

**EXMA. SR. MINISTRO EDSON FACHIN – RELATOR DA ARGUIÇÃO DE
DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 989**

Processo: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 989

O’Neill Institute for National and Global Health Law¹, por meio de seu **Centro Saúde e Direitos Humanos (Center for Health and Human Rights)**, que faz parte da **Faculdade de Direito da Universidade de Georgetown**, localizado em 600 New Jersey Avenue NW, Washington, D.C. 20001, com telefone de contato +(1) 202-662-9203 e email oac3@georgetown.edu e sjs357@georgetown.edu (“Instituto O’Neill” ou “Requerente”) e **Ríos**, organização localizada em 1763 Columbia Road NW, Washington, D.C. 20009, com telefone de contato +(1) 202-384-8469 e email silvia@rios-rivers.org (**doc. 5**), por meio da advogada abaixo subscrita, com base no artigo 138 do Código de Processo Civil, artigo 7º, parágrafo segundo, da Lei nº 9.868/1998 e artigo 131, parágrafo terceiro do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal, vêm, respeitosamente, reiterar a solicitação de admissão e ingresso (petição n. 30434/2024), bem como apresentar memoriais como

AMICUS CURIAE

na presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (“ADPF”), proposta pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e pela Associação da Rede Unida, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

Sumário

| | |
|--|----|
| I. INTRODUÇÃO..... | 2 |
| II. ADMISSIBILIDADE DAS REQUERENTES..... | 3 |
| III. APLICABILIDADE DOS ESTÂNDARES INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS À JURISDIÇÃO BRASILEIRA | 4 |
| IV. OBRIGAÇÕES INTERNACIONAIS DO BRASIL SOBRE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA..... | 7 |
| V. AS BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL SOB A ÓTICA DO DIREITO INTERNACIONAL..... | 11 |
| A. A ESCASSEZ NA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS | 11 |
| B. A FALHA NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS..... | 16 |
| i. Protocolos e serviços adequados para o atendimento em caso de aborto | 17 |
| ii. A aplicação dos métodos de aborto de acordo com as últimas evidências científicas em saúde | 20 |
| C. OS LIMITES À IDADE GESTACIONAL | 23 |

¹ Para mais informações, v. <https://oneill.law.georgetown.edu/>

| | |
|--|-----------|
| D. FALTA DE ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA | 26 |
| E. OUTRAS EXIGÊNCIAS DESNECESSÁRIAS PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO | 32 |
| F. A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E QUEBRA DO SIGILO PROFISSIONAL COMO BARREIRAS TRANSVERSAIS NO ACESSO AO ABORTO LEGAL..... | 34 |
| i. Objeção de consciência | 34 |
| <i>i. a Uso indevido da objeção da consciência: violação do direito à saúde.....</i> | <i>35</i> |
| <i>i. b A objeção de consciência segundo o direito internacional dos direitos humanos e o direito comparado</i> | <i>37</i> |
| ii. Segredo profissional..... | 42 |
| VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL | 46 |
| VII. PEDIDOS..... | 49 |

I. INTRODUÇÃO

1. O Instituto O'Neill foi criado em 2007 com o objetivo de responder à necessidade de soluções inovadoras para os severos problemas de saúde das comunidades globais, nacionais e locais por meio de instrumentos legais, incluindo os direitos humanos. Localizado na Faculdade de Direito da Universidade de Georgetown, em Washington D.C., o Instituto O'Neill tem diversos Centros de trabalho e, dentre eles, o Centro para a Saúde e os Direitos Humanos, que trabalha na perspectiva da saúde e do direito internacional dos direitos humanos, desenvolvendo pesquisas acadêmicas nessa seara. A equipe trabalha em estreita colaboração com parceiros locais para desenvolver capacidades, fornecer assistência técnica e realizar litígios estratégicos, especialmente na América Latina. Isso nos levou a colaborar, inclusive, em outras cortes constitucionais do nosso continente, apresentando insumos técnico-jurídicos sobre diversas questões relacionadas ao direito à saúde.

2. Ríos, por sua vez, é um centro de pensamento e ação jurídica comprometido com o uso estratégico e inovador do direito para promover sociedades mais justas e equitativas. Tem como missão institucional a garantia de que o direito seja informado pelas realidades sociais que busca transformar e acompanhado por políticas públicas eficazes que respeitem e sejam respaldadas pelos direitos humanos. Trabalha em parceria com o Centro Saúde e os Direitos Humanos do Instituto O'Neill.

3. O objetivo deste *amicus curiae* é contribuir para o debate perante esta Honrável Corte sob uma perspectiva de direito internacional e comparado, levando em conta as obrigações internacionais assumidas pelo Estado brasileiro. O *amicus* contém duas partes substantivas principais.

4. A primeira (capítulos III e IV) se refere à aplicação do direito internacional dos direitos humanos à jurisdição brasileira, e as obrigações internacionais do Brasil com relação ao acesso a

serviços de saúde reprodutiva. Como se verá nestes capítulos, a importância de enquadrar esta demanda no direito internacional dos direitos humanos faz com que esta Corte analise as situações aqui trazidas à luz da CRFB e de tratados de direitos humanos, buscando a compatibilidade tanto com os princípios e normas constitucionais quanto com aqueles direitos e diretrizes estabelecidos nos tratados dos quais o Brasil é parte.

5. A segunda parte (capítulo V) discute cada uma das barreiras ao aborto legal mencionadas na demanda, bem como algumas que foram observadas na prática. Os seis subcapítulos contextualizam cada barreira para apontar como o direito internacional dos direitos humanos e/ou o direito comparado abordam essas questões: (A) escassez de serviços disponíveis; (B) falta de qualidade dos serviços; (C) limites de idade gestacional; (D) falta de acesso a informações sobre serviços de saúde reprodutiva; (E) outros requisitos desnecessários para a prestação de serviços; (F) objeção de consciência e quebra de sigilo profissional como barreiras transversais ao acesso ao aborto legal.

6. Por fim, no capítulo VI, apresentamos uma contribuição sob a perspectiva de um diálogo comparado entre Brasil e Colômbia, no que se refere ao reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional e à aplicação desse instituto em relação aos direitos reprodutivos de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar que buscam o aborto legal no sistema de saúde público no Brasil.

II. ADMISSIBILIDADE DAS REQUERENTES

7. Conforme já apresentado na petição 30434/2024 de março de 2024, junto com os documentos comprobatórios anexados naquela ocasião, as Requerentes possuem os dois requisitos para admissibilidade na demanda: a relevância na matéria (requisitos jurídico e social da demanda) e a legitimidade do terceiro interessado.

8. Pela relevância na matéria, entende-se o quanto as barreiras existentes no Brasil para acessar ao aborto legal afetam diversos direitos fundamentais e são contrárias às obrigações internacionais do Brasil, bem como gera a desproteção de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar. Inclusive, essas questões são aprofundadas e expostas ao longo dessa petição, na qual se apresentam as razões de mérito para ADPF 989.

9. No tocante à legitimidade do terceiro interessado, o Instituto O'Neill e o Centro Saúde e Direitos Humanos focam na pesquisa em saúde com ênfase nos marcos jurídicos de proteção de direitos humanos a nível nacional e internacional. Por tal enfoque, desenvolve projetos com diversas organizações e instituições dos países nos quais trabalha, em especial na América Latina no tema de saúde sexual e reprodutiva. A organização da sociedade civil Ríos, por meio de um uso inovador e estratégico do direito, busca promover o direito à saúde reprodutiva das mulheres em todas as suas diversidades. Ríos apoia mais de 30 organizações da América Latina e do Caribe no desenvolvimento de ações jurídicas que buscam descriminalizar o aborto e melhorar o acesso a serviços de aborto legal. Centro Saúde e Direitos Humanos colabora fornecendo consultoria técnica. Ambas as instituições também apoiam espaços regionais, realizamos pesquisas jurídicas para gerar evidências empíricas e usamos o litígio internacional como uma ferramenta para promover mudanças nos marcos regulatórios

e políticas públicas nacionais.

10. Assim, conforme já demonstrado anteriormente na petição 30434/2024 e brevemente recapitulado acima, resta demonstrada a admissibilidade das Requerentes para participar e influenciar no objeto desta ADPF, tendo preenchido ambos os requisitos legais e juntado os documentos comprobatórios.

III. APLICABILIDADE DOS ESTÂNDARES INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS À JURISDIÇÃO BRASILEIRA

11. De acordo com o princípio do *pacta sunt servanda*, consagrado na Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados,² os Estados têm a obrigação de cumprir de boa-fé com os tratados internacionais dos quais é parte e de não invocar disposições do direito interno para justificar seu descumprimento. Portanto, as obrigações internacionais estabelecidas em tratados, principalmente aquelas sobre direitos humanos, devem influenciar no ordenamento jurídico interno dos países-membros. Com efeito, o país que faz parte deve segui-las, compatibilizando suas normas, políticas e regulações internas com aquelas de direito internacional dos direitos humanos para, assim, dar eficácia aos tratados e às correspondentes obrigações internacionais. Isso também deve ocorrer em relação ao objeto da presente ADPF, conforme se passa a demonstrar.

12. Não se desconhece a discussão sobre o status normativo dos tratados de direitos humanos incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro decorrentes da interiorização de normas internacionais. Tampouco não se ignora que o entendimento dividido sobre o tema de parte dessa Eg. Corte é de conferir, como regra, *status* supralegal à essa normativa, salvo os tratados internacionais de direitos humanos que sejam recepcionados sob o rito da Emenda Constitucional (EC) 45/2004.³

13. No entanto, o presente caso representa um litígio estrutural que pleiteia o reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional (“ECI”) do sistema de saúde pública brasileiro quanto à realização do aborto legal. Portanto, impacta diretamente na vida das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar que, porventura, requeiram a interrupção voluntária da gestão nos casos previstos em lei.

14. Nessa direção, consagra a Constituição da República Federativa do Brasil (“CRFB”) a “prevalência dos direitos humanos”⁴ como um dos seus princípios, bem como a não exclusão de outros direitos e garantias decorrentes de tratados internacionais dos quais o Brasil é parte.⁵ Com efeito, não deve passar despercebido a esse Eg. Supremo Tribunal que, por se referir a tratados de direitos

² Ratificada pelo Brasil em 14 de dezembro de 2009.

³ A EC 45/2004 alterou o artigo 5º, § 3º da CRFB: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

⁴ CRFB, artigo 4º: “A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: [...] II - prevalência dos direitos humanos”.

⁵ CRFB, artigo 5º, § 2º: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

humanos, o *status* a ser atribuído à tais normas é de natureza constitucional, e, portanto, sua aplicabilidade deve ser imediata em qualquer situação.⁶

15. Os direitos humanos, em todas as suas dimensões, configuram-se como direitos e não simples obrigações morais. Por tal razão, possuem extrema importância de serem pautados pelo Poder Judiciário em suas decisões, que deve buscar sua máxima efetivação. Em verdade, como reconhecido pelo Ministro Roberto Barroso, “não se invocam direitos fundamentais para descumprir direitos humanos. Direitos humanos são direitos fundamentais”.⁷ Logo, essa Eg. Corte, como guardiã da CRFB, tem a prerrogativa e o poder de efetivá-la também no que concerne à aplicabilidade das obrigações de direitos humanos contraídas pelo Brasil.⁸ Isso implica concluir que, para que haja efetividade dessa categoria de direitos, eles devem ser interpretados no ordenamento interno como materialmente constitucionais.

16. Nesse contexto, essa Eg. Corte também tem o dever de comprometer a realizar duplo controle ao decidir sobre questões envolvendo direito fundamentais e direitos humanos. Ou seja, deve realizar o controle de constitucionalidade e de convencionalidade quando se tratar de afronta a direitos humanos e fundamentais.⁹ Portanto, em relação a esta demanda, deve buscar tanto a compatibilização com os princípios e normas constitucionais; quanto com aqueles direitos e diretrizes previstos em tratados dos quais o Brasil é parte, que também trazem a centralidade e importância da saúde sexual e reprodutiva no assunto da interrupção voluntária da gravidez, conforme será abordado nos próximos capítulos deste memorial.

17. Inclusive, colocando em pauta a necessidade de interpretação dos instrumentos internacionais como normas materialmente constitucionais, o i. Ministro Gilmar Mendes já destacou a necessidade de se rever o entendimento de parte desta Corte de forma crítica.¹⁰ Nessa mesma decisão, ao se referir à proteção dos direitos humanos, o Ministro salientou que “vivemos em um ‘Estado Constitucional Cooperativo, [...] que não mais se apresenta como um Estado Constitucional voltado para si mesmo’”.¹¹

18. Sobre o assunto, o conceito de “Estado Constitucional Cooperativo”¹² pode orientar o STF no sentido de reconhecer a importância nas “instituições da comunidade internacional um fórum

⁶ V. PIOVESAN, Flavia. A constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos. In: ROCHA, Maria E. G. T.; PETERSEN, Zilah M. C. F. (coord). *Coletânea de estudos jurídicos*. Brasília: Superior Tribunal Militar, 2008, p. 375-391; MAZZUOLI, Valério de O. Podem os tratados de direitos humanos não ‘equivalentes’ às Emendas Constitucionais servir de paradigma ao controle concentrado de convencionalidade? *RDU*, Porto Alegre, v. 12, n. 64, 2015, p. 222-229, jul.-ago. 2015.

⁷ STF. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 496. Min. Rel. Roberto Barroso. Julg. 22.06.2020.

⁸ JUBILUT, Lílana L. A aplicação do direito internacional dos direitos humanos pelo STF. *Revista do Consumidor*, v. 18, n. 72, 2009, p. 78-100.

⁹ Corte IDH. Caso Barbosa de Souza y otros Vs. Brasil. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 7 de septiembre de 2021. Serie C No. 435, parr. 204.

¹⁰ STF. Recurso Extraordinário 466.343-1/ São Paulo. Min. Rel. Cezar Peluso. Julg. 03.12.2008. Voto do Min. Gilmar Mendes, p. 18.

¹¹ STF. Recurso Extraordinário 466.343-1/ São Paulo. Min. Rel. Cezar Peluso. Julg. 03.12.2008. Voto do Min. Gilmar Mendes, p. 14-15

¹² V. HARBLE, Peter. *O estado constitucional cooperativo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

importante de debate e resolução de problemas comuns à humanidade”.¹³ Essa influência pode determinar a aplicação de um “direito constitucional cooperativo”,¹⁴ que dê conta de dar efetividade material à aplicabilidade de tratados internacionais que o Brasil é parte, segundo o disposto no artigo 5º, parágrafo segundo da CRFB, à prevalência dos direitos humanos, do artigo 4º, II da CRFB, e à integração com países da América Latina, prevista no artigo 4º da CRFB.

19. Esse direito constitucional cooperativo abre espaço ao diálogo, ensejando que instrumentos internacionais possam trazer a resposta em caso de violações de direitos contra as pessoas, bem como auxiliar a integrar e complementar dispositivos normativos do Direito brasileiro. Assim, os tratados de direitos humanos são incorporados no bloco de constitucionalidade e têm natureza constitucional¹⁵, conforme já salientado pelo I. Relator da presente ADPF, Min. Edson Fachin:

“Essa afirmação, ao implicar uma equiparação hierárquica entre as fontes dos direitos fundamentais e dos direitos humanos, impõe que a atividade judicante exercida por este Tribunal e pelos Tribunais de Direitos Humanos seja efetivamente dialógica e complementar. Noutras palavras, não há necessária submissão de uma ordem à outra. [...] A solução, em casos tais, deve ser a que melhor se adeque à fundamentação democrática do estado constitucional, ou seja, não apenas a que dê primazia à pessoa humana, fundada no princípio *pro homine*, mas a que tenha em conta o valor igual de cada pessoa em dignidade”.¹⁶

20. Nesse sentido, em alguns casos julgados pelo Eg. STF sobre saúde reprodutiva, é perceptível essa abertura à ordem internacional, tais como a ADPF 54, sobre a descriminalização do aborto na causal de fetos anencefálicos, e a ADI 3510, sobre fertilização *in vitro*. Inclusive, no agravo regimental no recurso ordinário em HC n. 217.465/SC, o voto dissidente do I. Relator desta ADPF cita os compromissos assumidos pelo Brasil através de documentos internacionais no tocante à desigualdade de gênero e utiliza o Comentário Geral n. 36, para. 8 das Nações Unidas para ressaltar a importância da confidencialidade no acesso aos serviços de saúde pós-aborto.

