupro feita pela paciente que busca atendimento; verificação da compatibilidade entre a idade gestacional e a data da suposta violência sexual, por meio de um exame médico; assunção da responsabilidade criminal, mediante assinatura pela paciente de um formulário específico para os crimes de falsidade ideológica e aborto, caso ela não seja posteriormente considerada vítima de estupro; e consentimento para o procedimento, por meio da assinatura pela paciente de um formulário de consentimento informado.<sup>6</sup>

Esse processo envolve elementos de conformidade legal e medidas de proteção, como a prestação de cuidados por equipes multidisciplinares. As regulamentações federais incluem uma declaração explícita de que o Código Penal não exige que os sobreviventes de violência sexual denunciem essa violência à polícia ou apresentem um boletim de ocorrência aos profissionais da saúde como parte do processo de autorização. Também faz referência explícita a uma norma do Ministério da Saúde que afirma que essa exigência seria incorreta e ilegal, contrariando as proteções constitucionais, criminais e éticas, e que os profissionais da saúde devem presumir a veracidade das declarações das mulheres de que sofreram violência sexual e não devem confundir o processo de autorização e de prestação de cuidados com o policiamento ou o sistema legal.<sup>7</sup>

O cenário mudou em 2019, quando o legislativo aprovou emendas altamente contestadas à Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (a «Lei de Notificação»), que anteriormente previa apenas a notificação não identificada, dentro do sistema de saúde, de casos de violência contra a mulher identificados durante o atendimento para fins de vigilância epidemiológica e respostas de políticas públicas. As novas emendas introduziram uma exigência de notificação policial obrigando os estabelecimentos de saúde públicos e privados a notificar a polícia dentro de 24 horas acerca de “evidência ou confirmação” de violência contra a mulher identificada durante o atendimento.<sup>8</sup> Essa mudança marcou um ponto de inflexão tanto para a lei específica, quanto para a notificação obrigatória em geral, enfatizando uma imagem da violência de gênero e uma resposta que é “individual, pontual e fragmentada”, em oposição a um problema estrutural que exige respostas mais amplas que vão além do agressor e da sobrevivente individualmente considerados.<sup>9</sup>

A situação se agravou em 2020, quando o Ministério da Saúde emitiu regulamentações que impunham explicitamente a exigência de que os profissionais da saúde relatassem à polícia

qualquer evidência ou confirmação de estupro identificada durante o processo de autorização para o aborto legal em casos de gravidez resultante de estupro. Além disso, exigiam a preservação e entrega de qualquer possível evidência material do estupro à polícia.<sup>10</sup> As alegações de que se tratava de uma resposta à violência contra as mulheres eram apenas um pretexto. O Ministério da Saúde admitiu que essa exigência foi criada após o aumento da pressão de organizações antiaborto relacionadas ao caso altamente politizado de uma menina de 10 anos de idade, que buscou um aborto legal após quatro anos de estupro repetido pelo tio e que teve o atendimento recusado. Na ocasião, ela só conseguiu realizar o aborto semanas depois, após obter uma autorização judicial com base em risco de vida e ter que viajar mais de 1.400 quilômetros para o procedimento.<sup>11</sup>

Embora essa exigência específica de notificação policial tenha sido revogada pelo então recém-eleito governo Lula no início de 2023, o risco de que a notificação policial identifique pacientes que buscam aborto após estupro continua presente na Lei de Notificação. Isso porque o governo anterior justificou estrategicamente a exigência de notificação policial alegando que tinha o mesmo escopo da exigência mais geral prevista na Lei de Notificação.<sup>12</sup> De acordo com esse raciocínio, ao se mobilizar o acesso ao aborto legal com base no fato de que a gravidez resultou de estupro, por se tratar de violência contra a mulher, essa ocorrência deve ser necessariamente objeto de notificação e as evidências devem ser avaliadas no processo de autorização. Com base nesse entendimento, a Lei de Notificação pode ser – e tem sido – interpretada como uma obrigatoriedade de denúncia à polícia, por parte dos profissionais da saúde, em todos os casos em que as mulheres vítimas de estupro procuram serviços de saúde sexual e reprodutiva, mesmo ao buscarem acesso ao aborto legal.

Uma interpretação tão ampla pressupõe má-fé e contraria a legislação vigente e uma leitura jurídica rigorosa, especialmente considerando o contexto mais amplo de proteções legais e constitucionais no Brasil e as proteções de confidencialidade explícitas na Lei de Notificação. Segundo o que estabelece essa norma, uma sobrevivente de violência só pode ser identificada fora do sistema de saúde “excepcionalmente, em caso de risco para a comunidade ou para a vítima, a critério da autoridade de saúde e com conhecimento prévio da vítima ou de seu responsável”.<sup>13</sup> Isso significa que a notificação à polícia que identifique uma sobrevivente só pode ocorrer em casos de risco para ela ou para a comunidade, e deve ser uma exceção, não a regra. Como consequência, a alegação de risco generalizado para a comunidade com base no fato de que um agressor está foragido não é suficiente, pois esse risco é comum a todos os casos de violência em que o autor não é imediatamente detido. Além disso, ao considerar os riscos para um indivíduo, é fundamental levar em consideração como esses riscos podem ser gerados ou intensificados pela própria notificação.

Por exemplo, a exposição de uma sobrevivente à retaliação ou aos perigos relacionados a abortos tardios ou inseguros são questões cruciais. Muitas vezes, as pessoas evitam ou atrasam o acesso aos serviços de saúde por medo de consequências legais decorrentes da notificação, o que torna a situação ainda mais grave.

No entanto, as chances de a Lei de Notificação ser reivindicada e implementada dessa forma são agravadas pela prática entre profissionais da saúde e juízes de impor pré-requisitos e barreiras desnecessárias ao aborto legal. Além disso, médicos têm denunciado à polícia pelo crime de aborto pacientes que buscam cuidados e atendimento,<sup>14</sup> violando suas obrigações legais de confidencialidade e exceções previstas na lei que permite o aborto. Isso remodela o já extenso procedimento de quatro etapas para autorizar o aborto em casos de estupro em vigor desde 2005, que exige documentação em formulários anexados ao prontuário médico – todos os quais podem ser compartilhados mediante solicitação judicial e que podem ser sinalizados para o sistema jurídico criminal por meio de denúncia policial, trazendo nova urgência à declaração assinada por uma paciente assumindo responsabilidade criminal se a exceção for considerada não atendida.

Caso a notificação à polícia seja aplicada a esse processo, isso facilitará o compartilhamento de informações detalhadas com a polícia sobre a elegibilidade de uma paciente para a realização do aborto legal sob exceção de estupro. A falta de clareza nos regulamentos que regem a forma de notificação pode levar à divulgação inadvertida ou ampla de informações.<sup>15</sup> Essa mudança transforma o processo de um modelo que poderia ser interpretado como um apoio a profissionais da saúde para garantir o cumprimento da lei em um que amplia a vigilância policial e o escrutínio da exceção do estupro, reforçando a criminalização geral do aborto.

Essa dinâmica pode ser influenciada pelo estigma e por estereótipos associados ao aborto e ao estupro, levando a conclusões impróprias de que o estupro não ocorreu. Em outras palavras, a notificação à polícia, além de ser uma barreira que atrasa o atendimento ao aborto, expõe as pessoas que buscam acesso a um procedimento legal ao risco de serem acusadas e processadas pelo crime de aborto.

## Leis de Notificação Compulsória

1940

2019

### Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Exige que os serviços de saúde públicos ou privados notifiquem os Conselhos Tutelares municipais em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes.

2019

### Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003

Exige que os serviços de saúde públicos ou privados notifiquem as autoridades de saúde para vigilância epidemiológica em casos de suspeita ou confirmação de violência contra idosos, além de informar a qualquer um dos seguintes órgãos: polícia, Ministério Público ou Conselhos do Idoso municipais, estaduais ou nacionais.

### Lei de Notificação

#### Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003

Estabeleceu a notificação compulsória e anonimizada no sistema de saúde para uma ampla gama de violências contra mulheres identificadas durante o atendimento em serviços de saúde públicos ou privados, com o objetivo de vigilância epidemiológica e formulação de políticas públicas.

