



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



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

Data de publicação: 2025

Autores:

Este relatório 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. A equipe inclui:

Daniel Newton

Alice M. Miller

Mindy J. Roseman

Juliana Cesario Alvim Gomes

Edward Perez

Colaboradoras:

Doménica Merino, estudante de Direito,
Universidade de Yale

Natalie Nogueira, estudante de Direito,
Universidade de Yale

O **Center for Reproductive Rights** é uma organização global de direitos humanos composta por advogadas, advogados e ativistas que atuam para garantir que os direitos reprodutivos sejam protegidos por lei como direitos humanos fundamentais, essenciais para a dignidade, a igualdade, a saúde e o bem-estar de todas as pessoas. Por meio de nosso trabalho em cinco continentes, desempenhamos um papel crucial na conquista de vitórias jurídicas perante tribunais nacionais, comitês das Nações Unidas e órgãos regionais de direitos humanos em temas relacionados aos direitos reprodutivos, incluindo o acesso a cuidados obstétricos que salvam vidas, contracepção, saúde materna e serviços seguros de aborto, assim como na prevenção da esterilização forçada e do casamento infantil.

Não obstante, houve um progresso significativo nesse campo. Os países da região fazem parte do movimento Causa Justa, que conseguiu a descriminalização do aborto na Colômbia até a 24ª semana de gestação. Eles também estão envolvidos no movimento Niñas No Madres, que aumenta a conscientização sobre as causas e as consequências da maternidade forçada em meninas na América Latina e no Caribe.

Por meio de seus esforços, o CRR desempenhou um papel crucial na obtenção de vitórias judiciais perante supremas cortes nacionais, comitês das Nações Unidas e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, para garantir o acesso a atendimento obstétrico não discriminatório e sem violência, contracepção de emergência, serviços de saúde materna de qualidade, serviços de aborto legais e seguros e educação sexual abrangente. Além disso, o Centro desenvolve trabalhos inovadores em torno de vários tópicos, como o impacto do uso de agrotóxicos para a saúde reprodutiva.

A **Global Health Justice Partnership** (GHJP) é uma iniciativa da Faculdades de Direito e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Yale criada em 2012 para promover respostas interdisciplinares, inovadoras e eficazes aos principais problemas de justiça na área da saúde. Trata-se de uma colaboração transformadora que integra diferentes campos para realizar intervenções políticas cruciais, desenvolver novos tipos de pesquisa transversal e oferecer oportunidades educacionais que abrangem uma variedade de disciplinas acadêmicas. Aproveitando os ativos institucionais de Yale, o GHJP treina os alunos para que realizem pesquisas colaborativas e realistas e defendam a promoção da justiça na saúde nos Estados Unidos da América e no mundo. Também organiza conferências e eventos; desenvolve parcerias com organizações não governamentais locais e movimentos sociais em New Haven, nos Estados Unidos da América, e em todo o mundo, para evoluir da pesquisa e análise críticas à ação; e nutre um grupo de cérebros verdadeiramente interdisciplinar dedicado a efetuar mudanças sociais. O pilar da GHJP é um curso prático/clínico que combina aprendizado didático e experimental sobre tópicos críticos a respeito da interseção entre saúde pública, direitos e justiça no século XXI.

O CRR e a GHJP têm um compromisso de longa data com o contínuo desenvolvimento e aplicação dos direitos humanos, especialmente no contexto da saúde sexual e reprodutiva, em nível global e, mais especificamente, no Brasil. Na última década, cada organização colaborou - em conjunto e separadamente - em pesquisas e na defesa de direitos com parceiros locais do Brasil. As publicações incluem *Center for Reproductive Rights, Women and Health Initiative of the Harvard T. H. Chan School of Public Health & Global Health Justice Partnership of Yale Law School and the Yale School of Public Health, Unheard Voices: Women's Experiences with Zika: Brazil* (2018); *Global Health Justice Partnership of Yale Law School and the Yale School of Public Health, Reservoirs of Injustice: How Incarceration for Drug-Related Offenses Fuels the Spread of Tuberculosis in Brazil* (2019); *Center for Reproductive Rights, Center for Justice and International Law, Instituto Anis & Global Health Justice Partnership, Hearing Request to the Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) on the Human Rights Situation of Women and Girls in Brazil* (2021); e *Global Health Justice Partnership of Yale Law School and the Yale School of Public Health, Expert Statement Analyzing the Ministry of Health's Zika and Microcephaly Protocol* (2016).

Sumário

5

I. Introdução

7

II. Antecedentes: O Cenário Legal e Regulatório das Notificações Compulsórias no Brasil

7

Proteções Nacionais e Internacionais Relevantes para os Direitos Humanos

7

Ética Profissional e Direitos Humanos: Regimes Complementares

8

Avanços Recentes nas Obrigações de Notificação e na Regulamentação do Aborto

12

O Escopo da Notificação Compulsória na Forma da Lei, Conforme Aplicado em Casos de Aborto Após Estupro

13

A Notificação à Polícia Transforma o Procedimento de Aborto Legal e de Notificação Obrigatória em Geral

14

A Notificação à Polícia Prejudica o Funcionamento da Lei de Notificação e Outros Tipos de Notificações Compulsórias

15

O Risco Específico de Interpretação Ampla e Inadequada no Contexto do Aborto

17

O Impacto Restritivo da Notificação à Polícia é Contrário às Normas Globais de Maior Acesso ao Aborto

18

III. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes são Desnecessárias e Criam Barreiras ao Acesso ao Aborto Legal, com Riscos à Vida, à Saúde, e aos Direitos Relacionados

18

O Direito à Vida

18

Redução na Janela para o Aborto

25

IV. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes Transformam Profissionais da Saúde em Agentes do Aparato Jurídico Criminal, Contrariando os Direitos Humanos e a Ética Profissional

25

Dupla Lealdade

25

O Direito à Confidencialidade

28

Confidencialidade e Demais Aspectos da Ética Profissional

29

Impedindo uma Relação Terapêutica Baseada na Dignidade

32

V. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes Promovem Estereótipos de Gênero ao Diferenciarem Sobreviventes de Violência que Buscam Aborto em Regulamentação Excepcional, Constituindo Discriminação

35

VI. Conclusão

I. Introdução

Esta Nota Técnica aborda os direitos humanos e as obrigações éticas ameaçados por dispositivos legais brasileiros que exigem que os profissionais da saúde forneçam informações a autoridades policiais quando pacientes buscam aborto legal após serem vítimas de estupro. O regime de notificações compulsórias se desenvolveu ao longo de mais de meia década de revisões de leis e regulamentos que afetam os profissionais da saúde e as vítimas de crimes. Embora esta Nota procure mapear as muitas mudanças nos regulamentos, seu foco são os perigos desse cenário como um todo, tanto para pacientes, quanto para profissionais da saúde.

Ao fazer isso, é importante conferir especial atenção ao impacto das notificações compulsórias em contextos da vida real, em oposição a supostas justificativas ou narrativas abstratas sobre como as autoridades policiais poderiam utilizá-las. Por exemplo, as autoridades que criaram a obrigatoriedade destas notificações alegam que esta prática auxiliaria no combate à violência sexual. Na realidade, entretanto, elas prejudicam as respostas criminais, bem como as respostas públicas mais holísticas e estruturais. Paradoxalmente, elas minam os esforços para retirar a violência de gênero da esfera privada e, em última análise, facilitam uma maior inquirição das pacientes que buscam o aborto e, portanto, uma maior criminalização do aborto. Refletindo criticamente, conclui-se que as medidas de notificação compulsória fazem isso transformando profissionais da saúde em agentes do sistema penal, em oposição direta aos seus deveres éticos em relação a pacientes e à prestação de atendimento médico adequado e acessível. As obrigações de notificar a polícia corroem a confiança nos profissionais da saúde, a qual é essencial para o atendimento eficaz à saúde sexual e reprodutiva, e criam barreiras ao aborto legal que colocam em risco a saúde e a vida de mulheres e meninas em todo o Brasil, muitas das quais morrem todos os anos devido a abortos clandestinos e inseguros.¹

As muitas revisões das leis e regulamentos sobre o assunto são dispersas e confusas, mas, mesmo quando reunidas, resultam em uma orientação incompleta para profissionais da saúde. Isso deixa margem para notificações precipitadas e para contestações sobre o escopo e a legitimidade das notificações em casos específicos, diminui a clareza dos esforços de responsabilização por notificações ilegítimas e aumenta os riscos: em um momento histórico de politização da regressão de direitos, são altos os riscos de que ocorram mal-entendidos e desinformação que ameacem as obrigações ética dos profissionais da saúde e a igualdade, a autonomia e o direito à saúde das mulheres. Como resultado, as leis e regulamentações existentes, se interpretadas incorretamente, representam risco real de que a identidade das pessoas que procuram atendimento após uma agressão, assim como as circunstâncias dessa agressão, possam ser reveladas à polícia.

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, aqui chamada de “Lei de Notificação”, com a alteração de 2019, passou a conter

a exigência de que os profissionais da saúde devem notificar à polícia, no prazo de 24 horas, os casos em que houver “evidência ou confirmação” de violência contra a mulher “para medidas apropriadas e para fins estatísticos”.² Antes de 2019, a Lei de Notificação exigia apenas a notificação da violência contra a mulher descoberta durante o atendimento de forma anonimizada, dentro do sistema de saúde para fins de vigilância epidemiológica e respostas estruturais de políticas públicas. Quando a Lei de Notificação foi aprovada em 2003, o acesso ao aborto em casos de estupro era regido por um conjunto complexo e confuso de leis estaduais e municipais; em 2005, as regulamentações federais do Ministério da Saúde padronizaram o processo de autorização para a realização do procedimento.³ É importante ressaltar que a Lei de Notificação ainda afirma que a identificação de sobreviventes de violência fora dos serviços de saúde deve ocorrer apenas excepcionalmente.⁴

No entanto, essa exigência mais geral de notificação às autoridades policiais foi reformulada e ganhou novo significado em relação ao aborto em 2020 com a aprovação de uma exigência de notificação diversa, altamente invasiva e específica para o aborto, acrescentada diretamente aos regulamentos do Ministério da Saúde que regem o processo de autorização do aborto legal em casos de estupro. Essa exigência de notificação à polícia - agora revogada - exigia que os profissionais da saúde, em todos os casos em que uma paciente buscasse um aborto legal com base em estupro, relatassem à polícia “evidência ou confirmação” de estupro e coletassem e compartilhassem imediatamente qualquer evidência física com a polícia.⁵ Notadamente, após a propagação dessa regulamentação de 2020, os mandatários de Procedimentos Especiais das Nações Unidas expressaram preocupação de que essas medidas representassem retrocessos em relação ao direito das mulheres e meninas ao acesso legal ao aborto.⁶ O governo Bolsonaro respondeu negando isso; alegou que os regulamentos, incluindo a obrigação de coletar evidências físicas, não criavam novos direitos ou obrigações e tinham um escopo quase idêntico ao da Lei de Notificação.⁷ Argumentamos, assim como outros já o fizeram, que essa leitura foi feita de má-fé, contra a interpretação jurídica convencional e, de forma grave, contrária à lei.⁸

Essa exigência de notificação específica para o aborto foi revogada em janeiro de 2023, quando o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assumiu a Presidência da República. Ao fazer isso, o novo governo removeu as obrigações específicas e particularmente onerosas dessa exigência para profissionais da saúde, sinalizando um compromisso de lidar com os danos aos direitos reprodutivos promovidos pelo governo anterior. Como resultado, o processo de obtenção de um aborto em casos de estupro é atualmente regido pelas regulamentações do Ministério da Saúde originalmente emitidas em 2005 e agora restabelecidas.⁹ No entanto, a Lei de Notificação de 2003, com sua exigência de 2019 quanto à notificação compulsória, ainda está em vigor. Observando sua aplicação, revela-se que a Lei de Notificação serve tanto como uma

saída quanto como um pretexto para alegações (imprecisas) de que ainda seriam necessárias notificações de escopo semelhante.

Esta Nota Técnica foi desenvolvida, em parte, devido à preocupação com o risco real que essa confusão legislativa gera ao facilitar uma interpretação errônea e regressiva na interseção das regulamentações que regem o processo de autorização para o aborto legal em casos de estupro e das exigências de notificação às autoridades policiais trazidas pela Lei de Notificação. Trata-se de uma interpretação equivocada que, não obstante, continuará a ser adotada por alguns profissionais da saúde e atores do sistema jurídico criminal (autoridades policiais, juízes, promotores). Esse tipo de alegação é possibilitado, conforme explorado abaixo, pela recente revogação da orientação regulatória sobre as modalidades de notificação e pela prática de longa data, no Brasil, de profissionais da saúde e agentes jurídicos de imporem requisitos sem base legal para o acesso ao aborto.¹⁰ Recentemente, até mesmo nos casos mais evidentes de aborto legalmente permitido isso tem ocorrido, inclusive para negar abortos a crianças menores de 14 anos, que são sempre autorizadas já que a gravidez nesses casos é, por lei, considerada resultado de estupro.¹¹

Conforme explorado ao longo desta Nota Técnica, as notificações realizadas às autoridades policiais, especialmente quando envolvem o risco ou a certeza de identificação da vítima e das circunstâncias do estupro para a polícia, tem sérias implicações para os direitos humanos e para as obrigações éticas de profissionais da saúde. Há mais de 80 anos, a legislação brasileira estabelece que o aborto em casos de estupro é legal.¹² Contudo, a combinação deste caminho limitado para o aborto legal com a obrigatoriedade de notificação às autoridades policiais pelos profissionais da saúde, em um contexto de criminalização geral, produz um resultado em desacordo com a real letra da lei, especialmente com a tendência na América Latina e no mundo em relação ao direito ao aborto.¹³ Além disso, suas implicações são contrárias às normas internacionais de direitos humanos, as quais estabelecem o dever de não se criminalizar as mulheres que procuram o aborto após um estupro.¹⁴

Esta Nota procura deixar claro o que a confusa série de revisões legais e regulatórias em torno da notificação compulsória e do processo de autorização do aborto legal em casos de estupro serviu para ofuscar: o Estado brasileiro corre o risco de deixar que atos estatais anteriores minem o seu dever de criar as condições legais e materiais nas quais a saúde, particularmente a saúde reprodutiva, e os direitos a ela associados sejam protegidos, incluindo os direitos à saúde, à não discriminação, à privacidade, à vida e à dignidade.

Esta Nota também chama a atenção para o fato de que o legado de entrelaçamento entre o direito penal e as regulamentações de saúde prejudicam as estruturas brasileiras de apoio à ética na área da saúde. Embora haja uma separação entre ética e direitos, ela pode desempenhar um papel complementar importante na proteção dos pacientes como detentores de direitos. Os direitos

humanos e a ética, juntamente com as normas constitucionais e a interpretação jurídica adequada, têm especial importância neste momento: tanto fornecem orientação diante da incerteza, real e fabricada, em relação ao escopo da Lei de Notificação, quanto ressaltam as consequências de interpretações errôneas e amplas.

A Seção II desta Nota Técnica começa com um resumo das preocupações gerais de direitos humanos e de ética com relação à notificação obrigatória no contexto do aborto e, em seguida, explora as recentes alterações legais que criaram requisitos para estas notificações que afetam o acesso ao aborto no Brasil. Discute-se a interpretação jurídica adequada para exigência de notificação às autoridades policiais nos termos da Lei de Notificação e explora-se como a notificação que identifica sobreviventes que buscam aborto após estupro para a polícia orienta o processo de autorização do aborto legal para um processo de vigilância policial e prejudica as respostas estruturais à violência, possibilitadas pela notificação sem identificação. Em seguida, esta Nota discute sobre o risco específico da exigência de comunicação à polícia poder ser interpretada amplamente para restringir o aborto, contrariando as normas globais que visam a expandir o seu acesso.

A Nota enfoca três possíveis implicações que a notificação à polícia em tais casos tem para os direitos humanos e a ética de profissionais da saúde: a Seção III analisa as barreiras específicas que essa exigência impõe ao acesso legal ao aborto e suas ramificações em relação ao dever do Brasil em relação aos direitos à vida, à saúde e à não discriminação. A Seção IV examina os impactos específicos sobre o relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes, particularmente no que se refere às obrigações de confidencialidade sob a ótica dos direitos humanos e dos princípios da ética profissional, bem como sobre o impacto deletério que isso tem sobre a dignidade de pacientes. Por fim, a Seção V discute como essas exigências de notificação são discriminatórias, perpetuando estereótipos de gênero que o Brasil tem o dever de enfrentar e superar.

A Nota Técnica conclui que os riscos que a exigência de notificação à polícia representam para os direitos humanos e para a ética profissional podem ser resolvidos simplesmente garantindo que tais exigências não se apliquem aos casos de aborto, ou apenas em casos muito excepcionais, com atenção às importantes limitações examinadas nesta Nota. Com a recente revogação da exigência de notificação à polícia com relação ao aborto (originalmente aprovada em 2020), o resultado correto pode ser obtido por meio de uma interpretação precisa e restrita da Lei de Notificação para que ela não viole os direitos humanos ou a ética. Os direitos humanos e os padrões éticos ressaltam o risco específico de envolver o sistema penal na assistência ao aborto, mesmo que supostamente para apoiar sobreviventes.

Em última análise, para garantir o acesso real ao aborto legal, é essencial remover todos os requisitos prévios, legais ou não, incluindo os processos de autorização, e fornecer apoio material e atendimento imparcial e de boa qualidade.

II. Antecedentes: O Cenário Legal e Regulatório das Notificações Compulsórias no Brasil

As notificações às autoridades policiais previstas na Lei de Notificação ocorrem em um cenário complexo e confuso que passou por uma série de mudanças legislativas e regulamentares, com implicações para a assistência ao aborto, notificações compulsórias de forma mais geral, alinhamento do Brasil com as normas regionais que ampliam o acesso ao aborto, direitos humanos internacionais e ética profissional na área da saúde. As várias partes desse cenário são exploradas aqui a fim de esclarecer as mudanças específicas, seus impactos sobre as notificações compulsórias, seu escopo adequado e a probabilidade de interpretações errôneas. Como um todo, elas permeiam a dinâmica dos cuidados com o aborto e das notificações policiais no Brasil e as implicações dessa dinâmica para os direitos humanos e a ética de profissionais da saúde.

Proteções Nacionais e Internacionais Relevantes para os Direitos Humanos

A Corte Interamericana de Direitos Humanos observou que a exigência de notificação em contextos de restrição ao aborto são particularmente preocupantes quando o escopo das obrigações de notificar não é claro, levando à criminalização arbitrária daqueles que buscam atendimento de saúde reprodutiva e a um efeito inibidor na busca por este atendimento.¹⁵ Quando as notificações às autoridades policiais identificam a vítima e as circunstâncias da violência sexual, intencional ou inadvertidamente, elas submetem a violência ocorrida ao escrutínio da polícia, gerando risco de que os principais agentes públicos não acreditem nas sobreviventes, rejeitem as evidências e/ou, ainda, não permitam aplicação da exceção legal, criminalizando a paciente por buscar atendimento sobre o aborto. Esse risco é exacerbado por complicadas combinações entre estigma em torno do aborto, do estupro e, em algumas circunstâncias, da violência familiar ou do parceiro íntimo. Notadamente, também há registros de casos de profissionais da saúde que simplesmente denunciam pacientes à polícia para que sejam processadas por aborto e outros crimes.¹⁶

Uma importante conclusão internacional sobre direitos humanos do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, alcançada há mais de uma década, é que a criminalização do aborto em caso de estupro é uma violação do direito das mulheres à saúde.¹⁷ Da mesma forma, o Supremo Tribunal Federal reconhece que a criminalização do aborto está ligada à mortalidade e à morbidade maternas evitáveis e tem um impacto desproporcional sobre as mulheres que enfrentam barreiras específicas no acesso à assistência médica e jurídica, como mulheres pobres, pretas, pardas e meninas adolescentes.¹⁸ Os padrões internacionais de direitos humanos sobre saúde sexual e reprodutiva estão fundamentados na proteção, não apenas do direito à saúde, mas também dos direitos à vida, à privacidade e à confidencialidade,

à dignidade e à não discriminação, para todos os sobreviventes de estupro, independentemente de sua identidade de gênero. Cada um desses direitos são afetados pelas formas como a notificação às autoridades policiais (e até mesmo o mero risco de identificar sobreviventes para a polícia) transforma o ambiente de atendimento médico, o acesso ao atendimento, a segurança dos sobreviventes e as respostas dadas à violência.

Isso afeta obrigações do Brasil previstas na legislação internacional de direitos humanos e na Constituição Federal de 1988.¹⁹ É importante ressaltar que o Supremo Tribunal Federal reconheceu que os tratados internacionais de direitos humanos têm status “supralegal”²⁰ e a Constituição brasileira prevê que os tratados de direitos humanos ratificados podem ter o mesmo status das emendas constitucionais.²¹ A Constituição brasileira estabelece um direito fundamental à saúde, um Sistema Único de Saúde e deveres do Estado de garantir acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde, de fornecer recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao planejamento familiar e de proibir qualquer coerção por parte de instituições públicas ou privadas.²² Precedentes do Supremo Tribunal Federal reconhecem que o direito constitucional das mulheres à saúde vai além da saúde física, abrangendo o bem-estar mental e social e, ao fazer valer os direitos das mulheres relacionados ao aborto (incluindo os direitos à vida, à saúde e à proibição da tortura e de tratamento desumano e degradante), ressaltam que o aborto é necessário para o pleno exercício dos direitos de cidadania entre os gêneros como um princípio fundamental da “Constituição Cidadã” do Brasil.²³

Ética Profissional e Direitos Humanos: Regimes Complexos

Em suas interações com profissionais da saúde, pacientes são protegidos tanto pelos padrões internacionais de direitos humanos quanto pelas obrigações éticas desses profissionais, conforme estabelecido nos padrões globalmente aceitos e nas diretrizes éticas nacionais dos órgãos profissionais.²⁴ A ética profissional diz respeito ao comportamento e à tomada de decisões, além do conhecimento técnico ou científico, fornecendo critérios racionais para a ação moral. No caso da ética médica, por exemplo, pelas tradições da profissão e pelos valores, direitos e responsabilidades envolvidos na prática médica.²⁵

Os direitos humanos e a ética profissional operam de forma sinérgica: o desenvolvimento dos direitos humanos influenciou os códigos de ética em nível nacional e internacional, que partilham compromissos com as principais preocupações dos direitos humanos e podem até incluir explicitamente obrigações de não violar os direitos humanos e as liberdades civis.²⁶ Da mesma forma, os órgãos internacionais de direitos humanos reconheceram e incorporaram a ética profissional aos padrões e obrigações de direitos humanos.²⁷ A referência aos direitos humanos como “um conjunto de princípios morais acordados e universalmente aplicáveis” pode ajudar profissionais da saúde a navegar situações de

dificuldade ética, incluindo a “dupla lealdade”,²⁸ em que há responsabilidades simultâneas incompatíveis, com aquelas orientadas a pacientes e as orientadas a terceiros, como o governo (por exemplo, no caso de notificação às autoridades policiais).²⁹

Além de seu impacto sobre os direitos humanos, as notificações compulsórias colocam em risco as obrigações éticas de profissionais da saúde, forçando-os a agir de forma contrária a seus deveres de respeitar a dignidade, a autonomia, a confidencialidade e os melhores interesses de seus pacientes, bem como a justiça e os direitos humanos.

Avanços Recentes nas Obrigações de Notificação e na Regulamentação do Aborto

As exigências de notificação às autoridades policiais para profissionais da saúde surgiram por meio do desenvolvimento paralelo da Lei de Notificação e seus regimentos, bem como de regulamentações que regem o processo de autorização do aborto legal em casos de estupro, cada uma delas reivindicando justificativa nos esforços para responder à violência sexual.

Antes de 2005, na ausência de regulamentações federais que estabelecessem procedimentos para hospitais públicos, várias leis estaduais e municipais estabeleciam requisitos legais adicionais para o aborto em casos de estupro, incluindo um relatório de exame físico, registro policial ou ordem judicial.³⁰ Os complicados requisitos procedimentais, combinados com o número limitado de instalações que fornecessem o serviço e as atitudes generalizadas contra o aborto entre profissionais da saúde, fizeram com que apenas um pequeno número de abortos legais fosse realizado oficialmente no país.³¹

Em 2005, as regulamentações federais padronizaram o processo de autorização para acesso ao aborto legal em casos de estupro. A Portaria nº 1508, de 1º de setembro de 2005,³² estabeleceu quatro estágios nesse processo, cada um exigindo formulários detalhados assinados pela paciente, anexados ao registro médico e sujeitos a obrigações de confidencialidade. Como esse procedimento foi levado adiante em regulamentos posteriores e agora restabelecido, referimo-nos a esse regulamento como o “Regulamento do Procedimento”. Os quatro estágios são os seguintes:

- **Documentação** escrita das circunstâncias do estupro pela paciente, com dois profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde assinando como “testemunhas”. O formulário fornecido exige o nome e o número da cédula de identificação (RG) da paciente e faz distinção entre agressores desconhecidos e conhecidos, solicitando seu nome e “grau de parentesco ou relacionamento social e afetivo”.
- **Verificação**, por meio de histórico médico, exame físico e ginecológico, revisão de ultrassom etc., para a emissão de um “parecer técnico” pelo médico sobre a compatibilidade entre a idade gestacional e a data da suposta violência sexual. Uma “equipe de saúde multiprofissional”, incluindo “pelo menos um obstetra,

anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo”, é chamada para dar à paciente “atenção e avaliação especializadas”. Três membros da equipe devem assinar um formulário de aprovação para que o aborto seja realizado, e sua avaliação deve coincidir com a opinião técnica do médico. O formulário fornecido exige que a equipe ateste a conformidade com a exceção legal para o aborto em casos de estupro e que o pedido de aborto da paciente tenha sido feito “sem a presença de indicadores de alegação falsa”.

- **Assunção de responsabilidade criminal**, por meio da assinatura, pela paciente, de uma “declaração de responsabilidade” pelos crimes de falsidade ideológica e aborto, caso ela seja desacreditada posteriormente e não seja formalmente reconhecida como vítima de estupro e, portanto, excluída desta hipótese de exceção para o aborto legal.

- **Consentimento**, por meio da assinatura, pela paciente, de um formulário de consentimento, registrando a livre decisão da paciente de interromper a gravidez; garantias de privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, exceto no caso de solicitação judicial; registro de que a paciente foi informada da “possibilidade” de manter a gravidez e integrar a criança à sua família ou colocá-la para adoção, bem como que ela recebeu informações sobre os procedimentos, possíveis riscos etc.

É importante ressaltar que o Regulamento do Procedimento faz referência explícita a uma Norma Técnica do Ministério da Saúde e reconhece claramente que as vítimas de violência sexual não são obrigadas a apresentar um boletim de ocorrência como parte do processo de autorização para o aborto legal dentro do Sistema Único de Saúde.³³ A Norma Técnica especifica que isso seria incorreto e ilegal, em transgressão às proteções constitucionais, criminais e éticas.³⁴

O Regulamento do Procedimento estava em vigor em 2019, quando os legisladores alteraram a Lei de Notificação para incluir uma exigência de notificação que obrigava profissionais da saúde a notificar a polícia dentro de 24 horas sobre a “evidência ou confirmação” de violência contra a mulher “para as medidas apropriadas e para fins estatísticos”.³⁵ Essa lei, conforme originalmente promulgada, buscava apoiar a vigilância epidemiológica e as respostas de políticas públicas ao estabelecer uma notificação não identificada e interna ao sistema de saúde para uma série de atos de violência contra a mulher identificados quando as mulheres acessam serviços de saúde públicos ou privados.³⁶

A exigência de notificação à polícia foi apresentada como um meio de preencher as lacunas de dados no rastreamento de casos de violência contra a mulher, como resultado da subnotificação e da falta de canais de comunicação entre Delegacias de Polícia e hospitais, além de facilitar “ações preventivas mais consistentes”.³⁷ A lei também foi apresentada como uma iniciativa para proteger as mulheres com base no pressuposto de que uma comunicação mais rápida entre os profissionais da saúde e a polícia poderia evitar

mais danos às mulheres.³⁸ É importante ressaltar que a lei impõe uma obrigação específica de confidencialidade aos profissionais da saúde: comunicações *que identifiquem uma vítima de violência* fora do escopo dos serviços de saúde podem ocorrer apenas excepcionalmente, em casos em que haja risco para a comunidade ou para a sobrevivente, e a critério da autoridade de saúde, com conhecimento prévio da vítima ou de seu responsável.³⁹

As emendas de 2019 foram aprovadas somente depois que o Congresso Nacional derrubou o veto à medida do então Presidente Bolsonaro, alegando que ela ia contra o interesse público. O então Presidente argumentou que a identificação de sobreviventes fora do sistema de saúde, sem consentimento e sem risco de morte, tornava-as mais vulneráveis, “especialmente quando ambos [a vítima e o agressor] ainda moram na mesma casa ou ainda não romperam a relação de afeto ou dependência”.⁴⁰ Essa posição ecoava alguns comentários se opondo às alterações na lei, que também levantaram a questão de como a notificação à polícia revitimizava sobreviventes e viola sua autonomia, privacidade e confidencialidade, em contraposição às obrigações internacionais do Brasil.⁴¹ Algumas organizações feministas, prestadores de serviços de saúde, defensorias públicas e juízes pontuaram como a notificação à polícia inibe a busca de ajuda; mina a confiança entre pacientes e profissionais da saúde e o dever de sigilo profissional; tira o poder de decisão das mulheres e se intromete na

vida privada delas, tudo isso sem a garantia de que esses custos farão avançar os esforços contra a violência de gênero.⁴²

No entanto, a posição de Bolsonaro, especialmente à luz das medidas implementadas no ano seguinte, indica o complicado lugar das notificações compulsórias nos debates sobre as respostas à violência contra as mulheres. Algumas organizações feministas e militantes contra a violência de gênero apoiaram a notificação às autoridades policiais, apontando os serviços de saúde como um espaço de intervenção e, muitas vezes, o primeiro ponto de detecção de crimes contra as mulheres, sugerindo até mesmo que a responsabilidade dos profissionais da saúde com relação à segurança pública exige que eles auxiliem nos processos judiciais.⁴³ No entanto, o veto do Presidente, desacompanhado de qualquer compromisso aparente com estratégias alternativas para acabar com a violência contra as mulheres, pareceu instrumentalizar a oposição à notificação compulsória para minar essas iniciativas em geral. A defesa das emendas, portanto, também foi moldada por uma contestação mais ampla em torno da histórica Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, que combinou a atuação da polícia e do Direito Penal com medidas mais abrangentes em relação à violência contra a mulher com o objetivo de implementar padrões internacionais de direitos humanos.⁴⁴ Com efeito, as alterações de 2019 seriam inicialmente feitas na Lei Maria da Penha antes de serem adicionadas à Lei de Notificação.⁴⁵

Leis de Notificação Compulsória

1940

2019

2019

2019

2020

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.