21. A ADPF 442, a qual trata especificamente sobre descriminalização do aborto no Brasil em qualquer hipótese e ainda está em tramitação neste tribunal, teve um primeiro voto da I. Relatora, ex-Ministra Rosa Weber, enfocando nos sistemas internacionais e regionais de proteção dos direitos humanos. A I. Relatora trouxe a necessidade de tecer diálogos necessários entre as jurisdições nacionais e internacionais como forma de qualificar a deliberação e fornecer soluções normativas também utilizadas em contextos semelhantes. Ademais, ela também utiliza para o deslinde daquele caso o direito comparado, citando diversas decisões de outras Cortes Constitucionais ao redor do mundo que debateram sobre o aborto e decidiram por sua descriminalização.

22. Na presente ADPF, portanto, as normativas e decisões internacionais de direitos humanos

¹³ MALISKA, Marcos A. Cooperação internacional. *Revista Forense*, v. 103, n. 391, 2007, p. 629.

¹⁴ V. MALISKA, Marcos A. Cooperação internacional. *Revista Forense*, v. 103, n. 391, 2007, p. 627-635.

¹⁵ STF. Habeas Corpus 141.949/DF. Min. Rel Gilmar Mendes, voto do Min. Edson Fachin. Julg. 13.03.2018.

¹⁶ STF. Ação Direta de Inconstitucionalidade 4439. Min. Rel. Roberto Barroso, voto do Min. Edson Fachin. Julg. 27.09.2017.

reforçam os direitos fundamentais da CRFB e seus princípios constitucionais, mostrando a tensão entre as inúmeras barreiras impostas sobre o aborto legal e a consequente falta de acesso a direitos fundamentais por pessoas que gestam.

23. Nesse contexto, deve-se conferir a aplicabilidade imediata dos tratados internacionais de direitos humanos e sua equiparação à jurisdição constitucional, ou, subsidiariamente, reconhecê-los como parâmetros a informar suas decisões ou mesmo um ponto de partida para o diálogo e cooperação, tal qual o Sistema Universal de Direitos Humanos e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

IV. OBRIGAÇÕES INTERNACIONAIS DO BRASIL SOBRE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

24. A importância da aplicação dos padrões de direito internacional dos direitos humanos no ordenamento jurídico interno brasileiro é evidente. Os principais tratados e convenções dos quais o Brasil é parte e definem o direito à saúde como central à vida digna e, em especial, aqueles que tratam de saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar, devem ser aplicados de maneira imediata, ou, subsidiariamente, considerados para o deslinde do presente caso.

25. No capítulo seguinte serão tratadas as principais barreiras de acesso ao aborto legal, conforme exposto pelos demandantes na petição inicial. Observar-se-á como as barreiras apontadas nessa demanda violam diretamente as obrigações do Brasil em efetivar os direitos fundamentais insculpidos no ordenamento jurídico nacional e nos tratados e convenções internacionais dos quais ele faz parte, principalmente no tocante à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

26. Em relação ao direito internacional dos direitos humanos, utilizaremos alguns mecanismos específicos, nos quais o Brasil é parte, ao nos referirmos a cada uma das barreiras apontadas. Apresentaremos de forma geral esses instrumentos para que sirvam de parâmetro na tomada de decisão desse caso em razão das obrigações assumidas internacionalmente pelo Brasil, sem prejuízo à correlação específica que será feita em cada uma das barreiras tratadas adiante.

27. No âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), os Comitês de Tratados e as relatorias de mandatos especiais, como a Relatoria Especial sobre o direito à saúde, se pronunciaram em diversas oportunidades sobre a questão do aborto sob um ponto de vista do direito à saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

28. A Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁷ foi firmada no âmbito da ONU. Para garantir os compromissos da Declaração, foram adotados o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (“PIDCP”)¹⁸ e Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais

¹⁷ Ratificada pelo Brasil em 10 de dezembro de 1948.

¹⁸ Ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

(“PIDESC”),¹⁹ os quais, cada qual a sua maneira, trazem obrigações ao Brasil também na matéria sobre saúde sexual e reprodutiva.

29. Ademais, a aplicação do PIDCP é supervisionada pelo Comitê de Direitos Humanos e do PIDESC pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC). O Comitê de Direitos Humanos já se manifestou sobre barreiras de acesso ao aborto legal, ao tratar do direito à vida estabelecido no artigo 6 do PIDCP.²⁰ O Comitê DESC, por sua vez, em sua Observação Geral nº 14, que dispõe sobre o artigo 12 do PIDESC²¹ sobre o direito à saúde, se referiu ao pleno exercício do direito à saúde pela mulher e sobre “a supressão das possíveis barreiras que são colocadas ao acesso da mulher aos serviços de saúde, educação e informação, em particular na esfera da saúde sexual e reprodutiva”.²² Mais especificamente sobre saúde sexual e reprodutiva, o Comitê DESC também expediu a Observação Geral n. 22, reafirmando a obrigação dos Estados-parte de garantir a igualdade das mulheres no gozo e exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.²³

30. Cumpre destacar que o Comentário Geral nº 14 do Comitê DESC é um norteador sobre o direito de toda pessoa usufruir do mais alto nível possível de saúde física e mental, relacionando-se aos fatores determinantes de saúde, ou seja, os bens, serviços e condições necessárias para que seja possível alcançar o mais alto nível possível de saúde.

31. Nesse sentido, o Comitê estabelece quatro elementos do direito à saúde, que são cruciais para analisar essa demanda: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos sistemas de saúde. A disponibilidade diz respeito ao número de políticas, programas, instalações, bens e serviços públicos de saúde, enquanto a acessibilidade se relaciona ao dever de que esses componentes sejam acessíveis a todos, sem discriminação, garantindo a acessibilidade física e econômica, bem como o acesso à informação. A aceitabilidade, por sua vez, se traduz no respeito à ética médica e aos padrões culturais, enquanto a qualidade traz a exigência de que as instalações, bens e serviços sejam científicas e medicamente apropriados. Todos esses elementos conformam não somente o direito à saúde, mas também o direito à saúde sexual e reprodutiva. Destaca-se que cada um desses elementos será relacionado, ao longo do próximo capítulo, com as barreiras de acesso ao aborto no Brasil.

32. Em relação à saúde da mulher, pode-se trazer a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, por sua sigla em inglês).²⁴ A Convenção dispõe sobre a proteção do direito à saúde e a garantia do acesso à atenção médica das mulheres em seu artigo

¹⁹ Ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

²⁰ “Os Estados Partes devem remover as barreiras existentes ao acesso de mulheres e meninas ao aborto seguro e legal, incluindo derivados do exercício da objeção de consciência por parte dos prestadores de serviços individuais médicos, e não deve introduzir novas barreiras”. ONU. Comitê de Direitos Humanos, Observação general n. 36. Artigo 6: direito à vida, 2019, para. 8, Documento CCPR/C/GC/36.

²¹ Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, artigo 12, §1: “Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”.

²² ONU. Comitê DESC (2000), Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 21, E/C.12/2000/4.

²³ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 28, E/C.12/GC/22, 2016.

²⁴ Ratificada pelo Brasil em 22 de junho de 1994.

12.²⁵ O Comitê CEDAW, que monitora o cumprimento da CEDAW, em sua Recomendação Geral n. 24, coloca a importância do acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva. Em especial, destaca-se as recomendações expedidas ao Brasil em 2024 após a revisão junto ao Comitê CEDAW,²⁶ já que o documento menciona expressamente o problema de barreiras no acesso ao aborto legal no país.

33. O Comitê dos Direitos das Crianças (CRC, por sua sigla em inglês), por sua vez, é o órgão de controle da Convenção sobre os Direitos da Criança,²⁷ o qual prevê o direito à criança ao mais alto nível de saúde em seu artigo 24.²⁸ Em relação à saúde sexual e reprodutiva, o Comitê já se manifestou sobre a questão do aborto por meio de suas Observações Gerais n° 4, 15 e 20.²⁹

34. No mesmo sentido, o Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD, por sua sigla em inglês), é o órgão de controle da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência,³⁰ prevendo o direito às pessoas com deficiência de gozar ao melhor estado de saúde possível, sem discriminação baseada na deficiência.³¹ O Comitê se manifestou expressamente sobre o direito de pessoas com deficiência terem seu direito à saúde plenamente atendido, inclusive focando em meninas e mulheres com deficiências e no direito à igualdade e não discriminação, nas Observações Gerais n° 3 e 6 respectivamente.³²

35. No âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos,³³ a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (“CIDH”) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (“Corte IDH”) também já se pronunciaram reiteradamente sobre o direito à saúde tanto de maneira autônoma, quanto

²⁵ Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, artigo 12: “1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”.

²⁶ ONU. Comitê CEDAW. [Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Brazil](#), para. 34(a), CEDAW/C/BRA/CO/8-9, 2024.

²⁷ Ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990.

²⁸ Convenção dos Direitos da Criança, artigo 24: “Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde”.

²⁹ ONU. Comitê dos Direitos das Crianças (CRC). General Comment No. 4: adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child, para 24, 27, 35(c), CRC/GC/2003/4; General Comment No. 15: sobre el derecho del niño al disfrute más alto nivel possible de salud (artículo 24), para. 54, 46, 70; General comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence, para. 60, CRC/C/GC/20.

³⁰ Ratificada pelo Brasil em 30 de março de 2007.

³¹ Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, artigo 25: “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar o melhor estado de saúde possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero”.

³² ONU. Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD). General Comment No. 3: Women and girls with disabilities, para 40 e 44, CRPD/C/GC/3; General Comment No. 6 on equality and non-discrimination, para. 66, CRPD/C/GC/6.

³³ O Brasil ratificou a Carta da OEA em 19 de fevereiro de 1952, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos em 6 de novembro de 1992 e aceitou a competência contenciosa da Corte Interamericana de Direitos Humanos em 3 de dezembro de 1998.

relacionando-o com o direito à vida, integridade e autonomia.³⁴ Ademais, já trataram do direito à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

36. Ao desenvolver as obrigações dos Estados em relação ao direito à saúde nos termos do artigo 26 da Convenção Americana, a CIDH e a Corte IDH referiram-se, por um lado, à obrigação de progressividade, ou seja, de avançar o mais rápida e eficazmente possível para a plena realização do direito à saúde, com a correlativa proibição de retrocesso.³⁵ Por outro lado, especificaram o âmbito das obrigações de cumprimento imediato, quais sejam: i) as obrigações gerais de respeito e garantia, ii) a aplicação do princípio da não discriminação aos direitos econômicos, sociais e culturais, iii) as obrigações de tomar ou adotar medidas para alcançar a realização dos direitos incorporados no referido artigo, e iv) a disponibilidade dos recursos adequados e eficazes para a sua proteção.³⁶

37. Portanto, a existência de normas e práticas que representem um obstáculo ao acesso de serviços de aborto legal constitui uma violação da obrigação do Estado de respeitar e garantir a realização e o disfrute efetivo do direito à saúde sem discriminação. A persistência de estereótipos de gênero, por exemplo, foi uma das barreiras de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva que a CIDH identificou em seu trabalho de monitoramento da situação de direitos humanos na região.³⁷

38. Além dos tratados e mecanismos internacionais supramencionados, é relevante ter em consideração as guias da OMS como norteador para o caso. Elas constituem recomendações técnicas baseadas nas últimas evidências científicas sobre o assunto. Em 2022, a OMS lançou uma nova guia de diretrizes sobre a atenção para o aborto, focado na integração entre Direito, direitos humanos, saúde, cuidados clínicos e a prestação de serviços de saúde. Essa guia, que é a terceira já produzida pela OMS, expediu recomendações (antigas, atualizadas e adicionais) sobre aborto. Foram seguidas evidências científicas atualizadas, centralizando que o serviço do aborto é um componente essencial aos cuidados de saúde.

39. Alguns conceitos-chave que sustentam as diretrizes da OMS em sua guia são (i) a inclusão da atenção integral ao aborto na lista de serviços essenciais de saúde; (ii) a atenção ao aborto de qualidade como fator fundamental para alcançar a saúde para todas as pessoas; (iii) a integração com os direitos humanos,³⁸ incluindo uma tabela final remetendo aos principais órgãos e tratados de direitos humanos que dispõem sobre a temática – os quais apresentamos brevemente acima e devem ser levados em consideração no deslinde dessa ação em razão das obrigações internacionais travadas pelo Brasil.³⁹

40. Cumpre salientar que todas essas recomendações e mecanismos podem orientar os I. Ministros

³⁴ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Cuscul Pivaral y Otros vs. Guatemala, Sentencia de 23 de agosto de 2018, para. 97-107.

³⁵ Corte IDH. [Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile](#). Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104.

³⁶ CIDH. Informe No. 9/20. [Caso 13.378](#). Fondo. Beatriz. El Salvador. 3 de marzo de 2020, párr. 93.

³⁷ CIDH. [Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Anexo 1](#). OEA/Ser.L/V/II. Doc 233. 14 de noviembre de 2019, párr. 33

³⁸ OMS. [Abortion care guideline](#). Ginebra: World Health Organization. 2022, p. xix-xx e 8-10.

³⁹ OMS. [Web annex A: key international human rights standards on abortion](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf). 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>

para o deslinde do presente caso, assim como já ocorreu anteriormente. Na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6148, o pleno estabeleceu que, para o deslinde do caso sobre regulação da qualidade do ar, o órgão governamental CONAMA deveria levar em consideração as atuais orientações da OMS sobre o assunto. Ademais, esclareceu que, caso restasse transcorrido o prazo para edição de ato normativo sem manifestação do órgão, vigorariam os parâmetros estabelecidos pela OMS enquanto perdurasse a omissão governamental.⁴⁰ Do mesmo modo, no Agravo em Recurso Extraordinário 1480888, o Ministro Relator Zanin usa de documentos internacionais da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde como parâmetros interpretativos para que o texto constitucional os considere no deslinde do caso.⁴¹

41. Passa-se, abaixo, à análise de cada barreira listada sob a ótica do direito internacional dos direitos humanos e/ou o direito comparado.

V. AS BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL SOB A ÓTICA DO DIREITO INTERNACIONAL E COMPARADO

42. Para entender cada uma das barreiras, dividir-se-á o capítulo em cinco partes (subcapítulos), seguindo as barreiras apontadas na petição inicial dessa demanda. Em cada subcapítulo contextualizaremos a referida barreira para, então, apontar o modo como o direito internacional dos direitos humanos e/ou o direito comparado lidam com essa questão: (A) a escassez na disponibilidade de serviços; (B) a falha na qualidade dos serviços; (C) os limites à idade gestacional; (D) a falta de acesso à informação sobre serviços de saúde reprodutiva; (E) outras exigências desnecessárias para a prestação do serviço; (F) a objeção de consciência e quebra do sigilo profissional como barreiras transversais no acesso ao aborto legal.

A. A ESCASSEZ NA DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS

43. Conforme já apontado pelos demandantes na petição inicial⁴² e por diversos outros *amici curiae* neste processo, há pouquíssimos serviços que atendem casos de aborto legal no Brasil. Um dos dados apresentados na petição inicial, demonstra que dos 102 serviços de referência cadastrados para a interrupção da gravidez em casos previstos em lei, apenas 88 tinham a estrutura e equipe exigidos em lei. Esses 88 serviços estavam localizados em apenas 55 municípios de todo o território brasileiro.

44. Constata-se que menos de 4% do total de municípios do Brasil oferta o serviço de aborto previsto em lei,⁴³ e esse número foi ainda mais reduzido no período da pandemia de COVID-19.⁴⁴

⁴⁰ STF. Ação Direta de Inconstitucionalidade 6148. Min. Redator André Mendonça. Julg. 05.05.2022. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=763078853>

⁴¹ STF. Agravo em Recurso Extraordinário 1.480.888. Min. Rel. Cristiano Zanin. Decisão monocrática. Caso pendente de julgamento pelo colegiado 1ª Turma.