### Regulamentação da Lei de Notificação

#### Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004

Estabeleceu o sistema de notificação compulsória e anonimizada no sistema de saúde para vigilância epidemiológica.

2019

### Lei de Notificação Alterada

#### Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019

Alterou a Lei de Notificação para incluir a exigência de notificação à polícia. Os profissionais de saúde são obrigados a comunicar à polícia, no prazo de 24 horas, “evidências ou confirmação” de violência contra mulheres “para as medidas cabíveis e para fins estatísticos”.

2020

### Regulamento Teste (Revogado em 2020)

#### Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020

Revogou e substituiu o Regulamento do Procedimento mantendo o mesmo processo de autorização, mas adicionando a exigência de notificação à polícia. Exigia que médicos, outros profissionais de saúde e até gestores de unidades de saúde comunicassem qualquer “evidência ou confirmação” de estupro à polícia e preservassem e entregassem imediatamente à polícia quaisquer possíveis evidências físicas do estupro. Adicionou a exigência de a equipe de atendimento oferecer mostrar o feto ou embrião por meio de ultrassonografia à paciente e incluiu uma lista seletiva e tendenciosa de possíveis riscos no formulário de consentimento.

## Regulamentação do Aborto em caso de Estupro

### Código Penal

#### Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940

Dispõe que o aborto realizado por um médico não é punido se a gravidez for resultado de estupro e o procedimento for consensual.

Antes de 2005, na ausência de regulamentações federais que estabelecessem procedimentos para hospitais públicos, leis estaduais e municipais variadas impunham requisitos legais adicionais para o aborto em casos de estupro, incluindo um laudo de exame físico, registro policial ou ordem judicial.

### Regulamento do Procedimento (Revogado em 2020-2023)

#### Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005

Padronizou o processo de autorização para acesso ao aborto legal em casos de estupro, com quatro etapas. Fez referência explícita a uma Norma Técnica do Ministério da Saúde, que estabelece que as sobreviventes de violência sexual não precisam apresentar um boletim de ocorrência como parte do processo de autorização.

2020

### **Regulamento Revisado (Revogado em 2023)**

Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020

Revogou e substituiu o Regulamento Teste, mantendo o mesmo processo de autorização e a exigência de notificação à polícia. Removeu a exigência adicional de oferecer a exibição da ultrassonografia à paciente e reduziu as informações tendenciosas no formulário de consentimento.

2021

### **Regulamento da Lei de Notificação Alterado**

Portaria nº 78, de 18 de janeiro de 2021

Adicionou disposições sobre a notificação à polícia. As unidades de saúde onde as sobreviventes são atendidas devem reportar os casos e também encaminhar o formulário de comunicação à autoridade local de saúde. Quando a notificação pela unidade de saúde individual não for possível, a autoridade estadual de saúde deve comunicar os casos à polícia no prazo de 24 horas após a consolidação semanal do banco de dados de notificação estadual (VIVA SINAN).

Especificou que, em geral, a notificação seria feita apenas por meio de um formulário consolidado utilizando informações do banco de dados VIVA SINAN, com um modelo de formulário fornecido. Em casos excepcionais, quando uma sobrevivente fosse identificada, a notificação deveria incluir apenas informações limitadas. Estabeleceu explicitamente que nem o prontuário médico nem o formulário de notificação do VIVA SINAN poderiam ser usados para a notificação à polícia, e as regulamentações indicaram que isso implicaria responsabilidade administrativa, civil e criminal. A notificação à polícia deveria ser assinada pela autoridade estadual de saúde e realizada de forma segura.

### **Regulamento da Lei de Notificação Alterado**

Portaria nº 1.077, de 26 de maio de 2021

Revogou as disposições que especificavam os formulários de comunicação para notificação à polícia e o alcance do compartilhamento de informações.

2023

### **Regulamento do Procedimento (Restaurado)**

Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005

Restaurada pela Portaria nº 13, de 13 de janeiro de 2023, que revogou o Regulamento Revisado.

### 3. Notificações à polícia comprometem a ética de profissionais da saúde

As exigências de notificação policial para profissionais da saúde criam uma situação injustificável de dupla lealdade.<sup>16</sup> Nesse contexto, esses profissionais se veem tendo que equilibrar responsabilidades incompatíveis: por um lado, para com suas pacientes, de acordo com as estruturas e padrões éticos de suas profissões; por outro, para com terceiros, neste caso, a aplicação da lei. A exigência de notificação à polícia prevista na Lei de Notificação aplica-se amplamente aos profissionais da saúde, abrangendo cada membro da equipe multiprofissional. Quando aplicada a pacientes que buscam aborto, essa exigência força os médicos/os, enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os envolvidos no processo de autorização do aborto legal em casos de estupro<sup>17</sup> a adotar práticas que violam princípios éticos fundamentais e obrigações para com as pacientes, conforme estabelecido nacional e internacionalmente, como será explorado a seguir. Ao fazerem isso, se tornam agentes da máquina jurídica penal em detrimento do foco adequado no atendimento à paciente.

Além disso, as obrigações individuais de notificação à polícia dificultam a colaboração entre profissionais da saúde, impedindo que trabalhem em equipe para prestar um atendimento integrado. Cada profissional acaba atuando de forma independente a serviço da vigilância criminal, capturando toda a estrutura das instalações de saúde nesse processo. Isso, por si só, é levanta questões éticas.

Embora a ética médica seja a mais robusta nesse aspecto, existe um claro alinhamento e compromisso comum entre as diferentes profissões em relação à colegialidade e ao respeito na conduta ética<sup>18</sup>, incluindo o reconhecimento e respeito pelas normas e princípios éticos de outras áreas.<sup>19</sup>

Em última análise, cada profissional de saúde está sujeito às obrigações éticas de sua profissão, e a preocupação com a colegialidade não obriga nem desculpa a cumplicidade com a conduta antiética de outros profissionais. A ética médica estabelece que, em equipes de profissionais da saúde lideradas por médicas/os, nenhum membro deve interferir na autonomia profissional e na independência clínica da/o médica/o que assume a responsabilidade final pelo atendimento.<sup>20</sup> Quando em uma posição de direção, médicas/os devem assegurar o desempenho ético da medicina,<sup>21</sup> por exemplo, coordenando o atendimento ou mitigando as ações de outros para cumprir seus deveres para com pacientes. Da mesma forma, enfermeiras/os têm responsabilidade pessoal pela prática ética de enfermagem,<sup>22</sup> mesmo quando trabalham em equipe.<sup>23</sup> Assistentes sociais e psicólogas/os não devem praticar ou ser cúmplices da conduta antiética de outros profissionais,<sup>24</sup> e a colegialidade

não isenta os assistentes sociais de denunciar a conduta antiética.<sup>25</sup> Gestores de instituições de saúde são obrigados pelos deveres éticos de suas profissões e pelos compromissos éticos de outros profissionais a não serem cúmplices de violações éticas e a promoverem mudanças em práticas antiéticas nas instituições.<sup>26</sup>

As seções a seguir examinam os padrões éticos dos profissionais da saúde, conforme definidos em códigos e declarações nacionais e internacionais para médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Analisam também como esses padrões são comprometidos pela exigência de notificação policial prevista na Lei de Notificação. Esses padrões éticos incluem os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, não discriminação, confidencialidade e respeito aos direitos humanos.

#### 3.1 Autonomia

As obrigações éticas envolvem tanto a autonomia do paciente quanto a do profissional, pois ambas são essenciais para o relacionamento médico-paciente.<sup>27</sup> Médicas/os devem ter a liberdade de exercer o julgamento profissional no cuidado e no tratamento de seus pacientes sem influência indevida ou inapropriada de partes externas ao relacionamento médico-paciente,<sup>28</sup> especialmente para fins políticos<sup>29</sup> ou de disposições legais que limitem a escolha do médico na execução do tratamento, a menos que seja benéfico para o paciente.<sup>30</sup> Da mesma forma, enfermeiras/os e assistentes sociais têm o direito de exercer sua profissão com liberdade e autonomia, sem interferência de terceiros,<sup>31</sup> inclusive na prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.<sup>32</sup> De acordo com o Código de Ética dos Assistentes Sociais do Brasil, o assistente social “não é mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente.”<sup>33</sup> Psicólogas/os não devem estabelecer relações com terceiros que interfiram negativamente nos objetivos de seus serviços.<sup>34</sup>

Quando a notificação à polícia é aplicada ao aborto após um estupro, o processo de autorização é reformulado e as funções dos profissionais da saúde são redefinidas. Nesse contexto, as intervenções com as pacientes não se baseiam em uma avaliação clínica independente ou na necessidade médica. Ao contrário, o conhecimento médico é cooptado a serviço da vigilância e acusação criminal.