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.

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”.

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.

Em 2020, o Ministério da Saúde emitiu novas regulamentações sobre o processo de autorização para o aborto legal em casos de estupro, exigindo que os profissionais da saúde reportassem todos os casos às autoridades policiais. A Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, substituiu o Regulamento do Procedimento, mantendo grande parte do texto e do procedimento de autorização que ele estabeleceu. No entanto, acrescentou que profissionais da saúde, e até mesmo os responsáveis por estabelecimentos de saúde, seriam obrigados a comunicar qualquer “evidência ou confirmação” de estupro à polícia e a preservar e entregar imediatamente qualquer *possível* evidência física do estupro, inclusive fragmentos de embriões ou fetos, com o objetivo ostensivo de potencialmente identificar o agressor por meio da obtenção e do armazenamento do perfil de DNA no banco de dados forense criminal.⁴⁶ Também adicionou uma exigência para que a equipe de atendimento oferecesse à paciente a possibilidade de ver o feto ou embrião por meio de ultrassom e expandiu o formulário de consentimento, adicionando uma lista seletiva e enganosa de possíveis riscos à saúde decorrentes do aborto, aumentando a percepção de risco da paciente.⁴⁷

Referimo-nos a essa portaria como “Regulamento Teste” porque, após a pressão pública e a probabilidade de ser declarada inconstitucional,⁴⁸ ela foi substituída menos de um mês depois pela Portaria nº 2.561 de 23 de setembro de 2020. Referimo-nos a essa segunda portaria como o “Regulamento Revisado” porque ela manteve a notificação às autoridades policiais no procedimento de acesso ao aborto legal, mas removeu os outros elementos.⁴⁹

Uma comunicação conjunta dos mandatários de Procedimentos Especiais das Nações Unidas sinalizou que o Regulamento Teste representou um retrocesso normativo em relação ao acesso legal de mulheres e de meninas ao aborto, violando as normas internacionais.⁵⁰ Notadamente, ao responder a essa comunicação, o governo brasileiro se baseou nas emendas de 2019 à Lei de Notificação para alegar que a portaria “não continha inovações processuais ou criminais”, pois essa lei “já determina a notificação compulsória à polícia em casos de violência contra mulheres que procuram serviços de saúde públicos ou privados”.⁵¹

Foi dito que o Regulamento Teste “contém apenas pequenas alterações” para atualizar o Regulamento do Procedimento “segundo as alterações legislativas de 2018 sobre a persecução penal dos crimes sexuais”, incluindo o estupro como crime de ação penal pública incondicionada, o que significa que os processos criminais podem ser iniciados por Promotores de Justiça e prosseguir sem a representação da pessoa prejudicada. Ambos os regulamentos mantêm referência à legalidade dos procedimentos para o aborto legal já previstos no Regulamento do Procedimento⁵², mas também justificam a notificação compulsória com base nas emendas de 2019. O Regulamento Revisado introduziu a exigência de notificação com a declaração de que isso era “devido a” essas mudanças na lei.⁵³

As Defensorias Públicas ressaltaram a inconstitucionalidade, a ilegalidade e, portanto, a nulidade do Regulamento Teste e pediram sua revogação imediata,⁵⁴ e ambos os regulamentos foram objeto de uma série de declarações que destacaram a violação da obrigação profissional de confidencialidade, incluindo rejeições por associações médicas, pelo Sistema Único de Saúde e pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos.⁵⁵ Alguns consideraram a notificação compulsória como uma distração com o objetivo de desviar o foco do processo de autorização e dificultar as atividades dos profissionais da saúde realmente investidos no enfrentamento da violência contra a mulher.⁵⁶

As regulamentações fazem parte de uma série de ações explícitas contra a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos por parte do governo Bolsonaro em território nacional e internacional que ganharam impulso particular em 2020.⁵⁷ O Ministério da Saúde admitiu que o Regulamento Teste foi criado após o aumento da pressão de organizações antiaborto relacionadas ao caso altamente politizado de uma menina de 10 anos que buscava um aborto legal após anos de repetidas violações sexuais praticadas por seu tio. O atendimento à menina foi negado quando o hospital onde ela foi internada alegou que não tinha autoridade legal para realizar o procedimento.⁵⁸ O Regulamento Teste entrou em vigor 10 dias depois que ela finalmente conseguiu o aborto: ela obteve o aborto semanas depois, após obter uma autorização judicial com base no risco de vida - embora essa autorização fosse legalmente desnecessária e desconsiderasse que o aborto é especificamente permitido em casos de estupro -, viajou mais de 1.400 quilômetros e se escondeu de manifestantes para receber atendimento.⁵⁹ A então Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos também teria se empenhado para impedir o aborto.⁶⁰

Em janeiro de 2021, quatro meses após a promulgação do Regulamento Revisado, o Ministério da Saúde promoveu emendas nos regulamentos da Lei de Notificação, detalhando o processo de notificação à polícia. Elas determinam que as unidades de saúde individuais devem notificar à polícia os casos de violência contra a mulher no prazo de 24 horas a partir do momento em que a violência for descoberta e também encaminhar o formulário de comunicação à autoridade sanitária local.⁶¹ De forma crítica, essas emendas também incluíram disposições adicionais que definem as formas de comunicação a serem usadas e as modalidades de compartilhamento de informações para notificações policiais,⁶² que foram revogados apenas quatro meses depois sem explicação, removendo a necessária orientação. Notadamente, eles listaram as informações permitidas e o modelo de formulário para relatórios consolidados em casos gerais, declarando explicitamente que isso não poderia conter nenhum dado que identificasse o sobrevivente ou o profissional de saúde notificador.⁶³ Para os casos que identificam sobreviventes “excepcionalmente... em caso de risco para a comunidade ou para a vítima, a critério da autoridade sanitária e com o conhecimento prévio da vítima ou de seu responsável”, a notificação deveria incluir apenas as informações listadas, não poderia ser feita usando o

prontuário médico ou o formulário de notificação para vigilância epidemiológica e deveria ser feita de forma segura, de preferência por meio de um sistema eletrônico seguro, com documentos físicos transferidos de forma a garantir a segurança e o sigilo.

No início de janeiro de 2023, o Ministério da Saúde, sob a administração recém-eleita de Lula, revogou o Regulamento Revisado e sua exigência de notificação policial 64 e restabeleceu o Regulamento do Procedimento para reger o processo de autorização do aborto legal em casos de estupro.⁶⁵ No entanto, a exigência comunicação a autoridades policiais de acordo com a Lei de Notificação e suas regulamentações limitadas continuam em vigor.

Se a Lei de Notificação for interpretada com o escopo alegado pela administração anterior - em outras palavras, para implicar todos os mesmos “direitos ou obrigações”⁶⁶ como a exigência de notificação policial específica para o aborto prevista nos regulamentos emitidos em 2020 - isso significaria que houve pouca mudança no cenário jurídico. De acordo com esse entendimento, a exigência de notificação à polícia por parte dos profissionais da saúde nos termos da Lei de Notificação seria acionada em todos os casos pela necessária revelação do estupro, como uma forma de violência contra a mulher, para, assim, se atender à exceção e ter acesso ao aborto legal e, em todos os casos, as informações que identificam os sobreviventes seriam compartilhadas com a polícia. Conforme explorado abaixo, essa interpretação está incorreta.

O Escopo da Notificação Compulsória na Forma da Lei, Conforme Aplicado em Casos de Aborto Após Estupro

A interpretação restrita e adequada do requisito de notificação policial da Lei de Notificação, de acordo com os textos da lei, dos regulamentos relevantes e de outras obrigações legais, é fundamental para dar pleno efeito aos objetivos e proteções da Lei de Notificação, uma vez que, como uma forma de violência contra a mulher, necessariamente se aplica a casos de estupro

Para manter o significado razoável do texto da lei, que claramente não tem o mesmo escopo que o Regulamento Revisado, agora revogado, a exigência de notificação policial da Lei de Notificação deve ser lida de forma restrita. Atualmente, não há base na lei para compartilhar provas físicas com a polícia, a menos que a «comunicação» de «provas ou confirmação de violência contra a mulher» seja ampliada além do significado comum. É extremamente importante notar que a Lei de Notificação qualifica as notificações com obrigações explícitas de confidencialidade: uma sobrevivente de violência pode ser identificada fora do sistema de saúde apenas “excepcionalmente, em caso de risco para a comunidade ou para a vítima, a critério da autoridade de saúde e com o conhecimento prévio da vítima ou de seu responsável”.⁶⁷

Esses parâmetros exigidos para a notificação que identifica as sobreviventes raramente é alcançado durante o processo de autorização do aborto legal após o estupro. A notificação que identifica sobreviventes só pode ocorrer em casos de risco para

a sobrevivente ou para a comunidade, de maneira excepcional. Isso significa que qualquer alegação de risco generalizado com base no fato de um agressor estar foragido não é suficiente, pois isso ocorre em todos os casos de violência em que o agressor não é imediatamente preso. Além disso, os argumentos relativos a risco também devem considerar como riscos podem ser criados ou exacerbados pela própria notificação, inclusive por meio da exposição de uma sobrevivente à retaliação, ou de danos derivados de um aborto retardado ou inseguro, quando as pessoas evitam ou retardam o atendimento dos prestadores de serviços de saúde devido ao medo da notificação policial. As graves consequências da notificação policial são exploradas ao longo desta Nota Técnica. Além disso, a tomada de decisão discricionária da autoridade de saúde deve envolver preocupações com a saúde individual e da população, incluindo danos aos resultados do atendimento e a dados de saúde da população, quando a notificação reduz o acesso ao atendimento. Da mesma forma, o requisito de conhecimento prévio da sobrevivente ou de seu responsável, mais do que um requisito de mera notificação, indica, de acordo com a ética profissional, alguma forma de consulta a paciente por meio da qual a ou o profissional de saúde tomará conhecimento acerca dos possíveis danos à paciente e de suas preferências de atendimento.

O texto da Lei de Notificação, sem a orientação adicional das disposições regulamentares agora revogadas, que definem as informações permitidas a serem compartilhadas e os modelos de formulários de notificação, oferece um escopo ligeiramente ampliado de ações possíveis. Entretanto, essas disposições reafirmaram, em grande parte, as obrigações já exigidas a profissionais da saúde.⁶⁸ Com efeito, um protocolo de Secretaria de Saúde estadual estabelece que a comunicação nos termos da Lei de Notificação exige o consentimento livre, informado e por escrito da mulher e deve ser lido em conjunto com a Constituição, a Lei Maria da Penha, os códigos de ética profissional e outras leis e regulamentos.⁶⁹ A exigência de notificação para a polícia deve ser lida de forma restrita para garantir sua conformidade com essas obrigações.

No entanto, ao remover orientações regulamentares claras e consolidadas para profissionais da saúde seguirem, há, agora, mais espaço para a desinformação, a contestação e a não conformidade. Particularmente, a revogação dos modelos de formulários e a orientação explícita de não usar o registro médico do paciente ou o formulário de notificação epidemiológica não deixa opções padronizadas e cria o risco de que esses formulários sejam usados. Nos casos de notificação anonimizada, a divulgação de muitas informações pessoais identificará sobreviventes, um risco já identificado até mesmo para os formulários de vigilância epidemiológica em uma pesquisa com profissionais da saúde.⁷⁰ Nos casos em que os relatórios policiais identificam sobreviventes, os formulários utilizados podem revelar uma gama desnecessariamente ampla de informações, como os encaminhamentos feitos ou outros cuidados tomados.

O risco de divulgação excessiva é grave em casos de aborto após estupro devido à amplitude das informações coletadas durante o processo de autorização. O Regulamento do Procedimento observa explicitamente que a confidencialidade dos formulários preenchidos deve ser garantida, de acordo com as obrigações legais mais gerais. No entanto, o formulário de consentimento também observa que as informações podem estar sujeitas a solicitação judicial, destacando uma dinâmica propícia a uma divulgação mais ampla: quando há notificação e investigação policial, aumentam-se as chances de tal solicitação judicial e, portanto, da divulgação dessas informações a agentes de perseguição penal.

Ler a exigência de notificação policial de forma restrita - o que significa que a notificação anonimizada ocorre na maioria desses casos - não significa sugerir impunidade ou falta de respostas à violência contra a mulher, mas sim que o acesso à assistência médica não deve ser condicionado à notificação à polícia contra a vontade das sobreviventes. Além disso, o objetivo da notificação policial na Lei de Notificação “para as medidas apropriadas e para fins estatísticos” é muito mais amplo do que o objetivo de possível acusação de casos individuais no Regulamento Teste e no Regulamento Revisado, agora revogados. As “medidas apropriadas” podem se estender, por exemplo, a medidas que buscam melhorar o acesso à assistência médica, a medidas que coordenam a distribuição geográfica e ao treinamento de policiais e de Delegacias com programas e serviços preventivos. Outrossim, conforme explorado a seguir, as notificações policiais que identificam sobreviventes prejudicam os objetivos que supostamente deveriam ser alcançados e podem frustrar as “medidas apropriadas” quando ocorrem durante o atendimento ao aborto. Nesses e em todos os casos, há necessidade de mais criatividade, recorrendo-se a mecanismos de transformação cultural mais holísticos, como exemplificado na Lei Maria da Penha, além da dependência singular de notificações criminais e medidas de segurança pública.⁷¹

A Notificação à Polícia Transforma o Procedimento de Aborto Legal e de Notificação Obrigatória em Geral

A interpretação precisa e adequada da exigência de notificação policial prevista na Lei de Notificação é essencial. Isso porque, a notificação que identifica sobreviventes de casos de aborto decorrente de estupro acaba por frustrar em vez de promover as “medidas apropriadas” nesses contextos. Ao redirecionar o foco e a finalidade do Regulamento do Procedimento, da Lei de Notificação e de outras exigências de notificação obrigatória, essa prática pode comprometer a efetividade da proteção e do amparo a essas vítimas.

A notificação à Polícia faz com que a Preocupação com a Legalidade da Regulamentação do Processo passe da Conformidade para a Criminalização

O Regulamento do Procedimento, assim como seus sucessores agora revogados, faz considerações relativas a legalidade: que o aborto em casos de estupro está isento da proibição geral do aborto na lei penal, que o Ministério da Saúde deve regulamentar

medidas para “garantir a legalidade” dos procedimentos de aborto dentro do Sistema Único de Saúde e que há uma “necessidade de garantir... segurança jurídica efetiva” aos profissionais da saúde que realizam abortos legais.⁷² É importante ressaltar que a Regulamentação do Processo combina essas declarações com afirmações explícitas de que sobreviventes de estupro não precisam apresentar um relatório policial como parte do processo de autorização e que esse processo não se aplica a abortos sob a outra exceção do Código Penal: o risco de vida.⁷³ Essas garantias tornam, no mínimo, plausível tanto a preocupação declarada com a legalidade quanto a ideia de que a equipe multiprofissional - inclusive considerando os aspectos de verificação de sua função - poderia ser equipada com a participação de psicólogas/os e assistentes sociais para garantir atendimento e suporte alternativo.⁷⁴

Contudo, o potencial e a prática de notificações policiais que identificam sobreviventes alteram a abordagem em relação à legalidade. A ênfase deixa de ser exclusivamente na conformidade legal da prestação de serviços antes do atendimento e se transfere para a supervisão e para o controle policial dos abortos. Isso expande a rede de envolvimento da polícia, considerando o aborto como uma atividade criminalizada em geral. Além de sinalizar casos individuais e a possibilidade de solicitação judicial de registros, mesmo que ostensivamente focados em ações criminais contra estupradores, as notificações podem facilitar o compartilhamento de informações detalhadas com a polícia sobre se uma paciente se enquadra na exceção de estupro, criando mais oportunidades para a interpretação policial dessas informações, potencialmente moldadas pelo estigma e estereótipos do aborto, para negar a exceção e criminalizar as sobreviventes.⁷⁵

Isso traz uma nova urgência à “declaração de responsabilidade” assinada pela paciente, o que torna mais provável a sua exposição à criminalização e contraria as proteções claras no texto de uma lei específica que criminaliza a não comunicação de um crime, que indica que as sanções não se aplicam aos profissionais da saúde quando a comunicação expõe os pacientes a processos criminais.⁷⁶ Além disso, a notificação policial marginaliza o atendimento pela equipe multiprofissional ao criar obrigações individuais de notificação, que incentivam o compartilhamento de informações com a polícia, em detrimento da confiança interprofissional e da tomada de decisões no melhor interesse do paciente.

A Notificação à Polícia Prejudica o Funcionamento da Lei de Notificação e Outros Tipos de Notificações Compulsórias

No cenário jurídico brasileiro atual, a notificação obrigatória abrange três categorias: notificação de vigilância epidemiológica interna ao sistema de saúde; notificação externa a órgãos encarregados de apoiar e proteger grupos de interesses especiais, o que pode implicar, entre outras medidas, o envolvimento indireto do sistema jurídico criminal; e notificação direta à polícia. As duas primeiras categorias estão alinhadas com as leis de notificação obrigatória mais antigas no Brasil e no mundo⁷⁷ e permitem respostas mais

estruturais e alternativas ao direito penal, utilizado como uma parte entre muitas outras nos esforços de prevenção e proteção contra abusos. A notificação direta à polícia que identifica as sobreviventes é categoricamente diferente e prejudica esses esforços.

Antes da adição da exigência de notificação policial em 2019, a Lei de Notificação funcionava de forma semelhante a outras leis de notificação obrigatória no Brasil,⁷⁸ que também centraliza a proteção dos indivíduos e de seus direitos,⁷⁹ garantindo confidencialidade e intervenção proporcional⁸⁰ na exigência de notificação pelos serviços de saúde em casos de violência. No caso de crianças e adolescentes, a notificação é feita aos órgãos encarregados dos serviços para as crianças.⁸¹ Para os idosos, a notificação é feita por meio do mesmo sistema de vigilância epidemiológica da Lei de Notificação, em apoio a políticas públicas específicas,⁸² bem como a pelo menos um dos cinco órgãos em uma base discricionária, incluindo a polícia.⁸³ A comunicação para órgãos externos ao sistema de saúde pode ter consequências legais, mas elas não se limitam à investigação policial e ao processo judicial.⁸⁴

Embora a notificação policial tenha sido possível em casos envolvendo idosos desde 2003 (o que a tornou um caso atípico por muitos anos), a notificação de violência contra todas as mulheres de acordo com a Lei de Notificação marcou um ponto de inflexão no cenário de notificação obrigatória em geral, ao restringir o poder discricionário de profissionais da saúde para identificar ou não uma sobrevivente, em vez de permitir (como anteriormente) autonomia para não notificar a polícia e mitigar os riscos associados à notificação, buscando intervenções mais proporcionais ou alternativas e oferecendo espaço para um atendimento mais centrado na paciente. Esse estreitamento lançou as bases para a mudança monumental em 2020, com a exigência, agora revogada, de notificação policial individualizada e transferência de provas em todos os casos relevantes, que eram únicas no mundo inteiro em seu escopo, justificativa e posicionamento como condições para o atendimento.⁸⁵ Na medida em que as comunicações identificam as sobreviventes para a polícia, elas transmitem uma imagem da violência de gênero e de uma resposta “individual, pontual e fragmentada”, em oposição a um problema estrutural que exige respostas mais amplas do que um agressor e uma sobrevivente individuais.⁸⁶

Além disso, em um nível estrutural, a notificação policial provavelmente prejudica tanto o objetivo original de vigilância epidemiológica da Lei de Notificação quanto qualquer alegação de facilitação de investigação e acusação. A notificação policial pode contribuir para a subnotificação por parte de profissionais da saúde porque aumenta a carga de trabalho, uma dinâmica já evidenciada em pesquisas sobre motivos de não se completar a notificação compulsória de vigilância epidemiológica, e porque é inequivocamente denunciadora.⁸⁷ Isso reduz os dados disponíveis e afeta as medidas baseadas nesses dados. A subnotificação já ocorre, em parte, devido à falta de conhecimento dos profissionais sobre os formulários de notificação epidemiológica e à percepção de que eles são uma

ferramenta de reclamação formal ou que, funcionalmente, têm esse resultado porque seu detalhamento permite a identificação das sobreviventes.⁸⁸ Um fator importante identificado na hesitação em concluir a notificação epidemiológica é o medo de retaliação por parte do agressor, tanto em relação à sobrevivente quanto aos profissionais da saúde, o qual é agravado nos casos de violência familiar ou de parceiro íntimo em que a ou o profissional de saúde tem contato direto com toda a família.⁸⁹

As notificações que identificam as sobreviventes à polícia, e até mesmo a mera possibilidade de notificação, também inibem o contato com profissionais da saúde em primeiro lugar, criando barreiras ao atendimento, incluindo o medo do controle da polícia e outras consequências da violação da confidencialidade, como a retaliação por parte dos abusadores. Quando sobreviventes evitam o atendimento para evitar a notificação, isso também reduz e distorce os dados e as respostas relevantes de acordo com as populações mais afetadas pelas barreiras ao atendimento, incluindo crianças, mulheres negras e mulheres pobres, além de inibir a investigação e a acusação. Há “uma diferença sensível e importante” entre um ou uma profissional de saúde que incentiva alguém a reportar a violência sexual e a pessoa que sabe que, se relatar um incidente de violência a um ou uma profissional de saúde, isso poderá ser notificado à polícia contra a sua vontade.⁹⁰

A notificação obrigatória em todo o mundo se aplica principalmente a crianças, sendo que algumas jurisdições a estendem à violência por parceiro íntimo.⁹¹ Em casos de abuso sexual infantil, isso é um meio de detectar o abuso e fornecer cuidados quando as crianças podem não se sentirem confortáveis ou capazes de expressar e defender suas necessidades e interesses.⁹² Essa justificativa é menos persuasiva na adolescência, com o aumento da autonomia da pessoa, e, na idade adulta, soa como paternalismo. A autonomia e os direitos das pessoas que sofreram violência sexual devem ser respeitados, o que pode incluir apoio para se reportar os fatos à polícia e entender os direitos durante esse processo se, e somente se, a pessoa desejar assim proceder.⁹³ Conforme observado por grupos que se opõem à exigência de apresentação de relatórios policiais na Lei de Notificação,⁹⁴ a notificação obrigatória à polícia retira dos pacientes (e especificamente das mulheres) a autonomia de decidir se e quando envolver a polícia e como lidar com quaisquer danos causados pelo envolvimento com o sistema jurídico criminal, inclusive contra eles mesmos.

Considerando que os impactos da identificação de pacientes para a polícia são de longo alcance no contexto da atenção ao aborto após o estupro e frustram tanto a operação da Lei de Notificação, quanto as respostas estruturais, é essencial uma leitura consistentemente restrita da lei no sentido de que pacientes não devem ser identificados nesses casos. Essa abordagem deve ser apoiada por uma orientação oficial, clara e pública para fazê-lo - com salvaguardas para compartilhar apenas as informações necessárias como parte da notificação anonimizada para não identificar inadvertidamente as sobreviventes.

O Risco Específico de Interpretação Ampla e Inadequada no Contexto do Aborto

Há um risco significativo de que a notificação policial de sobreviventes ocorra de forma recorrente em casos de estupro associados ao processo de autorização para o aborto legal, apesar da necessidade premente de uma interpretação restrita da Lei de Notificação nesses contextos. Essa situação é resultado de um histórico no Brasil de imposição de pré-requisitos desnecessários para a realização do aborto legal, somado a incertezas e ambiguidades recentes em relação à legislação vigente. Além disso, há relatos de profissionais da saúde que, contrariando as obrigações de confidencialidade e as exceções previstas para o aborto legal, reportaram pacientes à polícia pelo crime de aborto.⁹⁵ O único requisito do Código Penal para o aborto legal em casos de estupro é o consentimento da paciente para o procedimento.⁹⁶

Durante décadas, a falta de conhecimento entre ginecologistas e obstetras sobre o que é e o que não é exigido por lei para a realização de abortos legais em casos de violência sexual tem sido um obstáculo importante para a prestação desses serviços.⁹⁷ A ideia de que é necessária uma autorização judicial tem sido um dos equívocos mais persistentes.⁹⁸ Isso se deve, em parte, às práticas estabelecidas na ausência de regulamentação, principalmente antes de uma portaria municipal histórica em 1989,⁹⁹ e do Regulamento do Procedimento Federal, que entrou em vigor originalmente em 2005, não exigindo ordem judicial e declarando explicitamente que não é necessário uma notificação policial.

Essa declaração explícita procurou abordar casos de notificações policiais impostas mesmo antes das emendas de 2019 à Lei de Notificação e dos regulamentos agora revogados aprovados em 2020. Uma decisão recente do Superior Tribunal de Justiça suspendeu o processo criminal contra uma mulher investigada pela polícia, em 2011, após procurar atendimento para complicações decorrentes da inserção de pílulas abortivas em sua vagina e ser denunciada pelo médico que a atendeu. O juiz observou que a ilegalidade das provas no caso, incluindo o exame do feto pelo médico e o compartilhamento do prontuário médico da mulher com a polícia sem o seu consentimento, foi reforçada pelo fato de que ela “consentiu com a notificação policial [apenas] porque era uma condição imposta pelo médico para lhe fornecer atendimento médico”.¹⁰⁰

Notadamente, um limite de idade gestacional de 12 semanas também era frequentemente imposto. Desde então, as normas técnicas estabeleceram que esse limite deve ser ampliado para 20 a 22 semanas, desde que o feto pese menos de 500 gramas, apesar do fato de que nenhuma dessas exigências é estabelecida por lei e restringe a saúde sexual e os direitos reprodutivos das meninas e mulheres mais vulneráveis.¹⁰¹ Um estudo recente constatou que 82% dos serviços de aborto legal adotaram um limite de 20 a 22 semanas, sendo que apenas três serviços não incluíram um limite de idade gestacional em seus protocolos.¹⁰² Comentaristas

ênfaticamente que esses requisitos são incompatíveis com os direitos fundamentais, não são baseados em lei e estão fora do poder regulatório do Ministério da Saúde. Os provedores de aborto encontram apoio na ampla exceção prevista no Código Penal, que permite o aborto em casos de estupro, para desconsiderar essa orientação não vinculante.¹⁰³

No entanto, pré-requisitos supérfluos para o acesso ao aborto foram corroborados ou até mesmo impostos por juízes. Em 2022, um segundo caso de grande repercussão de um aborto negado a uma menina de 10 anos após um estupro foi centrado na recusa de profissionais da saúde em fornecer assistência ao aborto com pouco mais de 22 semanas, alegando que a gravidez não representava um risco para a vida da menina (ignorando tanto os riscos reais, quanto a base legal distinta que autoriza o aborto em casos de estupro) e que o hospital precisava de autorização judicial, citando os regulamentos do hospital que permitem o aborto somente até 20 semanas.¹⁰⁴

A menina foi, então, submetida a uma liminar para medidas de proteção no Juizado da Infância e da Juventude, concedida ostensivamente para protegê-la de mais violência sexual, mais explicitamente “não apenas para protegê-la, mas para proteger o feto, se houver viabilidade de vida extrauterina”.¹⁰⁵ Durante a audiência, a juíza colocou em pauta as alegações do hospital, ignorou as evidências de risco de vida, incluindo o testemunho de outros médicos do hospital onde o atendimento foi inicialmente recusado, citou uma Norma Técnica para alegar que o aborto, por definição, envolvia a interrupção da gravidez somente até 20 a 22 semanas, e submeteu a menina a questionamentos invasivos, como perguntas sobre se o pai concordaria com a adoção e se ela poderia “suportar [a gravidez] um pouco mais” para aumentar a chance de o feto sobreviver fora do útero.¹⁰⁶ A liminar separou a menina de sua família e a colocou em um abrigo sem a possibilidade de atendimento ao aborto até o dia seguinte à sua libertação, seis semanas depois. Disso seguiu uma enxurrada de ações judiciais em tribunais e jurisdições criminais e cíveis, incluindo uma autorização judicial para aborto com base em risco de vida, retirada devido a questões de jurisdição; um pedido de liberação para fazer um aborto, negado com base na ausência de risco de vida; uma outra autorização judicial para uma cesariana precoce; e mais uma apelação e pedido de liberação em tribunais.¹⁰⁷

Esse caso e o de 2020, o qual precipitou o Regulamento de Testes, ressaltam como requisitos adicionais de atendimento sem base na lei podem ser impostos de má-fé como desculpa para não prestar atendimento. Também podem ser exigidos de boa-fé por profissionais que não têm certeza da lei, ou em razão de um sentimento de obrigações conflitantes, inclusive em relação às obrigações de notificar à polícia e seu escopo, e acionam reflexos burocráticos institucionais para evitar a responsabilidade adiando ou modificando o atendimento, independentemente de as medidas serem direcionadas para ter esse impacto. Como o testemunho de profissionais

da saúde do mesmo hospital que negou atendimento no caso de 2022 deixa claro, a disponibilidade de atendimento também pode depender dos indivíduos específicos que prestam atendimento em momentos diferentes dentro dessas instituições. Isso é significativo, pois eles podem ter conhecimento variável sobre a lei e sobre os procedimentos do aborto, se oporem ao aborto¹⁰⁸ ou minimizarem a violência contra a mulher.¹⁰⁹

Em um cenário de criminalização generalizada do aborto, as barreiras enfrentadas pelos indivíduos são amplificadas pelas ações de profissionais da saúde e juízes¹¹⁰, que exercem um considerável poder discricionário. Esse poder, combinado com as diversas interpretações da legislação — muitas vezes ultrapassando os limites razoáveis da lei —, cria um ambiente desafiador. Além disso, as opções limitadas para que as pessoas contestem ou responsabilizem esses agentes por suas decisões tornam o processo ainda mais complicado, frequentemente sem a possibilidade de uma revisão oportuna ou qualquer forma de supervisão adequada. O caso de 2022 apenas ressalta que esses obstáculos exigem uma enorme quantidade de atuação jurídica para serem superados. Além disso, essa atuação, embora necessária nos esforços para proteger esses direitos e garantir o acesso ao atendimento, pode gerar outras barreiras, como dificuldades psicológicas durante as audiências e declarações incorretas sobre o conteúdo da lei que exacerbam a confusão sobre os requisitos para o aborto legal. Além disso, o foco de profissionais da saúde e juízes no risco de vida indica como a exceção do estupro é ignorada, e também como tanto a ações judiciais para restringir o aborto quanto para permiti-lo, valendo-se da urgência da exceção adicional de risco de vida e da força de uma ordem judicial, podem reforçar a marginalização da exceção do estupro, bem como a ideia de que é necessária autorização judicial.