⁴² Petição inicial, parágrafos 3 e da seção 2 (página 7 do PDF).

⁴³ Jacobs, M. G.; Boing, A. C. [Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios?](#) *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(9), p. 3689-3700, 2022.

⁴⁴ O Mapa do Aborto Legal, produzido pela Artigo 19, fez um mapeamento dos serviços indicados pelo Ministério da Saúde, explicando a metodologia da pesquisa para confirmar se aqueles lugares realmente realizavam o aborto legal. Ver: <https://mapaabortolegal.org/>

Destaca-se que não há nem sequer um serviço para cada estado brasileiro. Isso sem contar com os estados de dimensão territorial equivalentes a países, como o Pará, o qual conta somente com um único serviço de aborto legal para todo o estado em sua capital.

45. A telemedicina, que poderia ser utilizada como uma opção a fim de diminuir os problemas de distância, ainda não é uma realidade presente. Pelo contrário. Existe um único serviço de telemedicina que oferece atendimento ao aborto legal no Brasil no hospital universitário de Uberlândia – serviço do NUAVIDAS –, em Minas Gerais. Ele é uma referência na área de saúde como boas práticas relativas à interrupção da gravidez. Contudo, ele sofre muita resistência externa.⁴⁵ Além disso, a pessoa que busca esse único serviço de telemedicina para aborto legal no Brasil ainda precisa ir até lá para buscar o medicamento – já que o medicamento utilizado nesses casos, o misoprostol, é de uso restrito aos hospitais, conforme será tratado adiante – e, portanto, ainda demanda um deslocamento físico da pessoa usuária do serviço.

46. A garantia de um ambiente propício de acesso ao aborto no Brasil está intimamente ligada à disponibilidade dos serviços que realizam o aborto legal. É dizer, para acessar o procedimento, seria preciso que tivessem suficientes unidades do sistema único de saúde (SUS) para atender a demanda em todos os estados do Brasil e, idealmente, na maioria de seus municípios.⁴⁶ Os serviços de telemedicina também seriam uma alternativa para dar conta desta demanda. Contudo, conforme visto, a realidade é bem diferente desse ideal.

47. Nesse sentido, **a escassez na disponibilidade de serviços apresenta evidente barreira de acesso ao aborto legal por meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.** Isso porque essas pessoas acabam tendo dificuldade de acessar algum tipo de serviço. Seja por questões de ordem econômica no deslocamento para outras cidades ou até outros estados, seja por questões de saúde física e mental que as impossibilite ou dificulte viajar para outras localidades, ou até mesmo por medo e desconhecimento ao se verem obrigadas a sair de seus territórios para acessar o serviço.

48. Igualmente, a evidência em saúde pública demonstra que há significativo impacto dessa escassez no acesso ao aborto legal e seguro na mortalidade e morbidade maternas.⁴⁷ Além do estigma da criminalização no Brasil, a falta de serviços aumenta a chance de que meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar busquem alternativas inseguras para realização do procedimento. Por sua

⁴⁵ V. Portal Catarinas. Ataques ao aborto legal por telemedicina não tem base legal ou científica. Disponível em: <https://catarinas.info/ataques-ao-aborto-legal-por-telemedicina-nao-tem-base-legal-ou-cientifica/>; OutraSaúde. Direito ao aborto: perseguição e esperança. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/aborto-legal-uma-historia-de-perseguido-e-esperanca/>

⁴⁶ Um estudo publicado demonstra que, à luz das causas hoje vigentes no Brasil (hipóteses legais de interrupção da gravidez) e da normativa internacional, a maioria dos municípios teria capacidade de atender demandas por aborto legal. V. Jacobs, M.G.; Boing, A.C. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (9), 2022, p. 3695.

⁴⁷ Jacobs, M. G.; Boing, A. C. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 31, n. 4, 2022; Thaddeus, S.; Maine, D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*, v. 38, i. 8, abr. 1994.

vez, abortos inseguros representam grande parte das mortes maternas.⁴⁸ Portanto, isso impacta não só na saúde, mas na vida e integridade de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

49. Essas dificuldades impostas pela escassez de serviços em um país de dimensões continentais como o Brasil reflete um grave desrespeito ao direito à saúde (artigo 6º CRFB). Além da afronta à saúde para todas as pessoas e os possíveis danos à saúde causados à pessoa que deixa de acessar o serviço, esses casos costumam afetar as populações mais vulnerabilizadas econômica e socialmente. Dentre elas, estão as pessoas mais empobrecidas que carecem de recursos financeiros, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e pessoas negras e indígenas. Por tal razão, também se afere violação ao direito à igualdade e a não discriminação (art. 5º CRFB). Por fim, a falta de acesso e de disponibilidade dos serviços também confere afronta ao direito à vida (art. 6º CRFB), já que representa risco à mortalidade e morbidade materna.

50. Em razão disso, o Comentário Geral n. 14 do Comitê DESC determina que as intervenções estatais e políticas públicas devem propiciar o acesso ao cuidado de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade.⁴⁹ Para tanto, estabelece obrigações jurídicas específicas dos Estados – entre eles o Brasil – a respeitar, proteger e efetivar o direito à saúde.

51. O Estado deveria se abster de negar ou limitar o acesso a todas as pessoas a serviços de saúde e de reproduzir outras práticas discriminatórias relacionadas com as necessidades de saúde das mulheres.⁵⁰ Além disso, deveria tomar medidas de proteção para todos os grupos vulnerabilizados da sociedade, em especial mulheres, crianças, adolescentes e idosos.⁵¹ Interpreta-se dessas diretrizes para o presente caso a necessidade de mais serviços de atendimento ao aborto legal disponíveis, bem como mais serviços de telemedicina, a fim de que o Brasil não incorra em práticas discriminatórias no exercício do direito à saúde ao dificultar o acesso ao aborto legal a mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar em razão da falta de ações para “reduzir a distribuição desigual das instalações, bens e serviços de saúde”⁵².

52. Por sua vez, a Observação Geral n. 22 do Comitê DESC estabelece como um dos elementos do direito à saúde sexual e reprodutiva a questão da disponibilidade e acessibilidade. A disponibilidade, nesse caso, se refere a necessidade de o país dispor de “um número adequado de estabelecimentos, serviços, bens e programas de atenção à saúde em funcionamento para propiciar à população o conjunto mais completo de serviços de saúde sexual e reprodutiva”.⁵³ A acessibilidade, por sua vez, inclui a acessibilidade física e asequibilidade, elementos que tratam das distâncias geográficas e das

⁴⁸ ONU. Comitê Contra a Tortura. Observações sobre o Brasil. Doc. CAT/C/BRA/CO/2, 2023, para. 49-50.

⁴⁹ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 21, E/C.12/2000/4, 2000.

⁵⁰ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 34, E/C.12/2000/4, 2000.

⁵¹ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 35, E/C.12/2000/4, 2000.

⁵² ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 52, E/C.12/2000/4, 2000.

⁵³ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 12, E/C.12/2000/4, 2000.

preocupações em reduzi-las, bem como dos custos para o acesso ao serviço a fim de que se evite que eles sejam uma carga desproporcional às pessoas e famílias.

53. A Observação Geral n. 22 também dispõe sobre as “obrigações jurídicas específicas” dos Estados-parte sobre esse assunto, que incluem “respeitar, proteger e efetivar o direito de todos à saúde sexual e reprodutiva”.⁵⁴ Também elenca algumas “obrigações básicas”, em especial:

- a) **Revogar ou eliminar as leis, políticas e práticas que penalizam ou obstaculizam o acesso das pessoas ou de determinados grupos aos estabelecimentos, serviços, bens e a informação em matéria de saúde sexual e reprodutiva;** b) aprovar e aplicar uma estratégia e um plano de ação nacionais em saúde sexual e reprodutiva, com uma alocação orçamentária suficiente, periodicamente revisadas e supervisionadas por meio de um processo participativo e transparente, e divulgados por motivos proibidos de discriminação; c) **garantir o acesso universal e equitativo a serviços, bens e instalações de saúde sexual acessíveis, aceitáveis e de qualidade reprodutiva, particularmente para mulheres e grupos desfavorecidos e marginalizados [...]**⁵⁵

54. Nesse sentido, ao dispor de tão poucas unidades de saúde que realizam o aborto legal e somente uma que realiza o procedimento por telemedicina, o Brasil incorre em violação de suas obrigações básicas⁵⁶, e por consequência da interdependência dos direitos, ao direito à saúde, direito à vida, à não discriminação e à igualdade.

55. O Comitê CEDAW, inclusive, reforça que a distância no acesso aos serviços de saúde e a falta de asequibilidade aos transportes públicos são barreiras no acesso à saúde por mulheres.⁵⁷ Da mesma forma, o Comitê dos Direitos das Crianças também se pronunciou sobre o tema, recomendando que os Estados-parte tenham serviços de saúde acessíveis física, econômica e socialmente a crianças e adolescentes.⁵⁸⁵⁹ Especialmente no tocante ao artigo 24 da Convenção dos Direitos da Criança sobre direito à saúde, o Comitê trata da necessidade de disponibilizar serviços de aborto seguro e de atenção pós-abortamento.⁶⁰

⁵⁴ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 3.

⁵⁵ ONU. Comitê DESC. Observação Geral n. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 49, E/C.12/GC/22, 2016.

⁵⁶ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 49 e 57.

⁵⁷ ONU. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, para. 21, A/54/38/Rev.1, 1999.

⁵⁸ ONU. Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral n. 4, Comitê sobre os Direitos da Criança, Saúde e Desenvolvimento do Adolescente no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança, para. 41(b), CRC/GC/2003/4, 2003

⁵⁹ ONU. Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral n. 15 sobre o direito da criança ao gozo do mais alto nível possível de saúde (artigo 24), para. 113, CRC/C/GC/15, 2013.

⁶⁰ ONU. Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral n. 15 sobre o direito da criança ao gozo do mais alto nível possível de saúde (artigo 24), para. 31, 54, 70, CRC/C/GC/15, 2013.

56. Na mesma direção vai o apontamento do Comitê CRPD, que, em sua Observação Geral n. 2 sobre acessibilidade, aborda a necessidade de acessibilidade física também no tocante a como aquela pessoa conseguirá chegar até o serviço de saúde. Destaca que, “[m]esmo que os edifícios onde os serviços de saúde e proteção social sejam acessíveis, sem transporte acessível até eles, as pessoas com deficiência não podem se deslocar para acudir aos serviços”.⁶¹

57. Mais uma vez, percebe-se uma violação a uma obrigação internacional assumida pelo Brasil, porque, como já apontado, não existem serviços suficientes para cobrir todo – ou grande parte – do território brasileiro e não são efetivadas as políticas para auxiliar pessoas que precisam se deslocar até outros serviços para acessar o aborto legal podendo ocasionar e contribuir com o aumento da morbidade e mortalidade materna. Nesse sentido, a Corte IDH já estabeleceu a obrigação do Estado de prevenir violações do direito à vida e à integridade pessoal, especificamente de prevenir a mortalidade materna.⁶²

58. O Relator Especial sobre o direito de pessoas com deficiência reforçou que a acessibilidade também passa por fornecer transporte até o serviço de saúde, pois, caso contrário, seria impedi-las “de desfrutar e exercer seus direitos de saúde sexual e reprodutiva na prática”.⁶³ O Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde também se pronunciou sobre a temática, reconhecendo que a pandemia de COVID-19 diminuiu consideravelmente o número de serviços disponíveis,⁶⁴ o que se vê tristemente refletido na realidade brasileira. Reforça-se, assim, o caráter de violação ao direito à saúde, em especial à saúde sexual e reprodutiva, em seus requisitos de acessibilidade e disponibilidade.⁶⁵

59. A OMS, em seu já supramencionado documento de diretrizes sobre atenção ao aborto, também enfatizou que o aborto deve ser acessível na prática, o que envolve ter instalações e serviços de saúde suficientes.⁶⁷ A acessibilidade e disponibilidade estão interconectadas como fatores importantes para que mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar acessem o serviço de aborto. Nesse sentido, a dificuldade no acesso a um serviço que é utilizado unicamente por meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar é, de certa forma, negá-lo e colocá-las em risco à vida e integridade.⁶⁸ Em contraste, a própria OMS, já definiu que entre 88 a 98% das mortes maternas são

⁶¹ ONU. Comitê sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência, Observação Geral n. 2 sobre acessibilidade (artigo 9), para. 40, CRPD/C/GC/2, 2014.

⁶² Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Brítez Arce y otros vs. Argentina*. Sentencia de 16 de noviembre de 2022 (*Fondo, reparaciones e costas*), para 68 e 70.

⁶³ ONU. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, para 50, A/72/133, 2017.

⁶⁴ ONU. Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental: oportunidades e desafios durante a pandemia de COVID-19, para. 24 e 48, A/76/172, 2021.

⁶⁵ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 34-37, E/CN.4/2004/49, 2004.

⁶⁶ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 65 (d), A/66/254, 2011.

⁶⁷ OMS. *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization. 2022, p. 12.

⁶⁸ Declaração conjunta de especialistas de direitos humanos da ONU, a Relatora especial sobre os direitos das mulheres da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e os relatores especiais sobre os direitos das mulheres e dos defensores de direitos humanos da Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, setembro de 2015. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E>

evitáveis.⁶⁹ Logo, ter disponibilidade adequada é um elemento que pode contribuir para redução do número de mortes e morbidades maternas.⁷⁰

60. A Corte Constitucional Colombiana também enfrentou a questão da acessibilidade e disponibilidade. Na sentença T-388 de 2009 a Corte estabeleceu que os serviços de interrupção de gravidez no caso das hipóteses permitidas por lei – até aquele momento – deveriam estar disponíveis em todo território nacional. Foi além, determinando que as diferentes entidades e atores do sistema de saúde devem assegurar uma disponibilidade suficiente de serviços sem barreiras ou exigências desnecessárias e adicionais. Nessa mesma linha, a Corte reforçou seu entendimento na sentença T-301 de 2016, ao determinar que a disponibilidade dos serviços de saúde é um componente do direito ao aborto. Em razão disso, a Resolução 051 do Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia regula a interrupção voluntária da gravidez, regulamentando que, “por se tratar de uma atenção essencial e de caráter de urgência, o acesso à interrupção voluntária da gravidez deve ser garantido em todo o território nacional e não pode ser suspenso em nenhuma circunstância”.⁷¹

61. **Por esse prisma, se entende que a barreira da escassez na disponibilidade dos serviços contribui para o problema estrutural e o ECI sobre o aborto legal não só pela afronta direta à CRFB em seu direito à vida, à saúde e à igualdade, mas também pela lente do direito internacional dos direitos humanos.** Então, para que o Estado sane essas violações, que vem ocorrendo pela falta de acesso aos serviços de aborto legal, é possível se espalhar na jurisprudência comparada, no caso da Colômbia e nas evidências disponíveis sobre a evitabilidade das mortes maternas, para avançar e adotar políticas que ampliem a disponibilidade e acessibilidade a esses serviços territorialmente.

B. A FALHA NA QUALIDADE E ACEITABILIDADE DOS SERVIÇOS

62. A qualidade e aceitabilidade do serviço são elementos do direito à saúde, conforme estabelecido no Comentário Geral nº 14 do Comitê DESC, representando a necessidade das instalações, bens e serviços serem científica e medicamente adequados e de boa qualidade, o que engloba, pelo menos, pessoal médico qualificado, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovados e em validade, água potável e saneamento adequado, contendo também respeito às pessoas pacientes, inclusive com sensibilidade a questões interseccionais.

63. Além disso, conforme as recomendações estabelecidas pela OMS, a qualidade é composta da eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade/ centramento na pessoa, equidade e segurança.⁷² Esses são os elementos que garantem protocolos e atendimentos de qualidade na atenção à interrupção da gravidez, o que engloba, por conseguinte, o aborto legal no Brasil.