Médicas/os devem respeitar a autonomia,<sup>35</sup> os direitos e as preferências das/os pacientes.<sup>36</sup> Pacientes têm o direito à autodeterminação:<sup>37</sup> tomar decisões livres com relação a si mesmos,<sup>38</sup> dar ou negar consentimento a um procedimento<sup>39</sup> e entender o propósito de quaisquer testes ou tratamentos.<sup>40</sup> Médicas/os não devem exagerar a gravidade do prognóstico, complicar a terapia ou exceder o número de visitas, consultas ou

procedimentos médicos necessários.<sup>41</sup> Enfermeiras/os devem respeitar o direito de pacientes de exercer sua autonomia e garantir a prática profissional com o consentimento prévio da/o paciente.<sup>42</sup> O respeito à escolha é inerente à enfermagem, e o direito à autodeterminação é um valor profissional.<sup>43</sup> Assistentes sociais também devem promover os direitos de autodeterminação e participação; respeitar as decisões de pacientes, mesmo que sejam contrárias aos valores e crenças individuais da/o assistente social;<sup>44</sup> e não usar sua autoridade para limitar o direito de pacientes de decidir livremente sobre seus interesses<sup>45</sup> ou bloquear o acesso aos serviços por meio de atitudes coercitivas ou desrespeitosas.<sup>46</sup> Têm o dever de observar a legislação, mas também de se abster de práticas que policiem comportamentos.<sup>47</sup> A liberdade e as “demandas políticas inerentes a ela” – a saber, “autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” – são princípios fundamentais da ética do trabalho social.<sup>48</sup> Psicólogas/os devem respeitar o consentimento livre e informado e a tomada de decisão autodirigida,<sup>49</sup> além de respeitar e promover a liberdade.<sup>50</sup>

Se aplicada a casos de aborto após estupro, a notificação à polícia altera profundamente o processo de acesso ao aborto legal. Ela impõe intervenções – como a transferência de provas – como parte de um procedimento que as pacientes precisam aceitar para manter a possibilidade de realizar o aborto legal. Nesse contexto, o consentimento, que deveria ser dado de forma individualizada para o compartilhamento de informações e dados confidenciais, é comprometido, como discutido a seguir.

## 3.2 Beneficência e não maleficência

A saúde e o bem-estar da/o paciente são o objetivo da relação médico-paciente<sup>51</sup> e a primeira consideração de médicas/os,<sup>52</sup> pela qual devem agir com o máximo zelo e com o melhor de sua capacidade profissional.<sup>53</sup> Médica/os devem aliviar o sofrimento<sup>54</sup> e agir no melhor interesse de pacientes,<sup>55</sup> de acordo com os princípios médicos geralmente aprovados.<sup>56</sup> Médicas/os devem indicar procedimentos adequados e cientificamente reconhecidos,<sup>57</sup> não realizar atos médicos desnecessários,<sup>58</sup> e cumprir a legislação.<sup>59</sup> Não devem causar danos aos pacientes por ação ou omissão,<sup>60</sup> nunca devem usar seu conhecimento para causar sofrimento físico ou moral e não devem permitir ataques à dignidade e à integridade.<sup>61</sup> Da mesma forma, enfermeiras/os têm a responsabilidade ética fundamental de promover e restaurar a saúde, prevenir doenças e aliviar o sofrimento,<sup>62</sup> enquanto psicólogas/os devem maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos aos indivíduos,<sup>63</sup> assim como assistentes sociais.<sup>64</sup> Assistentes sociais devem denunciar às autoridades competentes qualquer abuso ou falta de respeito à integridade física, social e mental de pacientes<sup>65</sup> e contribuir para mecanismos de desburocratização das relações com as/os pacientes, a fim de agilizar e melhorar os serviços.<sup>66</sup> O trabalho

de psicólogas/os para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas é um princípio fundamental da ética profissional.<sup>67</sup>

As exigências de notificação policial subvertem os melhores interesses e o bem-estar das pacientes, transformando o foco de profissionais da saúde em um processo voltado à coleta de provas criminais, com ênfase na acusação e na dissuasão do aborto legal. No complexo processo de autorização de abortos em casos de estupro, exames e testes adicionais são realizados com o intuito de cumprir requisitos legais, mesmo quando são irrelevantes para a saúde ou o bem-estar da paciente, sendo, portanto, não terapêuticos e desnecessários. A introdução da notificação policial como parte desse processo reconfigura o papel de profissionais da saúde, limitando a capacidade de oferecer cuidados de apoio por meio de equipes multiprofissionais. Cada profissional envolvido pode, em última análise, ser responsável pela notificação, mesmo quando isso não beneficia e, ao contrário, pode prejudicar a paciente. Além disso, se a Lei de Notificação for erroneamente interpretada à luz dos revogados regulamentos de 2020, pode haver casos em que profissionais sintam-se obrigados a preservar e entregar evidências materiais à polícia, o que agrava o risco de dano. Mesmo na improvável circunstância de que essas intervenções possam ser entendidas como benéficas de alguma forma para uma paciente específica, a exigência de notificação da polícia em todos os casos coloca o foco na vigilância criminal, transferindo o objetivo principal do atendimento do resultados terapêuticos para a identificação do risco relacionado ao crime. Isso é preocupante, pois a beneficência e a não maleficência exigem cuidados individualizados, reconhecendo que o que constitui um benefício para um paciente pode ser prejudicial para outro.<sup>68</sup>

A notificação policial também impede o acesso ao atendimento, aumentando os atrasos nos procedimentos por meio de várias etapas que são emocional e fisicamente desgastantes para a paciente e que podem estender o processo para acesso ao aborto. Notadamente, as políticas de muitas instituições de saúde impõem limites gestacionais para o aborto, mesmo que esses limites não estejam previstos na lei. Isso significa que atrasos além de 20-22 semanas podem resultar na falta de acesso ao atendimento. Além disso, aumenta o efeito inibidor sobre o aborto ao inserir no processo o medo de ser examinada, desacreditada e estigmatizada pela polícia, agravando a estigmatização. Por fim, ao expandir o escopo e o número de pessoas que estão cientes da intenção da paciente de fazer um aborto, a exigência de notificação à polícia aumenta o risco de divulgações não autorizadas e o risco de a paciente ser ameaçada ou atacada.

### 3.3 Justiça e não discriminação

Médicas/os devem garantir a justiça, além de seus esforços para assegurar a autonomia e os melhores interesses do paciente e para agir de acordo com sua consciência;<sup>69</sup> e pacientes têm direito, sem discriminação, ao atendimento médico adequado.<sup>70</sup> Médica/os não devem discriminar de forma alguma ou sob qualquer pretexto<sup>71</sup> e têm o dever de não permitir que considerações como idade, doença, deficiência, raça, origem étnica, nacionalidade, gênero, orientação sexual ou posição social interfiram em seu dever para com seus pacientes.<sup>72</sup> Enfermeiras/os e assistentes sociais devem respeitar e não se limitar a considerações semelhantes.<sup>73</sup> Enfermeiras/os devem prestar atendimento sem discriminação;<sup>74</sup> demonstrar<sup>75</sup> — e colaborar com outros profissionais para sustentar — princípios de justiça;<sup>76</sup> respeitar os direitos de todos;<sup>77</sup> e defender a equidade e a justiça social no acesso à assistência médica.<sup>78</sup> Estão proibidas/os de usar o poder de sua posição para impor ideologia política ou preconceito que atente contra a dignidade da pessoa ou prejudique a prática profissional.<sup>79</sup> Assistentes sociais têm a responsabilidade de promover a justiça social desafiando a discriminação, respeitando a diversidade e desafiando políticas e práticas injustas.<sup>80</sup> Os princípios fundamentais da ética do serviço social incluem o posicionamento em favor da equidade e da justiça social; o exercício da profissão sem discriminação; o compromisso com a eliminação de todas as formas de preconceito; a participação de grupos marginalizados e a discussão das diferenças; e o trabalho em uma profissão ligada à construção de uma ordem social sem dominação ou exploração de classe, etnia ou gênero.<sup>81</sup> Os princípios éticos fundamentais de psicólogas/os incluem o respeito à diversidade, à equidade e à justiça no tratamento,<sup>82</sup> a eliminação da discriminação<sup>83</sup> e a atuação com responsabilidade social e análise crítica e histórica,<sup>84</sup> bem como a atuação com atenção à dinâmica do poder nas atividades profissionais.<sup>85</sup> Psicólogas/os não devem praticar ou ser cúmplices de discriminação<sup>86</sup> ou induzir ao preconceito em suas funções profissionais.<sup>87</sup>