Nesse contexto, a probabilidade de uma interpretação extensiva e inadequada da exigência de notificação policial na Lei de Notificação foi ampliada pelos novos Regulamentos de Teste e de Revisão. Esses regulamentos introduzem um modelo renovado de boletim de ocorrência policial, que possui um escopo abrangente e está integrado ao processo de autorização para o aborto legal. Essa abordagem é, supostamente, similar às obrigações estabelecidas na notificação. Isso oferece um requisito adicional possível, plausível ou reconhecível que pode ser levantado por profissionais da saúde ou juízes, não obstante sua base regulatória esteja agora revogada e o restabelecimento da declaração de que os relatórios policiais não são exigidos pelo Regulamento do Procedimento. Isso é exacerbado pelas relações e práticas cotidianas de compartilhamento de informações que os regulamentos facilitaram entre profissionais da saúde e os atores jurídicos criminais, que tiram de foco as especificidades da lei e de suas alterações.

A leitura alargada imprópria é também possibilitada pela revogação das disposições regulamentares que estabeleceram as modalidades de notificação da Lei de Notificação, o que cria incerteza e zonas cinzentas em torno da lei e das suas distinções, em especial

no que se refere às formas, tipos e âmbito da informação a compartilhar. Isto acontece num ambiente em que o profissionais da saúde já podem discordar, mesmo de boa fé, sobre o nível de risco, para a sobrevivente ou para a comunidade, necessário para satisfazer o teste de limiar para a identificação na Lei de Notificação¹¹¹, para além de discordarem potencialmente sobre as determinações médicas nestes casos¹¹². Determinações claras, como as que se encontram nas disposições revogadas, são importantes, mas mesmo elas não são garantia de uma interpretação coerente e sem erros estratégicos de interpretação.

O Impacto Restritivo da Notificação à Polícia é Contrário às Normas Globais de Maior Acesso ao Aborto

A notificação policial é contrária às mudanças globais que estão diminuindo progressivamente as restrições ao aborto e alargando o acesso das mulheres aos sistemas de saúde.¹¹³ As organizações internacionais que estabelecem normas relacionadas à saúde e aos direitos humanos no contexto de gênero, da sexualidade e da reprodução desaprovam a sobrecarga do acesso ao aborto com requisitos legais e administrativos. Em geral, a legislação internacional em matéria de direitos humanos tende a apoiar o acesso ao aborto como um serviço essencial para promover a saúde, a vida e a igualdade de direitos das meninas e das mulheres.¹¹⁴ Com efeito, diante da pandemia da COVID-19, a Argentina, a Bolívia, o Brasil, a Colômbia, o Equador, o Peru e o Uruguai reconheceram os serviços de saúde reprodutiva como essenciais, e a Argentina, a Colômbia e o Uruguai consideraram o aborto um serviço essencial.¹¹⁵

A Organização Mundial da Saúde, ao monitorar as tendências do aborto inseguro em todo o mundo, observou que a imposição de condições às leis de aborto pode agir contra qualquer objetivo declarado do aborto legal, “fazendo com que quase nenhum aborto oficial possa ser realizado”. Por exemplo, observou-se que na Zâmbia o “procedimento de aborto requer o aval de vários médicos, inclusive um especialista, em um país onde médicos e especialistas são escassos”. Isso é particularmente importante para a exigência do Brasil de que, desde 2005, uma equipe multiprofissional e testemunhas sejam incluídas em vários estágios do processo de autorização, especialmente se a notificação policial orientar o ambiente médico para a burocracia jurídica criminal. De fato, “onde as leis são restritivas, a maioria dos abortos é insegura”, e isso ocorre em uma tendência de queda proporcional à restrição: “onde as leis de aborto são menos restritivas, não há nenhuma ou muito pouca evidência de aborto inseguro, enquanto as restrições legais aumentam a porcentagem de procedimentos ilegais e inseguros”.¹¹⁶

Os órgãos internacionais de direitos humanos têm sido particularmente céticos em relação a restrições legais impostas a sobreviventes de agressão sexual que buscam acesso ao aborto, observando que elas podem infringir uma série de direitos relacionados à saúde e à privacidade, além de constituir uma discriminação.¹¹⁷ Tais restrições, notadamente, são contrárias ao crescente reconhecimento na legislação internacional de direitos humanos da

importância de proteger a vida, a saúde, a dignidade, a privacidade e a igualdade das mulheres por meio do acesso seguro, legal e eficaz ao aborto, como um componente fundamental da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Nos casos em que levar uma gravidez até o fim causaria dor ou sofrimento substancial, como a gravidez resultante de estupro, os Estados têm a obrigação específica de fornecer acesso ao aborto.¹¹⁸ É importante ressaltar que o acesso ao aborto em casos de estupro não deve exigir obstáculos processuais adicionais, como atestado médico, autorização judicial ou notificação policial.¹¹⁹ Com efeito, a autorização judicial, em alguns casos, pode ser um “obstáculo intransponível” ao acesso ao aborto.¹²⁰

Restrições especialmente onerosas ao aborto têm sido alvo de críticas também no nível nacional. Embora os Estados Unidos tenham experimentado um retrocesso recente nas proteções ao direito ao aborto, por quase 50 anos a legislação constitucional garantiu o acesso ao procedimento durante o primeiro trimestre da gestação. Além disso, a lei impedia que os governos estaduais impusessem obstáculos significativos, como regulamentações de saúde desnecessárias, que poderiam ser considerados encargos indevidos para as mulheres.¹²¹ Esse recente retrocesso exclusivo da jurisprudência constitucional dos EUA foi alvo de fortes críticas, por parte de atores internacionais de direitos humanos, e tem pouca relação com as tendências internacionais de direitos humanos em relação ao aborto. De fato, nos últimos 25 anos, “mais de 50 países com leis anteriormente restritivas liberalizaram sua legislação sobre o aborto”.¹²² Há uma tendência progressiva na América Latina de remover condições para aborto,¹²³ em conformidade com as normas internacionais as quais estabelecem que as mulheres que se submetem ao aborto após estupro não devem ser criminalizadas.¹²⁴ Brasil, Argentina,¹²⁵ Bolívia,¹²⁶ Chile,¹²⁷ Colômbia,¹²⁸ Cuba,¹²⁹ Guiana,¹³⁰ México,¹³¹ Panamá,¹³² e Uruguai¹³³ todos descriminalizaram o aborto em caso de estupro.

O contexto global e comparativo das notificações policiais que identificam as sobreviventes torna-se ainda mais preocupante do ponto de vista dos direitos humanos, quando analisado à luz da própria Constituição brasileira de 1988 e das proteções aos direitos humanos. A Constituição de 1988 vincula explicitamente o direito fundamental da dignidade humana no sistema jurídico brasileiro à saúde, ao bem-estar e aos direitos reprodutivos das mulheres. A dignidade humana é, juntamente com a paternidade responsável, a base da “proteção especial” que garante que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, (...), vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.¹³⁴ A legislação sob essa disposição específica que “planejamento familiar é um direito de todo cidadão”, entendido como parte das garantias constitucionais de direitos iguais e constituído por ações para cuidar de mulheres, homens ou casais.¹³⁵

III. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes são Desnecessárias e Criam Barreiras ao Acesso ao Aborto Legal, com Riscos à Vida, à Saúde, e aos Direitos Relacionados

A notificação compulsória nos termos da Lei de Notificação reforça a morosidade, o estigma e a desconfiança como barreiras ao aborto legal. Isso ocorre especialmente quando se identificam sobreviventes à polícia, quando elas buscam acesso à assistência ao aborto após um estupro, seja diretamente ou por meio de notificações ostensivamente desidentificadas que, no entanto, compartilham informações pessoais extensas, mas também dentro da dinâmica de vigilância criada pela mera possibilidade de identificação. Isso representa riscos significativos à vida e à saúde das gestantes, o que contraria os deveres do Brasil de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos à vida, à saúde e à não discriminação.

O Direito à Vida

As notificações à polícia que identificam sobreviventes obstruem o acesso ao aborto de maneira que afetam o direito à vida, aumentam o atraso e levam até mesmo a proibição do acesso ao aborto legal e seguro, bem como as barreiras de acesso baseadas no estigma e na notificação criminal. Isso coloca em risco a vida de pessoas grávidas, restringindo o escopo da exceção de estupro, obscurecendo sua distinção da exceção de risco de vida e removendo uma opção para que as mulheres tenham acesso a cuidados antes que os riscos aumentem e coloquem suas vidas em perigo. Além disso, esse tipo de notificação é contrário à declaração explícita no Regulamento do Procedimento, no sentido de que o processo de autorização não se aplica a casos de risco de vida.¹³⁶

De acordo com o direito internacional dos direitos humanos, os Estados devem abordar as condições gerais da sociedade que poderiam “impedir que os indivíduos desfrutem de seu direito à vida com dignidade”, inclusive por meio de medidas “destinadas a garantir o acesso imediato” a serviços essenciais, inclusive assistência médica.¹³⁷ A regulamentação estatal do aborto não deve colocar em risco a vida das gestantes, causar dor ou sofrimento físico ou mental, discriminar, interferir na privacidade ou levar a abortos inseguros.¹³⁸ Notadamente, quando os Estados deixam de respeitar a privacidade de um indivíduo em relação às suas funções reprodutivas - como, por exemplo, ao impor uma obrigação legal a profissionais da saúde de reportar sobreviventes à polícia, que pode então ser envolvida durante o processo de aborto - o direito à vida, entre outros, pode estar implicado.¹³⁹ Os órgãos internacionais de direitos humanos há muito tempo reconhecem que as regulamentações restritivas ao aborto contribuem para as

mortes maternas por aborto inseguro e colocam em risco o direito à vida. Por exemplo, o Comitê de Direitos Humanos, ao se manifestar sobre o direito à vida, instruiu os Estados a incluírem informações sobre medidas que garantam que as pessoas não recorram a abortos inseguros e com risco de vida.¹⁴⁰ Da mesma forma, o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher considera as leis restritivas sobre o aborto que resultam em abortos clandestinos e inseguros como possíveis violações do direito à vida, muitas vezes associando-as a altas taxas de mortalidade materna.¹⁴¹ Os Estados devem remover as barreiras existentes e não introduzir novos obstáculos ao acesso ao aborto seguro e legal.¹⁴² Além disso, os Estados têm a obrigação de garantir o acesso à assistência ao aborto quando a continuação da gravidez causar sofrimento significativo à gestante, “principalmente quando a gravidez for resultado de estupro.”¹⁴³

Especialistas regionais em direitos humanos também levantaram preocupações sobre as leis que restringem o aborto. A Relatora sobre os Direitos da Mulher e Presidente da Comissão Interamericana de Direitos Humanos ressaltou que as mulheres da região enfrentam “obstáculos significativos no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” e são “forçadas a continuar gestações que colocam suas vidas em risco ou que são resultado de estupro”.¹⁴⁴

Redução na Janela para o Aborto

As exigências de notificação à polícia, se forem feitas durante o processo de autorização de aborto em vários estágios, reduzem ainda mais o acesso ao aborto, exigindo que profissionais da saúde priorizem a notificação criminal. Isso aumenta a carga de trabalho já observada em um estudo sobre notificação compulsória para vigilância epidemiológica.¹⁴⁵ Além disso, requisitos adicionais para a autorização do aborto com relação ao consentimento e aconselhamento “podem complicar e prolongar o procedimento de solicitação, o que às vezes significa que a gravidez progride além do período legalmente permitido para o aborto induzido”.¹⁴⁶ Embora não exista esse limite legal no Brasil, a maioria dos provedores de aborto adotou um limite de 20 a 22 semanas.¹⁴⁷ Leis restritivas que tornam os profissionais da saúde “guardiões” que determinam se uma pessoa se qualifica para um aborto legal introduzem atrasos em geral, mas também criam variações no processo com base na abordagem de cada profissional. Além disso, essas leis têm um “efeito inibidor”, pois profissionais que não têm certeza da lei e da política, incluindo disposições que os isentam de responsabilidade por envolvimento no crime de aborto com base em sua crença justificada de que houve estupro, procuram evitar penalidades ou represálias.¹⁴⁸

Barreiras à Notificação do Estupro como Barreiras ao Atendimento

As notificações compulsórias que identificam sobreviventes criam barreiras específicas também ao fundir o ato de buscar o aborto, como atendimento relacionado ao estupro, com a notificação desse estupro à polícia. Como resultado, as pessoas que buscam atendimento devem simultaneamente antecipar e navegar pelas

inúmeras barreiras e danos do envolvimento com o sistema criminal.¹⁴⁹ Além do potencial de estigmatização e revitimização em qualquer processo criminal, a notificação policial também exige que profissionais da saúde atuem como investigadores criminais, criando um risco adicional de trauma para sobreviventes de estupro.¹⁵⁰ Isso pode fazer com que as pessoas que buscam o aborto hesitem, levem mais tempo para pesar suas opções ou decidam não ter acesso ao atendimento, além de causar atrasos devido às etapas adicionais no processo de autorização. Isso também pode afetar profissionais da saúde, levando-os a hesitar em sua tomada de decisão, atrasando assim o atendimento, ou até mesmo a redefinir seu escopo de prática.

As barreiras são agravadas no caso de um perpetrador conhecido, conforme previsto nos formulários do processo de autorização, porque a comunicação à polícia de alguém do círculo social de uma pessoa acarreta riscos e danos específicos. De fato, muitas pessoas não reportam criminalmente a violência do parceiro íntimo em geral. Como o processo criminal é voltado para a punição, e não para a segurança e o bem-estar das sobreviventes, essa não é uma opção para aqueles que querem que a violência acabe, mas não querem que isso desfaça suas famílias. A notificação policial também levanta o estigma de colocar o parceiro no ambiente nocivo da prisão, o que pode fazer com que a sobrevivente enfrente sérias dificuldades econômicas, tanto pela perda da renda do parceiro quanto por ter de sustentá-lo enquanto ele estiver na prisão.¹⁵¹

Aumento do Estigma no Processo de Autorização

A notificação policial dificulta o acesso ao aborto legal ao aumentar a natureza estigmatizante do processo de busca ou obtenção de um aborto. O estigma do aborto é um fenômeno social de sanção, comunicação e reforço de atitudes e suposições negativas sobre o aborto, marcando aquelas que buscam ou obtêm abortos com uma deficiência percebida em relação às normas sociais e às expectativas de gênero, incluindo atitudes que classificam o aborto como um repúdio à maternidade e à feminilidade ou como resultado da má administração da atividade sexual, com a suposição de que a gravidez é sempre evitável e que as condições materiais e as informações para o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos estão sempre presentes.¹⁵² Nos casos de aborto legal após um estupro, esse estigma pode se somar ao estigma do estupro e, dependendo das circunstâncias, ao estigma associado à violência familiar ou do parceiro íntimo.¹⁵³

O estigma, juntamente com os estereótipos de gênero relacionados, é um obstáculo comprovado ao aborto seguro, mesmo onde o procedimento é previsto por lei e onde há políticas e protocolos de atendimento.¹⁵⁴ O estigma opera em níveis internalizados, interpessoais e estruturais e está presente nos sentimentos de vergonha ao buscar o aborto, na não revelação e no isolamento para aquelas que fizeram um aborto e, após a revelação, no julgamento, dissuasão, rumores e discriminação na família, na comunidade e nos centros de saúde. Ele altera a

tomada de decisões sobre o aborto e cria barreiras aos serviços. Isso pode evitar que profissionais da saúde se oponham ao aborto, bem como evitar o acesso a serviços de saúde normalmente acessados para outras necessidades e até mesmo instigar a busca ao aborto clandestino.¹⁵⁵ Além disso, considerando que “as mulheres geralmente relutam em relatar que fizeram um aborto induzido, especialmente quando sua disponibilidade é restrita por lei”¹⁵⁶, isso pode levar a uma menor divulgação e visibilidade do procedimento, o que, por sua vez, pode ter efeitos sistêmicos agravantes sobre o acesso ao aborto, criando uma falsa percepção de que há uma demanda reduzida por aborto em localidades específicas e impactando as decisões institucionais relativas à organização e distribuição de recursos materiais e humanos.¹⁵⁷ A discriminação racial se cruza com o estigma do aborto para agravar as barreiras ao atendimento relacionado ao aborto para mulheres pretas e pardas no Brasil.¹⁵⁸

As exigências de notificação policial mobilizam e reforçam o estigma do aborto, fortalecendo a associação das pessoas que buscam o aborto com a criminalidade, tendo como pano de fundo a proibição criminal geral que expressa a condenação oficial do Estado ao aborto como inerentemente errado, enfatizada pela exceção no caso de estupro. Além disso, ao condicionar a assistência ao aborto à falta de consentimento, também transmite a mensagem, de acordo com as ideias retrógradas sobre a sexualidade das mulheres, de que as mulheres sexualmente ativas e que buscam o aborto após o sexo consensual não merecem assistência.¹⁵⁹ Quando uma notificação policial identifica sobreviventes que buscam um aborto após um estupro, ocorre a automática intervenção do sistema jurídico criminal. Nesse contexto, a polícia se vê obrigada a compartilhar essa informação, o que pode levar a uma investigação mais rigorosa. Isso pode abrir espaço para que sobreviventes sejam criminalizadas, caso suas declarações não sejam consideradas críveis ou se a situação for interpretada como não contemplada pela legislação que prevê exceções para esses casos.

Ao expandir o compartilhamento de informações entre os sistemas legais médico e criminal, a notificação policial também aumenta o estigma como uma barreira de acesso ao aborto ao elevar o risco de divulgação não autorizada da tentativa de uma sobrevivente de buscar ou obter um aborto. Notadamente, dada a sua natureza já estigmatizada, essas informações permanecem ocultas, mas se tornam sensacionalistas, espalhando-se rápida e amplamente quando descobertas por meio de violações da privacidade médica ou por outros membros da comunidade (um risco maior em comunidades menores).¹⁶⁰ A notificação policial amplia significativamente o número de atores que têm acesso às informações, incluindo não apenas a equipe médica e não médica do Sistema Único de Saúde (o que significa que um caso pode ser notificado à polícia por alguém no consultório de um ou uma profissional de saúde, independentemente de essa pessoa estar tratando a paciente), mas também aqueles na hierarquia policial e no sistema judicial. Além disso, embora o formulário de consentimento informado tenha - desde 2005 - permitido a possibilidade de

compartilhar informações coletadas durante o processo de autorização mediante solicitação judicial, a comunicação policial aumenta a probabilidade de que essa solicitação ocorra ao sinalizar casos de estupro e a existência de possíveis evidências, mesmo quando o processo de autorização para o aborto é abandonado. A natureza estigmatizante desse processo significa que mais mulheres podem optar por não revelar casos de estupro a médicas/os, o que, por sua vez, elimina a possibilidade de atendimento legal ao aborto, levando à gravidez forçada ou ao aborto inseguro.

Isso aumenta o estigma durante o processo de autorização nos termos do Regulamento do Procedimento, que, conforme explorado acima, muda o foco do acesso ao aborto legal para uma rígida vistoria em torno da aplicabilidade da exceção do estupro. Ao simplificar o processo, ele acrescenta requisitos administrativos para o aborto em casos de estupro. Esses requisitos marcam categoricamente as mulheres que buscam o aborto com base nisso como desviantes e as submetem ao exame minucioso, por meio da avaliação de profissionais da saúde sobre a conformidade com a exceção legal, o que “degrada desproporcionalmente as mulheres como passíveis de não estarem dizendo a verdade sobre o sofrimento de uma violação grave, ou não serem dignas de respeito pelas decisões que tomam de boa-fé sobre sua saúde e seu bem-estar”.¹⁶¹ O processo de autorização exige especificamente que a paciente conclua várias etapas e forneça um relato detalhado do estupro a dois profissionais da saúde, além de envolver o escrutínio da equipe multiprofissional encarregada, em parte, de descobrir falsas alegações. Isso traz o julgamento social e o desconforto com o aborto para a sala de exame por meio de requisitos específicos no processo que os refletem e formalizam, criando uma dinâmica de responsabilidade e forçando a paciente a falar, apesar do estigma que rotula o aborto como algo que não deve ser feito ou mesmo mencionado. Isso também contribui para as narrativas prejudiciais que retratam o estupro e o aborto - e o processo prolongado para obter um aborto - como consequências da má administração da sexualidade.

O restabelecimento do Regulamento do Procedimento também restabelece sua versão do formulário de consentimento, que inclui a afirmação da paciente de que foi informada sobre a possibilidade de manter a gravidez com cuidados pré-natais garantidos e de ficar com a criança ou colocá-la para adoção. Além de agir como uma ferramenta de dissuasão, isso alimenta o estigma contra o aborto por meio de ideias de fracasso moral por não ser pai de sua prole biológica e de que o aborto não é natural, agravado pela implicação espúria de que o atendimento pré-natal e, portanto, o apoio adequado, está disponível e é recusado.¹⁶²

Por fim, a notificação policial aumenta o estigma para os profissionais da saúde envolvidos,¹⁶³ o que pode dissuadi-los de praticar o aborto, levando a uma menor disponibilidade de prestadores de serviços. Quando a notificação policial é envolvida e integrada ao processo de autorização nos termos do Regulamento do Procedimento, ele cria um ambiente profissional particularmente

desconfortável, convidando ao escrutínio de outros profissionais e da polícia em diferentes estágios, com a probabilidade de que um ou mais desses profissionais tenham preconceitos contra o aborto, o que aumenta o número de pessoas que devem estar envolvidas. As notificações policiais que identificam as sobreviventes não apenas revelam o estupro, mas também podem revelar o nome da/o profissional de saúde que oferece atendimento ao aborto. Isso é significativo também porque essa/e profissional pode ser chamado para testemunhar em casos relacionados ao aborto e ter um risco agravado a cada aborto que realiza.

O Direito à Saúde

Semelhante à violação do direito à vida, a notificação à polícia que identifica sobreviventes, ao criar barreiras de acesso ao aborto, infringe o direito das brasileiras ao mais alto padrão possível de saúde física e mental, o que inclui o aborto seguro e legal, conforme previsto na legislação brasileira. É importante ressaltar que, para o direito à saúde, essas barreiras também têm sérios impactos sobre a saúde física e mental e facilitam a violência contra sobreviventes de estupro. Além disso, por aumentar as restrições ao aborto, a notificação policial é uma medida retrógrada que prejudica as obrigações do Brasil de garantir o acesso equitativo ao direito à saúde, inclusive à saúde sexual e reprodutiva; de tomar medidas concretas para a plena realização do direito à saúde; e de reformar ou revogar medidas que interferem injustificadamente no direito à saúde.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais ressaltou que “o direito à saúde sexual e reprodutiva é parte integrante do direito à saúde” e das liberdades e direitos que ele contém. A liberdade sexual e reprodutiva é uma dessas liberdades, como um aspecto do direito de controlar a própria saúde e o próprio corpo, o que também inclui o direito de não sofrer interferências, como, por exemplo, tratamento médico não consensual. Os direitos incluem “o direito a um sistema de proteção à saúde que proporcione igualdade de oportunidades para que as pessoas desfrutem do mais alto nível de saúde possível”.¹⁶⁴

O Brasil tem “a obrigação fundamental de garantir, no mínimo, níveis essenciais de satisfação do direito à saúde sexual e reprodutiva”, o que inclui as obrigações de “garantir o acesso universal e equitativo a serviços de saúde sexual e reprodutiva acessíveis, aceitáveis e de qualidade...”; “revogar ou eliminar leis, políticas e práticas que criminalizam, obstruem ou prejudicam o acesso” a esses serviços; e “tomar medidas para evitar abortos inseguros” Conforme discutido na seção anterior, as notificações policiais que identificam sobreviventes aumentam o risco de aborto inseguro ao aumentar o atraso e até mesmo levar à negativa do acesso ao aborto seguro e legal; mas o Brasil também tem a “obrigação específica de respeitar, proteger e cumprir o direito de todos à saúde sexual e reprodutiva”. Isso inclui a obrigação imediata de eliminar a discriminação e garantir o “direito igual à saúde sexual e reprodutiva”, revogando ou reformando todas as leis e políticas que “anulem ou prejudiquem a capacidade de

certos indivíduos e grupos de realizar seu direito à saúde sexual e reprodutiva”. A “criminalização do aborto ou leis restritivas ao aborto” estão entre as “leis, políticas e práticas que prejudicam a autonomia e o direito à igualdade e à não discriminação no pleno gozo do direito à saúde sexual e reprodutiva”.¹⁶⁵

O Brasil também deve, dentro de seus recursos máximos disponíveis, tomar medidas para “adotar medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais e outras medidas apropriadas” para garantir a plena realização do direito à saúde sexual e reprodutiva. Isso inclui “ter como objetivo garantir o acesso universal sem discriminação para todos os indivíduos, incluindo aqueles de grupos desfavorecidos e marginalizados, a uma gama completa de cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, incluindo (...) cuidados com o aborto seguro”. Isso também inclui a exigência de “liberalizar leis restritivas sobre o aborto [e] garantir o acesso de mulheres e meninas a serviços de aborto seguro”. O acesso a serviços de aborto seguro também faz parte da obrigação de “garantir atendimento de saúde física e mental para sobreviventes de violência sexual e doméstica em todas as situações”¹⁶⁶

Atrasos Procedimentais

Se aplicados ao processo de autorização da assistência ao aborto, os requisitos de registro de notificação policial prejudicam o acesso ao aborto legal ao expandir um processo já extenso e complexo. O boletim de ocorrência policial acrescenta outras etapas - a saber, o registro de informações relevantes, (potencialmente) a coleta de provas e a transmissão de detalhes relevantes para a polícia - o que oferece mais oportunidades para o surgimento e agravamento de atrasos no processo de autorização. Isso aumenta a carga administrativa sobre membros da equipe multiprofissional. Além disso, as exigências de relatórios são desgastantes para pacientes, exigindo que eles sejam expostas a outras discussões e processos não relacionados ao atendimento e vinculando-as ao sistema jurídico penal. Conforme observado na seção anterior, esses impactos podem tornar uma paciente inelegível para o aborto se os esforços de conformidade ultrapassarem o limite de 20 a 22 semanas que foi adotado, sem base legal, pela grande maioria dos provedores de aborto no Brasil.¹⁶⁷ Não é possível obter garantias contra esses atrasos, nem há um compromisso obrigatório para a conclusão oportuna desses procedimentos em nenhum dos 26 estados brasileiros. As notificações policiais que identificam os sobreviventes prejudicam diretamente o aborto em tempo hábil.

Efeito Inibidor em Pacientes de Todos os Gêneros, Raças e Lugares

As exigências de notificação que identificam sobreviventes que buscam atendimento para aborto após estupro têm um efeito inibidor, prejudicando a acessibilidade ao aborto ao criar dinâmicas que fazem com que as pacientes elegíveis renunciem ao aborto legal, seja fazendo com que hesitem em sua tomada de decisão ou criando um ambiente de serviço totalmente inacessível devido

aos seus impactos psicológicos e na saúde mental. Essas exigências de notificação inserem no processo de autorização o medo de ser examinada, desacreditada e estigmatizada pela polícia. O Comitê de Direitos Humanos, ao revisar a criminalização geral do aborto no Chile (agora excluída), advertiu que “a obrigação legal imposta a profissionais da saúde de relatar casos de mulheres que se submeteram a abortos pode inibir as mulheres de buscar tratamento médico, colocando assim em risco suas vidas”.¹⁶⁸ O aborto em casos de estupro é legal no Brasil, mas quando os requisitos de notificação obrigam profissionais da saúde a compartilhar o aborto de uma paciente com a polícia, eles forçam o envolvimento com o sistema penal em um contexto de vistoria minuciosa, no qual a paciente assina uma declaração de responsabilidade criminal caso seja considerado que ela não cumpria a exceção legal. Além disso, mesmo sem consequências criminais para a paciente, ela pode decidir não buscar o acesso ao aborto legal por medo de que a notificação ocorra e se inicie um processo judicial contra o perpetrador, se esse não for o resultado que ela deseja.