⁶⁹ OMS. *Maternal mortality: helping women off the road to death*. WHO Chronicle, v. 40, 1986, pp. 175–183.

⁷⁰ ONU. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights: Technical guidance on the application of human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality, A/HRC/21/22, para. 20(a).

⁷¹ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 051 de 2023, art. 8.2.

⁷² OMS. *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization. 2022, p. xiv.

64. Tendo em vista esses parâmetros, percebe-se que, no Brasil, a falta de qualidade e aceitabilidade no acesso ao aborto legal se divide em duas principais camadas: (i) (in)existência de protocolos e serviços adequados para o atendimento em caso de aborto; e (ii) falta de aplicação dos métodos de acordo com as últimas evidências em saúde.

65. Nesse sentido, não basta ter uma gama de serviços disponíveis se eles não oferecerem um atendimento de qualidade em todas as camadas acima apontadas. A carência de alguma de alguma delas pode representar uma barreira no acesso ao aborto legal por meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar. Isso se deve ao fato de a falta de qualidade estar intimamente atrelada a potenciais situações de violência para a pessoa que procura o serviço de aborto legal e, portanto, a negação do serviço.

66. No cenário brasileiro, para além da escassez na disponibilidade de serviços, aqueles que estão disponíveis, muitas vezes, também falham na qualidade e aceitabilidade ao não cumprir com as recomendações indicadas pela OMS. A falha na qualidade por violação à eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade, centramento na pessoa, equidade e segurança pode ocorrer em uma ou mais dessas camadas, conforme se apresenta a seguir.

i. Práticas inadequadas no atendimento em casos de aborto legal

67. No Brasil, o protocolo aplicado para o aborto legal é baseado, principalmente, na Portaria nº 1508/2005 do Ministério da Saúde. A portaria estabelece um procedimento com o passo-a-passo a ser seguido em caso das hipóteses de aborto legal (“Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (“SUS”), excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher (artigo 1º da Portaria) e anencefalia – não é abordada nessa portaria e foi incluída como hipótese de aborto legal por decisão judicial. Em outras palavras, esse é o procedimento utilizado para casos de aborto legal decorrente de violência sexual.

68. O procedimento envolve quatro fases, todas as quais são registradas no formato de termos, que são posteriormente anexados ao prontuário médico da pessoa paciente com o devido dever de confidencialidade (artigo 2º da Portaria): (i) relato dos fatos pela pessoa gestante, (ii) parecer técnico da pessoa médica, depois dos exames necessários; (iii) assinatura do termo de responsabilidade; (iv) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido sobre o procedimento a ser realizado.

69. O procedimento estabelecido para o aborto em caso de violência sexual apresenta pontos controversos que, muitas vezes, podem acabar resultando em violências. Percebe-se, da portaria expedida pelo Ministério da Saúde – e do próprio Código Penal –, que nos casos de gravidez de corrente de abuso sexual, não há exigência legal de registro de ocorrência. Contudo, o serviço médico é obrigado a preencher uma ficha com um resumo dos acontecimentos (“termo do relato circunstanciado”), além da ficha de consentimento e de anuência que mentir nesses casos seria incorrer em crime (“termo de responsabilidade”). No preenchimento desses formulários, existem relatos sobre o tom inquisitivo de profissionais da saúde, quase numa necessidade de confirmar se o relato da vítima

é verdadeiro.⁷³ Além de submeter a pessoa que está em busca do aborto legal a uma situação vexatória, acaba submetendo-a à revitimização ao exigir que ela recontе detalhadamente a violência sofrida para preencher o termo com o resumo dos fatos.⁷⁴ Apesar de se entender a necessidade de que profissionais da saúde verifiquem se o caso preenche a hipótese de aborto legal por violência sexual, existem meios menos lesivos que permitem chegar ao mesmo objetivo, como, por exemplo, o preenchimento de um formulário simples no qual a vítima de violência não precise relatar em detalhes os fatos sofridos.

70. Ademais, a inadequação do serviço também pode ser observada desde a negação no atendimento em si até o maltrato e/ou submissão dessas pacientes a situações vexatórias, como foi o caso da pessoa que, além de ser obrigada a recorrer a três serviços de saúde antes de “aceitarem” atender a sua demanda, também foi obrigada a escutar os batimentos cardíacos do feto para “ter certeza de sua escolha”⁷⁵ – procedimento esse que não é previsto em qualquer ato normativo.

71. Os protocolos e práticas atualmente vigentes geram uma burocratização excessiva que se transformam em barreiras de acesso e de aceitabilidade do serviço, algumas das quais são abordadas na seção E – como, por exemplo, a exigência de equipe multidisciplinar no atendimento ao aborto legal ou os laudos em caso de aborto pela causal de anencefalia.

72. É comum, infelizmente, ouvir sobre casos de crianças que tem o acesso ao aborto legal negados – em razão de violência sexual legalmente presumida em razão de sua idade.⁷⁶ Além da violência da negação do serviço, muitas vezes elas são submetidas a tantas outras, como, por exemplo, sugestões de que a criança poderia “segurar mais um pouquinho” para levar a gestação até o final.⁷⁷ Ou seja, além de submetê-las à violência psicológica, colocam em risco a própria saúde da criança em razão do risco de uma criança levar uma gestação adiante e mostra a falta de preparo da equipe profissional de lidar com esse público, evidenciando o impacto desproporcional nesse grupo.

73. **As falhas no atendimento decorrentes de protocolos e serviços inadequados tornam-se uma barreira para que a pessoa dê continuidade ao atendimento ou até mesmo para que outras**

⁷³ Jacobs, M. G. Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022, p. 79.

⁷⁴ V. Ruschel AE et al. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(10).

⁷⁵ Veja-se, por exemplo, a situação da pessoa que precisou passar por três serviços antes de ter o aborto concedida e foi obrigada a ouvir os batimentos cardíacos do feto: https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2024/05/mulher-tem-aborto-legal-negado-em-tres-hospitais-e-obrigada-a-ouvir-batimento-do-bebe-diz-defensoria.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsm%C3%B4nica

⁷⁶ Sobre o assunto v. Ribeiro, K. [Não é um caso isolado: barreiras para aborto legal revitimizam meninas](#). *Portal catarinas*, 2022. Dentre tantos casos nesse sentido, citem-se alguns: “[O que se sabe e o que falta saber sobre o caso da menina de 11 anos vítima de estupro e grávida pela segunda vez](#)”, G1; “[Juíza de SC induz menina de 11 anos grávida após estupro a desistir de aborto: veja a repercussão](#)”, G1.

⁷⁷ Essa frase foi proferida por uma juíza à uma menina de 11 anos, durante uma audiência judicial, referindo-se a que ela não abortasse e levasse a gestação até o final. Ribeiro, K. [Não é um caso isolado: barreiras para aborto legal revitimizam meninas](#). *Portal catarinas*, 2022. Além disso, existem relatos do uso do argumento da adoção como forma de impedir o aborto. Sobre o tema v. Leão, E. [Adoção não é solução para justificar a criminalização do aborto legal](#). *Portal catarinas*, 2025.

peessoas busquem aquele serviço de antemão em razão da insegurança e medo gerados. Ademais, a falta de protocolos e serviços adequados viola diretamente normas internacionais sobre o assunto. Vejamos.

74. O Comitê de Direitos Humanos, em sua Observação Geral n° 36, estabelece que os Estados estão obrigados a fornecer o serviço de saúde de aborto seguro e efetivo nas hipóteses de risco à vida da pessoa gestante, de gravidez decorrente de violência sexual ou incesto, e de inviabilidade fetal,⁷⁸ o que inclui as hipóteses sob as quais o aborto já é legal no Brasil. A Relatoria Especial sobre direito à saúde das Nações Unidas também já se manifestou, em algumas ocasiões,⁷⁹ nesse mesmo sentido da necessidade de o aborto ser seguro, acessível e de boa qualidade. A Relatoria também aponta que um aborto seguro é um componente necessário para efetivar o direito à saúde de forma integral.⁸⁰

75. A Observação Geral n. 22 do Comitê DESC estabelece como um dos elementos do direito à saúde sexual e reprodutiva a questão da qualidade do serviço, que é tida como uma obrigação básica do Estado.⁸¹ Por qualidade entende-se que os estabelecimentos, bens, informações e serviços relativos à saúde sexual e reprodutiva devem estar baseados em base empírica, ser adequados e atualizados desde um ponto de vista científico e médico. Acrescenta, ademais, a necessidade de formar e capacitar os profissionais de saúde.⁸² Além disso, a Observação Geral n. 22 também dispõe do elemento da aceitabilidade, definindo-a como o respeito da cultura das pessoas, minorias, povos e comunidades pelos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de modo que sejam sensíveis às questões de gênero, idade, necessidades de pessoas com deficiência e diversidade sexual.⁸³

76. Especificamente em relação ao público de crianças e adolescentes, o Comentário Geral n. 14 do Comitê DESC determina que haja serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados para este público.⁸⁴ O Comitê CEDAW, em conjunto com o Comitê dos Direitos das Crianças, também destacam que a falta de serviços de aborto adequados a adolescentes é um obstáculo que aumenta o risco de serem submetidos a práticas nocivas.⁸⁵ Ademais, o Comitê dos Direitos da Criança, na Observação Geral n° 4 se manifestou nesse mesmo sentido, dizendo que, ademais de serviços de saúde

⁷⁸ ONU. Comitê de Direitos Humanos, Observação general n. 36. Artigo 6: direito à vida, 2019, para. 8, Documento CCPR/C/GC/36.

⁷⁹ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, A/66/254, 2011; ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 92, A/HRC/32/32, 2016; ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Direitos à saúde sexual e reprodutiva: desafios e oportunidade durante a pandemia de COVID-19, para 33, UN Doc. A/76/172, 2021.

⁸⁰ Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Direitos à saúde sexual e reprodutiva: desafios e oportunidade durante a pandemia de COVID-19, para 33, UN Doc. A/76/172, 2021.

⁸¹ ONU. Comitê DESC. Observação Geral n. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 49 (c), E/C.12/GC/22, 2016.

⁸² ONU. Comitê DESC. Observação Geral n. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 21, E/C.12/GC/22, 2016.

⁸³ ONU. Comitê DESC. Observação Geral n. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 20, E/C.12/GC/22, 2016.

⁸⁴ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 23, E/C.12/2000/4, 2000.

⁸⁵ ONU. Comitê CEDAW e Comitê sobre os Direitos da Criança. Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, para 68. CEDAW/C/GC/31/Rev.1 CRC/C/GC/18/Rev.1, 2019.

adequados aos direitos desse público, os Estados devem adotar medidas para reduzir a mortalidade de crianças e adolescentes em razão de gravidez e práticas de aborto inseguras.⁸⁶

77. Da mesma forma, em relação a pessoas com deficiência, a Observação Geral n. 22 do Comitê DESC estabelece que esta parcela da população deve poder acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, o que engloba serviços específicos em razão da sua deficiência. Ou seja, os Estados devem realizar ajustes necessários para que pessoas com deficiência possam acessar esses serviços em igualdade de condições – por exemplo, acessibilidade física, informação em formatos acessíveis, dentre outros.⁸⁷

78. O Comitê CRPD, por meio da Observação Geral nº 3, também estabelece o impacto desproporcional da falta de adequação de protocolos e serviços de saúde às pessoas com deficiência, especialmente as mulheres e meninas.⁸⁸ Ademais, em sua Observação Geral nº 6, o Comitê traz as barreiras que podem ser enfrentadas por pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde, principalmente à saúde reprodutiva, como violação ao direito à igualdade e não-discriminação.⁸⁹

79. Em conclusão, os protocolos, e práticas atualmente existentes em matéria de acesso ao aborto legal contrariam as obrigações internacionais do Estado brasileiro, em particular a de fornecer serviços de aborto adequados, efetivos, aceitáveis e de qualidade nas hipóteses permitidas em lei, com especial atenção aos grupos vulnerabilizados. Ou seja, a falta de protocolos e/ou serviços adequados para realização do procedimento conduz à falta de qualidade, inaceitabilidade, falta de centramento na pessoa, iniquidade e insegurança.

ii. A aplicação dos métodos de aborto de acordo com as últimas evidências científicas em saúde

80. Além dos protocolos de atendimento, a qualidade no serviço também perpassa a aplicação dos métodos de aborto que sigam as últimas evidências científicas em saúde. A seguir, apresentaremos os métodos recomendados pela OMS seguido de como eles são manejados na realidade brasileira.

81. Segundo a OMS, a melhor evidência científica sobre o assunto aponta que os métodos mais seguros e eficazes para realização do aborto legal são os medicamentosos – combinação de misoprostol e mifepristona⁹⁰ – e a aspiração manual intrauterina (AMIU)⁹¹. Além disso, a também a recomendação

⁸⁶ ONU. Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral n. 4, Comitê sobre os Direitos da Criança, Saúde e Desenvolvimento do Adolescente no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança, para. 39(c), CRC/GC/2003/4, 2003.

⁸⁷ ONU. Comitê DESC. Observação Geral n. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 24, E/C.12/GC/22, 2016.

⁸⁸ ONU. Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Observação Geral n. 3. Artigo 6: mulheres e meninas com deficiência. 2016. Para 42, 48 e 57, CRPD/C/GC/3.

⁸⁹ ONU. Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Observação Geral n. 6. Artigo 6 sobre igualdade e não discriminação. 2018 Para 66, CRPD/C/GC/6.

⁹⁰ Medicamentos abortivos indicados pela OMS como métodos seguros para realizar o aborto.

⁹¹ Fiocruz. Método de aspiração manual intrauterina – AMIU: quando e como fazer. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/48044/AMIU%20quando%20e%20como%20fazer.pdf;jsessionid=F>

de uso de assistolia fetal para abortos realizados em gestações avançadas. O documento também estabelece que a pessoa deveria poder escolher o método que se sentisse melhor para realizar o procedimento, de acordo com os materiais disponíveis e a idade gestacional no momento de interrupção da gravidez.⁹²

82. O aborto medicamentoso é recomendado pela OMS, idealmente derivado da combinação da mifepristona e misoprostol. Ademais, a OMS estabelece como boas práticas que “os medicamentos usados para provocar o aborto podem ser administrados de forma segura e eficaz em um estabelecimento de saúde ou autoadministrados em outro lugar desde que conte com uma fonte de informação precisa e com medicamentos de qualidade garantida”.⁹³

83. Entretanto, a prática brasileira destoa dessas recomendações, sendo o aborto medicamentoso praticamente inexistente no Brasil.

84. Primeiro, porque o país não possui a Mifepristona registrada nacionalmente, o que deveria ser feito por meio de processo regulatório na ANVISA, inviabilizando, assim, a recomendação de aborto medicamentoso com a combinação de ambos os medicamentos. O aborto medicamentoso no Brasil é, portanto, incompleto em relação ao parâmetro recomendado pela OMS.

85. Segundo, porque, apesar do Misoprostol ter registro válido – popularmente conhecido como “Citotec” –, ele tem seu uso totalmente restrito aos hospitais.⁹⁴ A política muito restritiva de acesso ao Misoprostol dificulta a disponibilidade do medicamento nos serviços de referência para realização do procedimento e, mesmo quando ele está presente como uma opção, ainda obriga que a pessoa recorra a um hospital para adquiri-lo. Assim, conforme já apresentamos acima, o ato de ir até o hospital pode ser difícil e impossibilitar o acesso ao aborto legal pela falta de protocolos adequados de atendimento ou pela própria escassez na disponibilidade dos serviços. A dificuldade no acesso ao aborto medicamentoso também está em desacordo com as recomendações da OMS que trata o medicamento como possibilidade para abortos autoadministrados, inclusive no conforto do lar da pessoa gestante.⁹⁵

86. O procedimento da AMIU, também recomendado pela OMS, está disponível no SUS. Contudo, ele está longe de ser um método muito utilizado – pelo contrário, apenas 10% dos procedimentos são realizados por essa técnica segundo dados do DataSUS.⁹⁶ Nesse sentido, meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar acabam sendo submetidas ao procedimento de curetagem, totalmente ultrapassado e que deixou de ser recomendado pela OMS em 2012.⁹⁷

[64B530EEA4EE1F8A69B5ECFE0503F9E?sequence=2](https://www.who.int/publications/i/item/9789240000000)

OMS. *Abortion care guideline*. Genebra: World Health Organization. 2022, p. xiii.