A notificação à polícia prevista na Lei de Notificação coloca as mulheres sobreviventes de violência que buscam o aborto legal sob um regime de identificação e regulamentação excepcional na assistência médica, com foco em finalidades alheias às suas necessidades de saúde. Isso restringe o acesso à assistência médica para um grande segmento de pessoas grávidas de uma forma discriminatória. Isso porque ao não aplicar os mesmos padrões a pessoas identificadas como mulheres que levam a gravidez até o fim e que não são sobreviventes de violência, ou a pacientes cisgêneros do sexo masculino que acessam a assistência médica reprodutiva, promovem um tratamento desigual que se baseia e promove estereótipos sobre a feminilidade, a gravidez e o aborto.<sup>88</sup>

Isso é injustificável. O objetivo alegado quando do estabelecimento da exigência de notificação policial na Lei de Notificação seria preencher as lacunas de dados devido à subnotificação da violência sexual e à falta de comunicação entre profissionais da saúde e a polícia, visando a melhorar a elaboração de políticas públicas correspondentes. Além disso, foi justificada como uma medida para proteger as mulheres, sinalizando o risco de danos.<sup>89</sup> As exigências de notificações policiais posteriores, e agora revogadas, alegavam buscar identificar agressores por meio da obtenção e do armazenamento de seu perfil de DNA no banco de dados forense criminal.<sup>90</sup> No entanto, os propósitos alegados da Lei de Notificação parecem ser meros pretextos, já que não apenas não são atingidos, mas efetivamente comprometidos pelos resultados das notificações policiais.

As lacunas de dados podem ser preenchidas nesse modelo apenas por meio de pacientes que acessam o atendimento e são objeto de notificação. Contudo, o risco de denúncia à polícia por profissionais da saúde no ambiente de atendimento faz com que pacientes precisem ponderar se aceitam esse risco ao decidirem acessar ou não o atendimento. Isso transforma os obstáculos existentes à notificação policial em barreiras ao atendimento, o que significa que aquelas que não estarão dispostas a serem objeto de notificação simplesmente deixam de buscar atendimento. As metas de coleta de dados eram, portanto, mais bem atendidas pela notificação não identificada, realizada pelo sistema de saúde para fins epidemiológicos sob a Lei de Notificação, antes da adição da exigência de notificação policial e das barreiras que ela trouxe. Como uma suposta estratégia de prevenção, essas barreiras acabam significando que nenhum novo caso é registrado por meio de notificação policial obrigatória. Além disso, tais exigências acarretam os mesmos riscos e danos das denúncias à polícia em geral, ao mesmo tempo em que retiram o arbítrio das sobreviventes para decidir se desejam ou não denunciar e as expõem à perda de confidencialidade e a outras violações éticas exploradas neste Informativo. A denúncia criminal não obrigatória oferece uma alternativa que não compromete a profissão médica e nem o atendimento à paciente.

No processo de autorização em si, a notificação à polícia também intensifica a estigmatização ao introduzir o elemento da vigilância criminal. Além disso, conforme observado acima, ao expandir o escopo e o número de pessoas que tomam conhecimento da intenção da paciente de realizar um aborto, eleva o risco de divulgações não autorizadas, bem como o perigo de que a a paciente seja ameaçada ou atacada.

## 3.4 Confidencialidade

Médicas/os devem respeitar os segredos que lhes são confiados,<sup>91</sup> respeitando os direitos de pacientes à privacidade<sup>92</sup> e à confidencialidade.<sup>93</sup> Todas as informações identificáveis sobre o estado de saúde, a condição médica, o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento e outras informações pessoais devem ser mantidas em sigilo e todos os dados identificáveis do paciente devem ser protegidos e armazenados adequadamente.<sup>94</sup> Médicas/os estão proibidos de permitir o manuseio e o conhecimento de registros médicos sob sua responsabilidade por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional,<sup>95</sup> exceto para cumprir uma ordem judicial ou em sua própria defesa.<sup>96</sup> Só é ético divulgar informações confidenciais com o consentimento explícito do paciente;<sup>97</sup> compartilhar o mínimo de informações necessárias para salvaguardar uma obrigação ética significativa e primordial para a qual todas as outras soluções possíveis tenham sido esgotadas;<sup>98</sup> na medida em que for medicamente necessário, com colegas que cuidam da/o mesma/o paciente;<sup>99</sup> e por justa causa,<sup>100</sup> por dever legal<sup>101</sup> ou se previsto em lei.<sup>102</sup> A obrigação ética de médicas/os persiste mesmo quando testemunham e não devem revelar informações confidenciais que exponham pacientes à responsabilidade criminal na investigação de um crime dos quais são suspeitos.<sup>103</sup>

Da mesma forma, enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os têm o direito e a obrigação de manter a privacidade e a confidencialidade,<sup>104</sup> com a divulgação permitida de forma diferenciada, na medida do necessário, no atendimento multiprofissional;<sup>105</sup> para relatórios obrigatórios;<sup>106</sup> por lei,<sup>107</sup> regulamento<sup>108</sup> ou determinação judicial;<sup>109</sup> com o consentimento da/o paciente;<sup>110</sup> ou em sua própria defesa.<sup>111</sup> As obrigações éticas de enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os - como as de médicas/os - persistem ao testemunhar.<sup>112</sup> Enfermeiras/os estão proibidas/os de fornecer acesso a informações e documentos sem o consentimento da/o paciente ou determinação judicial a terceiros que não estejam diretamente envolvidos na prestação de serviços de saúde.<sup>113</sup> A denúncia de enfermeiras/os a agentes legais criminais em casos de violência doméstica e familiar é apropriada somente quando há risco para a comunidade ou para a vítima e com notificação prévia à vítima.<sup>114</sup> Enfermeiras/os também têm a obrigação específica de manter o direito das/os pacientes de dar e retirar o consentimento para acessar informações genéticas.<sup>115</sup> Assistentes sociais também têm direito à inviolabilidade do local de trabalho e de seus arquivos e documentação, a fim de garantir o sigilo profissional.<sup>116</sup> Psicólogas/os devem enfatizar a responsabilidade de preservar a confidencialidade aos não psicólogos com quem compartilham informações<sup>117</sup> e devem compartilhar apenas as informações estritamente necessárias.<sup>118</sup>

A Lei de Notificação exige que profissionais da saúde realizem comunicações à polícia com base na revelação feita por paciente ou em exames realizados em um ambiente médico, que deveriam ser confidenciais. Se interpretada incorretamente para abranger o mesmo escopo dos regulamentos de denúncias policiais de 2020, agora revogados, essa exigência pode levar profissionais da saúde a preservar e entregar à polícia evidências físicas coletadas durante a consulta médica para testes de DNA, o que envolve dados altamente confidenciais da paciente que não são usados de acordo com sua orientação, mas como possíveis informações para processos criminais. Isso contraria as expectativas legítimas das pacientes, que confiam que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e usadas em seu benefício, em conformidade com o dever médico de agir no melhor interesse do paciente, sem outro objetivo que não o tratamento.<sup>119</sup>

Mais fundamentalmente, a Lei da Notificação estabelece a pressuposição de que o risco de notificação à polícia é uma condição para que a paciente acesse profissionais da saúde e receba atendimento ao aborto. Qualquer noção de consentimento informado nesse contexto nunca poderá ser significativo, já que, se recusar a correr o risco de uma notificação policial significa renunciar ou atrasar o atendimento ao aborto. A paciente deve aceitar o processo como um todo ou perder a possibilidade de realizar um aborto legal.