A notificação policial também pode aumentar a dinâmica de vigilância e o estigma relacionado ao aborto nas interações das pacientes com profissionais da saúde. A comunidade internacional concordou que “em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, os sistemas de saúde devem treinar e equipar os prestadores de serviços de saúde e tomar outras medidas para garantir que esse aborto seja seguro e acessível”.¹⁶⁹ Os Estados são obrigados a “tomar medidas para erradicar as barreiras práticas à plena realização do direito à saúde sexual e reprodutiva” e a se envolver com a forma como os serviços são prestados, conforme representado na obrigação de “garantir que os prestadores de serviços de saúde sejam adequadamente treinados na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade e respeitosos”¹⁷⁰ Conforme observado na seção anterior, a notificação policial pode mudar a natureza da assistência médica ao aborto e o foco do processo de autorização. Quando os profissionais da saúde envolvidos nesse processo se sentem obrigados ou incentivados a comunicar pacientes à polícia, isso pode facilitar um ambiente em que aqueles com opiniões contrárias ao aborto têm a oportunidade de estigmatizar e, uma vez que o Regulamento do Procedimento exige que uma equipe multiprofissional e profissionais da saúde atuem como testemunhas, submeter a escrutínio e invalidação as opiniões, ações e cuidados de profissionais da saúde favoráveis ao aborto.

Esses tipos de dinâmicas são importantes porque os Estados devem enfrentar as condições e atitudes que “perpetuam a desigualdade e a discriminação... para permitir que todos os indivíduos e grupos desfrutem da saúde sexual e reprodutiva”¹⁷¹ Essas condições e atitudes incluem “normas sociais e estruturas de poder arraigadas (...), como papéis de gênero, que têm um impacto sobre os determinantes sociais da saúde”, e “estereótipos, suposições e normas discriminatórias relativas à sexualidade e à reprodução que fundamentam leis restritivas e prejudicam a realização da saúde sexual e reprodutiva”.¹⁷²

Custo

As exigências de notificação policial podem aumentar os custos associados ao aborto, o que também limita seu acesso e disponibilidade. Quando a notificação policial agrava a dinâmica do estigma e as violações de confidencialidade, ela aumenta o custo para as pacientes por meio de seu efeito inibidor sobre os provedores de aborto dispostos a realizar o aborto e por oferecer oportunidades para que os profissionais da saúde contrários ao aborto bloqueiem o atendimento.

O reduzido acesso a e a falta de disponibilidade de provedores de serviço de aborto aumentam os atrasos no acesso ao atendimento, principalmente ao ampliar a distância que os pacientes precisam percorrer, bem como a logística associada e o financiamento que precisam obter.¹⁷³ Em outros países, regulamentações desnecessárias direcionadas aos provedores de aborto tiveram um efeito geográfico na acessibilidade, com os serviços de aborto se concentrando em áreas urbanas.¹⁷⁴ De forma crítica, a pandemia da COVID-19 levou a uma redução drástica no número de hospitais que oferecem aborto legal no Brasil, de 175 para 42 hospitais, sendo que 13 dos 26 estados do país não contam com um provedor.¹⁷⁵ A exigência de notificação policial, agora revogada, no Regulamento de Testes entrou em vigor logo após uma menina de 10 anos do Espírito Santo, que engravidou como resultado de um estupro, ter que viajar de avião para Recife para ter acesso ao seu direito ao aborto, apesar de sua inquestionável elegibilidade (e a existência de autorização judicial), uma vez que não havia provedores de aborto disponíveis em sua área.¹⁷⁶

Os custos de viajar longas distâncias devido a um número insuficiente de serviços em áreas rurais são combinados com os custos decorrentes da demora em receber atendimento ao aborto, como o risco agravado por semana de idade gestacional de dificuldades técnicas em intervenções cirúrgicas e a necessidade de transfusões e hospitalização.¹⁷⁷ Essa dinâmica também aumenta a carga administrativa e de custos do aborto para os provedores. Conforme observado nos EUA, “[o]s custos e riscos associados ao fato de ser forçado a viajar distâncias cada vez maiores para ter acesso ao aborto são multifacetados e incluem encargos financeiros, emocionais e físicos, bem como riscos de imigração [e] afetam desproporcionalmente as gestantes que já enfrentam discriminação sistêmica, incluindo imigrantes, pessoas de cor, pessoas de baixa renda, jovens e pessoas com deficiências”.¹⁷⁸ O Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial ressaltou que “algumas formas de discriminação racial têm um impacto único e específico sobre as mulheres”.¹⁷⁹

Deveres Conflitantes para Profissionais da saúde

De acordo com o Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Discriminação contra Mulheres e Meninas, “Autonomia significa que uma mulher que procura serviços relacionados à sua saúde, fertilidade ou sexualidade tem o direito de ser tratada como um

indivíduo em seu próprio direito, a única beneficiária do serviço prestado pelo profissional de saúde e totalmente competente para tomar decisões relativas à sua própria saúde”.¹⁸⁰ Contudo, a dinâmica do estigma discutida acima destaca como - na medida em que a exigência de notificação policial prevista na Lei de Notificação é interpretada para vincular profissionais da saúde durante o atendimento ao aborto - essa obrigação legal entra em conflito com os deveres dos profissionais da saúde para com as pacientes, especialmente com relação aos deveres de confidencialidade. Isso impacta o direito à saúde. Essa dinâmica de dupla lealdade, que inevitavelmente leva à incapacidade de profissionais de oferecer o mais alto padrão de atendimento, é discutida em detalhes na Seção IV.

Violência de Terceiros

Conforme observado acima, o Brasil tem a obrigação de proteger o direito à saúde sexual e reprodutiva, o que exige que ele “tome medidas para impedir que terceiros interfiram direta ou indiretamente no gozo do direito”.¹⁸¹ O Brasil deve “criar e implementar leis e políticas que proíbam condutas de terceiros que causem danos à integridade física e mental ou prejudiquem o pleno gozo do direito...”, incluindo a “proibição de violência e práticas discriminatórias, como a exclusão de determinados indivíduos ou grupos da prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva”.¹⁸² Durante a argumentação oral perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, os advogados do Center for Reproductive Rights enfatizaram que as exigências de notificação de abortos prejudicam o acesso à assistência médica livre de violência, como parte do direito à saúde.¹⁸³ Mulheres grávidas que procuram o acesso ao aborto estão em um estado de maior vulnerabilidade, e notificações que identificam sobreviventes que procuram atendimento podem aumentar o número de pessoas que estão cientes de sua intenção de fazer um aborto, aumentando assim o risco de serem pessoalmente ameaçadas ou atacadas.

As exigências de notificação policial também podem levar a (medo de) retaliação contra profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados às sobreviventes pela pessoa responsável pela violência reportada - nesse caso, o estupro.¹⁸⁴ Com efeito, protocolo da Secretaria de Saúde do Paraná observa que a tarefa de lidar com casos de violência em geral e denunciá-los deve ser compartilhada entre os membros de uma equipe para oferecer maior proteção aos notificadores individuais.¹⁸⁵ O medo de retaliação também pode levar a outras práticas por parte de profissionais da saúde com o objetivo de minimizar esse risco. Tais práticas restringem o acesso ao aborto e prejudicam os objetivos declarados das exigências de notificação policial e até mesmo de notificação de vigilância epidemiológica. Isso pode acarretar o risco de sanções que podem impedir a capacidade dos profissionais da saúde de prestarem atendimento a longo prazo ou levá-los a evitar casos que envolvam violência passível de notificação.

Proibições Contra Medidas Regressivas

Os Estados também violarão o direito à saúde se adotarem “quaisquer medidas regressivas incompatíveis com as obrigações fundamentais do direito à saúde”, inclusive “a adoção de legislação ou políticas que sejam manifestamente incompatíveis com as obrigações legais nacionais ou internacionais preexistentes em relação ao direito à saúde”.¹⁸⁶ Embora as obrigações do Brasil com relação ao direito à saúde sexual e reprodutiva se estendam além desse motivo limitado de violação, como princípio, os requisitos de notificação da polícia aplicados durante o atendimento ao aborto parecem ser um caso claro de medida regressiva, ao implementarem novas restrições para quem busca fazer uma reivindicação de serviços de aborto legal tendo por fundamento dispositivo de longa data do Código Penal Brasileiro que permite o aborto em casos de estupro.

Após a promulgação do Regulamento Teste, agora revogado, uma comunicação conjunta dos titulares de mandato dos Procedimentos Especiais das Nações Unidas destacou a exigência de notificação policial da portaria e expressou preocupação com o regulamento como um retrocesso normativo.¹⁸⁷ As alegações do governo brasileiro em resposta - de que o regulamento implicava apenas “pequenas mudanças” em relação ao cenário existente (e agora restabelecido) da exigência de notificação policial coexistente da Lei de Notificação e do Regulamento do Procedimento - estão incorretas em duas frentes: primeiro, conforme explorado acima, o Regulamento Teste tinha um escopo mais amplo e, segundo (e mais fundamentalmente), a alegação do governo ignora o fato de que a exigência de notificação policial na Lei de Notificação também é um novo desenvolvimento, de 2019.¹⁸⁸ Na medida em que se alega que o panorama atual tem o mesmo escopo que o Regulamento Teste e é implementado de acordo com ele, configura-se de um retrocesso normativo. De fato, isso é verdade na medida em que, contrariando as obrigações fundamentais do Brasil em relação ao direito à saúde sexual e reprodutiva, ele de alguma forma cria barreiras ao aborto legal ou modifica a dinâmica do processo de autorização, prejudicando o acesso a serviços de aborto acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade, bem como a serviços de saúde sexual e reprodutiva em geral, aumentando os fatores que levam a abortos inseguros.

Além das obrigações fundamentais do Brasil, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais enfatizou que medidas regressivas relativas à saúde sexual e reprodutiva em particular devem ser evitadas.¹⁸⁹ Isso inclui, por exemplo, a imposição de barreiras aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.¹⁹⁰ Quando medidas retrógradas ocorrem, o estado tem o ônus de provar sua necessidade.¹⁹¹ É altamente improvável que a exigência de notificação policial prevista na Lei de Notificação, especialmente na medida em que é usada para condicionar o acesso ao aborto à identificação das sobreviventes, possa atender a esse ônus.

O Comitê de Direitos Humanos expressou preocupação “com a introdução de requisitos excessivos, como a obrigação de apresentar

prova de que o processo judicial foi aberto em casos de estupro ou incesto”, solicitando sua eliminação para “garantir que as mulheres tenham acesso efetivo a abortos legais”¹⁹² De fato, se a notificação policial nos termos da Lei de Notificação for aplicada no atendimento ao aborto, as pacientes que buscam aborto após um estupro só poderão ter acesso ao atendimento se aceitarem que as informações que fornecerem poderão ser usadas como prova para futuros processos criminais, não apenas contra o agressor, mas também (por meio da declaração de responsabilidade e das leis que cita) potencialmente contra elas mesmas.

O Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes observou que “o acesso limitado e condicional à assistência relacionada ao aborto, especialmente quando essa assistência é negada com o objetivo inadmissível de punir ou obter uma confissão, continua sendo preocupante”.¹⁹³ Se uma paciente não quiser ser identificada por meio da notificação de estupro, ela só poderá garantir esse resultado se decidir não ter acesso ao atendimento. O Comitê de Direitos Humanos também expressou preocupação com uma dinâmica semelhante à apresentada no Regulamento do Procedimento, e para a qual a aplicação da notificação policial, conforme explorado acima, muda o foco para a criminalização: uma “exigência de que três médicos devam consentir com um aborto pode constituir um obstáculo significativo para as mulheres que desejam se submeter a um aborto legal e, portanto, seguro”.¹⁹⁴

A Comissão Interamericana considerou necessário, ao avaliar se uma medida retroativa é compatível com a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, “determinar se ela é justificada por razões de importância suficiente”.¹⁹⁵ Considerou-se que a Guatemala violou o princípio de não retrocesso por criar barreiras legais ao acesso à assistência médica, da mesma forma que a notificação policial impede a realização rápida, efetiva e plena do direito à saúde.¹⁹⁶ O Tribunal Constitucional da Colômbia também - em um teste de equilíbrio semelhante aos adotados pelos Tribunais Constitucionais do Equador, Peru e Guatemala - “indicou que uma medida é entendida como retrógrada quando: (i) a esfera substantiva de proteção do direito em questão é reduzida ou limitada; (ii) aumenta substancialmente os requisitos para acessar o respectivo direito; e (iii) reduz ou desvia significativamente os recursos públicos alocados para satisfazê-lo”.¹⁹⁷ As notificações policiais que identificam os sobreviventes limitam significativamente a esfera de proteção do direito, na medida em que anulam a exceção de estupro ao impedir o acesso ao aborto em casos de estupro. Se for aplicada à autorização dessa forma, ela também se soma e, portanto, aumenta os requisitos de acesso. Além disso, o relatório policial exige e, portanto, desvia recursos públicos do procedimento médico real para o trabalho administrativo que não é necessário para realizar o procedimento e, ademais, não avança - e, na verdade, prejudica - os supostos objetivos da notificação policial, tornando-a totalmente desnecessário.

O Direito à Não Discriminação

O direito à saúde está intimamente relacionado e depende da realização de outros direitos humanos, inclusive os direitos à vida e à não discriminação, que são seus componentes integrais.¹⁹⁸ As notificações policiais que identificam sobreviventes de acordo com a Lei de Notificação comprometem o direito à não discriminação, uma vez que influenciam a implementação do direito à saúde, pois estabelecem uma distinção para sobreviventes específicos de uma forma específica de violência contra mulheres cis (ou seja, mulheres que podem engravidar em decorrência de agressão sexual pênis-vaginal) que buscam tratamento em instalações de saúde públicas e privadas ao imporem uma regulamentação adicional para fins não relacionados às necessidades de saúde.

Quando aplicada no contexto do aborto, ela frustra o acesso de um subgrupo de sobreviventes ao aborto legal, tornando sua condição de sobrevivente de estupro (que permite o aborto legal sob a exceção do estupro) um motivo exclusivo para a notificação à polícia, como parte da categoria geral de violência contra a mulher, e desencadeia as barreiras associadas a essa notificação. De fato, o risco de notificação policial prejudica o acesso ao aborto legal também sob os outros fundamentos permitidos de anencefalia e risco de vida,¹⁹⁹ sempre que acessado por uma sobrevivente que revela violência ou sempre que a evidência de violência é descoberta durante a consulta médica. Isso cria incentivos significativos para não revelar ou ocultar evidências de violência e abuso sexual e não receber os cuidados necessários para esse abuso, como um custo para acessar a assistência ao aborto por esses outros motivos. No entanto, a notificação policial não restringe o acesso à assistência médica para mulheres que não são sobreviventes de violência; para mulheres que levam a gravidez até o fim e, portanto, não estão expostas ao escrutínio da autorização para o aborto legal após o estupro, embora a violência ainda possa ser descoberta durante o atendimento de rotina; ou para pacientes cisgêneros do sexo masculino que buscam assistência à saúde reprodutiva ou outra.

Essa criação de barreiras para um subgrupo de sobreviventes de estupro criado arbitrariamente viola o direito à não discriminação e à igualdade de tratamento, que “exige que as necessidades distintas de saúde sexual e reprodutiva de grupos específicos, bem como quaisquer barreiras que esses grupos possam enfrentar, sejam atendidas”.²⁰⁰ Ao abordar a instrumentalização dos corpos das mulheres no setor de saúde, o Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Discriminação contra Mulheres e Meninas recomendou que os Estados “eliminem as barreiras discriminatórias ao acesso à interrupção legal da gravidez não baseada em necessidades médicas...”.²⁰¹ Os Estados “não podem invocar a diferença biológica das mulheres em relação aos homens e sua capacidade reprodutiva como base para restringir permissivamente seus direitos”²⁰² e deve garantir que os serviços de saúde acomodem essas diferenças biológicas, inclusive na reprodução.²⁰³

Essa atenção às diferenças e às necessidades demonstra como a não discriminação e a igualdade exigem igualdade substantiva, além da igualdade legal e formal.²⁰⁴ A igualdade substantiva faz parte das medidas que os Estados devem adotar para alcançar o “empoderamento efetivo e igualitário das mulheres”.²⁰⁵ Devido às capacidades reprodutivas das mulheres, a realização do direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva é essencial para a realização de toda a gama de seus direitos humanos.²⁰⁶ Tratar os gêneros de forma igual e tratar igualmente as pessoas situadas de forma diferente dentro dos gêneros e entre eles envolve abordar os riscos relacionados à saúde que são distribuídos de forma injusta. Em uma comunicação sobre o Brasil emitida em 2011, o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher concluiu que a falha em fornecer atendimento oportuno e de qualidade por meio de procedimentos de saúde materna também usados no aborto constituía discriminação com base no sexo, na origem socioeconômica e na condição de mulher afrodescendente.²⁰⁷ Também observou “a existência de discriminação de fato contra as mulheres” no Brasil, “especialmente as mulheres dos setores mais vulneráveis da sociedade, como as mulheres afrodescendentes”, e como isso é “exacerbado pelas disparidades regionais, econômicas e sociais”.²⁰⁸ Além disso, o Comitê reconheceu que “a discriminação contra as mulheres com base no sexo e no gênero está inextricavelmente ligada a outros fatores que afetam as mulheres, como raça, etnia, religião ou crença, saúde, status, idade, classe, casta, orientação sexual e identidade de gênero”.²⁰⁹ Proibir o acesso aos serviços de saúde e ao aborto para mulheres sobreviventes de violência equivale a discriminação de gênero, além desses outros fatores e na medida em que eles se cruzam.

IV. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes Transformam Profissionais da Saúde em Agentes do Aparato Jurídico Criminal, Contrariando os Direitos Humanos e a Ética Profissional

As exigências de notificação para identificar sobreviventes à polícia colocam médicas/os e outros profissionais da saúde que prestam atendimento relacionado ao aborto no processo de investigação criminal. Isso altera o relacionamento com as pacientes, criando uma dinâmica de dupla lealdade na qual têm obrigações simultâneas com as pacientes e com o governo. Isso coloca em risco suas obrigações de acordo com a legislação internacional de direitos humanos e com a ética profissional, especialmente ao forçar a quebra do sigilo médico, com impactos deletérios sobre os direitos à privacidade e à saúde e sobre a dignidade das pacientes.

Dupla Lealdade

Dupla lealdade é uma expressão que capta uma dinâmica de responsabilidades incompatíveis tanto com os pacientes quanto com terceiros: neste caso, o governo. Isso representa um risco para a ética e os direitos humanos. De acordo com os princípios da ética médica, médicas/os podem colocar os interesses de terceiros acima dos de seus pacientes somente em situações excepcionais, como a notificação obrigatória de doenças em que prevalecem os interesses importantes da população em geral. Em situações como uma determinação policial ou militar para contribuir com violações fundamentais dos direitos humanos, como a tortura, o conflito é claramente resolvido em favor dos pacientes.²¹⁰ A área cinzenta entre casos claros “requer um discernimento considerável”²¹¹ e tem sido usada pelos Estados para expandir as exceções à confidencialidade de maneiras que colocam em risco ou violam seriamente os direitos humanos.²¹²

Profissionais da saúde em todo o mundo têm sido agentes coagidos ou capacitados da lei penal, inclusive em contextos de saúde reprodutiva. Têm sido processados e colocados em perigo por resistirem às leis de notificação que exigiam acesso aos registros médicos de vítimas de tortura, envolvidos na notificação policial de mulheres que buscavam atendimento após aborto inseguro para que fossem processadas e também envolvidos em esforços conjuntos com a aplicação da lei para buscar provas incriminatórias de uso de drogas contra mulheres que buscavam atendimento pré-natal ou obstétrico.²¹³ Como observa o International Dual Loyalty Working Group, “não faz parte da função do profissional de saúde participar de atividades de aplicação da lei”²¹⁴ Quando um estado exige que os profissionais da saúde denunciem pacientes, especialmente em casos de aborto, eles “mudam a base do relacionamento entre médico e paciente” e “violam a proteção

da saúde e da vida pela qual os médicos são responsáveis”.²¹⁵ Conforme observado pelo NUDEM, a imposição de obrigações de notificação a profissionais da saúde no Brasil desloca e transfere uma obrigação que é de responsabilidade do sistema jurídico criminal e dos promotores. Não é papel de profissionais da saúde investigar crimes de violência sexual, e qualquer informação coletada deve ser encaminhada à polícia apenas de forma anônima.²¹⁶

Quando profissionais da saúde precisam equilibrar sua obrigação de fornecer atendimento ético e de qualidade a pacientes com obrigações legais contrárias, incluindo sanções de saúde pública²¹⁷ e criminais, questões médicas de risco se tornam questões jurídicas, determinadas por advogados e não por julgamento clínico. De fato, quando há margem para interpretação, como questões sobre o que constitui um risco suficiente para uma sobrevivente ou para a comunidade para justificar a identificação de uma paciente para a polícia, ou sobre quais formulários usar para relatar casos com ou sem identificação e a natureza e a quantidade de informações a serem compartilhadas, as contestações dos profissionais da saúde sobre o que devem fazer no momento para cumprir as questões legais aumentam e agravam as difíceis questões de necessidade e ética médica.

Essas escolhas podem ser difíceis: recusar-se a notificar pode reduzir as barreiras para as pacientes, mas as penalidades legais são assustadoras e o medo de se expor a elas pode dissuadir profissionais de trabalhar nessa área, enquanto incorrer nelas pode inviabilizar sua prática. Enquanto isso, o envolvimento em notificações policiais cria barreiras para o atendimento e pode levar a resultados de saúde ruins e esperar até que esses resultados se degradem a ponto de se poder usar um motivo adicional para o aborto legal que, por definição, não levanta a questão da notificação (risco de vida), leva muito direta e explicitamente a um risco de morte e morbidades graves.²¹⁸

O Direito à Confidencialidade

A dinâmica de dupla lealdade da notificação policial identifica a força a violação das obrigações de confidencialidade sob os direitos humanos à saúde e à privacidade. A notificação policial nos termos da Lei de Notificação, se aplicada ao processo de autorização para aborto, pode exigir a divulgação de informações confidenciais à polícia e facilitar o compartilhamento mais amplo do prontuário médico e dos formulários de autorização em processos judiciais criminais, ao mesmo tempo em que cria o risco de divulgações não autorizadas em ambos os sistemas.

O direito ao atendimento médico confidencial é um elemento do direito à saúde, pois garantir a não divulgação de informações privadas é fundamental para garantir o acesso a serviços de saúde aceitáveis.²¹⁹ A confiança e a expectativa de pacientes de que profissionais da saúde não revelarão suas informações pessoais são essenciais para garantir que pacientes se sintam seguros em compartilhar, e não reter, informações importantes e necessárias, de modo a não impedir que as/os médicas/os forneçam um

atendimento médico eficaz e adequado.²²⁰ Além disso, as violações do sigilo médico podem, “quando acompanhadas de estigmatização, levar à demissão ilegal do emprego, expulsão da família e da comunidade, agressão física e outros abusos”.²²¹ Para garantir o direito à saúde, os Estados têm a obrigação geral de “assegurar a remoção de todas as barreiras ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, (...) inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva”.²²² bem como a obrigação específica de tomar medidas eficazes para garantir o sigilo médico e a privacidade,²²³ incluindo a regulamentação dos serviços médicos para garantir que eles sejam respeitados.²²⁴ De acordo com a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, os dados genéticos armazenados que identificam uma pessoa também devem ser mantidos em sigilo nas condições (e com quaisquer limitações) estabelecidas por lei.²²⁵

O direito à privacidade também proporciona aos indivíduos o direito ao atendimento médico confidencial e à proteção dos dados de saúde, e aos médicos o direito e o dever de manter a confidencialidade. Isso ocorre porque as informações e as evidências físicas que médicas/os tomam conhecimento por meio da revelação e observação da/o paciente - especialmente informações de natureza sexual - “descobrem os aspectos mais sensíveis ou delicados de um indivíduo”.²²⁶ Recentemente, a Corte Interamericana de Direitos Humanos decidiu, no caso *Manuela v. El Salvador*, que todos os Estados sob sua jurisdição, inclusive o Brasil, devem “garantir que a confidencialidade entre médico e paciente seja especialmente protegida nos casos em que os direitos reprodutivos sejam motivo de preocupação”²²⁷ O direito à privacidade também envolve a confidencialidade dos registros médicos, exigindo que os Estados tomem medidas eficazes para garantir que as informações não sejam manipuladas por pessoas não autorizadas por lei e nunca sejam usadas para fins incompatíveis com as proteções dos direitos humanos.²²⁸

O Comitê de Direitos Humanos observou que “os Estados que impõem aos médicos e a outros profissionais da saúde o dever legal de relatar casos de mulheres que se submeteram ao aborto” ilustram a falta de respeito à privacidade.²²⁹ Os relatórios policiais que identificam as sobreviventes que procuram o aborto também relatam o fato de que elas procuraram um aborto, embora em um contexto estritamente legalizado, bem como a identidade do profissional de saúde envolvido. Isso também facilita as solicitações judiciais para a divulgação de informações mais abrangentes sobre a paciente. O direito à privacidade não é absoluto, mas as restrições ao aborto não devem interferir arbitrariamente na privacidade - em outras palavras, elas devem atender aos requisitos de direitos humanos de legalidade, necessidade e proporcionalidade.²³⁰ Os relatórios policiais que identificam as pacientes que buscam aborto provavelmente não atendem a esses requisitos.

De acordo com o requisito de legalidade, qualquer divulgação de informações sobre saúde sexual e reprodutiva relacionadas ao aborto violará o direito à privacidade, a menos que siga uma lei

precisa que “inclua regras claras e detalhadas” que sejam “inequívocas, de modo que não suscitem dúvidas nos responsáveis pela aplicação da restrição e não lhes permitam agir de forma arbitrária ou discricionária”²³¹ A falta de clareza nas leis e regulamentos que regem a divulgação, notadamente, leva profissionais da saúde a errarem na divulgação de informações privadas por medo de sofrerem sanções.²³² As disposições da Lei de Notificação que preveem notificações que identificam sobreviventes provavelmente não atendem ao requisito de legalidade, pois confundem ainda mais um cenário contraditório de obrigações legais, fornecendo orientação insuficiente para que os profissionais da saúde regulem sua conduta.

Semelhante ao estado ambíguo da lei salvadorenha examinada em Manuela,²³³ a legislação penal brasileira restringe a divulgação, inclusive ao testemunhar²³⁴, de informações privadas descobertas no desempenho de funções profissionais,²³⁵ ao mesmo tempo em que torna uma contravenção penal para os profissionais da saúde não comunicar um crime de ação pública, como o estupro (embora isso não se aplique quando expõe um paciente à criminalização)²³⁶ e, por meio da Lei de Notificação. Assim, cria uma obrigação adicional de identificar sobreviventes e casos específicos para a polícia em casos excepcionais, e informações não identificadas em todos os casos, sempre com o risco de identificação incidental. O Código de Saúde do Estado de São, por exemplo, também estabelece, como parte do reconhecimento e da proteção dos direitos individuais na assistência à saúde, a necessidade de assegurar que “a confidencialidade das informações pessoais divulgadas seja garantida e respeitada”, sem exceções.²³⁷ As proteções também estão incluídas no Código de Processo Penal e as proteções de intimidade e privacidade na Constituição Brasileira.²³⁸

Essas disposições não podem ser conciliadas. A magnitude das informações coletadas e anexadas ao prontuário médico do paciente, e que poderiam ser divulgadas junto com esse prontuário, incluindo potencialmente os dados genéticos da pessoa grávida se o mesmo escopo do Regulamento Revisado for reivindicado, vai muito além de qualquer informação pertinente coberta por “justa causa”.²³⁹ Além disso, esses conceitos não são ampliados por meio de nenhum consentimento específico da paciente devido à natureza altamente restrita do processo de consentimento nos termos do Regulamento do Procedimento. Mesmo que se pudesse afirmar que o consentimento nesse processo é significativo em termos gerais, ele é diretamente orientado para o procedimento de aborto, e o formulário de consentimento menciona apenas incidentalmente a divulgação sob solicitação judicial. A paciente deve aceitar esse processo como um todo ou perder a possibilidade de aborto legal.

Além da incerteza de obrigações legais contraditórias, a possibilidade de discordância sobre o escopo da notificação policial nos termos da Lei de Notificação - sobre se o limite de risco para a sobrevivente ou para a comunidade foi atingido, ou o tipo e a

quantidade de informações a serem incluídas nos formulários de notificação para notificações identificadas e anonimizados - significa que profissionais da saúde podem errar ao fazer notificações que identifiquem as sobreviventes ou ao compartilhar uma quantidade de informações que incidentalmente as identifique, mesmo nos casos em que tenham decidido proceder apenas com notificações anonimizadas.

Ao examinar os requisitos de necessidade e proporcionalidade, é importante considerar a razão pela qual o governo criou um requisito legal para que profissionais da saúde relatem informações confidenciais de saúde, já que a “causa invocada” para justificar as restrições ao direito à privacidade deve necessariamente ser uma permitida pelos direitos humanos.²⁴⁰ O objetivo ostensivo da exigência de notificação à polícia na Lei de Notificação foi enquadrado como uma estratégia para preencher as lacunas de dados devido à subnotificação e à falta de comunicação entre profissionais da saúde e a polícia e, portanto, para informar melhor a formulação de políticas públicas correspondentes e para proteger as mulheres sinalizando o risco de danos.

Contudo, na medida em que se alega que essa exigência de notificação policial tem o mesmo escopo que o Regulamento Revisado e se aplica a casos de aborto legal após estupro, essas justificativas alegadas ilegítimamente não atendem aos critérios exigidos pelos testes de necessidade ou proporcionalidade. Isso porque, quando aplicadas no contexto do processo de autorização do aborto após o estupro, no qual a notificação policial é acionada e a identificação pode ocorrer, os resultados para o acesso ao atendimento são tão extremos que fica claro que esses objetivos alegados não apenas não são avançados, mas frustrados. Portanto, seja por meio de estratégia intencional ou de forma não deliberada ao recusar a abordar essa dinâmica, o objetivo subjacente da notificação policial só pode ser a restrição ao aborto.