⁹² OMS. *Abortion care guideline*. Genebra: World Health Organization. 2022, p. 71.

⁹³ OMS. *Abortion care guideline*. Genebra: World Health Organization. 2022, p. xx.

⁹⁴ Resolução 344/1988 da ANVISA.

⁹⁵ OMS. *Abortion care guideline*. Genebra: World Health Organization. 2022, p. 2 e 76.

⁹⁶ Os dados do DataSus são facilitados por meio dessa plataforma, que mostra em suas tabelas o número de procedimentos realizados por AMIU e curetagem: <https://abortonobrasil.info/#saude>

⁹⁷ OMS. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2 ed. 2013.

87. A OMS vai além, alegando que a curetagem causa dor e sofrimento às pessoas que procuram o procedimento, razão pela qual é incompatível com direitos humanos, incluindo o direito à saúde.⁹⁸ Contudo, a maioria dos procedimentos de aborto – incluído atendimento a casos de abortos legais e espontâneos – é feita por meio da curetagem,⁹⁹ ao invés da AMIU ou do aborto medicamentoso. A curetagem apresenta mais riscos à saúde, além de ser mais oneroso ao sistema de saúde e apresentar um maior gasto de tempo para a pessoa gestante que procurou a interrupção da gravidez – para curetagem a pessoa precisa ficar internada por, pelo menos, uma noite, enquanto, para a AMIU, ela é liberada no mesmo dia.

88. Por fim, a assistolia fetal é recomendada pela OMS em casos de idade gestacional avançada. No Brasil, ela vem enfrentando um grande ataque por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM) - e de seus Conselhos Regionais -, sendo esta instituição que aprovou a Resolução nº 2.378/2024 proibindo a utilização do método em gestações superiores a 22 semanas, mesmo nas hipóteses de interrupção legal da gravidez.¹⁰⁰

89. Inclusive, os requerentes dessa demanda peticionaram nesse processo pedindo tutela provisória incidental para suspender a resolução (petição nº 37777/2024). Esse mesmo pedido também foi realizado na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 1141. No bojo dessa segunda ação, o Ministro Relator Alexandre de Moraes concedeu a medida cautelar para, até o julgamento final da controvérsia, suspender os efeitos da resolução e quaisquer procedimentos judiciais ou administrativos que proviessem dela – incluindo aqueles investigando profissionais médicos por utilização do método da assistolia fetal. A medida cautelar encontra-se em vigor, pendente de ser referendada pelo plenário da Corte.

90. A dificuldade de acesso ao método da assistolia fetal é entendido como mais uma discrepância em relação às recomendações da OMS e uma barreira por falha na qualidade do acesso ao aborto legal, principalmente em caso de violência sexual ou de risco à vida da gestante. Em que pese este ser o método aplicável e seguro para aborto legal no Brasil em idades gestacionais avançadas,¹⁰¹ segundo a melhor evidência científica, verifica-se que existem barreiras para o acesso a ele. Diante dos entraves sobre aplicação do método e da escassez de serviços de saúde habilitados para atender o aborto legal são poucos aqueles que de fato realizam a assistolia fetal.

91. Percebe-se que as últimas recomendações da OMS sobre métodos de aborto dialogam diretamente com as barreiras vivenciadas por meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar no Brasil. Isso porque, infelizmente, a realidade brasileira está totalmente em descompasso com as recomendações estabelecidas pela OMS: ainda são realizadas práticas ultrapassadas, além da falta de materiais necessários para realização do aborto legal que estejam de acordo com as últimas evidências científicas ou da restrição excessiva em torno de alguns procedimentos. Ou seja, a falta de aplicação

⁹⁸ OMS. *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization. 2022, p. 71-75.

⁹⁹ AzMina. 90% dos abortos atendidos pelo SUS são feitos com procedimento ultrapassado. 2022. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/abortos-atendidos-pelo-sus-sao-feitos-com-procedimento-ultrapassado/>

¹⁰⁰ Resolução 2378/2024 do Conselho Federal de Medicina.

¹⁰¹ Essa informação, inclusive, isso foi reconhecida na decisão monocrática do Min. Relator Alexandre de Moraes que suspendeu a resolução do CFM e aguarda ser referendada no plenário.

dos métodos de aborto conforme as últimas evidências em saúde violam os padrões de qualidade, principalmente no tocante à eficácia, eficiência, centramento na pessoa, equidade e segurança.

92. Ao se tomar as recomendações do organismo internacional como as evidências científicas internacionais mais recentes em matéria de saúde reprodutiva, há um padrão a ser considerado como padrão para elaborar políticas públicas em saúde reprodutiva no Brasil. Existe, portanto, um referencial a ser adotado para o deslinde desse litígio estrutural, reconhecendo o ECI do aborto legal no Brasil e, ao mesmo tempo, adotando providências a fim de determinar melhorias na qualidade do serviço de saúde reprodutiva do SUS também no que tange à camada de aplicação dos métodos de aborto de acordo com as últimas evidências científicas.

93. O próprio Ministério da Saúde, por sua vez, em informação prestada no bojo desta ação (petição nº 60640/2022), admitiu que a maioria dos abortos são realizados por curetagem, apesar de reconhecer que essa técnica estaria ultrapassada. Ademais, o Ministério ressaltou a importância do aborto medicamentoso por mifepristona e misoprostol, e do aborto por método cirúrgico da AMIU e da assistolia fetal, cada qual relativo às indicações do caso concreto.

94. As barreiras, seja individualmente, seja na soma de uma ou mais delas, são impeditivos concretos para que meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar acessem o aborto legal no Brasil. Ou seja, para além da escassez na disponibilidade dos serviços, também existe a barreira da inadequação desses serviços, já que as práticas e protocolos existentes são inadequados e há uma dificuldade de acessar os métodos mais seguros para realização do procedimento.

95. Em conclusão, a falta de qualidade dos serviços de saúde para acessar o aborto legal no Brasil perpassa diversas camadas e viola diretamente o direito à saúde. O Brasil, como parte de tratados internacionais que dispõem sobre esse assunto, precisa adequar os seus (poucos) serviços de atenção ao abortamento para que estejam de acordo com a normativa internacional e os padrões estabelecidos pela OMS.

C. OS LIMITES À IDADE GESTACIONAL

96. A legislação brasileira não estabelece limites de idade gestacional em casos de aborto legal. No entanto, é comum encontrar casos em que são impostos esses limites, especialmente após 22 semanas de gestação em casos da hipótese de aborto por violência sexual. Alguns exemplos, que afetam sobretudo meninas e adolescentes dos setores mais vulneráveis da população, foram mencionados pelos autores da ação. Some-se a isso, a Resolução nº 2.378/2024 do CFM que proíbe a prática da assistolia fetal após 22 semanas de gestação - atualmente objeto de litígio nesta Eg. Corte conforme exposto anteriormente.

97. De acordo com a literatura existente, as vítimas de violência sexual sofrem, entre outros efeitos, altos níveis de estresse, medo, ansiedade, depressão, transtorno de personalidade e transtorno de

estresse pós-traumático.¹⁰² Esse trauma psicossocial generalizado pode afetar a capacidade das mulheres e meninas de tomar decisões sobre sua saúde e cuidados, o que inclui a busca por um serviço de aborto legal. Além disso, a relação frequentemente próxima entre as vítimas e seus agressores pode criar barreiras adicionais ao acesso ao aborto em um estágio inicial da gestação. No Brasil, 65,2% das denúncias de violência contra mulheres e meninas são provenientes da esfera doméstica.¹⁰³

98. No caso das meninas vítimas de violência sexual no Brasil, a situação é ainda mais crítica. De acordo com um estudo realizado em 2023, no período de 2015 a 2020, menos de 4% dos casos relatados de meninas de 10 a 14 anos que foram vítimas de estupro e engravidaram tiveram acesso a um aborto legal.¹⁰⁴ Esse número é um reflexo das diversas barreiras que as meninas enfrentam para acessar um serviço de saúde ao qual têm direito por sua dupla condição como vítimas de violência sexual e por causa do sério risco de vida de continuar com a gravidez. As proporções desse problema são ainda mais preocupantes se levarmos em conta que, de acordo com o mesmo estudo, 70% das vítimas de violência sexual no Brasil são meninas e adolescentes. Além disso, a taxa de gravidez em meninas menores de 14 anos no Brasil é 30% maior do que a média mundial e o Brasil é o quinto país do mundo com a maior taxa de casamentos e uniões infantis.¹⁰⁵

99. Portanto, a limitação de tempo para ter acesso a um aborto em casos de estupro impõe ônus desproporcionais às vítimas que já se encontram em situações e contextos altamente vulneráveis. Os impactos da violência sexual foram amplamente estudados na literatura:¹⁰⁶ as vítimas de violência sexual sofrem, entre outros efeitos, altos níveis de estresse, medo, ansiedade, susto, tristeza, raiva, depressão, transtorno de personalidade, transtorno de estresse pós-traumático, fobia social, tristeza, depressão, problemas de sono, flashbacks intensos, lembranças difíceis e pesadelos, solidão, rejeição, fobia, isolamento e vergonha.¹⁰⁷ Além disso, as sobreviventes têm tido pensamentos suicidas, ideação autodestrutiva e tentativas de suicídio. Após sofrerem violência sexual, as vítimas acham difícil confiar e manter relacionamentos normais com outras pessoas e têm dificuldade de manter contato físico.¹⁰⁸ Os tipos de traumas psicossociais causados pela violência sexual podem levar anos para que elas compreendam e resolvam completamente.¹⁰⁹ Além disso, o trauma generalizado pode afetar a capacidade das mulheres e meninas de tomar decisões sobre sua saúde e cuidados médicos e de seguir em frente com eles. Portanto, a imposição de um cronograma rígido durante o qual as vítimas não só devem tomar uma decisão importante sobre seus cuidados médicos, mas também são forçadas a tomar

¹⁰² Sigurdardottir, S.; Halldorsdottir, S. (2021). *Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing and the Significance of the #MeToo Movement*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1849. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1849>, p. 8-9.

¹⁰³ Cerqueira, Daniel; Bueno, Samira (coord.). *Atlas da violência 2024*. Brasília: Ipea; FBSP, 2024, pág. 47.

¹⁰⁴ Intercept Brasil. [Menos de 4% das meninas de 10 a 14 anos grávidas por estupro têm acesso ao aborto legal](#). 1 de maio de 2023. Levantamento baseado em dados do [Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde](#).

¹⁰⁵ The Brazilian report. [Unraveling Brazil's teen pregnancy paradox](#). September 24, 2023.

¹⁰⁶ Rose Grace Grose, Julia S. Chen, Katherine A. Roof, Sharon Rachel & Kathryn M. Yount (2020): Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews, *The Journal of Sex Research*, DOI: 10.1080/00224499.2019.1707466.

¹⁰⁷ Sigurdardottir, S.; Halldorsdottir, S. (2021). *Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing and the Significance of the #MeToo Movement*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1849. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1849>, p. 8-9.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

outras medidas, inclusive legais, para ter acesso a um aborto apenas semanas depois sofrerem um trauma tão grave, é profundamente problemática.

100. A esse respeito, a CIDH afirmou que “forçar mulheres, meninas e adolescentes a continuar com uma gravidez resultante de estupro pode ter consequências físicas e emocionais iminentes para elas”.¹¹⁰ Da mesma forma, destacou a obrigação dos Estados de “eliminar todos os obstáculos que impedem o acesso dessa população aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, o que inclui a possibilidade de acesso à interrupção gratuita e segura da gravidez”.¹¹¹ O Comitê contra a Tortura da ONU também reconheceu a gravidade das consequências físicas e mentais para as pessoas que não têm acesso ao aborto seguro após uma violência sexual. Nesse sentido, enfatizou que “a negação de atendimento médico a mulheres que decidiram fazer um aborto pode prejudicar seriamente a saúde física e mental das mulheres e pode constituir atos cruéis e desumanos”.¹¹²

101. O Comitê de Direitos Humanos da ONU, em três casos recentes envolvendo meninas de 12 e 13 anos vítimas de estupro que foram impedidas de interromper a gravidez, um contra o Equador e dois contra a Nicarágua, concluiu que a gravidez forçada e a maternidade forçada violaram os direitos das meninas a uma vida digna, submetendo-as a situações que equivalem à tortura¹¹³. O Comitê enfatizou a necessidade absoluta de garantir que todas as meninas vítimas de violência sexual tenham acesso efetivo a serviços de aborto. Por outro lado, em um caso referente à negação de acesso à interrupção da gravidez de uma criança vítima de estupro, o Comitê dos Direitos da Criança da ONU abordou o impacto especial e diferenciado da gravidez infantil sobre a saúde física e mental e recomendou que o Estado descriminalizasse o aborto em todos os casos de gravidez infantil, ou seja, não apenas em casos de violência sexual.¹¹⁴

102. Outros tribunais superiores de países da região, ao decidirem sobre o estabelecimento de limites de tempo para o acesso ao aborto em casos de violência sexual, referiram-se ao impacto dessa restrição na vida de mulheres e meninas. Nesse sentido, a Suprema Corte de Justiça da Nação (SCJN) do México, ao declarar a inconstitucionalidade da imposição de um limite de tempo para o acesso ao aborto em casos de estupro no estado de Chiapas, observou que

“estabelecer uma limitação temporal para que não se aplique a sanção do delito de aborto, ignora a natureza das agressões sexuais e os efeitos sobre a saúde mental que estas geram nas vítimas de crimes sexuais, particularmente no caso das mulheres, que muitas vezes, devido à natureza traumática dos atos de violência

¹¹⁰ CIDH. [Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe](#). OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233. 14 de noviembre de 2019, párr. 180.

¹¹¹ CIDH. [Mujeres privadas de libertad en las Américas](#). OEA/Ser.L/V/II. Doc. 91/23. 8 de marzo de 2023, párr. 144.

¹¹² Comitê contra a Tortura. Observaciones Finales a Paraguay. Examen de los informes presentados por los Estados Parte en virtud del artículo 19 de la Convención. 47o periodo de sesiones celebrado del 31 de octubre a 25 de noviembre del 2011, párr 22.

¹¹³ ONU. Comitê de Direitos Humanos. Caso Norma v Ecuador. CCPR/C/142/D/3628/2019. 17 de janeiro de 2025, Caso Susana v Nicaragua. CCPR/C/142/D/3626/2019. 17 de janeiro de 2025, e Caso Lucía v Nicaragua. CCPR/C/142/D/3627/2019. 17 de janeiro de 2025.

¹¹⁴ ONU. Comitê dos Direitos da Criança. Caso Camila v Peru. 11 de junho de 2023, par. 9.

sexual e à estigmatização social que o simples fato de manifestá-la lhes gera, não se atrevem a mencioná-la ou denunciá-la às autoridades; e, no caso de, como resultado desse ato criminoso, a mulher estuprada engravidar, isso agrava seu quadro, porque essa condição faz com que ela continue sofrendo a humilhação a que foi submetida e impede que ela se recupere tanto física quanto psicologicamente, já que a própria gravidez logicamente produz um reviver permanente da violência a que foi submetida, o que, sem dúvida, lhe causa um sofrimento adicional que permanece enquanto essa condição persistir”.¹¹⁵

103. A SCJN determinou que a imposição de um limite temporal para a descriminalização do aborto nesses casos viola o direito à igualdade e à não discriminação, o direito a uma vida livre de violência e o direito à saúde, levando em conta os efeitos sobre a saúde mental quando uma pessoa é forçada a continuar com uma gravidez resultante de violência sexual.