Esse tipo de notificação não se enquadra nas exceções para divulgação de dados confidenciais determinadas por lei<sup>120</sup> devido a obrigações conflitantes no cenário jurídico mais amplo, que, na verdade, favorecem a não divulgação de informações médicas privadas. Isso se reflete proibição criminal de profissionais divulgarem informações privadas obtidas no desempenho de suas funções.<sup>121</sup> Além disso, não há nenhuma orientação atual nos regulamentos sobre o que os relatórios devem conter, incluindo a extensão das informações a serem incluídas, aumentando o risco de ampla divulgação e suas consequências.<sup>122</sup> Além disso, leis injustas não podem ser fundamento para um “dever legal”.

Por fim, a notificação à polícia, ao ser integrada ao processo de autorização do aborto, envolve múltiplos profissionais e expande a cadeia de compartilhamento de informações entre os sistemas médico e jurídico, aumentando o risco de divulgações não autorizadas.

## 3.5 Defesa dos direitos humanos

Os direitos humanos e a ética profissional operam de forma sinérgica: os padrões de direitos humanos influenciaram a relação médico-paciente para capacitar pacientes e moldaram a elaboração de códigos de ética,<sup>123</sup> forneceram uma base para a aceitação da ética médica além das fronteiras nacionais e culturais<sup>124</sup>, além de princípios para lidar com situações de dificuldade ética, como a dupla lealdade.<sup>125</sup> Os órgãos internacionais de direitos humanos também reconhecem e incorporam a ética médica aos padrões e obrigações de direitos humanos.<sup>126</sup> As leis, regulamentações e códigos de ética nacionais afetam ainda mais a interação da ética médica e dos direitos humanos. Por exemplo, o Código de Ética Médica do Brasil tem um capítulo sobre direitos humanos com foco na autonomia,<sup>127</sup> dignidade,<sup>128</sup> saúde,<sup>129</sup> integridade,<sup>130</sup> não discriminação<sup>131</sup> e não participação em tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante,<sup>132</sup> com esses e outros princípios protegidos em todo o código.

Médicas/os não devem usar os seus conhecimentos para violarem os direitos humanos e as liberdades individuais, mesmo sob ameaça.<sup>133</sup> Enfermeira/os também têm a obrigação ética de promover o respeito aos direitos humanos,<sup>134</sup> especialmente os direitos à vida e à escolha, à dignidade, à não discriminação,<sup>135</sup> à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal,<sup>136</sup> a ser respeitado,<sup>137</sup> e a ter acesso à assistência médica.<sup>138</sup> Assistentes sociais também têm a obrigação ética de promover os direitos humanos e não facilitar a tortura.<sup>139</sup> A “defesa intransigente dos direitos humanos” é um princípio fundamental do Código de Ética do Serviço Social do Brasil,<sup>140</sup> e assistentes sociais devem denunciar às autoridades competentes o abuso dos direitos humanos.<sup>141</sup> Psicólogas/os têm a obrigação ética de respeitar a dignidade, a autonomia, a privacidade e a não discriminação.<sup>142</sup> O respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade, com base nos valores que sustentam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, é um princípio fundamental do Código Brasileiro de Ética Profissional do Psicólogo.<sup>143</sup>

Os órgãos internacionais de direitos humanos têm se oposto às restrições legais impostas às sobreviventes de violência sexual para acesso ao aborto, observando que elas podem infringir uma série de direitos relacionados à saúde e ao direito à privacidade, além de constituir discriminação.<sup>144</sup> A notificação à polícia, conforme discutido acima, tem impactos significativos sobre a saúde e a privacidade das pacientes e funciona de forma discriminatória. As restrições que impõem ao acesso ao aborto seguro, legal e eficaz como um componente essencial da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>145</sup> também afetam o direito à vida,<sup>146</sup> enquanto o sofrimento mental devido ao aborto retardado ou impedido pode constituir tratamento cruel, desumano ou degradante, particularmente grave para menores.<sup>147</sup>

## 4. Recomendações

### A Responsabilidade Profissional Inclui a Ação Diante de Leis que Exigem Comportamento Antiético

A exigência de comunicação à polícia prevista na Lei de Notificação coloca profissionais da saúde em uma dinâmica de dupla lealdade, uma vez que precisam equilibrar seus deveres éticos e obrigações para com pacientes com seu papel no sistema jurídico penal, no qual foram inseridos pela legislação para facilitar a criminalização do aborto em detrimento do atendimento, saúde e bem-estar das pacientes. A notificação à polícia tem impactos significativos sobre os deveres profissionais relacionados à confidencialidade, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, não discriminação e respeito aos direitos humanos, especialmente quando a exigência de notificação é incorretamente interpretada para permitir a identificação da paciente, dos profissionais e de informações específicas sobre a violência sexual que precede a prestação de cuidados de aborto.

*Profissionais da saúde devem agir para garantir que eles e aqueles com quem colaboram na prestação de cuidados cumpram os deveres éticos e as obrigações para com os pacientes.* Em termos gerais, a ética geralmente prescreve padrões mais elevados do que a legislação e, “ocasionalmente, a ética exige que os médicos/os desobedeçam às leis que exigem comportamento antiético”.<sup>148</sup> Assistentes sociais também não devem acatar decisões institucionais antiéticas<sup>149</sup> e devem minimizar os danos quando suas responsabilidades entrarem em conflito.<sup>150</sup> Psicólogas/os, por sua vez, devem se recusar a prestar serviços como parte ou em associação com uma organização cujas normas e práticas entrem em conflito com os princípios éticos.<sup>151</sup> Desde que a Lei de Notificação seja interpretada de forma precisa e restrita pelos prestadores de serviços de saúde e agentes jurídicos, em conformidade com as leis relevantes e as proteções constitucionais e éticas, o descumprimento não será necessário. Em qualquer circunstância, profissionais da saúde devem agir de acordo com essa interpretação precisa e restrita, segundo a qual não são obrigados a relatar informações que identifiquem pacientes às autoridades policiais em casos que envolvam aborto, ou devem relatar apenas nos casos mais extremos, de acordo com uma avaliação apropriada dos riscos associados às pacientes.

*Profissionais da saúde devem sinalizar as violações éticas decorrentes da Lei de Notificação aos estabelecimentos em que trabalham e aos órgãos e autoridades competentes.* De acordo com os padrões éticos internacionais e nacionais, médica/os devem estar preparados para denunciar atos que contradigam a ética médica, conforme apropriado nos sistemas e estruturas em que trabalham.<sup>152</sup> Enfermeiras/os têm o direito e o dever de recorrer aos órgãos regionais quando impedidos de agir

eticamente<sup>153</sup> e de participar da elaboração de protocolos políticos, normativos e institucionais.<sup>154</sup> Assistentes sociais têm o direito de participar de comitês de ética interdisciplinares no local de trabalho para avaliar tanto a conduta quanto as decisões e políticas institucionais;<sup>155</sup> assim como o dever de contribuir para a mudança institucional em apoio aos interesses dos pacientes;<sup>156</sup> e o dever de denunciar, se necessário, aos órgãos regionais, regulamentos, normas e programas institucionais antiéticos.<sup>157</sup> Psicólogos/os devem denunciar ao órgão competente as organizações cujas normas e práticas estejam em conflito com os princípios éticos<sup>158</sup>, levando a má conduta ética ao conhecimento das autoridades competentes.<sup>159</sup>

*Organizações, coletivos profissionais, estabelecimentos de saúde e hospitais precisam assegurar que suas políticas e práticas relacionadas à notificação à polícia, conforme estabelecido na Lei de Notificação, estejam de acordo com os padrões éticos. É fundamental que profissionais da saúde envolvidos na elaboração dessas diretrizes e na tomada de decisões institucionais, cumpram rigorosamente seus deveres éticos durante esse processo.* Isso inclui garantir que as políticas, práticas e os processos para seu desenvolvimento e revisão integrem a atenção e as proteções adequadas para a autonomia, a saúde e o bem-estar das/os pacientes, a autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade e os direitos humanos. Ainda, envolve a implementação de medidas que garantam a autonomia de profissionais da saúde, permitindo-lhes exercer seu julgamento profissional sem a interferência de terceiros. Além disso, é crucial oferecer suporte para que esses profissionais evitem causar danos e atuem sempre no melhor interesse das pacientes, incluindo a criação de canais seguros para a denúncia de violações éticas. As políticas devem deixar claro que a comunicação às autoridades policiais de casos que envolvam pacientes, no contexto de abortos, deve ser a última alternativa e ocorrer somente em situações extremas. Essa decisão deve ser baseada em uma avaliação rigorosa dos riscos para as pacientes, levando em consideração possíveis consequências negativas resultantes da comunicação em si, como retaliação ou atrasos no atendimento. Esses atores devem monitorar ativamente as práticas para garantir que estejam alinhadas com essas diretrizes.