Identificar um efeito inibidor no acesso ao aborto legal como o objetivo real de qualquer aplicação da exigência de notificação policial da Lei de Notificação ao aborto ressalta que, especialmente nesse contexto, a comunicação policial não é necessária. Além disso, mesmo que o propósito alegado de facilitar a notificação e a acusação seja levado a sério, o teste de necessidade não é atendido, pois existem medidas alternativas existentes e possíveis para alcançar esse objetivo e que acarretam menores ônus para os direitos das pacientes, como as que não divulgam informações confidenciais de saúde ou que as divulgam de maneira menos prejudicial,²⁴¹ incluindo canais comuns para notificações de crimes.

De forma grave, exigências de notificação policial estão ainda mais expostas a críticas em comparação com a notificação de estupro, pois retiram completamente o arbítrio das sobreviventes para notificação policial e geram os mesmos (e possivelmente mais) danos. De fato, obrigam a incursões na confidencialidade com base na suposição homogeneizadora de que a notificação policial é sempre o objetivo desejado pelas sobreviventes e sempre ocorre em circunstâncias que implicam a quebra da confidencialidade, o

que a torna uma profecia autorrealizável. Entretanto, a quebra de confidencialidade em casos reportados é uma perda real, e não binária: não é simplesmente mantida ou perdida, mas pode ter escala. A extensão da divulgação por meio de notificações obrigatórias, especialmente em casos que identificam sobreviventes, é significativa, com o escopo das informações e dos atores que têm acesso a essas informações rotineiramente indo além daqueles envolvidos nos riscos à confidencialidade encontrados em notificações pessoais comuns em delegacias sem privacidade.²⁴² A notificação criminal não obrigatória por parte do sobrevivente fornece as ferramentas necessárias para atender aos apelos da lei internacional de direitos humanos para investigar e processar a violência sexual de uma maneira que não comprometa a profissão médica, o atendimento ao paciente e os direitos humanos.

Identificar a restrição ao aborto como o objetivo real da aplicação da notificação policial a esse contexto também é importante para destacar que os impactos prejudiciais de qualquer exigência de divulgação de informações confidenciais de saúde são desproporcionais a quaisquer vantagens ostensivas. Mesmo quando uma medida é necessária para atingir seu objetivo, os custos que ela exige não devem ser “exagerados ou desproporcionais” em comparação com quaisquer vantagens para o interesse que a justifica e qualquer objetivo legítimo que ela facilite; ela deve interferir apenas na menor extensão possível com o direito à privacidade, ou violará esse direito.²⁴³

Ao constatar uma violação do direito à privacidade no caso Manuela, a Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou, no caso de emergências obstétricas, que quando houver conflito entre o dever de manter o sigilo profissional e o dever de informar, o dever de sigilo profissional deve prevalecer. Isso se deveu a uma série de danos graves resultantes do dever de notificação à polícia em relação àquelas que se submeteram a abortos. Como a Corte reconheceu, “o desrespeito ao sigilo médico pode inibir as pessoas de procurar atendimento médico quando precisam”, restringindo especificamente o acesso das mulheres ao atendimento.²⁴⁴

O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher ressaltou que a “falta de respeito pela confidencialidade dos pacientes” tem um impacto desigual sobre as mulheres, impedindo-as de buscar orientação e tratamento médico para questões de saúde sexual e reprodutiva.²⁴⁵ Além disso, o Comitê de Direitos Humanos observou, por mais de duas décadas, que “a obrigação legal imposta a profissionais da saúde de relatar casos de mulheres que se submeteram a abortos pode inibir as mulheres de buscar tratamento médico, colocando em risco suas vidas”.²⁴⁶ Conforme observado acima, a notificação policial que identifica as sobreviventes impõe barreiras significativas ao acesso ao aborto e cria sérios danos aos direitos das sobreviventes à saúde física e mental, à vida, à privacidade, à dignidade e à não discriminação.

A extensão da divulgação de informações confidenciais, potencialmente incluindo evidências físicas de estupro, coletadas durante o exame médico ressalta a interferência excessiva dos

relatórios policiais no direito à confidencialidade.²⁴⁷ As informações médicas sobre o corpo do paciente coletadas durante um exame são protegidas como dados pessoais confidenciais de acordo com o Código de Saúde²⁴⁸, o Código Penal²⁴⁹ e o Código de Processo Penal²⁵⁰, bem como o direito à privacidade.²⁵¹ Ela também é protegida pela Constituição de 1988²⁵² e legislação específicas.²⁵³ A legislação estrangeira comparável, como a Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 nos EUA, ressalta que, para serem eficazes, as obrigações de privacidade de dados e confidencialidade do paciente devem se estender a todos os agentes que têm acesso a informações médicas, inclusive administradores e sistemas de terceiros.²⁵⁴ A divulgação obrigatória se estende a vários profissionais da saúde e atores legais criminais em todos os casos, e a Lei de Notificação não oferece nenhuma estrutura para o compartilhamento direcionado. Particularmente, como em Manuela, e após a revogação de regulamentações específicas, não há “critérios claros sobre as circunstâncias em que as autoridades médicas podem compartilhar o registro médico de alguém”.²⁵⁵ Além disso, conforme observado acima, há preocupações significativas com relação à voluntariedade e ao escopo real do consentimento sob o processo de autorização e com relação à legitimidade das exigências de divulgação por meio de relatórios policiais sob a Lei de Notificações.

Confidencialidade e Demais Aspectos da Ética Profissional²⁵⁶

Não é possível que os profissionais da saúde²⁵⁷ identifiquem, nas notificações à polícia, as vítimas de estupro que buscam o aborto legal, sem violar os deveres éticos fundamentais e as obrigações em relação às pacientes assumidas pela comunidade médica no Brasil e no mundo. Médicas/os e outras/os prestadores de serviços de saúde têm a responsabilidade conjunta de defender os direitos das pacientes e de “buscar os meios adequados para assegurá-los ou restaurá-los” quando a legislação ou a ação governamental os negar,²⁵⁸ e podem ser eticamente obrigados a não cumprir leis ou práticas institucionais ou colaborativas que exijam comportamento antiético.²⁵⁹ Profissionais da saúde também podem ter direitos e deveres de levar a conduta antiética ao conhecimento dos órgãos competentes,²⁶⁰ formuladores de políticas, políticos e o público²⁶¹ e participar do desenvolvimento de protocolos institucionais, bem como de políticas sociais,²⁶² educação em saúde e legislação.²⁶³

A Declaração de Córdoba reafirma a oposição à interferência governamental e incentiva governos, autoridades de saúde, associações médicas, médicos e pacientes a defenderem, protegerem e fortalecerem a relação médico-paciente, e os médicos a preservar os valores éticos.²⁶⁴ Os princípios éticos relevantes explorados a seguir são a confidencialidade, o respeito à autonomia, a prática da beneficência e da não maleficência, o compromisso com a justiça e a não discriminação; e a defesa dos direitos humanos.

Confidencialidade: Médicas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os devem respeitar os direitos dos pacientes à

privacidade e à confidencialidade.²⁶⁵ Os códigos de ética dessas profissões fornecem orientações variadas sobre quando é possível divulgar informações confidenciais sendo ético, como, por exemplo, somente com o consentimento explícito do paciente; na medida estritamente necessária com colegas no atendimento conjunto ao paciente ou para remover a ameaça de danos; por justa causa; em defesa do próprio profissional; ou se previsto por lei, incluindo relatórios obrigatórios ou determinação judicial.²⁶⁶ As obrigações de confidencialidade persistem ao testemunhar,²⁶⁷ e médicas/os não devem revelar informações confidenciais que exponham um paciente à responsabilidade criminal na investigação de um crime.²⁶⁸ Além disso, notificação de enfermeiras/os à agentes criminais em casos de violência doméstica e familiar é apropriado somente quando houver risco para a comunidade ou para a sobrevivente, e com prévia notificação à paciente.²⁶⁹ Médicas/os devem manter todas as informações pessoais protegidas e armazenadas adequadamente,²⁷⁰ e médicas/os e enfermeiras/os têm obrigações individuais de manter a confidencialidade dos registros médicos.²⁷¹ Enfermeiras/os também têm a obrigação de respeitar o direito de pacientes de dar e retirar o consentimento para acesso a suas informações genéticas.²⁷²

A notificação compulsória exigida com base em informações descobertas em um ambiente médico confidencial pode abranger, se a noção de “evidências materiais” for interpretada de forma ampla, como era no Regulamento Revisado, a coleta de fragmentos de embriões ou fetos durante a consulta para testes de DNA. Isso envolve dados altamente confidenciais de pacientes que não são usados de acordo com a sua vontade, mas conforme forem relevantes para processos criminais. Isso contraria a expectativa legítima das pacientes, em consonância com o dever de médicas/os de agir em seu melhor interesse, de que as informações serão mantidas em sigilo e usadas em seu benefício, e não para outra finalidade.²⁷³

Tanto a notificação, quanto o envolvimento de vários profissionais no processo de autorização do aborto expandem a cadeia de compartilhamento de informações e aumentam o risco de divulgações não autorizadas. Conforme observado anteriormente, qualquer possibilidade de consentimento da paciente em relação a essas divulgações é arriscada, uma vez que o formulário de consentimento é totalmente voltado para a assistência ao aborto e menciona apenas incidentalmente a divulgação sob solicitação judicial. Ainda, a paciente deve aceitar o processo como um todo ou perderá a possibilidade de obter um aborto legal. Além disso, a notificação nesses casos não configura exceção de divulgação “por lei”²⁷⁴ devido à falta de clareza sobre a divulgação no cenário jurídico mais amplo²⁷⁵ - e leis injustas, como argumentado aqui, não podem ser a base do “dever legal”. Embora alguns profissionais possam alegar que a ética exige a divulgação com base no risco de dano a uma paciente, é importante, especialmente no contexto do aborto, que o escopo dos casos que atendem a esse limite *excepcional* seja interpretado de forma restrita, tanto para avaliar o risco real de dano (bem como os danos específicos que

a notificação pode criar nesses casos), quanto para não eliminar completamente as obrigações de confidencialidade.

Autonomia: Médicas/os devem ter a liberdade de exercer seu julgamento profissional no cuidado e tratamento de seus pacientes sem a influência indevida ou inadequada de partes externas à relação médico-paciente,²⁷⁶ especialmente para fins políticos.²⁷⁷ Enfermeiras/os e assistentes sociais, da mesma forma, têm o direito de exercer sua profissão com autonomia,²⁷⁸ e psicólogas/os não devem estabelecer relações com terceiros que interfiram em seus serviços.²⁷⁹ Quando a notificação compulsória é aplicada aos casos de aborto após estupro, o processo de autorização é reaproveitado e as funções dos profissionais da saúde são reformuladas, definindo uma série de intervenções com as pacientes, incluindo a notificação à polícia e, potencialmente, a transferência de provas, não de acordo com uma avaliação clínica independente ou necessidade médica, mas sim incorporando a prática médica ao serviço de vigilância e acusação criminal. Esses profissionais da saúde também devem respeitar a autonomia e o consentimento da paciente.²⁸⁰ No entanto, a notificação força essas intervenções nas pacientes em casos de aborto após estupro, com um novo propósito, e elas devem aceitá-las ou perder a possibilidade de garantir um aborto legal. O consentimento necessariamente individualizado para o compartilhamento de informações e dados confidenciais também é perdido nesse processo.

Beneficência e não maleficência: A saúde e o bem-estar do paciente são a primeira consideração de médicos.²⁸¹ Médica/os devem agir de acordo com os melhores interesses das/os pacientes, aliviar o sofrimento e não causar danos por ação ou omissão ou permitir ataques à dignidade e à integridade.²⁸² Enfermeiras/os devem trabalhar para promover e restaurar a saúde, prevenir doenças e aliviar o sofrimento, enquanto assistentes sociais devem maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos aos indivíduos, e as/os psicólogas/os devem trabalhar para promover a saúde e a qualidade de vida.²⁸³ As notificações à polícia subvertem os melhores interesses e o bem-estar dos pacientes a serviço da coleta de provas criminais, da acusação e da dissuasão do aborto legal, e podem exigir intervenções desnecessárias e não terapêuticas, como a coleta de provas físicas. Mesmo que essas intervenções possam ser benéficas para um/a paciente específica/o, o processo geral da exigência de notificação e os critérios de identificação com base no risco e não nos resultados terapêuticos do atendimento são problemáticos, uma vez que os princípios da beneficência e da não maleficência exigem atendimento individualizado, reconhecendo que o que pode ser bom para um paciente pode ser prejudicial para outro.²⁸⁴

Justiça e não discriminação: Médicas/os devem garantir a justiça²⁸⁵ e têm o dever de não discriminar idade, doença, deficiência, raça, origem étnica, nacionalidade, gênero, orientação sexual ou posição social,²⁸⁶ enquanto os pacientes têm o direito, sem discriminação, ao atendimento médico adequado.²⁸⁷ Os enfermeiros devem defender os princípios de justiça²⁸⁸ e, juntamente com

assistentes sociais e psicólogas/os, também devem prestar atendimento sem discriminação.²⁸⁹ Esses profissionais também têm a obrigação de agir e defender a equidade e a justiça social²⁹⁰ e a eliminação da discriminação.²⁹¹ Conforme explorado nas Seções III e V, as notificações às autoridades policiais significam que as mulheres sobreviventes de violência que buscam o aborto legal são escolhidas para identificação e regulamentação excepcional na assistência à saúde de forma discriminatória, baseando-se e perpetuando estereótipos de feminilidade, gravidez e aborto, para fins não relacionados às necessidades de saúde, com impactos prejudiciais sobre seus direitos à vida, à saúde, à privacidade e direitos relacionados.

Defesa dos direitos humanos: Médica/os não devem usar o conhecimento médico para violar os direitos humanos e as liberdades civis, mesmo sob ameaça,²⁹² enquanto os enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os têm obrigações éticas de respeitar e promover os direitos humanos em geral.²⁹³ Esses profissionais da saúde também têm obrigações específicas de respeitar, por exemplo, os direitos dos pacientes à dignidade, à saúde, à privacidade, à confidencialidade e à não discriminação.²⁹⁴ Os direitos humanos e a ética profissional funcionam de forma sinérgica: violações específicas dos direitos humanos - inclusive as exploradas nesta Nota Técnica - também são violações da ética profissional.

Impedindo uma Relação Terapêutica Baseada na Dignidade

A notificação à polícia, especialmente quando identifica sobreviventes, mas também, de forma mais geral, ao estabelecer uma dinâmica na qual essa identificação é uma possibilidade, reconfigura a relação entre profissionais da saúde e pacientes dentro do processo de obtenção do aborto legal, com um impacto particular sobre a dignidade da paciente. O respeito à dignidade humana é protegido como um princípio fundamental e substantivo nos direitos humanos²⁹⁵ e na ética médica. A dignidade, além disso, tem um caráter particular no Brasil como “um pilar fundamental da ordem constitucional do país pós-1988”²⁹⁶ e está explicitamente ligada às proteções relativas ao planejamento familiar.

A dignidade é um padrão para o direito humano à saúde em geral: “Todo ser humano tem o direito de desfrutar do mais alto padrão possível de saúde que conduza a uma vida digna”.²⁹⁷ Este é um padrão específico para a prestação de serviços de saúde: a prestação de serviços que respeita a dignidade da mulher faz parte de tornar os serviços aceitáveis e acessíveis às mulheres, e os Estados não devem permitir práticas coercitivas que violem a dignidade da mulher.²⁹⁸ A Constituição brasileira, da mesma forma, vincula explicitamente a dignidade - e seu lugar fundamental no sistema jurídico brasileiro - à saúde, ao bem-estar e aos direitos reprodutivos das mulheres: a dignidade humana é, juntamente com a paternidade responsável, a base da “proteção especial” que garante que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, (...) vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.²⁹⁹ A legislação sob essa disposição especifica que “[o]

planejamento familiar é um direito de todo cidadão”, entendido como parte das garantias constitucionais que visam a igualdade e como ações para cuidar de mulheres, homens ou casais.³⁰⁰

A ética profissional complementa os direitos humanos e a Constituição brasileira ao promover a dignidade na relação entre profissional e paciente. Por exemplo, o compromisso da ética médica de respeitar a personalidade se sobrepõe ao respeito à dignidade e à igualdade no cerne dos direitos humanos: profissionais da saúde que seguem os princípios éticos no respeito à autonomia das mulheres também estão combatendo a discriminação de gênero e, ao eliminar o preconceito racial e de gênero nas interações com os pacientes, de acordo com o princípio ético da justiça, estão defendendo a dignidade humana.³⁰¹

Os códigos de ética profissional também tratam especificamente da dignidade. O respeito à dignidade humana é tanto um dever ético das/os médicas/os³⁰² quanto um dos “principais direitos do paciente que a profissão médica endossa e promove”.³⁰³ É um direito dos pacientes inerente à enfermagem³⁰⁴ e uma obrigação primária para enfermeiras/os, assistentes sociais e psicólogas/os.³⁰⁵ A dignidade humana é “um dos valores fundamentais da medicina e é um elemento essencial de um bom relacionamento terapêutico”, especialmente no que se refere à compaixão, que facilita a confiança e a cura.³⁰⁶ Na prática, os códigos de ética especificam que o respeito à dignidade inclui o direito ao alívio do sofrimento;³⁰⁷ o respeito à diversidade, à diferença cultural, ao consentimento livre e informado, à privacidade, à confidencialidade, à equidade e à justiça no tratamento;³⁰⁸ tratar as pessoas como elas querem ser tratadas; formar relacionamentos empáticos; desafiar crenças e ações estigmatizantes; prática criticamente reflexiva; reconhecer a vulnerabilidade;³⁰⁹ não permitir ou encobrir atos contra a dignidade;³¹⁰ e não usar o poder de sua posição para impor ideologias políticas ou preconceitos que violem a dignidade humana.³¹¹

As exigências de notificação à polícia forçam pacientes e profissionais da saúde a se envolverem em etapas adicionais em um processo predefinido de múltiplos estágios para autorizar o aborto legal. Em um nível fundamental, ao estabelecer barreiras para o aborto,³¹² a notificação à polícia, especialmente quando identifica pacientes, impinge-se à dignidade como autonomia na vida e no planejamento familiar, conforme protegido pela Constituição Brasileira. Além disso, prejudica a autonomia das relações entre o provedor e a paciente e o escopo para um atendimento compassivo, empático e individualizado, definido ao lado das pacientes de acordo com suas necessidades e bem-estar. As exigências de notificação da polícia nesses casos, além de minar a confiança nas relações entre profissionais e pacientes ao ameaçar a confidencialidade e reforçar o estigma, também debilitam o atendimento direcionado ao paciente. Isso porque remove a capacidade da paciente de decidir se deve ou não denunciar um estupro - e, assim, expor-se ao sistema criminal e suas consequências - e se impõe como uma condição para a obtenção de um aborto. Uma

das poucas decisões a critério de uma ou um profissional de saúde é a de realizar ou não a identificação da paciente ou a de não fazer a comunicação e, assim, infringir a lei; mas, mesmo assim, outros profissionais envolvidos no caso podem decidir notificar as autoridades em seu lugar.

Embora se possa argumentar - em conformidade com a acusação de crimes de ação penal pública - que a comunicação de violência sexual descoberta durante a consulta de aborto poderia promover a dignidade e a integridade das pacientes a serviço da reparação, a remoção da capacidade da vítima de decidir se deve ou não denunciar é particularmente preocupante nesses casos, dada a subversão da autonomia quanto a violência sexual, agravada pela gravidez e pela dinâmica do processo de autorização, que restringe a tomada de decisão também sobre o aborto. Além disso, mesmo que a notificação à polícia fosse uma meta desejada por uma paciente específica, as barreiras e o estigma criados pela notificação compulsória significam que ela, de fato, reduz a probabilidade de uma paciente se envolver com o processo de aborto legal, a notificação e o início de um processo criminal. Ao remover a autonomia da paciente, incluindo a autonomia em desenvolvimento nos menores, a dinâmica da notificação piora a “assimetria no exercício do poder” na dinâmica médico-paciente, conforme observado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em um caso que afirma a importância da autonomia na esfera da saúde para a proteção contra o paternalismo e a instrumentalização de pacientes.³¹³

Os impactos psicológicos desse processo são contrários à cura e à relação terapêutica. Em todos os casos, a possibilidade de notificação à polícia que identifique a vítima expõe essa paciente ao escrutínio da equipe multiprofissional e ao exame médico a serviço de uma suspeita de alegações falsas, com penalidades significativas se a paciente não for considerada crível, bem como aos possíveis danos da notificação criminal. Isso impõe limitações ao aborto e força as pacientes com gestações que não se enquadram nessa ou em outras exceções, que não podem fornecer evidências que sejam aceitáveis sobre tais exceções ou temem que as evidências exigidas não sejam encontradas, a continuar a gravidez.

Baseando-se em um status equivalente dado à dignidade como um valor constitucional fundamental na Constituição colombiana,³¹⁴ a Corte Constitucional daquele país observou como a dignidade como um preceito constitucional influencia o direito à saúde, exigindo a consideração do “todo integral e completo” do indivíduo. E que o direito à saúde inclui tanto a saúde física, quanto a mental, inclusive no que se refere à saúde reprodutiva.³¹⁵ Isso se alinha com as opiniões majoritárias do Supremo Tribunal Federal na ADPF 54, reconhecendo que o direito à saúde das mulheres, constitucionalmente protegido, inclui o bem-estar mental e social,³¹⁶ bem como as obrigações internacionais do Brasil com relação aos direitos à vida e à saúde, que igualmente incluem o bem-estar físico e mental. Particularmente quando a gravidez é resultado de estupro, os “direitos à

dignidade, privacidade, autonomia e liberdade de consciência são anormal e extraordinariamente violados”, e forçar legalmente a continuação da gravidez é um “enorme fardo” que demonstra “indiferença ao seu valor como sujeito de direitos” ao fazer da mulher um “instrumento de procriação”.³¹⁷ Os órgãos internacionais de direitos humanos observaram que a continuação forçada da gravidez tem consequências psicológicas de curto e longo prazo e é uma forma de violência de gênero que pode equivaler a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante.³¹⁸ O Brasil tem uma “obrigação afirmativa de reformar a legislação restritiva do aborto que perpetua a tortura e os maus-tratos ao negar às mulheres acesso e atendimento seguros”, como obstáculos administrativos e burocráticos.³¹⁹

Quando aplicado ao atendimento ao aborto dentro do processo de autorização, nos termos do Regulamento do Procedimento, a notificação à polícia reconfigura o processo deslocando-o de modelo um que padroniza a autorização e o acesso ao atendimento - embora com uma série de requisitos como barreiras - para um que mantém essas barreiras e descentraliza o atendimento e a preocupação dos profissionais da saúde com suas pacientes, tornando o objetivo da consulta a coleta de provas para a acusação. Com isso, profissionais da saúde devem considerar e priorizar interesses que possam ser contrários aos de seus pacientes. Isso é diferente do processo que ocorreria se fosse determinado com base no julgamento profissional de acordo com a ética, os padrões e as práticas de saúde.

De fato, a notificação à polícia com a possibilidade de identificação de pacientes pode mudar fundamentalmente a natureza da consulta médica, de uma consulta sobre aborto, para algo mais parecido com uma avaliação forense para fins estatais. Esse tipo de avaliação, realizada em contextos que vão desde a avaliação da elegibilidade para benefícios da previdência social até a capacidade para ser responsabilizado judicialmente, é uma “perversão do papel fundamental do médico” que levanta preocupações em relação à ética médica e aos direitos humanos, mesmo que seja realizada para fins legítimos, porque viola os deveres de profissionais da saúde de serem leais aos pacientes e agirem apenas para seu benefício: “A falta de finalidade terapêutica é uma afronta à dignidade da pessoa, bem como à integridade corporal”.³²⁰ Ademais, podem fazer com que um profissional de saúde divulgue informações confidenciais sobre uma pessoa que sejam irrelevantes para o objetivo da avaliação ou “infringir o direito à dignidade e ao mais alto padrão de saúde possível. As investigações de estupro, por exemplo, são notórias por degradar a vítima.”³²¹

Os impactos das notificações compulsórias sobre a dignidade são particularmente importantes, dado o lugar fundamental da dignidade na Constituição brasileira. Com relação ao status equivalente da dignidade na Constituição colombiana, a Corte Constitucional da Colômbia observou que, como uma “característica essencial do sistema jurídico”, ela deve estar refletida nas regulamentações legais, na atividade governamental e nas decisões

judiciais e servir como um limite ao poder do Estado, o que significa que o legislador, ao promulgar leis criminais, “não pode ignorar que a mulher é um ser humano com direito à dignidade” e “não deve impor o papel de procriadora a uma mulher contra sua vontade”.³²² Nessa decisão, a Corte considerou que a dignidade humana, juntamente com o direito à saúde, é a base para o estabelecimento de um direito fundamental aos direitos reprodutivos e ao aborto e, portanto, descriminalizou o aborto em casos limitados, incluindo estupro e gravidez não consensual.³²³ Posteriormente, em 2022, ela descriminalizou todos os abortos antes de 24 semanas de gestação.³²⁴

V. As Notificações Compulsórias que Identificam Sobreviventes Promovem Estereótipos de Gênero ao Diferenciarem Sobreviventes de Violência que Buscam Aborto em Regulamentação Excepcional, Constituindo Discriminação

Se aplicada durante a assistência ao aborto, a notificação à polícia, nos termos da Lei de Notificação, especialmente quando identifica sobreviventes, segrega mulheres sobreviventes de violência que buscam o aborto legal, submetendo-as a uma regulamentação excepcional na assistência à saúde, restringindo o acesso ao aborto legal de uma forma discriminatória que se baseia e promove estereótipos sobre a feminilidade, a gravidez e o aborto. Ao fazer isso, viola o direito das brasileiras à não discriminação e à igualdade de tratamento, bem como seus direitos à autodeterminação e à autonomia pessoal,³²⁵ contrariando o dever do Estado de não discriminação na prestação de assistência médica e impedindo que as mulheres desfrutem de assistência médica substancialmente igualitária.

O Brasil tem obrigações internacionais e nacionais de mudar a dinâmica de gênero para acabar com a discriminação. O Brasil deve “modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres” para eliminar preconceitos e práticas baseadas em ideias de superioridade, inferioridade ou papéis estereotipados.³²⁶ O Supremo Tribunal Federal, ao considerar que as pessoas transgênero podem retificar seu nome e gênero administrativamente sem a necessidade da modificação corporal, reconheceu expressamente que os estereótipos de gênero não podem criar barreiras ao acesso de uma pessoa aos direitos fundamentais.³²⁷ Na ocasião, o Ministro Marco Aurélio reconheceu o dever do Estado de impedir “a imposição da vontade da maioria com base em escolhas exclusivamente morais, especialmente quando se trata da constituição somática inalienável de uma pessoa”.³²⁸

O escopo e a lógica das restrições ao aborto legal impostas pelas notificações policiais são moldados por estereótipos e os reforçam, mas, primordialmente, os promovem simplesmente ao imporem restrições e barreiras, pois dificultam indiretamente que sobreviventes de estupro exerçam seu direito ao aborto, tornando a gravidez uma expectativa padrão. As restrições ao aborto podem refletir em “um estereótipo de gênero que entende o exercício da capacidade reprodutiva da mulher como um dever e não como um direito”.³²⁹

A esse respeito, o Comitê de Direitos Humanos constatou que a recusa de serviços de aborto em casos de gravidez indesejável submete as mulheres a estereótipos de gênero errôneos, como considerar a mulher “um instrumento reprodutivo”.³³⁰ Isso envolve o

“estereótipo de que as mulheres devem continuar suas gestações independentemente das circunstâncias, porque seu papel principal é ser mãe e cuidadora, infringindo assim seu direito à igualdade de gênero”.³³¹ A proibição do aborto, “[p]or meio de seus efeitos vinculantes, indiretamente punitivos e estigmatizantes”, “tem como alvo as mulheres, em virtude de serem mulheres, e as coloca em uma situação específica de vulnerabilidade que é discriminatória em comparação com os homens”³³² - de quem não se espera que desconsidere suas necessidades de saúde a serviço de suas funções reprodutivas³³³ - e em relação a mulheres em situação semelhante que decidem levar a gravidez a diante.³³⁴

Da mesma forma, as opiniões majoritárias do Supremo Tribunal Federal sustentaram que obrigar as mulheres a serem mães se opõe à sua condição de cidadãs portadoras de direitos que podem decidir assumir a maternidade por opção.³³⁵ Além disso, essas opiniões, ao reconhecerem que o direito à saúde inclui o bem-estar mental e social, além da saúde física, afastam-se de “um [mero] interesse na sobrevivência física bruta - raciocinando sobre as mulheres como se elas não tivessem uma identidade social, intelectual ou emocional que transcendesse sua capacidade fisiológica de gerar filhos”.³³⁶

O estereótipo de gênero nas restrições ao aborto criadas pela notificação compulsória é ressaltado pelo fato de que o escopo de aplicação da notificação, se adotada durante o atendimento ao aborto, encobre completamente a exceção do estupro sob o manto da criminalização geral do aborto. O processo de autorização para o aborto legal nesses casos, como uma categoria de violência contra a mulher de acordo com a Lei de Notificação, exige a comunicação e o exame relacionados ao estupro que aciona a notificação à polícia para implicar em uma avaliação de risco para a sobrevivente ou para a comunidade, que poderia levar à identificação da vítima pela polícia.

Esse nível específico de escrutínio não ocorre com as pessoas que sofrem violência, mas não buscam o aborto, como as mulheres que continuam suas gestações até o fim, mulheres que não podem conceber devido à idade (excluindo-se notadamente um subconjunto de mulheres mais velhas e mulheres mais jovens que também se enquadram nas disposições que criminalizam o estupro de vulneráveis - ou seja, crimes de ação penal pública) e pessoas que não podem conceber filhos por outros motivos, como as mulheres transgênero.