104. Por outro lado, vários fatores médicos e psicológicos podem contribuir para que algumas pessoas não reconheçam que estão grávidas até depois de 20 semanas devido à ausência de manifestações físicas típicas da gravidez, como amenorreia, ganho de peso, náusea e movimentos fetais.¹¹⁶ Em estudos realizados em países europeus, mais da metade das mulheres com gestações diagnosticadas após 20 semanas de gestação relataram sangramento semelhante à menstruação enquanto já estavam grávidas e não o sabiam.¹¹⁷ O estudo também revelou que essas gestações não foram detectadas durante as consultas médicas. No caso da Alemanha, por exemplo, 38% das mulheres com gravidez diagnosticada após 20 semanas de gestação tiveram consultas médicas nas quais a gravidez não foi detectada.

105. **Esses diferentes fatores médicos e sociais, combinados com várias barreiras que impedem que meninas, mulheres e pessoas capazes gestar tenham acesso aos serviços de saúde e à oportunidade de diagnosticar e confirmar uma gravidez, podem causar atrasos que impossibilitam o acesso a um aborto no início da gravidez, principalmente em casos de gravidez decorrente de violência sexual.** Nesse sentido, a OMS se manifestou contra o estabelecimento de limites de tempo em leis ou outras regulamentações, observando que os limites de tempo para acesso ao aborto não se baseiam em evidências empíricas. Ela também indicou que a interrupção da gravidez pode ser realizada com segurança em diferentes momentos da gestação, variando apenas o método utilizado.¹¹⁸

D. FALTA DE ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

¹¹⁵ Suprema Corte de Justiça da Nação do México. Amparo em revisão 438/2020. Sentença 292/2021, para. 137.

¹¹⁶ Watson K, Angelotta C. [The frequency of pregnancy recognition across the gestational spectrum and its consequences in the United States](#). *Perspect Sex Reprod Health*. 2022;54(2):32-37. doi: 10.1363/psrh.12192.

¹¹⁷ Watson K, Angelotta C. [The frequency of pregnancy recognition across the gestational spectrum and its consequences in the United States](#). *Perspect Sex Reprod Health*. 2022;54(2):32-37. doi: 10.1363/psrh.12192.

¹¹⁸ OMS. [Abortion care guideline](#). Genebra: World Health Organization. 2022, p. 28.

Conforme já tratado anteriormente, um dos aspectos do direito à saúde, em especial à saúde sexual e reprodutiva, é seu elemento de acessibilidade.¹¹⁹ Dentre diversos aspectos, a acessibilidade inclui o acesso à informação suficiente e adequada. No caso dessa demanda, conforme já apontado pelos requerentes na petição inicial, se refere ao acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil, o qual, muitas vezes, é falho e até inexistente.

106. O Mapa do Aborto Legal conduziu uma pesquisa sobre transparência nesse campo, olhando tanto para a transparência ativa (informações prestadas pelo Estado em seus meios de comunicação), quanto a transparência passiva (informações obtidas por meio da Lei de Acesso à Informação). A checagem foi feita em todos os estados e nos municípios capitais desses estados federativos. Os resultados reforçam o cenário descrito anteriormente: a falta de informações é generalizada.¹²⁰ Por exemplo: nenhum dos órgãos estaduais de saúde sequer disponibiliza uma lista de serviços ou unidades com esse tipo de procedimento, ou, pelo menos, que tenha atendimento especializado a mulher. Ademais, quase todos os estados apresentam informações incompletas sobre o acesso ao aborto legal.¹²¹

107. Muitos outros exemplos de más-práticas se somam a estes acima, como informações equivocadas sobre exigências desnecessárias – que serão tratadas especificamente no próximo capítulo; falta de informações enquanto a pessoa está passando pelo procedimento a ponto de algumas delas pensarem ir embora do hospital antes de terminarem de ser atendidas;¹²² o desconhecimento sobre as hipóteses de realização de aborto legal, acentuadas por informações equivocadas sobre seus requisitos;¹²³ a falta de informações acessíveis a determinados públicos como crianças e adolescentes e pessoas com deficiência; a desinformação sobre os métodos de aborto que podem ser utilizados, de acordo com a melhor evidência científica disponível sobre o assunto; o impacto da desinformação por falta de capacitação de profissionais da atenção primária;¹²⁴ e a própria desinformação dos profissionais de saúde sobre os requisitos para realizar o procedimento.¹²⁵

108. Os próprios demandantes ilustram alguns desses dados na petição inicial, como a dificuldade de contato com os hospitais, a falta de direcionamento no caso da pessoa gestante se encontrar em

¹¹⁹ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 28-29, E/CN.4/2004/49, 2004; ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, A/66/254, 2011.

¹²⁰ Article 19. [Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil](#). São Paulo, 2018, p. 23.

¹²¹ Article 19. [Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil](#). São Paulo, 2018, p. 17-18

¹²² Soares, Gilberta S.; Galli, Maria Beatriz; Viana, Ana Paula de A. L. Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. Recife: grupo Curumim, 2010, p. 39.

¹²³ Jacobs, M. G. Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022, p. 76.

¹²⁴ Bezerra, K. A. Guia de orientações para o atendimento das pessoas em situação de gravidez indesejada na atenção primária. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 2024.

¹²⁵ Faúndes, A; Simoneti, R. M.; Duarte, G. A.. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(1), 2007.

alguma das três hipóteses de aborto legal – ou seja, de informação adequada, a falta de registro oficial dos dados de aborto legal por parte dos serviços que prestam esse atendimento.

109. Enfim, esses são alguns dos exemplos que ilustram como a falta de acesso à informação sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva representa uma barreira para que meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar possam acessar o aborto legal no Brasil.

110. Sabe-se que, em contextos em que o aborto é criminalizado, existe um efeito inibidor do compartilhamento de informações sobre saúde sexual e reprodutiva.¹²⁶ Mesmo a regra geral do Brasil sendo a criminalização do aborto, existem três hipóteses onde ele é previsto legalmente. O Brasil, assim, não pode se escusar em cumprir com o direito de acesso à informação no tocante à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

111. O acesso à informação não significa unicamente ter ela disponível, significa que ela precisa ser acessível à toda a população, incluindo aquela que não tem acesso à internet, àquela que não saber ler, às pessoas deficientes, às pessoas indígenas que, porventura, não falem português,¹²⁷ e às crianças e adolescentes.¹²⁸ Ou seja, a acessibilidade de informação está intrinsecamente ligada a uma prestação positiva desse direito, que obriga o Estado a disponibilizar essa informação por diversos meios e em diversos formatos, fazendo com que ela chegue à toda população. Além disso, também inclui a parte de capacitações de profissionais de saúde para que estes estejam preparados a dar toda a informação disponível sobre acesso à saúde sexual.

112. Aliada à prestação negativa do Estado sobre o direito à saúde em seu elemento de acesso à informação, especialmente sobre saúde sexual e reprodutiva, cita-se a postura do Estado de se eximir de prestar informações erradas sobre o assunto – o que se conecta diretamente à prestação de capacitações dos profissionais de saúde. E, ainda, o tratamento de dados pessoais, os quais devem ser tratados com confidencialidade.¹²⁹

113. Logo, ao perpetuar a falta de acesso à informação e capacitação aos profissionais de saúde sobre o tema, ou até mesmo o fornecimento de informações equivocadas nos serviços de saúde ou vazamento de dados confidenciais, o Estado brasileiro está incorrendo em violação de suas obrigações internacionais, principalmente no tocante ao direito à saúde e seu elemento de acessibilidade da informação.

¹²⁶ ONU. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para. 19, A/66/254, 2011.

¹²⁷ ONU. Observação Geral n. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2009.

¹²⁸ ONU. Comité DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 19, E/C.12/GC/22, 2016.

¹²⁹ ONU. Comité DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 19 e 40, E/C.12/GC/22, 2016.

114. O Comitê DESC, em seu Comentário Geral n. 14, define o acesso à informação como um elemento do direito à saúde da seguinte forma: “*direito de buscar, receber e transmitir informações e ideias sobre questões relacionadas à saúde. Contudo, a acessibilidade à informação não deve prejudicar o direito de ter seus dados pessoais de saúde tratados com confidencialidade*”.¹³⁰ Acrescenta, ainda, que a realização do direito das mulheres à saúde requer a remoção de quaisquer barreiras que interfiram com o acesso à informação, incluindo a área de saúde sexual e reprodutiva.¹³¹

115. Do mesmo modo, a Observação Geral n. 22 do Comitê DESC delimitou que a acessibilidade à informação inclui, além dos parâmetros acima citados, a possibilidade de a pessoa receber informação sobre sua questão de saúde em específico. Ademais, todos os grupos têm o direito à informação baseada em evidência científica, incluindo o aborto seguro.¹³²

116. Tanto o CRC, quando o Comitê CEDAW asseguraram que crianças e adolescentes têm o direito de acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva. Ambas as convenções reconhecem que crianças e adolescentes estão em processo de constante mudança e aquisição de ferramentas que lhes habilitam expressar sua opinião, emitir juízos e tomar decisões relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

117. Além disso o Comitê CEDAW manifestou expressamente a sua preocupação pela falta de acesso à informação sobre saúde sexual, afirmando que os “Estados parte devem garantir o direito de todos os adolescentes de ambos os sexos à educação sobre saúde sexual e reprodutiva por profissionais devidamente capacitados em programas que respeitem sua intimidade e confidencialidade”.¹³³

118. Por sua vez, na Observação Geral n. 15, o CRC utilizou o princípio da capacidade evolutiva para interpretar o artigo 24 da Convenção dos Direitos das Crianças sobre o disfrute do mais alto nível do direito à saúde. Nessa oportunidade, o Comitê enfatizou a importância da evolução da capacidade das crianças na tomada de decisões no âmbito da saúde. Por suposto, isso inclui o direito de acesso à informação relevante, de ser escutadas sobre os serviços de saúde que estão precisando, além de outras características já discutidas anteriormente como a acessibilidade e as variáveis conectadas às atitudes dos profissionais e os obstáculos que enfrentam para acessar esses serviços.¹³⁴

119. Além disso, a Observação Geral n. 2 do Comitê CRPD reforçou que “as informações e comunicações relativas à prestação de serviços de saúde devem ser acessíveis por meio de linguagem de sinais, Braille, formatos eletrônicos acessíveis, escrita alternativa e modos, meios e formatos de comunicação aumentativos e alternativos”. Isso deve incluir o enfoque à dimensão de gênero,

¹³⁰ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 12(b), E/C.12/2000/4, 2000.

¹³¹ ONU. Comitê DESC, Observación General No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, para. 21, E/C.12/2000/4, 2000.

¹³² ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 18, E/C.12/GC/22, 2016.

¹³³ ONU. Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, para. 18, A/54/38/Rev.1, 1999.

¹³⁴ ONU. Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral n. 15 sobre o direito da criança ao gozo do mais alto nível possível de saúde (artigo 24), para. 19, CRC/C/GC/15, 2013.

especialmente no atendimento de saúde reprodutiva para meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar com deficiência.¹³⁵

120. A Relatoria Especial sobre direito à saúde das Nações Unidas, por diversas vezes, reforçou a necessidade de acesso à informação.¹³⁶ Mais que isso, constatou que a falta de acesso à informação relevante e essencial sobre saúde sexual e reprodutiva, muitas vezes, é acentuada entre o público de crianças e adolescentes,¹³⁷ o que reforça o que têm sido visto no cenário brasileiro.

121. A CIDH publicou uma guia sobre acesso à informação em matéria reprodutiva a partir de uma perspectiva de direitos humanos. Nela, reforça alguns dos parâmetros estabelecidos em outros documentos de direito internacional dos direitos humanos, como a necessidade de um olhar interseccional ao acesso à informação.¹³⁸ Ademais, expressa que a falta de acesso à informação em matéria reprodutiva opera como barreira no acesso aos serviços de saúde.¹³⁹

122. Nesse sentido, a CIDH traz alguns estândares específicos sobre o acesso à informação em matéria de saúde sexual e reprodutiva que os Estados, incluindo o Brasil, devem seguir para garantir esse direito. Dentre eles, destacam-se o consentimento informado, e a obrigação de entregar informação oportuna, completa, acessível e fidedigna.

123. No primeiro, a CIDH afirma a essencialidade da informação como elemento indispensável para receber determinado tratamento médico, focando na importância (i) da informação sobre o procedimento a ser realizado e opções de tratamento, (ii) da informação apropriada levando em conta a necessidade da pessoa, garantindo que ela compreenda a informação dada, (iii) do consentimento livre e voluntário.

124. No segundo, a Comissão destaca não só a importância da informação clara para que “mulheres adotem decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva”, mas também que a obstrução de informação ou o fornecimento de informações inadequadas/errôneas constitui violação ao direito à informação.¹⁴⁰ Um exemplo nesse sentido foi o caso da menina Paulina Ramírez Jacinto, vítima de abuso sexual, que, ao ser atendida no México, tentaram dissuadi-la de acessar o aborto legal por meio de informações incompletas ou errôneas. O caso chegou à CIDH em 2002, mas foi resolvido de forma

¹³⁵ ONU. Comitê sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência, Observação Geral n. 2 sobre acessibilidade (artigo 9), para. 40, CRPD/C/GC/2, 2014.

¹³⁶ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 63, A/66/254, 2011.

¹³⁷ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental, para. 36, E/CN.4/2004/49, 2004.

¹³⁸ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para 26, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹³⁹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 30, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁴⁰ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 85, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

amistosa em 2006. No acordo, a Comissão destacou a importância do acesso à informação para realização do direito à saúde.¹⁴¹

125. Ademais, no seu relatório sobre padrões e recomendações em matéria de violência e discriminação contra mulheres, meninas e adolescentes,¹⁴² a CIDH recomenda que, em relação à saúde sexual e reprodutiva, haja a promoção da divulgação em massa de informações sobre a saúde e os direitos das mulheres indígenas, afrodescendentes e rurais, para garantir sua participação efetiva na tomada de decisões sobre sua saúde reprodutiva.¹⁴³

126. O TEDH também se manifestou sobre o assunto no caso *R.R. v. Polonia*, sobre o fornecimento de informação inadequada a uma vítima que estava grávida e acabou tendo o acesso ao aborto legal negado por isso. O tribunal determinou que os Estados são “obrigados a organizar o sistema de serviços de saúde de tal maneira a garantir que o exercício da liberdade de consciência dos profissionais de saúde no contexto profissional não impeça às pessoas pacientes de obter acesso aos serviços aos quais têm direito segundo a legislação em vigor”.¹⁴⁴

127. A Corte Constitucional colombiana também tratou do tema, na sentença T-627/12, na qual reconhece o direito à informação em matéria reprodutiva como parte dos direitos reprodutivos.¹⁴⁵ A referida demanda versa sobre os pronunciamentos do Procurador Geral da Nação colombiano durante 2009 e 2011, os quais incluem informações inexatas e distorcidas sobre os direitos reprodutivos de mulheres colombianas.

128. Segundo a Corte, o direito à informação em matéria reprodutiva traz consigo algumas diretrizes a serem seguidas, como o dever de transparência ativa por parte do Estado, e a obrigação do Estado de entregar informação oportuna, completa, acessível e fidedigna. Isso porque, esse direito é uma ferramenta para que as pessoas possam exercer sua autodeterminação reprodutiva.

129. Além disso, a Corte destaca a relação do direito à informação em matéria reprodutiva com outros direitos, como a plena realização do direito à saúde, para o deslinde do caso. Por tal motivo, estabelece o entendimento de que as declarações emitidas por funcionários públicos de nível nacional, local ou departamental sobre assuntos de interesse geral não são resguardadas pelo direito à liberdade de expressão, mas constituem uma forma de exercer suas funções por meio da comunicação com os cidadãos.

¹⁴¹ CIDH, Informe No. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto (México), 9 de marzo de 2007.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 91, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁴² Comissão Interamericana de Direitos Humanos. V. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violencia-discriminacion-mujeres-Anexo1-es.pdf>

¹⁴³ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. V. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violencia-discriminacion-mujeres-Anexo1-es.pdf>, para. 91

¹⁴⁴ Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *R.R. v. Polonia*, para. 206.