*As organizações e coletivos profissionais, os estabelecimentos de saúde e os hospitais também devem apoiar proativamente profissionais da saúde na denúncia de violações éticas decorrentes da Lei de Notificação aos estabelecimentos em que trabalham e aos órgãos e autoridades competentes.* As organizações profissionais têm um papel especial, já que os códigos de ética estabelecem obrigações específicas relacionadas à denúncia de violações éticas.<sup>160</sup>

*Profissionais da saúde devem empreender outras ações positivas para responder à interferência do governo por meio da Lei de Notificação no atendimento adequado e no bem-estar da paciente.* Médica/os e outras pessoas envolvidas na prestação de

serviços de saúde têm a responsabilidade conjunta de reconhecer e defender os direitos dos pacientes e de “buscar os meios adequados para assegurá-los ou restaurá-los” quando a legislação ou a ação governamental os negar.<sup>161</sup> O Código de Ética Médica do Brasil, em consonância com compromissos semelhantes da Declaração de Genebra e do Código Internacional de Ética Médica,<sup>162</sup> estabelece que “[cabe] ao médico zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina ....”<sup>163</sup> Os princípios éticos de psicólogos, da mesma forma, reconhecem a “responsabilidade da disciplina” pela conduta ética consistente com a promoção do bem-estar.<sup>164</sup> A Declaração de Córdoba reafirma a oposição à interferência governamental e incentiva governos, autoridades de saúde, associações médicas, médicos e pacientes a defender, proteger e fortalecer a relação médico-paciente, e os médicos a preservar os valores éticos, incluindo a autonomia profissional.<sup>165</sup> Isso se alinha ao Código de Ética Médica do Brasil, que estabelece que os médicos devem “empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.”<sup>166</sup> Assistentes sociais também devem chamar a atenção dos formuladores de políticas, dos políticos e do público para políticas e práticas opressivas, injustas ou prejudiciais.<sup>167</sup>

## **O Ministério da Saúde do Brasil deve promulgar regulamentações revisadas e divulgar orientações**

Para esclarecer a lei e os procedimentos aplicáveis, sinalizando explicitamente que o escopo adequado da Lei de Notificação exclui a notificação obrigatória às autoridades policiais que identifiquem pacientes que buscam o aborto legal com base no fato de que a gravidez resultou de estupro.

1 Este Informativo sobre Ética foi preparado por uma equipe de especialistas em direitos humanos e saúde pública liderada pelo Center for Reproductive Rights e pela Global Health Justice Partnership da Yale Law School e da Yale School of Public Health. A equipe incluiu Daniel Newton, Alice M. Miller, Mindy J. Roseman, Juliana Cesario Alvim Gomes e Edward Perez. Somos gratos à Dra. Steinunn Thórdardóttir por ter revisto uma versão anterior deste Informativo.

2 A interrupção da gravidez resultante de estupro e em caso de risco de vida são exceções ao crime geral de aborto voluntário há mais de 80 anos: [Código Penal], art. 128, I & II (Brasil). O aborto tem sido autorizado no caso de um feto com anencefalia desde uma decisão de 2004 do Supremo Tribunal Federal: Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADPF No. 54 MC/DF, Relator: Min. Marco Aurélio de Mello, 04.12.2012, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 04.30.2013 (Brasil).

3 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, ABORTION CARE GUIDELINE 25 (2022).

4 *Id.* at 26.

5 Para uma discussão detalhada sobre o escopo exato da exigência de denúncia policial na Lei nº 10.778, bem como as implicações de direitos humanos da denúncia policial, consulte CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (CRR) & GLOBAL HEALTH JUSTICE PARTNERSHIP OF THE YALE LAW SCHOOL AND YALE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (GHJP). PRIMEIRO, NÃO CAUSAR DANO: COMO A EXIGÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO A AUTORIDADES POLICIAIS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMPROMETE AS OBRIGAÇÕES DO BRASIL DE RESGUARDAR A SAÚDE E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

6 Esse processo foi levado adiante por meio de três conjuntos de regulamentações e atualmente é regido pelo agora restabelecida Portaria No. 1.508, de 1 de setembro de 2005, conforme definido na Portaria de Consolidação No. 5, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 03.10.2017, arts. 694–700 (Brasil).

7 MINISTÉRIO DA SAÚDE, NORMA TÉCNICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES 10, 26–27, 36, 67 et seq. (3ª ed., 2012).

8 Lei No. 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 1 § 4 (Brasil).

9 Cássia Virgínia Pereira Soares, Qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais 106 (Aug. 9, 2021) (Dissertação de Mestrado, Instituto René Rachou), <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50185>.

10 A exigência de provas físicas tinha o objetivo ostensivo de identificar potencialmente o agressor por meio da obtenção e do armazenamento do perfil de DNA no banco de dados forense criminal: Portaria No. 2.282, de 27 de Agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020, art. 1 (Brasil);

Portaria No. 2.561, de 23 de setembro de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 24.09.2020, art. 7 (Brasil). Revogada pela Portaria No. 13, de 13 de janeiro de 2023, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 20.01.2023, art. 1, III (Brasil).

11 Leandro Prazeres, *Ministério da Saúde admite que publicou portaria por pressão de entidades antiaborto*, O GLOBO (Oct. 3, 2020), <https://oglobo.globo.com/brasil/ministerio-da-saude-admite-que-publicou-portaria-por-pressao-de-entidades-antiaborto-24675541>.

12 De fato, ao contrário do escopo alegado pela administração anterior, os defensores argumentaram que essas obrigações da Lei de Notificações se aplicavam às denúncias policiais mesmo sob as regulamentações agora revogadas, de acordo com uma “interpretação sistemática do sistema jurídico”, uma vez que elas previam a “comunicação externa em casos de violência contra a mulher”: NUDEM, RELATÓRIO DO NÚCLEO ESPECIALIZADO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES (NUDEM) SOBRE O ACESSO AO ABORTO PREVISTO EM LEI NO ESTADO DE SÃO PAULO 36–37 (2021). Para o escopo alegado do regulamento, consulte Missão Permanente do Brasil junto às Nações Unidas, Carta datada de 18 de setembro de 2020, da Missão Permanente do Brasil junto às Nações Unidas dirigida ao Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos - Divisões de Procedimentos Especiais (18 de Setembro de 2020).

13 Lei No. 10778/2003, art. 3.

14 *Ver, e.g.*, Wanderley Preite Sobrinho, *Algemada no hospital: médicos ignoram lei e denunciam mulheres que abortam*, UOL (7 de Julho de 2023), <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/07/07/aborto-mulher-algemada-medicos-quebram-sigilo-medico.htm>.

15 Portaria de Consolidação No. 4, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.09.2017, art. 14D–14F (Brasil), as added by Portaria No. 78, de 18 de janeiro de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 19.01.2021 (Brasil) and revoked by Portaria No. 1.077, de 26 de maio de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 27.05.2021 (Brasil). *Ver também* ADRIANA RAMOS DE MELLO & LÍVIA DE MEIRA LIMA PAIVA, LEI MARIA DA PENHA NA PRÁTICA, Ch. 5.3.2.2 (2022).