De modo geral, também não está presente no atendimento médico para pessoas cujas circunstâncias não acionam a notificação compulsória ou a exceção de estupro, como mulheres que não são vítimas de violência e pacientes cisgêneros do sexo masculino que buscam atendimento de saúde reprodutiva. Isso não apenas reforça a narrativa nociva de que a gravidez e a maternidade são primordiais para as mulheres - e que devem ser mantidas mesmo quando a gravidez é resultado de violência sexual - mas também se aplica apenas a pessoas que são fisicamente capazes de conceber, punindo-as pelo simples fato de poderem engravidar e

transformando a capacidade reprodutiva em uma característica central das “mulheres” em uma medida supostamente concebida como resposta à violência contra as mulheres. Ao tornar ainda mais invisíveis os sobreviventes masculinos da violência, também sustenta estereótipos que atribuem às mulheres o status de vítima arquetípica da violência sexual.

Tanto a exceção de estupro no Código Penal quanto o processo de autorização no Regulamento do Procedimento se aplicam especificamente a uma “mulher grávida”, enquanto a exigência de notificação policial na Lei de Notificação se aplica à “violência contra a mulher”. Como resultado, a notificação à polícia pode não se aplicar a um homem transgênero que tenha optado por ser registrado como homem e que engravide em decorrência de estupro, ou ele pode ser classificado erroneamente por meio de estereótipos relacionados ao gênero e à capacidade reprodutiva e ser levado a essas restrições. Conforme observado na Norma Técnica citada no Regulamento do Procedimento, as vulnerabilidades e a exposição à violência sexual podem variar de acordo com o gênero, o local, a raça, a idade, a deficiência e as circunstâncias econômicas; e as mulheres lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e os homens cisgêneros e transgêneros podem sofrer violência sexual e precisam de igual acesso, bem como de atendimento especializado.³³⁷ As notificações à polícia, conforme canalizadas pelo Regulamento do Procedimento, funcionam, portanto, de forma seletiva na maneira como alavancam o escrutínio intensificado.

A possibilidade sempre presente de envolvimento da polícia em todo o processo de autorização do aborto legal em casos de estupro, conforme observado acima, muda esse processo de um que poderia ser reivindicado como cumprimento de boa-fé da legalidade, para um que vigia a exceção do estupro e a criminalização geral do aborto, reforçando seu paternalismo e interferência nos direitos reprodutivos. Os elementos desse processo que registram os fatos relevantes (prova) do estupro - incluindo a/o médica/o responsável e a equipe multiprofissional que verificam a idade gestacional, a equipe multiprofissional que atesta que não há alegação falsa de estupro e a paciente que assina uma declaração de responsabilidade - estão ainda mais claramente focados na coleta de provas para a exigência de notificação e sua alegação de servir para a acusação ou, de outra forma, melhorar as medidas para lidar com a violência contra as mulheres. O fato de que a coleta dessas informações também atua funcionalmente como triagem para a notificação à polícia também confere mais urgência ao fato de que o processo está vinculado explicitamente à investigação policial e à solicitação judicial dessas informações, e agora é mais provável que resulte nisso.

Essa dinâmica de notificação compulsória funciona nesses casos, em um nível estrutural, para tratar as pessoas que podem engravidar como incompetentes. Faz isso tanto ao simplesmente acrescentar a exigência de notificação, quanto ao especificamente criar uma situação em que a polícia (e associações de policiais com casos graves de criminalidade, investigação e justiça)

é chamada para gerenciar esses casos, e em que os profissionais médicos (e associações desses profissionais com danos graves e cuidados com os vulneráveis) são chamados para falar e agir no lugar dos pacientes. Esse cenário sugere que elas são vulneráveis demais para denunciar agressões em seus próprios termos, ou tomadoras de decisão não confiáveis cujo processo de tomada de decisão deve ser rigidamente definido e verificado por vários profissionais. Além disso, o espectro de falsas alegações se baseia no estereótipo de que as mulheres mentem sobre o estupro por motivos maliciosos e promove ideias sobre falsas comunicações de estupro em geral, uma vez que a notificação criminal agora está associada ao processo médico.

De modo mais geral, a notificação compulsória oferece um verniz de seriedade profissional, tornando a exceção do estupro à criminalização do aborto ainda mais excepcional ao condicionar o acesso ao aborto ao escrutínio de duas instituições: a polícia e a medicina. As etapas administrativas do Regulamento do Procedimento concentram o poder de decisão nas mãos dos profissionais da saúde e impedem que as pacientes grávidas questionem ou contestem as crenças e decisões de seus médicos, em um momento em que “as tendências modernas da medicina se afastaram do paternalismo do ‘médico sabe o que é melhor’ e os pacientes são rotineiramente confiados, e de fato esperados, a tomar suas próprias decisões médicas informadas”.³³⁸ Esse é exatamente o tipo de imposição da vontade da maioria sobre uma decisão moral relativa ao corpo de uma pessoa que o Supremo Tribunal Federal rejeitou na ADI 4275.³³⁹

Nessa dinâmica de vigilância combinada, as notificações compulsórias e os estágios descritos no Regulamento do Procedimento trabalham juntos para consolidar estereótipos que confundem feminilidade, capacidade reprodutiva e maternidade, promovendo a ideia de que a polícia e uma equipe multidisciplinar são necessárias para garantir os interesses da maternidade quando, na verdade, é a mulher cuja saúde e vitimização estão em questão. Considerando que a notificação à polícia é mais provável devido ao escrutínio do processo de autorização do aborto, é a própria gravidez que faz com que as mulheres sobreviventes de estupro estejam sujeitas ao envolvimento da polícia.

No cenário das notificações, a gravidez é colocada em um pedestal que exige conhecimento e intervenção abrangentes do Estado. Além disso, a alegação de que a notificação ajuda a fortalecer a responsabilização e outras respostas à violência obscurece o fato de que ela subverte o direito das pacientes de tomar decisões autônomas e legais sobre sua saúde reprodutiva. Ela trata pacientes de forma diferente com base em suas características biológicas, limitando ainda mais o acesso já restrito ao aborto em casos de estupro. Conforme observado por Lucía Berro Pizarossa em uma análise das exceções em caso de estupro na lei de aborto do Uruguai, o aborto como medida corretiva para a violência sexual é justificado por meio de uma narrativa de mulheres como vítimas trágicas que apresenta a agência das mulheres sobre a saúde

reprodutiva “não como uma escolha desejada pela mulher, mas como uma decisão dolorosa disponível na ausência de escolha”, permitindo a equivalência entre a relação sexual consensual e a concepção desejada.³⁴⁰ Perversamente, a notificação compulsória para fins de acusação e outras respostas à violência parece poder passar a ser vista como “justiça” e, portanto, como cura para o erro e o dano cometidos no estupro, alterando o cerne dos fatos para a concepção desejada e eliminando a necessidade de aborto.

As restrições que baseiam o acesso ao aborto nas decisões e na discricionariedade dos prestadores de serviços de saúde, como as que estão no cerne da obrigação de notificação à polícia no contexto do processo de autorização para o aborto legal em casos de estupro, têm sido a base para a constatação de violações das obrigações previstas na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher para eliminar os estereótipos e preconceitos relacionados aos papéis sexuais,³⁴¹ com o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher ressaltando que isso implica a obrigação não apenas de tornar o aborto legal para mulheres que foram estupradas, mas também de garantir a disponibilidade de serviços de aborto.³⁴² O Comitê de Direitos Humanos também constatou, em um caso em que foi negado a uma mulher o acesso legal a um aborto a critério de seus prestadores de serviços de saúde, que suas “necessidades especiais foram ignoradas por causa de seu sexo”,³⁴³ e que ter de levar a termo uma gravidez de um feto com anormalidades fatais era uma violação das proteções contra tortura e tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes, bem como de seu direito à privacidade.³⁴⁴

Além disso, o Comitê constatou violações do direito à não discriminação e à igualdade de tratamento em um caso em que um aborto terapêutico legal foi negado por funcionários do hospital a uma mulher com deficiência mental sob seus cuidados que engravidou em decorrência de um estupro.³⁴⁵ Esses casos destacam a responsabilidade do Brasil pelas consequências tangíveis dos estereótipos decorrentes da exigência de notificação policial na Lei de Notificação e seus impactos em todo o cenário jurídico relacionado à provisão do aborto. Apesar de deixar a critério das autoridades locais a disponibilização do aborto, o Estado Brasileiro negligencia conscientemente a garantia da não discriminação e da igualdade na prestação de serviços de saúde reprodutiva.

VI. Conclusão

A fim de dar pleno efeito às suas proteções de confidencialidade e ao objetivo de facilitar respostas eficazes de políticas públicas à violência contra a mulher, a exigência de notificação compulsória, adicionada em 2019 à Lei de Notificação, deve ser interpretada de forma restrita e somente nos casos mais extremos deve ser aplicada a sobreviventes de violência que buscam aborto após estupro. Entretanto, há um risco de que a exigência seja lida de forma mais ampla. Esse risco é aumentado pelas afirmações do governo anterior de que seu escopo corresponde ao da exigência de notificação policial nos termos dos regulamentos, agora revogados, aprovados em 2020. Além disso, a prática de longa data no Brasil de profissionais da saúde e de juízes imporem requisitos adicionais para o aborto sem base na lei, seja por má interpretação de boa-fé da lei ou por esforços estratégicos para limitar o aborto, intensifica ainda mais esse risco. Além disso, os casos atuais de profissionais da saúde que denunciam pacientes para serem processados, inclusive pelo crime de aborto, contrariando suas obrigações e exceções legais, contribuem para o aumento do risco. Esse risco pode ser exacerbado por leituras superficiais das proteções de confidencialidade da Lei de Notificação que ignoram o cenário mais amplo de proteções legais e as consequências das notificações, bem como a revogação de regulamentações que estabelecem explicitamente os meios de notificação, tanto para notificações identificadas, quanto para notificações não identificadas. Uma leitura tão ampla tornaria o Brasil um caso atípico mesmo entre os países que restringem o aborto.

Uma leitura restrita dessa disposição é importante porque é a interpretação correta do texto da lei - e se alinha com a lei brasileira de mais de 80 anos que estabelece que o acesso ao aborto em casos de estupro é legal, sendo o único requisito o consentimento da paciente para o procedimento. Também é relevante porque a notificação, especialmente quando identifica sobreviventes de estupro à polícia, muda fundamentalmente a natureza do processo de autorização para o aborto nestes casos, agravando a estigmatização, os danos e as barreiras ao aborto legal. Conforme explorado nesta Nota Técnica, essas barreiras e seus impactos sobre as sobreviventes são contrários às obrigações do Brasil com relação aos direitos à vida, à saúde, à privacidade e à não discriminação.

Quando aplicada a pacientes que buscam o aborto, a notificação compulsória põe em risco os direitos à vida e à saúde ao promover um efeito inibidor, o atraso ou a negação do aborto, a integração de barreiras de notificação criminal no processo médico, a violência de terceiros e deveres conflitantes para os profissionais da saúde. Também viola o direito à não discriminação ao impor um escrutínio intenso à exceção do aborto legal em casos de estupro e às pacientes submetidas ao processo de autorização para o aborto por esse motivo. As notificações à polícia nesses casos distinguem as sobreviventes de estupro que buscam o aborto legal, submetendo-as a uma regulamentação excepcional; promovem

estereótipos que confundem feminilidade, capacidade reprodutiva e maternidade; e forçam as sobreviventes a apresentarem acusação criminal, em vez de capacitá-las a tomar decisões sobre suas vidas e a ter acesso aos cuidados de saúde necessários. Ao fazerem isso, o relacionamento entre profissional e paciente é reformulado de forma contrária à dignidade destes último e pressiona profissionais da saúde a violarem os princípios fundamentais da ética médica.

Os direitos humanos e a ética médica, conforme explorados ao longo desta Nota Técnica, fornecem orientações importantes para ajudar a mapear a incerteza na implementação da exigência de notificação policial e minimizar esses danos. Isso também pode ajudar a evitar que as notificações compulsórias prejudiquem e até mesmo tornem ineficazes os objetivos mais amplos das disposições a respeito das notificações obrigatórias que buscam combater a violência contra a mulher. Em última análise, o conflito insustentável entre os direitos humanos e a ética profissional, por um lado, e as exigências de notificação à polícia no contexto do aborto, por outro - dado o contexto mais amplo de criminalização do aborto, estigma, prazos curtos para atendimento e a imposição rotineira de exigências extraleais - só pode ser resolvido garantindo que as notificações compulsórias não se apliquem a casos de aborto ou apenas em circunstâncias muito excepcionais.

Isso pode ser feito por meio de uma interpretação precisa e restrita da Lei de Notificação, de modo que ela não viole os direitos humanos e a ética, nem dificulte indevidamente o acesso ao aborto à luz das garantias legais e constitucionais do Brasil. A revogação do Regulamento Revisado no início de 2023 foi uma importante mudança em relação ao retrocesso contínuo dos últimos anos no contexto do aborto. A orientação clara de que a Lei de Notificação não se aplica ao aborto, ou se aplica apenas nos casos mais extremos, apoiará ainda mais o acesso ao atendimento.

Em termos mais fundamentais, o impacto das notificações à polícia sobre o acesso ao aborto legal destaca os perigos de se trazer a esfera criminal para a prática da assistência à saúde. Remover todas as pré-condições, legais ou não, inclusive os processos de autorização, e, em vez disso, concentrar-se em fornecer apoio material e atendimento de qualidade e imparcial são essenciais para garantir verdadeiramente o acesso ao aborto legal.

1 Monica Malta et al., *Abortion in Brazil: the case for women's rights, lives, and choices*, 4 *The Lancet* e552, e552 (2019). Maternal deaths from abortion are likely underreported: see generally Rosa Maria Soares Madeira Domingues et al., *Unsafe abortion in Brazil: a systematic review of the scientific production*, 2008-2018, 36 (Suppl 1) *Cad. Saúde Pública* e00190418 (2020).

2 Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, *Diário Oficial da União* [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 1 § 4; 2 (Brasil), conforme alterado pela Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, *Diário Oficial da União* [D.O.U.] de 11.12.2019 (Brasil). Consulte discussão sobre a notificação compulsória para vigilância epidemiológica na Seção II, A notificação Policial Altera a Operação da Lei de Notificação e Outros Tipos de Notificação Compulsória.

3 Consulte a Seção II, Avanços Recentes nas Obrigações de Notificação e na Regulamentação do Aborto.

4 Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, *Diário Oficial da União* [D.O.U.] de 11.12.2019, arts. 1-3 (Brasil).

5 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). 1, III (Brasil).

6 Elizabeth Broderick, Tlaleng Mofokeng & Dubravka Šimonovic, Carta OL BRA 09/2020 datada de 16 de setembro de 2020, sobre os mandatos do Grupo de Trabalho sobre discriminação contra mulheres e meninas; sobre o Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão atingível de saúde física e mental; e sobre o Relator Especial sobre violência contra a mulher, suas causas e consequências, dirigida ao Governo do Brasil (16 de setembro de 2020), <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25560> [doravante Carta sobre Retrocesso].

7 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 às Divisões de Procedimentos Especiais do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (18 de setembro de 2020), <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadFile?gId=35578> [doravante denominada Resposta à Carta sobre Retrocesso]. Essa alegação refere-se à versão dos requisitos de notificação da Portaria nº 2.282/2020, mas o conteúdo das obrigações é o mesmo. Comparar a Portaria nº 2.561/2020 e a Portaria nº 2.282/2020.

8 Ver, por exemplo, Adriana Ramos de Mello & Livia de Meira Lima Paiva, *Lei Maria da Penha na Prática*, Cap. 5.3.2.2 (2022). Consulte a Seção II, O Escopo da Notificação sob a Lei de Notificação, Conforme Aplicado em Casos de Aborto Após Estupro.

9 Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005, codificada como

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). Portaria nº 13/2023, art. 2, II. Veja também o Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942, *Diário Oficial da União* [D.O.U.] de 09.09.1942, art. 2 (Brasil). 2 (Bras.).

10 Consulte a Seção II, O Risco Especial de Interpretação Ampla Inadequada no Contexto do Aborto.

11 Código Penal [C.P.] [Código Penal], arts. 217-A § 5; 128, II (Brasil); ver, por exemplo, Delphine Starr, *A 10-Year-Old Girl's Ordeal to Have a Legal Abortion in Brazil*, Human Rights Watch (20 de agosto de 2020), <https://www.hrw.org/news/2020/08/20/10-year-old-girls-ordeal-have-legal-abortion-brazil>; Andrea Carvalho, *Judge Tries to Block Abortion for 11-Year-Old-Rape Survivor in Brazil*, Human Rights Watch (25 de junho de 2022), <https://www.hrw.org/news/2022/06/25/judge-tries-block-abortion-11-year-old-rape-survivor-brazil>. Todos os anos no Brasil, mais de 19.000 nascidos vivos são de mães entre 10 e 14 anos de idade, que são desproporcionalmente negras e indígenas, após gestações que são em grande parte não intencionais e resultado de abuso e violência sexual: Apesar da redução dos índices de gravidez na adolescência, o Brasil tem cerca de 19 mil nascimentos, ao ano, de mães entre 10 a 14 anos, UNFPA (23 de setembro de 2021), <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/apesar-da-reducao-de-gravidez-na-adolescencia-brasil-tem-cerca-de-19-mil>.

12 A interrupção de uma gravidez resultante de estupro é uma alternativa legal para o crime de aborto voluntário do Código Penal desde sua promulgação: Código Penal [C.P.] [Código Penal], art. 128, II (Bras.). Exige-se apenas que o aborto seja realizado com “o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”. Veja também o art. 23, I.

13 Carin Zissis, Chase Harrison, Jon Orbach e Jennifer Vilcarino, *Explainer: Abortion Rights in Latin America*, AS/COA (28 de junho de 2022), <https://www.as-coa.org/articles/explainer-abortion-rights-latin-america>; *The World's Abortion Laws*, Center for Reproductive Rights (n.d.), <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (última visita em 27 de março de 2024). Consulte a Seção II infra, O Impacto Restritivo da Notificação à Polícia é Contrário às Normas Globais de Maior Acesso ao Aborto.

14 Comitê de Direitos Humanos, Comentário Geral nº 36, ¶ 8, U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (3 de setembro de 2018).

15 *Manuela v. El Salvador*, Objecões Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Corte Interamericana de Direitos Humanos (Ser. C) nº 441, ¶ 215, 227-28 (2 de novembro de 2021) (citações omitidas).

16 Veja, por exemplo, Wanderley Preite Sobrinho, *Algemada no hospital: médicos ignoram lei e denunciam mulheres que abortam*, UOL (July 7, 2023), <https://noticias.uol.com.br/saude/>

ultimas-noticias/redacao/2023/07/07/aborto-mulher-algema-da-medicos-quebram-sigilo-medico.htm. Esse artigo cita um estudo da Universidade Federal do Paraná que analisou casos contra 43 mulheres naquele estado entre 2017 e 2019 e descobriu que 44% foram denunciadas à polícia por profissionais da saúde e que 65% tiveram seus registros médicos compartilhados com a polícia sem seu consentimento. Há também um estudo da Defensoria Pública do Rio de Janeiro que constatou que, de 42 mulheres processadas pelo Estado em 2017, 30,9% foram denunciadas por um hospital ou centro de saúde: Consulte Katie Silene Cáceres Arguello & Vanessa Fogaça Prateano, *Cuidar Ou Delatar? A Violação do Sigilo do Prontuário Médico na Criminalização de Mulheres por Aborto Autoprovocado no Estado do Paraná (2017 a 2019)*, 18(100) RDP Brasília 550 (2021), e Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, *Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro* (2018).

17 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, L.C. v. Peru, ¶¶ 8.18-9, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (25 de novembro de 2011).

18 Assis Machado & Cook, nota supra 23 em 221 (citando a ADPF 54). Veja também Beatriz Galli, *Negative Impacts of Abortion Criminalization in Brazil: Systematic Denial of Women's Reproductive Autonomy and Human Rights*, 65 U. Miami L. Rev. 970 (2011).

19 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] Preâmbulo, arts. 1º III, 5º e 6º (Brasil).

20 Para uma discussão sobre o significado de supralegalidade e casos relevantes, consulte Antonio Moreira Maués, *Supralegalidade dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e Interpretação Constitucional*, 10(18) SUR - Int'l J. Hum. Rts. 215 (2013); Luiz Flávio Gomes, *Direito dos direitos humanos e a regra interpretativa "pro homine"*, Revista Jus Navigandi (26 de julho de 2007), <https://jus.com.br/artigos/10200>.

21 Constituição, art. 5º, LXXVIII, §§ 2-5, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 31.12.2004.

22 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] arts. 6º, 196º, 197º, 198º e 226º § 7º (Brasil).

23 Marta Rodriguez de Assis Machado & Rebecca J. Cook, *Constitutionalizing abortion in Brazil*, 5(3) Revista de Investigações Constitucionais 185, 208-09, 217-18 (2018) (citando Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADPF No. 54 MC/DF, 04.12.2012, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 04.30.2013 (Brasil)).

24 Veja Center for Reproductive Rights (CRR) & Global Health Justice Partnership of Yale Law School and the 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 (2025).

25 World Med. Ass'n, *Medical Ethics Manual 8-10* (2015) [doravante *Manual de Ética Médica*].

26 Consulte a Seção III infra, *Confidencialidade e Outras Éticas Profissionais*. Consulte também CRR & GHJP, nota supra 24 *Defesa dos Direitos Humanos*.

27 Veja, por exemplo, *Caso Cuscul Pivaral v. Guatemala*, Preliminary Objections, Merits, Reparations and Costs, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Ser. C) nº 359, ¶ 106 (Aug. 23, 2018).

28 Grupo de Trabalho Internacional sobre Dupla Lealdade, *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms* 15 (2003), <https://phr.org/our-work/resources/dual-loyalty-and-human-rights-in-health-professional-practice/>.

29 *Manual de Ética Médica*, nota supra 25 em 68.

30 Alessandra Casanova Guedes, *Abortion in Brazil: Legislation, reality and options*, 8(16) *Reprod. Health Matters* 66, 66-67, 69 (2000). Para uma visão geral da história do aborto legal e dos desenvolvimentos regulatórios associados no Brasil, ver Cristiano Fernando Rosas & Helena Borges Martins da Silva Paro, *Serviços de Atenção ao Aborto Previsto em Lei: Desafios e Agenda no Brasil* (2021).

31 Id. em 67, 69.

32 Portaria nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, codificada como Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2017, arts. 694-700 (Brasil). Esse regulamento revogou e substituiu um regulamento semelhante, mas menos detalhado, promulgado menos de dois meses antes: Portaria nº 1.145, de 7 de junho de 2005, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 8.6.2005 (Brasil).

33 A Norma Técnica também ressalta que os serviços de saúde, dado seu objetivo de garantir o direito à saúde, não devem ter seus procedimentos confundidos com os procedimentos policiais ou do sistema judicial: Ministério da Saúde, *Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* 69 (3ª ed., 2012). A Norma Técnica "Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Provas" é mais enfática, prevendo que "os serviços de saúde NÃO substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a medicina legal..." e que a decisão de não registrar boletim de ocorrência deve ser respeitada, sem prejuízo da assistência integral à saúde e dos direitos: "A decisão da mulher deve ser sempre respeitada!": Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, *Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios* 20-21 (2015). A coleta de evidências em casos de violência sexual é formalmente atribuída a especialistas do Instituto Forense ou a

outros profissionais legalmente designados para esse fim, sendo que os profissionais da saúde desempenham um papel limitado apenas em algumas circunstâncias, como para atendimento de emergência ou quando a comunicação ocorreu em uma data posterior e o exame não é mais possível: id. em 26, 69, 86. A Norma de 2015 foi substituída por uma Norma Técnica de 2022, “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta em Casos de Aborto”, que trata do aborto apenas no contexto da violência contra a mulher, de acordo com os desenvolvimentos legais contemporâneos: Ministério da Saúde, *Atenção Técnica Para Prevenção, Avaliação e Conduta Nos Casos de Abortamento* (2022).

34 A Norma Técnica também destaca que os profissionais da saúde devem presumir a veracidade das declarações das mulheres que sofreram violência sexual, especialmente porque a legislação brasileira isenta os profissionais da saúde de responsabilidade pelo crime de aborto se eles tiverem uma crença justificada de que ocorreu violência sexual. Também observa que a contínua falta de acesso a serviços seguros leva ao aborto clandestino, mesmo quando permitido por lei, e que o acesso ao aborto em casos de estupro é um direito garantido pela Constituição e pela legislação internacional de direitos humanos: Ministério da Saúde, *Prevenção e Tratamento*, nota supra 33 em 10, 26-27, 67 e seguintes.

35 Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 1 § 4; 2 (Brasil), conforme alterado pela Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 11.12.2019 (Brasil).

36 Essas normas preveem a notificação compulsória por meio de um formulário modelo, fornecido como anexo, a ser arquivado na unidade de saúde onde a sobrevivente foi tratada. Esse formulário contém informações específicas, incluindo se a sobrevivente estava grávida; sua faixa etária (criança, adolescente, adulta, idosa); seu nome e endereço completo; o tipo de violência ocorrida durante o incidente, incluindo violência sexual; o relacionamento do agressor com a sobrevivente; e quaisquer resultados da violência, incluindo trauma genital, outros traumas físicos, infecções sexualmente transmissíveis e aborto ou morte fetal. Ele também contém informações sobre encaminhamentos, inclusive para orientação jurídica ou contracepção de emergência. O formulário é enviado ao serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde relevante para a entrada de dados, com informações consolidadas encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde e, em seguida, ao Departamento de Vigilância Sanitária: Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.09.2017, arts. 12-13, 14, 15-16 (Brasil), conforme originalmente emitido pela Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 05.11.2004 (Brasil). Ver também Decreto nº 5.009, de 3 de junho de 2004, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 4.6.2004 (Brasil). Veja Mello &

Paiva, nota supra 8, Cap. 5.3.2.2; Alessandra Lucena Wolff et al., Defensoria Pública da União, Nota Técnica No 5 - DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU, Defensoria Pública da União, (2020), <https://promocaodedireitoshumanos.dpu.def.br/wp-content/uploads/2021/06/Nota-Tecnica-no-SEI-4011697-GTM.pdf>. Desde 2011, a violência contra a mulher também faz parte da Lista Nacional de Doenças e Lesões de Notificação Compulsória: Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 26.1.2011, Anexo I (Brasil). Atualmente regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 4/2017, Cap. IV, Anexo 1 do Anexo V.

37 Mello & Paiva, nota supra 8, Cap. 5.3.2.2 (citando Câmara dos Deputados. Justificativa do Projeto de Lei No 2538 de 2019).

38 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.renataabreu-oficial.com.br/2019/12/11/promulgada-a-lei-renata-abreu-que-da-mais-seguranca-as-mulheres-vitimas-de-violencia%e-f%bb%bf/>.

39 Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 11.12.2019, art. 1-3 (Brasil). 1-3 (Brasil).

40 Id. (citando Presidência da República. Mensagem nº 495, de 9 de outubro de 2019, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 10.10.2019 (Brasil). Veja também Lei obriga serviços de saúde a notificar casos de violência contra a mulher em 24h, Migalhas (12 de dezembro de 2019), <https://www.migalhas.com.br/quen-tes/316949/lei-obriga-servicos-de-saude-a-notificar-casos-de-violencia-contra-a-mulher-em-24h>.

41 Mello & Paiva, nota supra 8, Cap. 5.3.2.2 (citando o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Recomendação geral nº 35 sobre violência de gênero contra a mulher, atualizando a recomendação geral nº 19, ¶ 28, U.N. Doc. CE-DAW/C/GC/35 (26 de julho de 2017); Nações Unidas, Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Cairo, 5-13 de setembro de 1994. 1995, ¶ 4.1, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995); Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, 15 de setembro de 1995, ¶¶ 103, 106(f), U.N. Doc. A/CONF.177/20 (1995)).

42 IBDFAM, Publicadas leis de assistência à mulher vítima de violência, anteriormente vetadas pela Presidência da República, Instituto Brasileiro de Direito de Família (Dec. 11, 2019), <https://ibdfam.org.br/noticias/7129/Publicadas+leis+de+assistencia+à+mulher+vítima+de+violência,+anteriormente+vetadas+pela+Presidência+da+República>. Ver, em geral, Mello & Paiva, nota supra 8, Cap. 5.3.2.2.

43 IBDFAM, nota supra 42. Para as alterações no art. 225 do Código Penal, tornando esses crimes de ação penal pública incondicionada, ver Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018,

Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.09.2018, art. 2 (Brasil). Veja também Stefano Ruggeri, *Audi Alteram Partem in Criminal Proceedings: Towards a Participatory Understanding of Criminal Justice in Europe and Latin America* 135 (2017).

44 Paula Spieler, *The Maria da Penha Case and the Inter-American Commission on Human Rights: Contributions to the Debate on Domestic Violence Against Women in Brazil*, 18(1) *Indiana J. Glob. Legal Stud.* 121, 137-139 (2011).

45 Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 8.8.2006 (Brasil). Ver Lei obriga serviços de saúde a notificar casos de violência contra a mulher em 24h, nota supra 41.

46 Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020, art. 1 § 2 (Brasil), com referência cruzada aos processos sob a Lei nº 12.654, de 28 de maio de 2012, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 29.05.2012 (Brasil). O art. 10 desse regulamento revogou, naquela oportunidade, as seções do regulamento consolidado que incorporava o texto do Regulamento do Procedimento: Portaria nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, codificada como 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).

47 Portaria nº 2.282/2020, art. 8, Anexo V (Brasil). Essa lista foi copiada do site do Serviço Nacional de Saúde, mas não continha nenhuma de suas contextualizações, excluindo, por exemplo, a declaração explícita de que “os abortos são geralmente muito seguros e a maioria das mulheres não terá nenhum problema”, bem como informações sobre a frequência específica dos riscos declarados.