¹⁴⁵ Corte Constitucional Colombiana, T-627/2012.

130. Esse caso reforça, mais uma vez, a necessidade do Brasil não só prover informação acessível sobre saúde sexual e reprodutiva, mas também garantir o acesso a essa informação e que ela seja uma informação correta, fidedigna. Então, para que o Brasil se adeque às obrigações por ele assumidas internacionalmente, é necessário lembrar a importância de que as pacientes – no caso meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar – recebam informação adequada, oportuna e imparcial sobre sua condição de saúde e as opções disponíveis para o seu caso em sendo hipótese de aborto legal – feto com anencefalia, gravidez resultante de estupro e risco à vida da pessoa gestante.

E. OUTRAS EXIGÊNCIAS DESNECESSÁRIAS PARA A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

131. Na petição inicial, os requerentes referem-se a barreiras ao acesso ao aborto legal causadas por “mecanismos burocráticos ou obstáculos administrativos”. Em particular, mencionam o requisito estabelecido na Portaria 2.561/2020 de que a equipe médica que realiza o aborto deve incluir um obstetra e um anestesista, sem que haja necessidade de tal requisito, o que na prática constitui uma barreira de acesso. Embora essa Portaria não esteja mais em vigor, a Portaria 1508/2005, atualmente em vigor, estabelece que a equipe médica deve incluir, no mínimo, um obstetra, um anestesista, um enfermeiro e um assistente social ou psicólogo.

132. Esse requisito constitui uma exigência excessiva e desnecessária na maioria dos casos, transformando-se em uma barreira de acesso. De acordo com as últimas diretrizes da OMS, a interrupção da gravidez, quando se realiza com medicamentos, pode ocorrer inclusive, no nível de atenção primária à saúde ou até mesmo de forma ambulatorial. Em caso de abortos cirúrgicos, profissionais de saúde com conhecimentos para realizar exames pélvicos e procedimentos transcervicais, tais quais o pessoal médico de atenção primária, parteira e pessoal de enfermagem, podem ser capacitados para a realização de abortos por procedimento da AMIU¹⁴⁶.

133. Essa exigência é excessiva e desnecessária na grande maioria dos casos, o que se torna uma barreira de acesso. De acordo com as últimas diretrizes da OMS, a interrupção da gravidez, quando realizada com medicamentos, pode ser feita no nível de atenção primária à saúde ou até mesmo em nível ambulatorial. Nos casos de aborto cirúrgico, a equipe de saúde com experiência na realização de exames pélvicos e procedimentos transcervicais, como médicos da atenção primária, parteiras e enfermeiras, pode ser treinada para realizar abortos por aspiração a vácuo (AMIU).¹⁴⁷

134. Ademais, no caso de aborto legal por anencefalia, o Conselho Federal de Medicina editou a resolução 1989/2012 para regulamentar a questão. A dita resolução prevê a necessidade de exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e um laudo assinado por dois médicos. Ou seja, a burocratização de duas assinaturas, mais uma vez, é uma forma de inadequação que pode ser uma barreira no acesso ao serviço.

¹⁴⁶ OMS. [Abortion care guideline](#). Genebra: World Health Organization. 2022, p. 63-64.

¹⁴⁷ OMS. [Abortion care guideline](#). Genebra: World Health Organization. 2022, p. 63-64.

135. Por outro lado, no caso de meninas e adolescentes vítimas de violência sexual, uma das principais barreiras de acesso ao aborto legal tem sido a exigência de consentimento dos pais ou responsáveis para a interrupção da gravidez. A resolução sobre aborto legal para meninas e adolescentes adotada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) em 23 de dezembro de 2024 aborda essa barreira e fornece diretrizes para superá-la. A referida norma reconhece o direito das meninas e adolescentes vítimas de violência sexual de acessar informações, garantindo a autonomia necessária para tomar decisões informadas. Estabelece que as informações sobre a interrupção da gravidez devem ser fornecidas de forma compreensível e imparcial, utilizando linguagem simples e acessível, levando em conta a idade, a maturidade e a capacidade de discernimento. Em caso de discordância entre a vontade da menina ou adolescente e a dos pais ou responsáveis, a Defensoria Pública e o Ministério Público poderão atuar para assessorar a criança ou adolescente. Além disso, a resolução esclarece quando o caso deve ser comunicado às autoridades e destaca o dever de confidencialidade das informações.

136. Essas diretrizes fornecem, com base no superior interesse da criança e do adolescente, garantido pela CRFB e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, orientações para superar uma das principais barreiras que meninas e adolescentes vítimas de violência sexual enfrentam no acesso ao aborto legal. No entanto, tendo em vista que a resolução foi objeto de litígio, consideramos útil fazer uma breve referência às obrigações internacionais do Brasil nessa matéria.

137. A substituição da vontade de tomar decisões relacionadas à interrupção da gravidez, ou seja, que os pais e responsáveis tomem a decisão pela menina ou adolescente, contraria o princípio da capacidade evolutiva de meninas e adolescentes previsto na Convenção sobre os Direitos da Criança e a obrigação dos Estados de garantir o acesso ao aborto em casos de violência sexual e gravidez infantil. Com base nesse princípio, o Comitê dos Direitos da Criança reconheceu que as crianças adquirem progressivamente conhecimento, habilidades e compreensão de seus direitos e da melhor forma de exercê-los.¹⁴⁸

138. Portanto, o Comitê entende que o princípio da capacidade evolutiva é, por si só, um facilitador da tomada de decisão para crianças e adolescentes e envolve o equilíbrio entre o respeito por sua opinião e um julgamento com nível adequado de proteção. Nessa lógica, a necessidade de consentimento dos pais ou do responsável para acessar um procedimento de saúde tão íntimo como o aborto é contrária ao mencionado princípio, violando o direito de crianças e adolescentes de formar seu próprio julgamento, de expressar sua opinião e seu direito à saúde.

139. O princípio da capacidade evolutiva também foi arguido por outros tribunais ao decidirem casos relacionados à interrupção da gravidez. A Corte Constitucional da Colômbia reconheceu expressamente o direito das meninas e adolescentes de decidir sobre a interrupção da gravidez nos seguintes termos:

¹⁴⁸ Comité de los Derechos del Niño, [Observación General No. 12: El derecho del niño a ser escuchado](#), 2009. CRC/C/GC/12.

“Os menores de idade são titulares plenos do direito ao livre desenvolvimento de sua personalidade e, nessa medida, têm plena capacidade de consentir com tratamentos e intervenções em seus corpos que afetem seu desenvolvimento sexual e reprodutivo, entre elas a interrupção voluntária da gravidez. Nenhum obstáculo ou barreira adicional deve ser imposto quando seus pais ou representantes legais não concordarem com o consentimento dado para esse fim”.¹⁴⁹

140. O Tribunal Constitucional da África do Sul, por sua vez, estabeleceu que uma pessoa menor de idade que tenha maturidade suficiente para entender o procedimento de interrupção da gravidez e suas implicações têm a capacidade de consentir legalmente.¹⁵⁰ Ou seja, essa capacidade não se baseia apenas na idade cronológica, mas também na compreensão do que está envolvido na interrupção da gravidez, em reconhecimento à capacidade evolutiva de meninas e adolescentes.

141. Outros requisitos que são frequentemente vistos na prática são a judicialização do acesso ao aborto legal como exigência imposta pelos serviços, apesar de a lei não exigir autorização judicial, e a exigência de apresentação de um registro de ocorrência policial para o aborto legal em casos de violência sexual, apesar da lei também não exigir esse documento.

142. Em conclusão, a existência de obstáculos administrativos e requisitos excessivos e desnecessários constituem, na prática, uma barreira ao acesso aos serviços de aborto legal, somando-se as falhas mencionadas anteriormente na qualidade e acessibilidade dos serviços.

F. A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E QUEBRA DO SIGILO PROFISSIONAL COMO BARREIRAS TRANSVERSAIS NO ACESSO AO ABORTO LEGAL

143. A falta de opção de pessoal médico não objetor de consciência disponível no local, bem como o descuidado no sigilo profissional em relação ao caso da paciente representam barreiras que podem englobar temas de escassez, falha na qualidade dos serviços, tempo de idade gestacional, falta de acesso à informação, e o aumento de desconfiança no sistema de saúde.

144. Por esse motivo, damos destaque separado a essas barreiras, colocando-as como barreiras transversais àquelas já apontadas pelos demandantes na petição inicial e expostas novamente acima. É dizer, elas são barreiras que atravessam as outras, apesar de possuírem suas próprias particularidades, as quais aclararemos abaixo com aportes do direito internacional dos direitos humanos, o que inclui o direito à saúde e o acesso à saúde sexual e reprodutiva, e do direito comparado.

i. Objeção de consciência

¹⁴⁹ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia de Unificación 096 de 2018, párr. 79.

¹⁵⁰ High Court of South Africa. Christian Lawyers' Association v National Minister of Health and Others. Case No: 7728/2000. 24/05/2004.

145. A objeção de consciência não é absoluta, mas, por incontáveis vezes, representa uma barreira no acesso ao aborto legal no Brasil por meio de seu uso equivocado e irrestrito.¹⁵¹ **Primeiro, demonstraremos como esse uso indevido da objeção de consciência pode afetar o direito à saúde. Em seguida, abordaremos como o direito internacional dos direitos humanos e o direito comparado têm conferido aplicação a esse direito.**

i. a Uso indevido da objeção da consciência: violação do direito à saúde

146. Verifica-se que o uso indevido da objeção de consciência afeta o direito à saúde nos elementos disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade.

147. No Brasil, são inúmeras as situações envolvendo objeção de consciência. O mais recorrente é a negação do serviço à paciente, fazendo com que ela busque outro serviço de atendimento por alegação de consciência de pessoas médicas disponíveis no momento do atendimento ou falta de direcionamento a outro profissional não objetor.¹⁵² Ademais, há casos de alegação de objeção de consciência de “forma seletiva”, ou seja, um profissional diz que realiza aborto legal em decorrência de violência sexual, mas se recusa a fazer em caso de anencefalia, e vice-versa, ou fica interrogando as vítimas de violência para comprovar se sua história é verdadeira e, em não acreditando na versão contada, se recusam a fazer o procedimento.¹⁵³ Também há casos de alegação de objeção de consciência à nível institucional, principalmente em hospitais ligados à valores religiosos, que alegam valores religiosos institucionais como escusa para atendimento de serviços de saúde sexual e reprodutiva, dentre eles o aborto.¹⁵⁴ Também há relatos de profissionais não objetores sofrerem estigmatização – e até perseguição – nos locais em que trabalham, o que pode acentuar ainda mais a problemática aqui tratada.¹⁵⁵

148. Nesse sentido, o uso indiscriminado da objeção de consciência, como se vê dos exemplos citados ou até de outros que aconteçam e não sejam documentados na literatura,¹⁵⁶ pode agravar ainda mais barreiras já tratadas anteriormente como a **escassez na disponibilidade dos serviços, a falha na qualidade dos serviços e a falta de acesso de informação**, além de se somar com outras barreiras, como os **limites à idade gestacional**.

¹⁵¹ Ruschel A. E., et al. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022. V. também: Diniz, Debora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Ver. De Saúde Pública*, 2011.

¹⁵² D Diniz et al. Objeção de consciência e obstáculos ao aborto em caso de estupro: um estudo sobre médicos(as) no Brasil. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2016; 9: 110–117. V. também [“Aborto legal e objeção de consciência: Banalização do conceito limita procedimento garantido em lei”](#), *Patrícia Galvão*.

¹⁵³ D Diniz et al. Objeção de consciência e obstáculos ao aborto em caso de estupro: um estudo sobre médicos(as) no Brasil. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2016; 9: 110–117; Oliveira, M. C. Uma coisa são as leis, outras são as práticas: itinerário do aborto legal em um serviço de Estado. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 231, nov.-dez 2021.

¹⁵⁴ V. [“Missão e desafios dos hospitais católicos serão debatidos em eventos”](#), *Canção Nova*. [“Juiz nega pedido para obrigar Hospital São Camilo a colocar DIU: Ninguém precisa procurar instituição católica”](#), G1.

¹⁵⁵ Branco, J. G de O. et al. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de saúde Pública*, 2020.

¹⁵⁶ Esse estudo aponta a falta de sistematização de dados sobre barreiras estruturais e objetivas no acesso ao aborto legal, o que inclui a objeção de consciência. V. Branco, J. G de O. et al. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de saúde Pública*, 2020.

149. A **escassez na disponibilidade dos serviços** pode ser agravada com a falta de pessoal médico não objetor disponível capaz de oferecer serviços de aborto legal. Isso afeta diretamente o elemento da disponibilidade e acessibilidade, aumentando o risco de mortalidade entre as pessoas que precisam de um aborto. O elemento da disponibilidade exige que as instituições médicas tenham sempre disponível pessoal médico especializado e treinado que esteja disposto a realizar as intervenções exigidas pelos pacientes.¹⁵⁷ Do contrário, as pacientes são obrigadas a irem para locais onde é mais provável que haja pessoal não objetor, o que se torna mais difícil em um contexto como o do Brasil, que já existe uma baixa (quase inexistente) disponibilidade de serviços.

150. Nesse contexto, o elemento da acessibilidade, na sua faceta de acessibilidade física e geográfica, também acaba sendo violado,¹⁵⁸ porque, quanto mais longe essa paciente for procurar serviços médicos, e quanto mais remota ou rural for a área que ela reside, mais difícil e oneroso será para ela acessar os serviços de aborto. Muito provavelmente, para buscar o serviço com pessoal médico não objetor, ela precisa buscar apoio de familiares para cuidar de seus filhos em sua ausência ou obter autorizações do trabalho para se ausentar.

151. Esses encargos maiores podem assumir a forma de custos adicionais, o que afeta o elemento de acessibilidade em sua faceta econômica. O Comitê de DESC considerou que “a indisponibilidade de bens e serviços devido a políticas ou práticas de base ideológica, como a objeção de consciência à prestação de serviços, não deve ser um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde”.¹⁵⁹ Portanto, as instalações de saúde, tanto públicas quanto privadas, devem sempre ter pessoal de saúde disposto e capaz de prestar todos os serviços médicos necessários.¹⁶⁰

152. Ademais, **a falta de acesso à informação adequada sobre serviços de saúde reprodutiva** também se vê agravada no uso equivocado da objeção de consciência, violando o direito à saúde no tocante à acessibilidade de informações. É dizer, alguns profissionais invocam a objeção de consciência para negar o acesso à informação relativo a tratamentos e alternativas possíveis para o caso da paciente. Por tal razão é necessário enfatizar que meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar são obrigadas a receber informação adequada, oportuna e imparcial sobre sua condição de saúde, tratamento e opções disponíveis, incluindo o aborto legal.¹⁶¹

153. A **falha na qualidade dos serviços** se torna ainda mais precária diante do uso irrestrito da objeção de consciência. Isso porque, com a recusa indevida do pessoal médico, o bem-estar integral das pessoas pacientes não é verdadeiramente levado em consideração.¹⁶² Do mesmo modo, o pessoal

¹⁵⁷ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 12, E/C.12/GC/22, 2016.

¹⁵⁸ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 15-18, E/C.12/GC/22, 2016.

¹⁵⁹ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 14, E/C.12/GC/22, 2016.

¹⁶⁰ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 14, E/C.12/GC/22, 2016.

¹⁶¹ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa fruir ao mais alto nível possível de saúde física y mental, para. 7, A/64/272, 2009.