16 *Ver* WORLD MED. ASS’N, MEDICAL ETHICS MANUAL 68 (2015) [doravante MEDICAL ETHICS MANUAL].

17 The Reporting Law applies generally to public and private health professionals and entities: Lei No. 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 4 (Brasil). Profissionais de/da saúde são mencionados de forma geral sob essa terminologia na regulamentação que rege a autorização para aborto legal em casos de estupro, exceto pelo artigo 697, § 3º, que define os profissionais que devem compor a equipe multidisciplinar de saúde: Portaria de Consolidação nº 5, art. 697, § 3º (Brasil). Como

essa regulamentação, em conjunto com a Lei de Notificação, envolve os profissionais listados na análise das situações de pacientes que buscam aborto legal após estupro, eles são o foco deste documento.

18 World Med. Ass'n, Declaração de Genebra (1948), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> [doravante *Declaração de Genebra*]; WORLD MED. ASS'N, CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA (1949) [doravante Código Internacional de Ética Médica]; Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica, Princípios Fundamentais ¶¶ XVII, XVIII; art. 23 ¶ 2 (2018), Resolução CFM No. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM No. 2.222/2018 e 2.226/2019 [doravante Código de Ética Médica do Brasil]; INT'L COUNCIL OF NURSES, THE ICN CÓDIGO DE ÉTICA FOR NURSES ¶¶ 1.5, 1.8, 2.6 (2021) [doravante ICN CÓDIGO DE ÉTICA]; Conselho Federal de Enfermagem, Código de Deontologia de Enfermagem, Preâmbulo (2017) Anexo da Resolução COFEN No. 564/2017 [doravante Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil]; International Federation of Social Workers, Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social (2018), Princípios 3.5, 9.7 [doravante Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social]; Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Código de Ética do/a Assistente Social, Princípios Fundamentais, ¶ IX; art. 10, a, d, e (1993), aprovado em 13 de Março de 1993 com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS No. 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11 [doravante *Código de Ética do/a Assistente Social*]; Conselho Federal de Psicologia, Código de Ética Profissional do Psicólogo, art. 1, j (2005) aprovado pela Resolução CFP No. 010/05 [doravante Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil].

19 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 10, f.

20 World Med. Ass'n, Declaração de Seul on Professional Autonomy and Clinical Independence, ¶ 2 (2008), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/> [doravante Declaração de Seul], ¶ 8.

21 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 19.

22 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, ¶ 2.1; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 51.

23 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 51.

24 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, arts. 4, b & 11, c; Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 2, e.

25 Código de Ética do/a Assistente Social, nota *supra* 18, art. 10, a. Veja também art. 10, f (prevendo que as críticas públicas a colegas e outros profissionais devem ser objetivas, construtivas e prováveis).

26 Os administradores de instalações de saúde estão, em outros lugares, sujeitos a seus próprios códigos de ética em sua capacidade de administradores: Ver, *e.g.*, AM. COLL. HEALTHCARE EXECS., CODE OF ETHICS (2021), <https://www.ache.org/about-ache/our-story/our-commitments/ethics/ache-code-of-ethics>.

27 World Med. Ass'n, Declaração de Córdoba sobre a relação médico-paciente, Preâmbulo (2020), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/>.

28 Declaração de Seul nota *supra* 20, ¶ 2; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Córdoba, nota *supra* 27, ¶¶ 1, 2, 4 & 5. Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ VIII.

29 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶¶ IX, X.

30 *Id.* Princípios Fundamentais, ¶ XVI.

31 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais; art. 1; Código de Ética do/a Assistente Social, nota *supra* 18, art. 2, b & h.

32 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 4. O Código de Enfermagem do Brasil se aplica a enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, obstetras, parteiras e atendentes de enfermagem: art. 2.

33 Código de Ética do/a Assistente Social, nota *supra* 18, at 20.

34 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art., 2, j.

35 Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa sobre os direitos do paciente (1981), Preâmbulo, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/> [doravante Declaração de Lisboa].

36 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18.

37 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 3; Declaração de Seul, nota *supra* 20, ¶ 3.

38 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 3, a; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ XXI; art. 24.

39 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 3, b; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 22.

40 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 3, b.

41 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 35.

42 *Id.* arts. 50 & 77.

43 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, Preâmbulo.

44 Código de Ética da/o Assistente Social, nota *supra* 18, art. 5, b.

45 *Id.* art. 6, a.

46 *Id.* art. 6, c.

47 *Id.* art. 3, a & c.

48 *Id.* Princípios Fundamentais, I.

49 União Internacional de Ciências Psicológicas, Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, Princípio 1, 4; 2, 7 (2008), <https://www.iupsys.net/about/declarations/universal-declaration-of-ethical-Principios-for-psychologists/> [doravante Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos].

50 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, I.

51 Declaração de Córdoba nota *supra* 27, Preâmbulo; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ I.

52 Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ I.

53 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ II.

54 Declaração de Córdoba, nota *supra* 27, Preâmbulo.

55 Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 1, c.

56 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Princípio 1, c.

57 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Direitos Médicos, ¶ II.

58 *Id.* art. 14.

59 *Id.* Direitos Médicos, ¶ II.

60 *Id.* art. 1.

61 *Id.* Princípios Fundamentais, ¶ VI.

62 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, Preâmbulo.

63 Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota *supra* 51, Princípio II, 2, 3.

64 Declaração Global de Princípios Éticos da Assistência Social, nota *supra* 18, Princípio 9.7.

65 *Código de Ética da/o Assistente Social do Brasil*, nota *supra* 18, art. 13, b.

66 *Id.* art. 5, g.

67 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, II.

68 Raanan Gillon, *Medical ethics: four Principles plus attention to scope*, 309 BMJ 184, 185 (1994).

69 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Preâmbulo.

70 *Id.* Princípio 1, a; Código de Ética do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ I.

71 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 23.

72 Declaração de Genebra, nota *supra* 18.

73 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, Preâmbulo; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, Preâmbulo; Código de Ética da/o Assistente Social, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, XI.

74 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 41.

75 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, ¶ 1.8; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 24.

76 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, ¶ 4.7.

77 *Id.* at ¶¶ 1.8, 4.1.

78 *Id.* at ¶¶ 1.7, 2.7.

79 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 69.

80 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípio 3.

81 Código de Ética da/o Assistente Social, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, V, VI, VIII & XI.

82 Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota *supra* 51, Princípio I, 3, 7.

83 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, II.

84 *Id.* Princípios Fundamentais, III.

85 *Id.* Princípios Fundamentais, VII.

86 *Id.* art. 2, a.

87 *Id.* art. 2, b.

88 Para uma discussão mais detalhada sobre como a exigência de registro de ocorrência policial promove a discriminação e os estereótipos, consulte CRR & GHJP, nota *supra* 5, Seções III & V.

89 *Ver* MELLO & PAIVA, nota *supra* 15, Ch. 5.3.2.2 (Câmara dos Deputados. Justificativa do Projeto de Lei Nº 2538 de 2019); Lola Nicolas, *Promulgada a 'Lei Renata Abreu' que dá mais segurança às mulheres vítimas de violência*, RENATA ABREU OFICIAL (11 de Dezembro de 2019), <https://www.renataabreuoficial.com>.

[br/2019/12/11/promulgada-a-lei-renata-abreu-que-da-mais-seguranca-as-mulheres-vitimas-de-violencia%ef%bb%bf/](https://www.planalto.gov.br/2019/12/11/promulgada-a-lei-renata-abreu-que-da-mais-seguranca-as-mulheres-vitimas-de-violencia%ef%bb%bf/).

90 Portaria No. 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020, Preâmbulo, art. 1º § 2º (Brasil) e Portaria No. 2.561, de 23 de setembro de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 24.09.2020, Preâmbulo, art. 7, II (Brasil), tanto de referência cruzada para processos em Lei No. 12.654, de 28 de maio de 2012, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 29.05.2012 (Brasil).

91 Declaração de Genebra, nota *supra* 18.

92 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, § 10.

93 *Id.* § 8.

94 *Id.* § 8, c.

95 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 85.

96 *Id.* art. 89.