48 Rosas & Paro, nota supra 30, em 18.

49 O Regulamento Revisado acrescentou a apresentação de relatórios aos “peritos oficiais” juntamente com a polícia: Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 24.09.2020, art. 7, II (Brasil), cf. Portaria nº 2.282/2020, art. 1, § 2. 1, § 2. A Defensoria Pública observou que a mudança do requisito de notificação e transferência de provas do primeiro artigo do Regulamento Teste para o último artigo do Regulamento Revisado foi uma mudança positiva contra a interpretação de que os requisitos de notificação eram as primeiras ou principais medidas a serem realizadas pelos profissionais da saúde. Também observou que a mudança na redação de notificação “obrigatória” (Regulamento Teste) para medidas que o médico “deve” observar (2.561) ainda expressava uma obrigação dos profissionais da saúde de relatar: Wolff et al., nota supra 36. O Regulamento Revisado removeu a lista seletiva e enganosa de riscos no formulário de consentimento, mas manteve um parágrafo indicando ao leitor que as informações sobre os riscos poderiam ser encontradas nas mesmas fontes (em inglês).

50 Carta sobre Retrocesso, nota supra 6.

51 Resposta à Carta sobre Retrocesso, nota supra 7.

52 Portaria nº 2.561/2020, Preâmbulo, com referência cruzada ao Código Penal [C.P.], art. 128, II (Brasil), que estabelece que “o aborto praticado por médico não é punido (...) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da mulher gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”. 128, II (Brasil). Notadamente, a exceção à criminalização geral do aborto no Brasil foi a primeira consideração no Regulamento do Procedimento, mas passou para a segunda posição, após a necessidade declarada de regulamentação para garantir a legalidade, no Regulamento Teste e no Regulamento Revisado. Compare a Portaria nº 2.561/2020, Preâmbulo, a Portaria nº 2.282/2020, Preâmbulo, e a Portaria nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 2.9.2005, Preâmbulo (Brasil). Ver Relatórios Policiais infra: A Preocupação com a Legalidade do Regulamento do Procedimento muda da Conformidade para a Criminalização.

53 Compare a Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 24.09.2020, art. 7 (Brasil) e a Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020, Preâmbulo (Brasil). 7 (Brasil) e Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020, Preâmbulo (Brasil). Consulte a nota supra 49.

54 Rosana Leite Antunes de Barros, Maurício Garcia Saporito & Hiram Nascimento Cabrita de Santana, *Nota Técnica - CPDDM/ CONDEGE - Urgente, Assunto: Portaria No 2.282, de 27 de agosto de 2020, Defensoria Pública do Estado de Roraima (2020)*, <http://www.defensoria.rr.def.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/2910-nota-t%C3%A9cnica-%E2%80%93-cpddm-condege-urgente> ; Wolff et al., nota supra 36.

55 Para obter uma lista de declarações públicas de organizações que se opuseram à exigência de notificação policial em um ou ambos os regulamentos, consulte 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 38-40 (2021). Ver também Marcos Felipe Silva de Sá, Maria de Fátima Freire de Sá & Lucas Costa de Oliveira, *Interrupção legal da gravidez em crianças no Brasil: o princípio do melhor interesse nas veredas do direito, da medicina e da ética*, 12(1) *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 24, 34 (2023).

56 Ver Silva de Sá et al., nota supra 55 em 24, 34.

57 Para obter um resumo dessas ações, consulte Rosas & Paro, nota supra 30 em 4-5, 12-13.

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

59 Starr, nota supra 11.

60 Carolina Vila-Nova, Ministra Damares Alves Tentou Impedir Aborto de Criança de 10 anos, Folha de São Paulo (21 de setembro de 2020), <https://www1.folha.uol.com.br/internacional/en/brazil/2020/09/minister-damares-alves-tried-prevent-abortion-of-a-10-year-old-child.shtml>.

61 Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 1 § 4; 2 (Brasil), conforme referência cruzada de Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.09.2017, Annex V, art. 14A (Brasil). Art. 14A § 1 observa que a comunicação de casos de violência contra crianças, adolescentes e mulheres idosas segue os procedimentos descritos nos estatutos específicos relacionados. Quando não for possível a notificação pelas unidades de saúde, a autoridade sanitária estadual deverá comunicar os casos a autoridade de saúde estadual define, com o órgão de segurança pública estadual, qual autoridade policial será responsável por receber as comunicações: a autoridade de saúde estadual e o órgão de segurança pública estadual. A autoridade sanitária estadual define, em conjunto com o órgão de segurança pública estadual, qual autoridade policial será responsável pelo recebimento das comunicações: Portaria de Consolidação nº 4/2017, Anexo V, arts. 14A–14C, adicionado por Portaria No. 78, de 18 de janeiro de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 19.01.2021 (Brasil).

62 Id. arts. 14D–14F (Brasil), atualizada pela Portaria nº 78, de 18 de janeiro de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 19.01.2021 (Brasil) e revogada pela Portaria No. 1.077, de 26 de maio de 2021, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 27.05.2021 (Brasil). Veja também Mello & Paiva, nota supra 8, Ch. 5.3.2.2.

63 Isso incluiu o número absoluto de casos de violência notificados pelos serviços de saúde no período de referência, estratificado pelo período de referência da consolidação, o município de notificação, a idade do sobrevivente, a raça/cor do sobrevivente, o bairro do sobrevivente, o local onde a violência ocorreu, o tipo de violência, os meios de agressão, se foi uma violência recorrente, o gênero do “provável autor da violência” e qualquer relacionamento do sobrevivente com o agressor: id., art. 14-D, II § 10. 14-D, II § 1, I-XI; Anexo 4 do Anexo V.

64 Portaria nº 13, de 13 de janeiro de 2023, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 20.01.2023, art. 1, III (Brasil).

65 Id. art. 2, II (Brasil). Veja também Decreto-Lei No. 4.657, de 4 de setembro de 1942, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 09.09.1942, art. 2 (Brasil).

66 Resposta à Carta de Retrocessão, nota supra 7.

67 Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 3 (Brasil). De fato, ao contrário do escopo alegado pelo governo anterior, os defensores argumentaram que essas obrigações da Lei de Notificação se aplicavam às comunicações à polícia 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, nota supra 55, at 36–37. Sobre o escopo reivindicado para o Regulamento de Teste, consulte a Resposta à Carta de Retrocessão, nota supra 7. Veja também Mello & Paiva, nota supra 8, Ch. 5.3.2.2.

68 Consulte a discussão na Seção III, O direito à confidencialidade.

69 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa), Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual: Abordagem Multidisciplinar 41 (2021).

70 Luciana Kind et al., Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde, 29(9) Cad. Saúde Pública 1805, 1810–12 (2013); Cássia Virgínia Pereira Soares, Qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais 106 (Ago. 9, 2021) (Dissertação de mestrado, Instituto René Rachou), <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50185>.

71 Myllena Calasans de Matos, Priscilla Brito & Wânia Pasinato, A nova Lei Maria da Penha: análise das alterações recentes da lei de enfrentamento à violência doméstica, in Tecendo Fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: Direitos Humanos das Mulheres e Violências: Volume 2, Novos Olhares, Outras Questões 22, 64 (Fabiana Cristina Severi, Ela Wiecko Volkmer de Castilho & Myllena Calasans de Matos, eds.).

72 Portaria nº 1.508, de 1 de setembro de 2005, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 2.9.2005, Preâmbulo (Brasil), referências cruzadas para Código Penal [C.P.] [Código Penal], art. 128, II (Brasil). Compare Portaria No. 2.561, de 23 de setembro de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 24.09.2020 (Brasil), e Portaria No. 2.282, de 27 de agosto de 2020, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.08.2020 (Brasil).

73 Portaria de Consolidação No. 5, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2017, arts. 694 (Brasil). Código Penal, art. 128, I (“aborto necessário”) prevê que “o aborto realizado por um médico não é punido (...) se não houver outra maneira de salvar a vida da mulher grávida”.

74 Veja Ministério da Saúde, Prevenção e Tratamento, nota supra 33, at 19.

75 COMISSÃO INTERNACIONAL DE JURISTAS, OS PRINCÍPIOS DE 8 DE MARÇO PARA UMA ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS HUMANOS DO DIREITO PENAL QUE PROÍBE CONDUTAS ASSOCIADAS A SEXO, REPRODUÇÃO, USO DE DROGAS, VIH, FALTA DE MORADIA E POBREZA (2023).

76 Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 13.10.1941, art. 66 (Brasil). See also Wolff et al., nota supra 36.

77 Deve-se observar que a notificação obrigatória, em geral, não

é isenta de críticas ou danos. Veja, por exemplo, Beverly Chia Chi Liu & Michael S Vaughn, Legal and policy issues from the United States and internationally about mandatory reporting of child abuse, 64(2) INT'L J. L. PSYCHIATRY 219 (2019), e Jill R. McTavish et al., Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies, 7(10) BMJ OPEN e013942 (2017).

78 Para as alterações de 2019, consulte Lei No. 13.931, de 10 de dezembro de 2019, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 11.12.2019 (Brasil).

79 Compare Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 1 § 3 (Brasil); Lei No. 8.069, de 13 de julho de 1990, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 16.07.1990, art. 3 (Brasil); Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2003, arts. 1, 2, 3 & 43 (Brasil).

80 Compare a Lei nº 10.778/2003, art. 3; Lei nº 10.741/2003, art. 19 § 2, com referência cruzada à Lei nº 6.259, art. 10. Consulte também Wolff et al., nota 36 supra. Art. 13 da Lei No. 8.069 estabelece que a comunicação deve ser feita sem prejuízo de outras disposições legais, enquanto o art. 100 estipula que a implementação de medidas de proteção específicas é regida, entre outras coisas, pelo respeito à privacidade e pela intervenção mínima envolvendo apenas autoridades e instituições essenciais. A Lista Nacional de Doenças e Lesões de Notificação Compulsória também estabelece que as autoridades de saúde devem garantir a confidencialidade das informações pessoais incluídas na notificação compulsória: Portaria de Consolidação No. 4, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 28.09.2017, Ch. IV, Anexo 1 do Anexo V, art. 7 (Brasil)..

81 Lei nº 8.069/1990, art. 13. Veja também Hemerson Luiz Pase et al., O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes, 18(4) CAD. EBAPE.BR 1000-1010 (2020).

82 Lei nº 10.741, de 24 de outubro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2003, art. 19 § 2 (Brasil). 19 § 2 (Brasil). Veja também a Lei No. 6.259, de 30 de outubro de 1975, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 31.10.1990 (Brasil), com referência cruzada pela Lei No. 10.778, art. 6.

83 Lei No. 10.741/2003, art. 19. Compare a Lei No. 10.778/2003, arts. 1 § 4 & 2. Veja também MINISTÉRIO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO, supra nota 33, em 24-25. Art. 19 da Lei 10.741/2003 dispõe: “Os casos de suspeita ou confirmação de violência cometida contra o idoso serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por estes a qualquer dos seguintes órgãos: I - Autoridade Policial; II - Ministério Público; III - Conselho Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso.”

84 Veja Informações Básicas para Notificação de Violência, Centro estadual de vigilância em saúde (n.d.), [https://www.cevs.](https://www.cevs.rs.gov.br/informacoes-basicas)

[rs.gov.br/informacoes-basicas](https://www.rs.gov.br/informacoes-basicas) (último acesso Mar. 27, 2024).

85 Alguns estados dos EUA exigem que a sobrevivente denuncie a polícia como precursora do atendimento ao aborto como parte das exceções de estupro para o aborto legal: veja, por exemplo, MISS. CODE ANN. §§ 41-41-45(3) (2017). No entanto, nenhuma dessas leis inclui a notificação obrigatória ou a transferência de provas por profissionais da saúde, conforme incluído no Teste e nos Regulamentos Revisados.

86 Soares, nota supra 70, at 106.

87 Janaina Marques de Aguiar et al., Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais, 32(1) Saúde Soc. e220266pt, 10 (2023) (citado et al., nota supra 70, e Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira et al., Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática, 24 Interface e190164 (2020)).

88 Kind et al., nota 70 supra, em 1810-12; Soares, nota 70 supra, em 106.

89 Kind et al., nota 70 supra, em 1810-11.

90 Aguiar et al., nota supra 87, em 10.

91 Organização Mundial da Saúde. RESPONDING TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: WHO CLINICAL AND POLICY GUIDELINES vii (2013).

92 Mas veja as fontes citadas na nota anterior 77.

93 MINISTÉRIO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO, nota 33 supra, em 31-32, 34. Veja também ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, EM RESPOSTA À VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO, E, nota 91 supra, p. 41.

94 Escritório de Comunicações do IBDFAM, nota supra 42. Ver, em geral, MELLO & PAIVA, nota supra 8, cap. 5.3.2.2.

95 Veja por exemplo, Sobrinho, nota supra 16.

96 Código Penal [C.P.] [Código Penal], art. 128, II (Brasil). Veja também Rosas & Paro, nota supra 30, at 6.

97 Rosas & Paro, nota supra 30, at 7-8.

98 Id. at 8.

99 Portaria nº 692, de 26 de abril de 1989, Diário Oficial do Município de São Paulo de 26.4.1989 (Brasil).

100 Veja Mônica Bergamo, STJ tranca ação contra mulher que abortou e pede medidas contra médico que a denunciou, Folha de São Paulo (03 de julho de 2023), <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2023/07/ministro-do-stj-tranca-acao-penal-contra-mulher-que-abortou-e-foi-denunciada-por-medico.shtml>.

101 Rosas & Paro, nota supra 30, at 8. See Ministério da Saúde, Atenção Técnica, nota supra 33, at 37.

102 Rosas & Paro, nota supra 30, at 16.

103 Silva de Sá et al., nota supra 55, at 24, 34.

104 Veja Paula Guimarães, Bruna de Lara & Tatiana Dias, ‘Suportaria ficar mais um pouquinho?’ Video: em audiência, juíza de SC induz menina de 11 anos grávida após estupro a desistir de aborto legal, *The Intercept Brasil* (20 de junho de 2020), <https://theintercept.com/2022/06/20/video-juiza-sc-menina-11-anos-estupro-aborto/>; Ministério da Saúde, Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento (2005).

105 Guimarães, de Lara & Dias, nota supra 104.

106 Andrea Carvalho, nota supra 11; Guimarães, de Lara & Dias, nota supra 104.

107 Andrea Carvalho, nota supra 11; Guimarães, de Lara & Dias, nota supra 104.

108 Ver, em geral, Lisa A. Goldman, Sandra G. García, Juan Díaz & Eileen A. Yam, Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices, 2(10) *REPROD. HEALTH* 1 (2005). Veja também ROSAS & PARO, nota 30 supra, p. 15.

109 Silvilene G. M. Pereira et al., Percepções e atitudes dos dentistas em relação ao atendimento de emergência para mulheres em situação de violência: uma revisão de escopo, 27(9) *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA* 3729, 3736 (2022).

110 Para uma discussão sobre as barreiras criadas por meio de resoluções do conselho médico, por exemplo, consulte Juliana C. A. Gomes & Corina H. F. Mendes, Confidentiality and treatment refusal: Conservative shifts on reproductive rights by Brazilian medical boards, 152(3) *Int’l J. Gynaecol. Obstet.* 459 (2021).

111 Rosas & Paro, nota supra 30, at 18.

112 Compare Physicians for Human Rights, The Oklahoma Call for Reproductive Justice & Center for Reproductive Rights, No One Could Say: Accessing Emergency Obstetrics Information as a Prospective Prenatal Patient in Post-Roe Oklahoma 14 (2023).

113 Mello & Paiva, nota supra 8, Ch. 5.3.2.2.

114 Grupo de Trabalho sobre discriminação contra mulheres e meninas, Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental, Relator Especial sobre violência contra a mulher, suas causas e consequências, Grupo de Trabalho sobre detenção arbitrária, Aborto é um serviço de saúde essencial e a saúde da mulher deve ser priorizada em relação à política, OHCHR (28 de setembro de 2021), <https://www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over>.

115 Agustina Ramón Michel, Sonia Ariza Navarrete & Susana

Chávez, Abortion as an Essential Health Service in Latin America During the COVID-19 Pandemic, 3 *FRONTIERS GLOB. WOMEN’S HEALTH* 898754, 5 (2020).

116 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ABORTO INSEGURO: ESTIMATIVAS GLOBAIS E REGIONAIS DA INCIDÊNCIA DE ABORTO INSEGURO E MORTALIDADE ASSOCIADA EM 2008 4, 6 (2008). Veja também ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ABORTION CARE GUIDELINE 2 (2022).

117 Veja, por exemplo, Comissão para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, *L.C. v. Peru*, ¶ 8.15, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (Nov. 25, 2011); Comitê de Direitos Humanos, *L.M.R. v. Argentina*, ¶ 9.3, U.N. Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007 (Apr. 28, 2011).

118 Comitê de Direitos Humanos, nota supra 14, at ¶ 8.

119 Guia de leis e políticas: Exceções de estupro e incesto, CENTRO DE DIREITOS REPRODUTIVOS., <https://maps.reproductiverights.org/law-and-policy-guide-rape-and-incest/> (visitado pela última vez em 27 de março de 2024) (citando o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Concluding observations on the seventh periodic report of Burkina Faso, ¶ 37(b), U.N. Doc. CEDAW/C/BFA/CO/7 (22 de novembro de 2017); Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Observações finais sobre o sétimo relatório periódico da Argentina, ¶ 33(c), U.N. Doc. CEDAW/C/ARG/CO/7 (25 de novembro de 2016); Comitê sobre os Direitos da Criança, Observações finais sobre os relatórios periódicos combinados do terceiro ao quinto do Malawi, ¶ 35, U.N. Doc. CRC/C/MWI/CO/3-5 (6 de março de 2017); Comitê de Direitos Humanos da Criança, Observações finais sobre o terceiro e quinto relatórios periódicos combinados do Malaui, ¶ 35, ONU Doc. Rts. Comm., Observações finais sobre a notificação inicial de Burkina Faso, ¶ 20, U.N. Doc. CCPR/C/BFA/CO/1 (17 de outubro de 2016).

120 Comitê contra a Tortura, Observações finais sobre o segundo relatório periódico do Estado Plurinacional da Bolívia, conforme aprovado pelo Comitê em sua quinquagésima sessão (6-31 de maio de 2013), ¶ 23, U.N. Doc. CAT/C/BOL/CO/2 (14 de junho de 2013).

121 Paternidade planejada v. Caso, 505 U.S. 833, 878 (1992).

122 Alta Comissária da ONU para Direitos Humanos. Michelle Bachelet, Bachelet sobre a decisão dos EUA sobre Dobbs v Jackson Women’s Health Organization, U.N. OFF. DO ALTO COMITÊ DE DIREITOS HUMANOS DA ONU. RTS. (24 de junho de 2022), <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/bachelet-us-ruling-dobbs-v-jackson-womens-health-organization>. Consulte também Grupo de Trabalho sobre discriminação contra mulheres e meninas, Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão atingível de saúde física e mental, Relator Especial sobre violência contra a mulher, suas causas e consequências, Declaração conjunta na web por

especialistas em direitos humanos da ONU sobre a decisão da Suprema Corte de derrubar *Roe v. Wade*, OHCHR (24 de junho de 2022), <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/joint-web-statement-un-human-rights-experts-supreme-court-decision-strike-down>.

123 Carin Zissis, Chase Harrison, Jon Orbach & Jennifer Vilcarino, *Explainer: Abortion Rights in Latin America*, AS/COA (June 28, 2022), <https://www.as-coa.org/articles/explainer-abortion-rights-latin-america..>

124 Comitê de Direitos Humanos, nota supra 14, at ¶ 8.

125 A Argentina permite o aborto em casos de estupro sob uma exceção no Código Penal desde 1921, e descriminalizou o aborto em todos os casos antes de 14 semanas em dezembro de 2020: CÓDIGO PENAL [COD. PEN.] [Código Penal] art. 86, I (Arg.); Lei No. 27.610, enero 24, 2020, B.O. 34.562 (Arg.).

126 A Bolívia permite o aborto em casos de estupro, entre outras exceções, desde a promulgação do Código Penal de 1973 e eliminou a exigência de uma ordem judicial nesses casos, bem como a exigência de que uma mulher denuncie um estupro à polícia para obter um aborto em caso de estupro ou incesto, em 2014: CÓDIGO PENAL [COD. PEN.] [Código Penal] art. 266 (Bol.); Tribunal Constitucional Plurinacional [T.C.P.] [Tribunal Constitucional Plurinacional], 5 de fevereiro de 2014, Sentença 0206/2014 (Bol.), <https://jurisprudencia.tcpbolivia.bo/Fichas/ObtieneResolucion?idFicha=13712>.

127 No Chile, o Congresso votou para permitir o aborto em casos de estupro, entre outros motivos, em 2017: Lei No. 21.030, 23 de setembro de 2017, DIÁRIO OFICIAL [D.O.] (Chile); Tribunal Constitucional (T.C.) [Tribunal Constitucional], 28 de agosto de 2017, Sentença No. Rol 3729-17 (Chile), https://www.tribunal-constitucional.cl/descargar_sentencia2.php?id=3515.

128 Na Colômbia, o Tribunal Constitucional descriminalizou o aborto em casos de estupro em 2006, entre outros motivos, e descriminalizou o aborto em todos os casos antes de 24 semanas em fevereiro de 2022: Corte Constitucional [C.C.] [Tribunal Constitucional], 10 de maio de 2006, Sentencia C-355/06, *Gaceta de la Corte Constitucional* [G.C.C.] (Colom.), <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>; Corte Constitucional [C.C.] [Tribunal Constitucional], 21 de fevereiro de 2022, Sentença C-055/22.

129 Cuba permite o aborto em casos de violação, entre outros motivos, desde 1936. O aborto em caso de violação foi permitido pela primeira vez, antes da Revolução Cubana, ao abrigo do Código de Defesa Social de 1936 e manteve-se, entre outros motivos, mesmo após o limite gestacional imposto para o aborto em geral desde que foi disponibilizado em 1965: CÓDIGO PENAL [C.P.] [Código Penal] art. 355 (Cuba); MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 24 (2013);

Paula E. Hollerbach, *Recent Trends in Fertility, Abortion and*

Contraception in Cuba, 6(3) INT'L FAM. PLAN. PERSP. 97, 100-101 (1980); Danièle Bélanger & Andrea Flynn, *The Persistence of Induced Abortion in Cuba: Exploring the Notion of an "Abortion Culture,"* 40(1) STUD. FAM. PLAN. 13, 16 (2009).

130 A Guiana permite o aborto até 8 semanas, em geral, e até 12 semanas em casos de estupro desde 1995: *Medical Termination of Pregnancy Act 1995* (Guy.).

131 O México renunciou a todas as penalidades para o aborto em casos de estupro de acordo com seu Código Penal Federal desde que foi promulgado em 1931, e todos os estados historicamente também renunciaram às penalidades para o aborto, entre outros motivos. Em 2021, a Suprema Corte do México considerou um direito constitucional ao aborto, invalidando uma nova lei estadual que limitava o aborto em casos de estupro aos três primeiros meses de gravidez. Em 2023, a Suprema Corte considerou inconstitucional a criminalização do aborto no Código Penal Federal, exigindo que o serviço federal de saúde pública e todas as instituições federais de saúde em todo o país forneçam serviços de aborto a qualquer pessoa que os solicite: Código Penal Federal [C.P.F.] [Código Penal Federal] art. 333 (México); Suprema Corte de Justicia de la Nación [S.C.J.N.] [Suprema Corte de Justiça da Nação], *Acción de Inconstitucionalidad 148/2017*, DIÁRIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (D.O.F.), https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5640922&-fecha=19/01/2022; Corte Despenaliza el Aborto a Nivel Federal, GIRE (6 de setembro de 2023), [https://gire.org.mx/blog/corte-despenaliza-el-aborto-a-nivel-federal/..](https://gire.org.mx/blog/corte-despenaliza-el-aborto-a-nivel-federal/)

132 O Panamá permite o aborto em casos de estupro, entre outros motivos, de acordo com o Código Penal desde 1982: CÓDIGO PENAL [C.P.] [Código Penal] art. 144(1) (Pan.) 144(1) (Pan.) Essa disposição é a mesma nos Códigos Penais promulgados em 1982 e 2007.

133 O Uruguai permite o aborto até 12 semanas, em geral, e até 14 semanas em casos de estupro desde 2012: Lei No. 18.987 arts. 2, 6(c), 22 de outubro de 2012, REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS (Uru.); Decreto No. 375/012, 22 de novembro de 2012, REGISTRO NACIONAL DE LEYES Y DECRETOS (Uru.).

134 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] Preâmbulo, art. 226 (Brasil).

135 Lei No. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 15.01.1996, arts. 1-3 (Brasil).

136 Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2017, arts. 694 (BR.).

137 Comitê de Direitos Humanos, nota supra 14, at ¶ 26.

138 Veja em ¶ 8.

139 Ver Comitê de Direitos Humanos, Comentário Geral nº 28, Artigo 3 (A Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres), ¶ 20, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev1/Add.10 (29 de março de 2000).

140 Veja id. at ¶ 10.

141 Ver Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Comentários finais sobre os relatórios combinados inicial e segundo periódico do Belize, ¶ 56, A/54/38/Rev.1 (1999).

142 Ver Comitê de Direitos Humanos., supra nota 14, em ¶ 8.

143 Ver id.

144 No Dia Internacional da Mulher, a CIDH insta os Estados a garantirem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, Comitê de Direitos Humanos (6 de março de 2015), http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2015/024.asp.

145 Aguiar et al., nota supra 87, em 10 (et al., nota supra 70).

146 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, ABORTO INSEGURO, nota supra 116, em 4., nota supra 116, at 4.

147 Rosas & Paro, supra note 30, at 16.

148 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, GUIA DE CUIDADOS DE ABORTO, nota supra 116, at 22.

149 Veja, e.g., Silas Nogueira de Melo, Eric Beauregard & Martin A. Andresen, Factors Related to Rape Reporting Behavior in Brazil: Examining the Role of Spatio-Temporal Factors, 34(10) J. INTERPERSONAL VIOLENCE 2013 (2019) profissionais da saúde).

150 Brasil: Revogar a regulamentação que restringe o acesso ao aborto, DIR. HUM. VER (Setembro, 2021), <https://www.hrw.org/news/2020/09/21/brazil-revoke-regulation-curtailling-abortion-access> (último acesso em 27 de março de 2024).

151 RESURJ, ALÉM DA CRIMINALIZAÇÃO 16 (2021) (citando Estefanía Barba, Centro de Pesquisa e Docência Econômica (CIDA) / Intersectia).

152 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SERVIÇOS DE ABORTO NO URUGUAI 10, 13-15 (2015).

153 Ver Alessandra Diehl et al., Estupro, Abuso Sexual Infantil E Saúde Mental Em Uma Amostra Nacional Brasileira, 37(1-2) J. VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NP944 (2020); Raquel Barbosa Miranda & Siri Lange, Violência doméstica e normas sociais na Noruega e no Brasil: Um estudo preliminar e qualitativo das atitudes e práticas dos profissionais da saúde e da justiça criminal, 15(12) PLOS ONE e0243352 (2020).

154 Leila Adesse et al., Aborto e estigma: uma análise da literatura científica sobre o tema, 21(12) REVISTA 3819, 3828-29 (2016).

155 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, nota supra 152, em 10, 13-15.

156 Organização Mundial da Saúde, Aborto inseguro, nota supra 116, em 41.

157 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, supra note 152, em 14.

158 Emanuelle Freitas Goes et al., Barreiras no acesso à atenção às consequências do aborto inseguro por mulheres negras: Evidence of Institutional Racism in Brazil, Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 29 de outubro de 2020 (2020); Emanuelle Freitas Goes et al., Vulnerabilidade racial e barreiras individuais para mulheres brasileiras que buscam o primeiro atendimento após o aborto, 36 CAD. SAÚDE PÚBLICA Sup 1:e00189618, 10 (2020). Este estudo não incluiu entrevistados indígenas e asiáticos em suas conclusões devido ao pequeno número de entrevistas relevantes realizadas.

159 Rebecca J. Cook, Significados estigmatizados da lei penal do aborto, em LEI DO ABORTO EM PERSPECTIVA TRANSNACIONAL: CASOS E CONTROVÉRSIAS 347, 356 et seq. (Cook R. J. et al. (eds), 2014).

160 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, nota supra 152, at 10, 12-13.

161 Cook, nota supra 159.

162 Sally Haslanger, “A alternativa da adoção”, 10(2) Adoção e cultura 278, 278 (2022).

163 Ver Sandra Salomé Fernández Vázquez & Josefina Brown, Do estigma ao orgulho: profissionais da saúde e políticas de aborto na Área Metropolitana de Buenos Aires, 27(3) SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA IMPORTAM 65 (2019); Adesse et al., nota 154 supra.

164 Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral nº 14, Artigo 12º (O Direito ao mais Alto Padrão de Saúde Atingível), ¶¶ 1, 8, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000).

165 Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 (2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) ¶¶ 34, 39, 49, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2 de maio de 2016).

166 Id. em ¶ 33, 45, 61. Ver também Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 164 supra, ¶ 21. Sobre a obrigação semelhante de assegurar o desenvolvimento progressivo na plena realização dos direitos econômicos, sociais e culturais a nível regional, ver também Organização dos Estados Americanos, Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 22 de novembro de 1969, O.A.S.T.S. No. 36, 1144 U.N.T.S. 123, art. 26. 26.

167 Rosas & Paro, nota supra 30, at 16.

168 Comitê de Direitos Humanos, Observações finais sobre o Chile, ¶ 15, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add. 104 (30 de março de 1999). Ver também Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental, ¶ 30, U.N. Doc. A/66/254

(3 de agosto de 2011).

169 Ações-chave para uma maior implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ¶ 63(iii), Doc. A/S-21/5/Add.1 (1 de julho de 1999).

170 Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 165 supra, ¶ 45.

171 Id. at ¶ 35.

172 Id.

173 Veja Beatriz Galli & Jina Dillon, Challenges to the implementation of telemedicine in abortion care for victims of sexual violence in Brazil, *FRONTIERS GLOB. WOMEN'S HEALTH*, Dec. 7, 2022, 1 (2022).

174 Jonathan M. Bearak, Kristen Lagasse Burke & Rachel K. Jones, Disparities and change over time in distance women would need to travel to have an abortion in the USA: a spatial analysis, 2(11) *LANCET PUB. HEALTH* e493 (2017).

175 Mapa Aborto Legal, ARTIGO 19, <https://mapaabortolegal.org/> (última visita em 27 de março de 2024). Muitos gestores locais suspenderam o aborto no âmbito dos planos de contingência da pandemia sob a justificação errada de que, como procedimento eletivo, não era essencial, apesar de exigir um mínimo de equipamento ou camas adicionais: ROSAS & PARO, supra nota 30, em 15-16.

176 Dhiego Maia, Menina que engravidou após estupro teve que sair do ES para fazer aborto legal, Folha de S.Paulo (Aug. 16, 2020), <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/08/menina-que-engravidou-apos-estupro-teve-que-sair-do-es-para-fazer-aborto-legal.shtml>; Menina de 10 anos que engravidou após estupro há 2 anos teve que mudar de identidade e endereço, G1 (27 de junho de 2022), <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2022/06/27/menina-de-10-anos-que-engravidou-apos-estupro-ha-2-anos-precisou-mudar-identidade-e-endereco.ghtml>.

177 Rosas & Paro, nota supra 30, at 16.

178 ABORTION CARE NETWORK ET AL., SYSTEMIC RACISM AND REPRODUCTIVE INJUSTICE IN THE UNITED STATES: A REPORT FOR THE UN COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF RACIAL DISCRIMINATION 14 (2022).

179 Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial, Recomendação Geral n.º 25 sobre as Dimensões da Discriminação Racial Relacionadas com o Gênero, ¶ 3, U.N. Doc. INT/CERD/GEC/7497/E (20 de março de 2000). Id. em 2 (citando o mesmo).

180 Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, ¶ 86, U.N. Doc. A/HRC/32/44 (8 de abril de 2016) (ênfase acrescentada).

181 Comissão dos Assuntos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 165 supra, ¶ 42.

182 Id.

183 Manuela v. El Salvador (Corte Interamericana de Direitos Humanos), CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, <https://reproductiverights.org/case/manuela-v-el-salvador-inter-american-court-of-human-rights/> (visitado pela última vez em 27 de março de 2024); Manuela v. El Salvador, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 441, ¶ 192 (2 de novembro de 2021) (citando I.V. v. Bolivia, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) N.º 329, ¶ 157 (30 de novembro de 2016) e Comissão dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, supra nota 165, em 5).

184 Veja, e.g., Carleone Vieira dos Santos Neto et al., Vulnerabilidades dos profissionais de enfermagem durante a notificação da violência: uma revisão narrativa, 15(6) *Rev. Eletrônica Acervo Saúde* e10479 (2022).

185 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa), Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual: Abordagem Multidisciplinar 27 (2021).

186 Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 164 supra, ¶ 48.

187 Carta sobre Retrocesso, nota 6 supra.

188 Resposta à Carta sobre Retrocesso, supra nota 7.

189 Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 165 supra, ¶ 38.

190 Id.

191 Id.

192 Comitê de Direitos Humanos, Observações finais sobre o sexto relatório periódico de Marrocos, ¶¶ 21-22, U.N. Doc. CCPR/C/MAR/6 (1 de dezembro de 2016).

193 Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, ¶ 44, U.N. Doc. A/HRC/31/57 (5 de janeiro de 2016). Ver também conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental, ¶ 30, U.N. Doc. A/66/254 (3 de agosto de 2011); Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, Juan E. Méndez, ¶¶ 46, 50, U.N. Doc. A/HRC/22/53 (1 de fevereiro de 2013); Joanna N. Erdman & Rebecca J. Cook, Descriminalização do aborto - um imperativo de direitos humanos, 62 *BEST PRAC. & RSCH. OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA CLÍNICA* 11, 13 (2020).

194 Comitê de Direitos Humanos, Observações finais sobre o terceiro relatório periódico da Zâmbia, ¶ 18, U.N. Doc. CCPR/C/ZMB/CO/3 (9 de agosto de 2007).

195 Cuscul Pivaral v. Guatemala, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 359, ¶ 143 (23 de agosto de 2018).

196 Id. at 146–48.

197 Cuscul Pivaral v. Guatemala, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 359, Opinião Separada do Juiz Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot, ¶ 16 (23 de agosto de 2018) (citando Corte Constitucional [C.C.] [Constitutional Court], mayo 8, 2017, Sentencia T-302/2017, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.], <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm>, ¶ 8.1.5 (Colom.)).

198 Comitê on Econ., Soc. Direitos., nota supra 164, at ¶ 3.

199 Ver CÓDIGO PENAL [C.P.], art. 128, I (Brasil). 128, I (Brasil); Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADPF No. 54 MC/DF, Relator: Min. Marco Aurélio de Mello, 12.04.2012, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 30.04.2013 (Brasil).

Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 165 supra, em ¶ 24.

200 Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota supra 165, at ¶ 24.

201 Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra as mulheres na lei e na prática, ¶ 107(c), U.N. Doc. A/HRC/32/44 (8 de abril de 2016).

202 Comissão de Direitos Humanos, Vistas adoptadas pelo Comité ao abrigo do artigo 5.º, n.º 4, do Protocolo Facultativo, relativamente à comunicação n.º 2324/2013, Mellet v. Irlanda, ¶ 5.13, U.N. Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (17 de novembro de 2016).

203 Comitê de Direitos Humanos., Comentário geral Nº. 18: Não discriminação (1989), ¶ 8, Compilação de comentários gerais e recomendações gerais adotados pelos órgãos de tratados de direitos humanos, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 146 (2003); Comitê de Direitos Humanos, nota supra 139, at ¶ 15.

204 Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota supra 165, at ¶ 24.

205 Comitê de Direitos Humanos., supra note 139, at ¶ 8.

206 Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota supra 165, at 25.

207 Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Ver: Comunicação No. 17/2008, Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil, 7.7, U.N. Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (25 de julho de 2011).

208 Id.; Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Comentários finais sobre o sexto relatório periódico do Brasil, ¶ 11, U.N. Doc. CEDAW/C/BRA/CO/6 (10 de agosto de 2007).

209 Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Recomendação geral nº 28 sobre as obrigações fundamentais dos Estados Partes nos termos do artigo 2 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ¶ 18, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/28 (16 de dezembro de 2010); Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Ver: Comunicação No. 17/2008, Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil, ¶ 7.7, U.N. Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (25 de julho de 2011).

210 MANUAL DE ÉTICA MÉDICA, nota 25 supra, 68-69..

211 Id. at 68.

212 Int'l Dual Loyalty Working Group, nota supra 28, at 47.

213 Id. at 46.

214 Id. at 66.

215 Acesso à Informação sobre Saúde Reprodutiva numa Perspectiva de Direitos Humanos, Comissão Interamericana de Direitos Humanos OEA/Ser.L/V/II, doc. 61, ¶ 79 (22 de novembro de 2011) (citações omitidas).

216 NUDEM, supra note 55, no 37.

217 Veja Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 25.11.2003, art. 5 (Brasil).

218 MÉDICOS PARA OS DIREITOS HUMANOS, nota supra 112, em 1, 4, 21 (2023).

219 MANUAL DE ÉTICA MÉDICA, nota supra 25, em 52; Manuela v. El Salvador, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 441, ¶ 203 (2 de novembro de 2021) (citações omitidas)..

220 Id.; Inter-Am. Comm'n, nota supra 215, em ¶ 81; Comitê de Direitos Humanos., O direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental: Relatório do Relator Especial, Paul Hunt, ¶ 40, U.N. Doc. E/CN.4/2004/49 (16 de fevereiro de 2004).

221 Id.

222 Comissão para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Recomendação Geral nº 24, Artigo 12º da Convenção (mulheres e saúde), em Rep. da Comissão para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, no Cap. 1 ¶¶ 31(a)-(b) (1999).

223 Comissão de Direitos Humanos., nota supra 220.

224 Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, nota 164 supra, ¶ 12. Ver também Poblete Vilches v. Chile, Mérito,

Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 349, ¶ 121 (8 de março de 2018) e *Cuscul Pivaral v. Guatemala*, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 359, ¶ 106 (23 de agosto de 2018) (ambos citando Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *supra* nota 164).

225 Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, arts. 7 e 9, adotada pela Conferência Geral da UNESCO (11 de novembro de 1997) e endossada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução A/RES/53/152 (9 de dezembro de 1998).

226 Ver *Manuela v. El Salvador*, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) No. 441, ¶ 205-06 (2 de novembro de 2021) (citações omitidas).

227 A decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos ajudará a proteger as mulheres que procuram cuidados de saúde reprodutiva, incluindo o aborto, Center for Reprod. Rts. (2 de dezembro de 2021), <https://reproductiverights.org/inter-american-court-human-rights-el-salvador-manuela-ruling/>; *Id.* em 326 ponto 12.

228 Comitê de Direitos Humanos., Comentário Geral N.º 16, Artigo 17º (O Direito ao Respeito pela Privacidade, Família, Lar e Correspondência, e Proteção da Honra e Reputação), ¶ 10, U.N. Doc. CCPR/C/GC/16 (8 de abril de 1988) (ênfase acrescentada), em INT’L DUAL LOYALTY WORKING GROUP, *supra* nota 28, em 44..

229 Comitê de Direitos Humanos., nota *supra* 139, em ¶ 20.

230 *Manuela v. El Salvador*, ¶ 207.

231 *Id.* at ¶ 212.

232 *Id.* at ¶ 211-12, 215 (citações omitidas). A Corte observou que a ambiguidade na legislação salvadorenha significava que “80% dos ginecologistas obstetras entrevistados acreditavam que era obrigatório relatar todos os casos de emergências obstétricas”, quando a quebra de confidencialidade para relatar deveria ter ocorrido apenas em “casos muito limitados”, e que a ambiguidade levou a relatos frequentes de suspeita de aborto pela equipe administrativa ou médica das instituições de saúde: *Id.* em ¶ 214.

233 *Cf. id.* at ¶ 213.

234 A menos que “liberado pela parte interessada”: CÓDIGO DE PROCESSO PENAL [C.P.P.] [Código de Processo Penal] art. 207 (Brasil).

235 As informações não podem ser divulgadas “sem justa causa” quando a “divulgação puder causar danos a terceiros”: CÓDIGO PENAL [C.P.] [Código Penal], art. 154 (Brasil). Essa disposição exige a não divulgação ou a divulgação adiada somente depois que o risco de dano for reduzido: veja também Wolff et al., nota 36 *supra*.

236 Exceto quando a ação criminal depender da representação ou a comunicação expor o cliente a um processo criminal: Decreto-Lei No. 3.688, de 3 de outubro de 1941, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 13.10.1941, art. 66 (Brasil). 66 (Brasil).

237 Código de Saúde do Estado de São Paulo [C.S.E] [State Health Code of São Paulo] art. 3 ¶ IV(e) (Braz.).

238 CÓDIGO DE PROCESSO PENAL [C.P.P.] arts. 388, II; 448, II (Brasil); CONSTITUIÇÃO FEDERAL [C.F.] [CONSTITUIÇÃO] arts. art. 5º, I, X, XIV (Brasil). 5, I, X, XIV (Brasil). Ver, em geral, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA), nota 185 *supra*, em 41; NUDEM, nota 55 *supra*, em 34.

239 A coleta dos dados genéticos do suposto perpetrador também é complicada do ponto de vista da ética e dos direitos humanos: veja DNA (Bancos de dados e direitos humanos),

DNA Databases and Human Rights, FORENSIC GENETICS POL’Y INITIATIVE, <http://dnapolicyinitiative.org/resources/dna-databases-and-human-rights/> (última visita em 27 de março de 2024).

240 *Manuela v. El Salvador*, Objecções Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Inter-Am. Ct. H.R. (Ser. C) N.º 441, ¶ 217 (2 de novembro de 2021).

241 *Id.* at ¶ 219 (citação omitida).

242 Com relação à divulgação devido à falta de privacidade durante a notificação à polícia, consulte Maria Laura Canineu, Para as mulheres brasileiras, a violência começa em casa, DIREITOS HUMANOS (31 de janeiro de 2018), <https://www.hrw.org/news/2018/01/31/brazils-women-violence-begins-home>.

243 *Manuela v. El Salvador*, ¶ 220.

244 *Id.* at ¶ 220-24 (citações omitidas).

245 Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, nota 222 *supra*, parágrafo 22; *Id.* no parágrafo 224 (citando o mesmo).

246 Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental, ¶ 30, U.N. Doc. A/66/254 (3 de agosto de 2011); ver também DIR. HUM., Observações finais sobre o terceiro relatório periódico da Venezuela, ¶ 19, U.N. Doc. CCPR/CO/71/VEN (26 de abril de 2001) e Comitê de Direitos Humanos, Observações finais sobre o sétimo relatório periódico de El Salvador, ¶ 16, U.N. Doc. CCPR/C/SLV/CO/7 (9 de maio de 2018); *Id.* no ¶ 224 (citando o mesmo). Ver também a discussão, *infra* Seção III.

247 *Manuela v. El Salvador*, ¶¶ 222, 228.

248 Código de Saúde no Estado [C.S.E] art. 3 ¶ IV(e) (Brasil).

249 Código Penal [C.P.], art. 154 (Brasil).

250 Código de Processo Penal [C.P.P.] art. 207 (Brasil).

251 *Manuela v. El Salvador*, at ¶ 225.

252 Emenda Constitucional No. 115, de 10 de fevereiro de 2022, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 11.02.2022 (Brasil).

253 Lei No. 13.709, de 14 de agosto de 2018, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 15.08.2018, art. 5 ¶ II (Brasil).

254 See, e.g., Anita L. Allen, HIPAA at 25 — A Work in Progress, 384(23) *New Engl. J. Med.* 2169, 2169 (2021).

255 *Manuela v. El Salvador*, at ¶ 228.

256 Para um exame mais detalhado das obrigações éticas dos profissionais da saúde e do impacto das exigências de notificação à polícia, consulte CRR & GHJP, nota supra 24.

257 Os diferentes “profissionais da saúde” são referidos de forma geral sob essa terminologia na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 3.10.2017, arts. 694-700 (Brasil), exceto pelo artigo 697 § 3º, que estabelece os profissionais que devem fazer parte da equipe multidisciplinar de saúde: “no mínimo, médico obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo”.

258 Associação Médica Mundial, Declaração de Lisboa sobre o Direito dos Pacientes (1981), Preâmbulo, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>.

259 Manual de Ética Médica, nota supra 25 em 12; Associação Médica Mundial, Declaração de Genebra (1948), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>; Associação Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica (1949); Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica, Princípios Fundamentais ¶ IV (2018), Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019; Código de Ética do ICN para Enfermeiros ¶ 2.1 (2021); Conselho Federal de Enfermagem, Código de Deontologia de Enfermagem, art. 51 (2017) Anexo da Resolução COVID-19, art. 51 (2017) 51 (2017) Anexo da Resolução COFEN nº 564/2017 [doravante Código de Ética de Enfermagem do Brasil]; Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Código de Ética do/a Assistente Social, arts. 3; 4, b & c; 10 & 11, c (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; União Internacional de Ciências Psicológicas, Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, Princípio IV, 1, 3 (2008), <https://www.iupsys.net/about/declarations/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists/>; Conselho Federal de Psicologia, Código de Ética Profissional do Psicólogo, arts. 2, e & 3 (2005) aprovado pela Resolução CFP nº 010/05.

260 Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, arts. 8, b & 21; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, art. 1, l.

261 Federação Internacional de Assistentes Sociais, Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social (2018), Princípios 3-4, 9-7.

262 Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 10; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, arts. 2, c; 7, d & 8, c.

263 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259 Princípios Fundamentais, ¶ XIV.

264 Associação Médica Mundial, Declaração de Córdoba sobre a relação médico-paciente ¶¶ 2, 3, 4 (2020), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/>.

265 Declaração de Genebra, nota supra 259 Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶¶ 8 e 10; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, ¶ XI; Código de Ética da ICN, nota supra 259 nos parágrafos 1.4, 1.5; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, arts. 12, 43, 52 e 86; Declaração Global de Princípios Éticos do Trabalho Social, nota supra 261 Princípio 6.1; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, arts. 15, 16 e 17; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípio I, 5, 6; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, art. 9.

266 Código Internacional de Ética Médica, nota supra 259 (consentimento, atendimento conjunto); Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 8, b (consentimento, atendimento conjunto, previsto em lei); Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ XI (previsto em lei), arts. 73 (consentimento, justa causa, dever legal) e 89 (ordem judicial, defesa própria); Código de Ética da ICN, nota supra 259 em 24 (relatório obrigatório, previsto em lei, regulamento); Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, arts. 52 (consentimento, dano, cuidado conjunto, notificação obrigatória, previsto em lei, determinação judicial, defesa própria) e 89; Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota supra 261 Princípio 6.1 (dano, previsto em lei); Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, arts. 16 e 17 (cuidado conjunto), 18 (dano); Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, arts. 1, g; 6, b, & 12 (cuidado conjunto), 10 (dano, previsto em lei).

267 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259, art. 73, b; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 52 § 3; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, arts. 19 e 20; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, art. 11.

268 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259, art. 73, b.

269 Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 52 § 5.

270 Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 8, c.

271 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259, art. 85.

Exceto para cumprir uma ordem judicial ou em sua própria defesa: art. 89. 89; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 89 (exceto com o consentimento do paciente ou determinação judicial). Os assistentes sociais também têm direito à inviolabilidade do local de trabalho e de seus arquivos e documentação, para garantir o sigilo profissional: Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, art. 2, d.

272 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em ¶ 2.9.

273 Grupo de Trabalho Internacional sobre Dupla Lealdade, nota supra 28, em 73.

274 O Código de Ética Médica do Brasil também prevê especificamente que os médicos devem cumprir as leis de aborto, que notadamente também incluiriam a defesa da justificativa para o aborto em caso de estupro: Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259, art. 15.

275 Consulte a Seção III supra, O direito à confidencialidade.

276 Associação Médica Mundial, Declaração de Seul sobre Autonomia Profissional e Independência Clínica, ¶ 2 (2008), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>; Código Internacional de Ética Médica, nota supra 259; Declaração de Córdoba, nota supra 264(2008), nos parágrafos 1, 2, 4 e 5; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ VIII.

277 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ IX, X.

278 Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 1; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259, art. 2, b & h.

279 Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, art., 2, j.

280 Declaração de Genebra, nota supra 259 Código Internacional de Ética Médica, nota supra 259 Declaração de Lisboa, nota supra 258 no Preâmbulo, ¶ 3; Declaração de Seul, nota supra 276 em ¶ 3; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ XXI, arts. 22 e 24; Código de Ética da ICN, nota supra 259 Preâmbulo; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, arts. 42, 50 e 77; Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota supra 261 Princípios 4 e 5; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259 I & arts. 5, b; 6, a e c; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípios 1, 4 e 2, 7; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, I.

281 Declaração de Genebra, nota supra 259; Declaração de Córdoba, nota supra 264 Preâmbulo; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ I & II.

282 Declaração de Genebra, nota supra 259 (melhores interesses); Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 1, c (melhores interesses); Declaração de Córdoba, nota supra 264 Preâmbulo (aliviar o sofrimento); Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ VI (dignidade e integridade), art. 1 (dano). 1 (dano).

283 Código de Ética da ICN, nota supra 259 Preâmbulo; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259 Preâmbulo; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípio II, 2, 3; Declaração Global de Princípios Éticos do Trabalho Social, nota supra 261 Princípio 9.7; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, II.

284 Raanan Gillon, Medical ethics: four principles plus attention to scope, 309 BMJ 184, 185 (1994).

285 Declaração de Lisboa, nota supra 258 Preâmbulo.

286 Declaração de Genebra, nota supra 259 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259, art. 23.

287 Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 1, a; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Capítulo I, ¶ I; art. 23.

288 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em ¶¶ 1.8 & 4.7; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 24.

289 Código de Ética da ICN, nota supra 259 Preâmbulo; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259 Preâmbulo, art. 41; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, XI; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípio I, 3, 7; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259, art. 2, a & b.

290 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em ¶¶ 1.7, 2.7; Declaração de Princípios Éticos do Serviço Social Global, nota supra 261 Princípio 3; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais V, VI; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, III, VII.

291 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota supra 261 Princípio 3; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259 Princípios fundamentais, VIII e XI; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, II.

292 Declaração de Genebra, nota supra 259.

293 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em ¶¶ 1.2, 4.7; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 1. O preâmbulo da Resolução que adota o Código de Ética 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. Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota supra 261 Princípios 2 e 9.2; Código de Ética do Serviço Social do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, II.

294 Declaração de Genebra, nota supra 259 (dignidade, saúde, não discriminação); Código Internacional de Ética Médica, nota supra 259 (dignidade, saúde, não discriminação); Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 1, a (não discriminação), 8 (confidencialidade), 10 (dignidade); Declaração de Córdoba, nota supra 264 em seus ¶¶ 1 (saúde), 5 (dignidade); Declaração de Seul, nota supra 276 em ¶ 1 (saúde); Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259, arts. 23 (dignidade, não discriminação), 25 (não participação em tortura), 27, 28 (integridade física e mental); Código de Ética da ICN, nota supra 259 Preâmbulo (dignidade, não discriminação, respeito), ¶ 4.1 (cuidados com a saúde); Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, Preâmbulo (dignidade, igualdade, liberdade, saúde, não discriminação e segurança), arts. 12 (confidencialidade), 24 (dignidade), 41 (não discriminação), 43 (privacidade); Declaração Global de Princípios Éticos do Trabalho Social, nota supra 261 Princípios I, 2 e 9.2 (dignidade, não participação em tortura); Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípios I, 1, 3 (dignidade), 5 (privacidade), 6 (confidencialidade), 2, 7 (não discriminação); Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, I (dignidade, igualdade, integridade, liberdade).

295 Ver Carta da ONU, Preâmbulo; Res. G.A. 217 (III) A, Declaração Universal dos Direitos Humanos (10 de dezembro de 1948), Preâmbulo, art. 1; Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos, 16 de dezembro de 1966, 999 U.N.T.S. 171, Preâmbulo, art. 1; Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 16 de dezembro de 1966, 993 U.N.T.S. 3, Preâmbulo; Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, 7 de março de 1966, 660 U.N.T.S. 195, Preâmbulo; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 18 de dezembro de 1979, 1249 U.N.T.S. 1, Preâmbulo. 18 de dezembro de 1979, 1249 U.N.T.S. 1, Preâmbulo; Convenção sobre os Direitos da Criança, 20 de novembro de 1989, 1577 U.N.T.S. 3, Preâmbulo; Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 13 de dezembro de 2006, 2515 U.N.T.S. 3, Preâmbulo, arts. 1 e 3; Organização dos Estados Americanos, Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 22 de novembro de 1969, O.A.S.T.S. nº 36, 1144 U.N.T.S. 123, art. 11 ¶ 1. 11 ¶ 1.

296 Paulo André Stein Messetti¹ & Dalmo de Abreu Dallari, A dignidade humana à luz da Constituição, dos direitos humanos e da bioética, 28(3) J. Hum. Growth and Dev. 283, 284 (2018); Constituição, nota supra 19, art. 1.

297 Comissão de Assuntos Econômicos, Sociais e Culturais, nota supra 164 em ¶ 1.

298 Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, nota supra 222 (a esterilização não consensual, o teste obrigatório de doenças sexualmente transmissíveis ou o teste de gravidez obrigatório como condição de emprego são fornecidos como formas de coerção que violam os direitos das mulheres ao consentimento informado e à dignidade).

299 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 226 (Brasil).

300 Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Diário Oficial da União [D.O.U.] de 15.01.1996, arts. 1-3 (Brasil). 1-3 (Brasil).

301 Grupo de Trabalho Internacional sobre Dupla Lealdade, nota supra 28 em 16.

302 Declaração de Genebra, nota supra 259 Código Internacional de Ética Médica, nota supra 259 Declaração de Córdoba, nota supra 264 em ¶ 5; Código de Ética Médica do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ VI, art. 23. Veja também Associação Médica Mundial, Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment, Preâmbulo (2003), <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-responsibility-of-physicians-in-the-documentation-and-denunciation-of-acts-of-torture-or-cruel-or-inhuman-or-degrading-treatment/>.

303 Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 10.

304 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em 1.

305 Código de Ética da ICN, nota supra 259 em ¶ 1.8; Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 69; Declaração Global de Princípios Éticos do Trabalho Social, nota supra 261 Princípio 1; Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípio I; Código de Ética dos Psicólogos do Brasil, nota supra 259 Princípios Fundamentais, I.

306 Manual de Ética Médica, nota supra 25 em 39.

307 Declaração de Lisboa, nota supra 258 em ¶ 10.

308 Declaração Universal de Princípios Éticos para Psicólogos, nota supra 259 Princípio I.

309 Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, nota supra 261 Princípio 1.

310 Código Brasileiro de Ética Médica, nota supra 259 Princípios Fundamentais ¶ VI.

311 Código de Ética de Enfermagem do Brasil, nota supra 259, art. 69.

312 Veja supra, Seção III, O direito à vida e o direito à saúde.

313 I.V. v. Bolívia, Objecões Preliminares, Mérito, Reparações e Custos, Comissão Interamericana de Direitos Humanos (Ser. C) nº 329, ¶ 160-64 (30 de novembro de 2016).

314 Constituição Política da Colômbia [C.P.] art. 1 (Colômb.).

315 Corte Constitucional [C.C.], 10 de maio de 2006, Sentencia C-355/06, ¶ 8.3, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.] (Colom.), <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm> (citações omitidas).

316 Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADPF nº 54 MC/DF, Relator: Min. Marco Aurélio de Mello, 12.04.2012, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 30.04.2013 (Brasil), em Assis Machado & Cook, nota supra 12, em 218. Consulte também o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, Ver: Comunicação No. 17/2008, Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil, ¶ 4.1, U.N. Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (25 de julho de 2011).

317 Sentencia C-355/06, ¶ 10.1 (citando Aclaración de voto a la sentencia C-647 de 2001 suscrita por los magistrados Jaime Araujo Rentería, Alfredo Beltrán Sierra, Manuel José Cepeda y Clara Inés Vargas Hernández).

318 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, nota supra 41 em ¶ 18; Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, ¶ 43, U.N. Doc. A/HRC/31/57 (5 de janeiro de 2016).

319 Conselho de Direitos Humanos, Relatório do Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, ¶ 44, U.N. Doc. A/HRC/31/57 (5 de janeiro de 2016).

320 Grupo de Trabalho Internacional sobre Dupla Lealdade, nota supra 28 em 33, 47.

321 Id. em 33, 47.

322 Sentencia C-355/06, ¶ 8.1 (citações omitidas).

323 Id. em ¶ 10.1.

324 Corte Constitucional [C.C.], 21 de fevereiro de 2022, Sentencia C-055/22, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.] (Colom.), <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>.

325 Comitê de Direitos Humanos, Comentários ao artigo 5 (4) do Protocolo Opcional sobre o Comunicado nº 2425/2014, Whelan v. Ireland, Separate opinion of Committee member Yadh Ben Achour, ¶ 6, U.N. Doc. CCPR/C/119/D/2425/2014 (11 de julho de 2017). Cf. Constituição, nota supra 19, arts. 3, IV; 5, I.

326 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 18 de dezembro de 1979, 1249 U.N.T.S 1, arts. 2(f) e 5. 2(f) & 5.

327 Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADI nº 4275 / DF, 01.03.2018, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 07.03.2019 (Brasil).

328 Id. em 13 (Ministro Marco Aurélio).

329 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a

Mulher, L.C. v. Peru, ¶ 7.7, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (25 de novembro de 2011).

330 Comitê de Direitos Humanos, Comentários ao artigo 5 (4) do Protocolo Opcional sobre o Comunicado nº 2324/2013, Mellet v. Ireland, ¶¶ 5.13, 7.11, U.N. Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (17 de novembro de 2016); veja também Comitê de Direitos Humanos, Comentários aos artigos 5 (4) do Protocolo Opcional sobre o Comunicado nº 2425/2014, Whelan v. Ireland, ¶ 7.12, U.N. Doc. CCPR/C/119/D/2425/2014 (11 de julho de 2017).

331 Mellet v. Ireland, Opinião individual do membro do Comitê Sarah Cleveland (concorrente), ¶ 4. Veja também Whelan v. Ireland, opinião individual do membro do Comitê Yadh Ben Achour, ¶ 6.

332 Whelan v. Ireland, Opinião separada do membro do Comitê Yadh Ben Achour, ¶ 6.

333 Whelan v. Ireland, ¶ 7.12.

334 Mellet v. Ireland, ¶ 7.11; Opinião individual do membro do Comitê Sarah Cleveland (concorrente), ¶ 4; Whelan v. Ireland, ¶ 7.12.

335 Assis Machado & Cook, nota supra 12, em 217.

336 Reva Siegel, Reasoning from the body: A historical perspective on abortion regulation and questions of equal protection, 44(2) Stan. L. Rev. 261, 362-63 (1992), em id.

337 Ministério da Saúde, Prevenção e Tratamento, nota supra 33 em 11-12, 31.

338 Lucía Berro Pizarrosa, “Women are not in the Best Position to Make These Decisions by Themselves”: Gender Stereotypes in the Uruguayan Abortion Law, 1 Univ. Oxford Hum. Rts. Hub J. 25, 51 (2019).

339 Supremo Tribunal Federal [S.T.F.], ADI nº 4275 / DF, 01.03.2018, 13, Diário da Justiça Eletrônico [D.J.E.] 07.03.2019 (Brasil).

340 Pizarrosa, nota supra 338 em 46.

341 Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, L.C. v. Peru, ¶ 7.7, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (25 de novembro de 2011).

342 Id. em ¶ 8.10.

343 Comunicado de Direitos Humanos, Veja: Comunicado nº 1153/2003, K.L. v. Peru, ¶ 3.2(a), U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (22 de novembro de 2005).

344 Id. em ¶¶ 6.3-7.

345 Comunicado de Direitos Humanos, Veja: Comunicado nº 1608/2007, L.M.R. v. Argentina, ¶ 3.4, U.N. Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007 (28 de abril de 2011).

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

© 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.