97 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, § 8, b; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 73.

98 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18.

99 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, § 8, b.

100 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 73.

101 *Id.*

102 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, § 8, b; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, § XI.

103 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 73, b.

104 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, §§ 1.4, 1.5; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, arts. 12, 43, 52 & 86; Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípio 6.1; Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, arts. 15, 16 & 17; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota *supra* 51, Princípio I, 5, 6; Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 9.

105 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 52 § 2; Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, arts. 16 & 17; Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, arts. 1, g; 6, b & 12.

106 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, at 24; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 52 §§ 4 & 5.

107 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, at 24; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 52; Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípio 6.1; Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 10.

108 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, at 24.

109 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 52.

110 *Id.* art. 52 § 2; Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípio 6.1; Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 18. Em especial, art. 18 prevê que a divulgação com base em danos ao cliente, a terceiros ou à coletividade deve ser feita apenas na medida “estritamente necessária, tanto em relação ao assunto revelado, quanto ao grau e ao número de pessoas que devem tomar conhecimento dele”. Os psicólogos podem violar a confidencialidade somente em casos limitados e, ao fazê-lo, é obrigatório “buscar o menor dano possível”: Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 10.

111 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 52 § 2.

112 *Id.* art. 52 § 3; Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, arts. 19 & 20; Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 11.

113 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 89.

114 *Id.* art. 52 § 5.

115 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, § 2.9.

116 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 2, d.

117 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 6, b.

118 *Id.* art. 10.

119 INT’L DUAL LOYALTY WORKING GROUP, DUAL LOYALTY AND HUMAN RIGHTS IN HEALTH PROFESSIONAL PRACTICE: PROPOSED GUIDELINES & INSTITUTIONAL MECHANISMS 73 (2003), <https://phr.org/our-work/resources/dual-loyalty-and-human-rights-in-health-professional-practice/>.

120 O Código de Ética Médica do Brasil também prevê especificamente que os médicos devem cumprir as leis de aborto, o que notavelmente incluiria também a defesa da justificativa para o aborto em caso de estupro: nota *supra* 21, art. 15.

121 CÓDIGO PENAL [C.P.], art. 154 (Brasil); CÓDIGO DE PROCESSO PENAL [C.P.P.] art. 207 (Brasil). *Ver* Manuela v. El Salvador, Objeções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am.

Ct. H.R. (Ser. C) No. 441, ¶ 213–214 (2 de Novembro de 2021) (constatando que o direito à privacidade foi violado por não estar previsto em lei, devido à orientação insuficiente em um cenário jurídico menos inclinado à não divulgação do que o brasileiro).

122 *Ver* arts. 14D–14F (Brasil), alterados pela Portaria No. 78, de 18 de janeiro de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 19.01.2021 (Brasil) e revocados pela Portaria No. 1.077, de 26 de maio de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 27.05.2021 (Brasil). *Ver* também Mello & Paiva, nota *supra* 15, Ch. 5.3.2.2.

123 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, Introduction.

124 MEDICAL ETHICS MANUAL, nota *supra* 16, at 18.

125 INT’L DUAL LOYALTY WORKING GROUP, nota *supra* 123, at 15.

126 *Ver, e.g.*, Caso Cuscul Pivaral v. Guatemala, Objecões Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 359, ¶ 106 (23 de Agosto de 2018).

127 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, arts. 22, 24, 26. *Ver* também Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Preâmbulo; Declaração de Seul, nota *supra* 20; Declaração de Córdoba, nota *supra* 27, Preâmbulo, ¶ 1.

128 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 23. *Ver* também Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, ¶ 10; Declaração de Córdoba, nota *supra* 27, ¶ 5.

129 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, arts. 24, 28. *Ver* também Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35; Declaração de Seul, nota *supra* 20; Declaração de Córdoba, nota *supra* 27.

130 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, arts. 27, 28.

131 *Id.* art. 20. *Ver* também Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, ¶ 1, a.

132 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, art. 25.

133 Declaração de Genebra, nota *supra* 18.

134 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, ¶¶ 1.2, 4.7; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, art. 1. O Preâmbulo da resolução que adota o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil observa a Declaração Universal dos Direitos Humanos e que seus postulados estão incluídos no Código de Ética da ICN, e observa a

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

135 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, Preâmbulo; Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, Preâmbulo.

136 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, Preâmbulo.

137 ICN Código de Ética, nota *supra* 18, Preâmbulo.

138 ICN CÓDIGO DE ÉTICA, nota *supra* 18, ¶ 4.1.

139 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípios 2 & 9.2.

140 Código de Ética do/a Assistente Social, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, II.

141 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 13, b.

142 Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota *supra* 51, Princípios I, 1, 4, 5.

143 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, I.

144 *Ver, e.g.*, Comm. on the Elimination of Discrimination against Women, Views: Communication No. 22/2009, L.C. v. Peru, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (4 de Novembro de 2011); Hum. Rts. Comm., L.M.R. v. Argentina, ¶ 9.3, U.N. Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007 (Apr. 28, 2011). Para uma discussão detalhada sobre as implicações dos direitos humanos das denúncias policiais, *Ver* CRR & GHJP, nota *supra* 5.

145 Comm. on Econ. Soc. Cultural Rts., Comentário geral No. 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) ¶ 1, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2 de Maio de 2016).

146 Hum. Rts. Comm., General Comment No. 36, ¶ 8, U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (Sept. 3, 2018); Hum. Rts. Comm., General Comment No. 28, Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), ¶¶ 10, 20, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev1/Add.10 (29 de Março de 2000); Comm. on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding comments on the combined initial and second periodic reports of Belize, ¶ 56, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1 (1999).

147 Hum. Rts. Comm., Views: Communication No. 1153/2003, Llantoy v. Peru, ¶ 6.3, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (Nov. 22, 2005); L.M.R. v. Argentina ¶ 9.2., UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007.

148 MEDICAL ETHICS MANUAL, nota *supra* 16, at 12.

149 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 4, c.

150 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípios 3.4, 9.7.

151 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 3.

152 Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18; Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ XVIII.

153 Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, nota *supra* 18, arts. 9 & 28.

154 *Id.* art. 10.

155 Código de Ética do/a Assistente Social do Brasil, nota *supra* 18, art. 7, d.

156 *Id.* art. 8, c.

157 *Id.* arts. 8, b & 21.

158 Código de Ética Profissional do Psicólogo do Brasil, nota *supra* 18, art. 3.

159 *Id.* art. 1, l.

160 Para uma análise e citações de comentários relevantes de organizações que destacam as preocupações éticas relacionadas às exigências de relatórios policiais no contexto do aborto, *Ver* CRR & GHJP, nota *supra* 5, Section II.

161 Declaração de Lisboa, nota *supra* 35, Preâmbulo.

162 Declaração de Genebra, nota *supra* 18; Código Internacional de Ética Médica, nota *supra* 18.

163 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ IV.

164 Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota *supra* 51, Princípio IV, 1, 3.

165 Declaração de Córdoba, nota *supra* 27, ¶¶ 2, 3, 4.

166 Código de Ética Médica do Brasil, nota *supra* 18, Princípios Fundamentais, ¶ XIV.

167 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota *supra* 18, Princípios 3.4, 9.7.

# CENTER *for* REPRODUCTIVE RIGHTS



Center for Reproductive Rights  
199 Water Street, New York, New York  
10038  
+1 917 637 3600 TEL  
+1 917 637 3666 TEL  
Calle 73 No. 7-31 Piso 8 Bogotá, D.C.  
Colombia +571 4324853 Ext 103 TEL  
[reproductiverights.org](http://reproductiverights.org)

© 2025 Center for Reproductive Rights

Qualquer parte deste relatório pode ser copiada, traduzida ou adaptada com a permissão do autor, desde que as partes copiadas sejam distribuídas gratuitamente ou a preço de custo (sem fins lucrativos) e que o Center for Reproductive Rights e a Global Health Justice Partnership da Yale Law School sejam reconhecidos como os autores.

Qualquer reprodução comercial requer permissão prévia por escrito do autor. O Center for Reproductive Rights agradece o recebimento de uma cópia de quaisquer materiais nos quais informações deste relatório sejam utilizadas.