¹⁶² Tom Beauchamp and James Childress, *Principles of Bioethical ethics*, Sixth edition (Oxford: University Press, 2009).

médico não objetor de consciência pode se ver afetado por uma sobrecarga de trabalho e por um estigma ao não serem objetores. Então, o elemento da aceitabilidade do direito à saúde se vê afetado, pois a prática médica do pessoal objetor, nesse contexto, acaba impactando desproporcionalmente a um grupo social e ao (in)cumprimento dos princípios básicos da ética médica.¹⁶³

154. Isso sem mencionar o fato de que a demora na realização de um aborto – considerando o tempo entre a procura da paciente, a recusa do pessoal médico objetor e o acesso em outra localidade – pode implicar em mais uma barreira em razão do **tempo gestacional** para acessar um aborto em casos de estupro – questão abordada anteriormente neste documento.

i. b A objeção de consciência segundo o direito internacional dos direitos humanos e o direito comparado

155. Diversas autoridades do direito internacional dos direitos humanos já reconheceram o direito dos profissionais de saúde a invocar a objeção de consciência no contexto da saúde sexual e reprodutiva, desde que sejam respeitados os direitos de seus pacientes e sob certas condições. Vejamos.

156. Distintos órgãos do Sistema de Universal de Direitos Humanos consideraram que a recusa de prestar serviços de aborto legal com base em objeção de consciência constitui uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres. Por exemplo, o Comitê CEDAW enfatizou a obrigação dos Estados de assegurar a interrupção voluntária da gravidez, mesmo nos casos em que o pessoal médico apresente uma objeção de consciência.¹⁶⁴ Do mesmo modo, o Relator Especial sobre o direito à saúde endereçou que uma objeção de consciência legítima não deve obstruir o direito à saúde sexual e reprodutiva e que os sistemas de saúde devem dispor de processos administrativos para proporcionar alternativas imediatas aos pacientes dos serviços de saúde, como a obrigação de encaminhar o paciente para pessoal médico que não seja objetor.¹⁶⁵

157. Da mesma forma, o Relator Especial para a Liberdade de Religião ou Crença também apelou aos Estados para que garantam a não discriminação de mulheres ou a restrição de seus direitos na forma de manifestar a liberdade de religião ou crença.¹⁶⁶ A relatora sublinhou que, em todos os casos, os Estados devem “garantir o direito à integridade física e mental, bem como o direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, das mulheres, adolescentes e pessoas LGBT+, e o acesso efetivo a serviços de saúde reprodutiva e a uma educação sexual abrangente, em conformidade com as normas internacionais”.¹⁶⁷

¹⁶³ ONU. Comitê DESC. Observación General No. 22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), para. 14, E/C.12/GC/22, 2016.

¹⁶⁴ Comitê CEDAW, “Reporte del Comité CEDAW, sesiones 18 y 19”, para. 109 y 117, Croacia. Comitê CEDAW, “Reporte del Comité CEDAW, sesiones 16 y 17”, para. 353 y 360, Italia.

¹⁶⁵ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa fruir ao mais alto nível possível de saúde física y mental, para. 50, A/64/272, 2009.

¹⁶⁶ ONU. Ahmed Shaheed, “Violencia de género y discriminación en nombre de la religión o las creencias, Informe del Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias”, para. 76, f.

¹⁶⁷ ONU. Ahmed Shaheed, “Violencia de género y discriminación en nombre de la religión o las creencias, Informe del Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias”, para. 76, f.

158. Em qualquer caso, “os Estados devem monitorar o exercício da objeção de consciência, assegurando que os serviços de saúde continuem disponíveis e acessíveis”.¹⁶⁸ Ou seja, o oposto do que vem ocorrendo no Brasil, onde o pessoal de saúde vem exercendo a objeção de consciência irrestritamente, sem apresentar outras opções de equipe ou serviço à pessoa usuária ou sem quaisquer procedimentos administrativos para ter registro sobre a negativa de atendimento.¹⁶⁹ O que ocorre, então, é um agravamento das barreiras no atendimento do serviço de aborto legal.

159. No Sistema Interamericano, a CIDH considerou que “o direito à objeção de consciência do profissional de saúde é uma liberdade”¹⁷⁰ que corre o risco de colidir com os direitos das pessoas pacientes. Neste caso deve ser alcançado um equilíbrio¹⁷¹ por meio de mecanismos como, por exemplo, o dever de encaminhar a paciente para pessoal médico não objetor, formado e disponível. Do mesmo modo, na Declaração sobre a Violência contra Meninas, Mulheres e Adolescentes e os seus Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Comitê de Peritos do Mecanismo de Acompanhamento da Convenção de Belém do Pará (MESCVI) considerou que “a objeção de consciência do pessoal de saúde não pode, em caso algum, resultar numa violação dos direitos humanos das mulheres”.¹⁷²

160. Por sua vez, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH) referiu-se à objeção de consciência de diferentes maneiras. Em alguns casos, indicou que a impossibilidade de exercer a objeção de consciência em determinadas áreas não constitui uma violação do direito à liberdade de consciência e religião. Por exemplo, no caso *Pichon e Sajous v. França*, o Tribunal considerou que as pessoas que invocam a objeção de consciência ao vender pílulas anticoncepcionais em uma farmácia “não podem dar prioridade às suas crenças religiosas e impô-las a outros como justificativa para sua recusa em vender tais produtos, uma vez que podem manifestar essas crenças de muitas maneiras fora da esfera profissional”.¹⁷³

161. Em outros casos, apontou a necessidade de regulamentar e estabelecer uma série de salvaguardas para que o exercício da objeção de consciência não se torne uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. No caso *R.R. v. Polónia*, referente ao fornecimento inadequado de informações e serviços médicos a uma vítima gestante que a impediu de ter acesso legal ao aborto, o TEDH concluiu que os Estados são “obrigados a organizar o sistema de serviços de saúde de forma a garantir que o exercício efetivo da liberdade de consciência dos profissionais de saúde no contexto profissional não

¹⁶⁸ ONU. Informe do Relator Especial sobre o direito de toda pessoa fruir ao mais alto nível possível de saúde física y mental, para. 50, A/64/272, 2009.

¹⁶⁹ Veja-se os seguintes estudos sobre o tema: Branco, J. G. O, *et al.* Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36 Sup 1:e00038219; Fonseca, S. C. et al. A., Rosas, C. [Objeção de consciência e obstáculos ao aborto em caso de estupro: um estudo sobre médicos\(as\) no Brasil](#). *Questões de Saúde Reprodutiva* 2016; 9: 110–117. Ademais, estudos realizados em alguma localidade específica do Brasil reforçam o cenário nacional: Mendes, R.W.M, et al. [Objeção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais](#). *Femina*, 2020;48(11):646-53; Madeiro, A. et al. Objeção de Consciência e Aborto Legal: atitudes de estudantes de medicina. *Revista brasileira de educação médica*, 40 (1) : 86-92; 2016.

¹⁷⁰ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 95, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁷¹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 95, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁷² Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, “Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos”.

¹⁷³ Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Pichon y Sajous v. França*, para. 4.

impeça os pacientes de obter acesso aos serviços a que têm direito de acordo com a lei aplicável”.¹⁷⁴ Por fim, o caso *Tysiác v. Polonia*, referente à negação do aborto a uma mulher com problemas de visão severos a fim de proteger sua saúde, o TEDH considerou que, uma vez que uma legislatura decida permitir o aborto, a estrutura legal não deve “limitar [a] possibilidade real de obtê-lo”.¹⁷⁵ A regulamentação inadequada da objeção de consciência por parte da equipe médica em relação ao aborto impossibilita sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, como foi discutido anteriormente.

162. Além das considerações gerais sobre a objeção de consciência, o direito internacional dos direitos humanos e o direito comparado vem tratando esse **direito como (i) individual e personalíssimo; e (ii) não absoluto**.¹⁷⁶ Em outras palavras, (i) ele somente pode ser invocado por pessoas físicas e não por instituições ou entes abstratos; e (ii) ele pode ser limitado frente a outros direitos,¹⁷⁷ na proteção de outros bens jurídicos, fazendo com que seu exercício esteja sujeito ao cumprimento de certos requisitos.

163. Em relação ao seu **caráter individual e personalíssimo**, a objeção de consciência é uma reação pessoal que deve ser entendida como uma posição individual - baseada em uma forte e autêntica convicção religiosa, ideológica ou de crença - contra um dever legal ou ato de autoridade, e que visa não aplicar a lei ou ato em questão ou sancioná-lo.¹⁷⁸ Logo, considerar que instituições médicas ou que outras instituições de saúde tenham uma consciência, assim como os seres humanos, é gerar um mecanismo anti-igualitário pelo qual as pessoas que fazem parte de tal instituição evitam suas obrigações individuais. As instituições médicas existem e exercem suas funções somente por meio das pessoas que fazem parte delas.

164. Essa característica personalíssima da objeção de consciência foi abordada pela CIDH e por outras Cortes Constitucionais na região da América Latina. A objeção de consciência institucional ou coletiva não respeitam a natureza pessoal do direito à objeção de consciência. A CIDH já se manifestou nesse sentido, declarando que a objeção de consciência não pode ser reivindicada institucional ou coletivamente,¹⁷⁹ e que não é um “direito detido por pessoas jurídicas ou pelo Estado, só pode ser reconhecido para pessoas físicas”.¹⁸⁰

¹⁷⁴ Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *R.R. v. Polonia*, para. 206.

¹⁷⁵ Tribunal Europeu de Direitos Humanos, *Tysiác v. Polonia*, para. 116.

¹⁷⁶ Corte Constitucional Colombiana, *Acción de tutela*, sentencia T-388/09; México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. *Acción de inconstitucionalidad 54/2018*, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 289.

¹⁷⁷ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. *Acción de inconstitucionalidad 54/2018*, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 291.

¹⁷⁸ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. *Acción de inconstitucionalidad 54/2018*, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 272, 274 e 386.

¹⁷⁹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, para. 97, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁸⁰ Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, para. 97, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

165. A Corte Constitucional colombiana, por sua vez, proibiu o uso da objeção de consciência coletiva.¹⁸¹ Além disso, a mesma Corte reconheceu que a objeção de consciência “não é assimilada a uma simples opinião sobre um assunto”,¹⁸² mas refere-se aos “sentimentos mais íntimos da consciência”,¹⁸³ que servem de base para o direito à objeção de consciência. É uma característica “alheia às pessoas jurídicas, que em sua constituição e exercício podem dar expressão concreta a princípios como a liberdade de empreendimento ou os direitos fundamentais de seus sócios, mas estes nunca podem transmitir a elas características éticas e morais próprias e exclusivas das pessoas morais”.¹⁸⁴ Nesse sentido, a Corte Colombiana estatuiu que “a objeção de consciência não é um direito das pessoas jurídicas ou do Estado. Só é possível reconhecê-la para as pessoas físicas, de modo que não podem existir clínicas, hospitais, centros de saúde ou qualquer outro nome que se lhes dê, que apresentem objeção de consciência à prática do aborto”.¹⁸⁵

166. A Suprema Corte de Justiça do México também destacou o caráter individual da objeção de consciência, considerando que se trata de um direito que “só pode ser exercido em caráter pessoal, de modo que as instituições de saúde não podem invocá-lo”.¹⁸⁶ Para a Corte mexicana, não pode existir a objeção de consciência à nível institucional em nenhuma circunstância, sem fazer distinção entre o tipo de instituição ou entidade em questão. Outros países, como a Argentina¹⁸⁷ e a Bolívia¹⁸⁸, também não permitem a objeção de consciência institucional.

167. Além disso, o estândar regional tem estabelecido que somente o pessoal médico que realiza diretamente o procedimento de aborto pode alegar objeção de consciência. A esse respeito, a CIDH estabeleceu que a objeção de consciência se aplica apenas aos prestadores diretos de serviços de aborto.¹⁸⁹ A Corte Constitucional colombiana também esclareceu que a objeção de consciência “não é [uma] possibilidade cuja titularidade é conferida ao pessoal que desempenha funções administrativas, nem à pessoa ou pessoas que realizam as atividades médicas preparatórias para a intervenção, nem à pessoa ou pessoas encarregadas das atividades posteriores à intervenção”.¹⁹⁰ Na mesma linha, a Suprema Corte de Justiça do México considerou que o direito à objeção de consciência deve ser “limitado ao pessoal diretamente envolvido no procedimento de saúde necessário”.¹⁹¹

¹⁸¹ Corte Constitucional da Colômbia, sentença T-209/08.

¹⁸² Corte Constitucional de Colômbia, sentença T-388/09.

¹⁸³ Corte Constitucional de Colômbia, sentença T-388/09.

¹⁸⁴ Corte Constitucional de Colômbia, sentença T-388/09.

¹⁸⁵ Corte Constitucional de Colombia, sentença C-355 de 2006.

¹⁸⁶ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 423..

¹⁸⁷ Ministerio de Salud de Argentina, “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo”, p. 37.

¹⁸⁸ Ministerio de Salud de Bolivia, “Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/201”, p. 51.

¹⁸⁹ Comissão Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 97, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁹⁰ Comissão Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, para. 97, OEA/Ser.L/V/II, 2011.

¹⁹¹ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 507-c.

168. Em relação à objeção de consciência **não ser um direito absoluto**, as pessoas profissionais de saúde teriam o dever de informar antecipadamente sobre seu status de objetoras às instituições médicas; de fazer encaminhamentos apropriados e oportunos para profissionais não objetores, garantindo a disponibilidade de equipes não objetoras; e de manter o sigilo profissional mesmo se declarando objetor.

169. O pessoal médico deve informar antecipadamente as instituições sobre sua objeção de consciência a procedimentos que restrinjam o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, como a interrupção da gravidez.¹⁹² Para evitar abusos, é necessária uma regulamentação clara que especifique o procedimento a ser seguido pelo pessoal objetor. Essa objeção deve ser declarada por escrito para que não se torne uma barreira ao aborto.¹⁹³ Em países como a Colômbia, foi estabelecido que a objeção deve ser expressa por escrito, traduzindo as razões pelas quais não realizará o procedimento, “para o qual não serão úteis formatos coletivos gerais, nem aqueles realizados por uma pessoa que não seja a pessoa que exerce a objeção de consciência”.¹⁹⁴ Além disso, o profissional de saúde objetor deve encaminhar a paciente a outro profissional qualificado que esteja disponível para realizar o procedimento.¹⁹⁵

170. No México, a Suprema Corte estabelece que deve haver uma autoridade para decidir prontamente sobre a objeção de consciência.¹⁹⁶ Da mesma forma, na Argentina, a Lei nº 27.610 e o Protocolo de 2021 sobre Atenção Integral às Pessoas com Direito à Interrupção da Gravidez do Ministério da Saúde regulam que a objeção de consciência é regida pela boa-fé e pela não obstrução, sendo explícita e antecipada, e exclui os profissionais envolvidos na atenção preparatória ou pós-aborto.¹⁹⁷

171. A equipe objetora é obrigada a encaminhar imediatamente sua paciente a um médico não objetor que seja treinado e esteja disponível para interromper a gravidez. O México determina que esse encaminhamento deve ser feito a um provedor acessível e disposto,¹⁹⁸ e a Colômbia exige que o objetor encaminhe a paciente a outro médico que possa realizar o aborto.¹⁹⁹ Além disso, no México, a Corte decidiu que, se o objetor não puder encaminhar a paciente em tempo hábil, ele não poderá alegar objeção de consciência.²⁰⁰ Na Argentina, a Lei 27.610 de 2021 obriga os profissionais de saúde a realizar uma interrupção da gravidez se a vida ou a saúde da gestante estiver em perigo e exigir atenção imediata,

¹⁹² México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 289.

¹⁹³ Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-388/09.

¹⁹⁴ Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-388/09.

¹⁹⁵ Corte Constitucional de Colombia, sentencia T-388/09.

¹⁹⁶ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 509.

¹⁹⁷ Argentina. Ley 27.610 de 2021 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). V. también: Ministerio de Salud de Argentina, Protocolo para la atención comprensiva de las personas con derecho a interrumpir el embarazo, 2021, <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

¹⁹⁸ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 341.

¹⁹⁹ Corte Constitucional de Colombia, sentencia C-355 de 2006. V. también: sentencia T-209/08 do mesmo tribunal.

²⁰⁰ México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 512–515.

ênfatizando que a objeção de consciência não deve impedir o direito à saúde sexual e reprodutiva.²⁰¹ Do contrário, a objeção de consciência se tornará um obstáculo para garantir o direito de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar à saúde sexual e reprodutiva, o que é contrário às obrigações internacionais de direitos humanos assumidas pelo Brasil.

172. O Estado brasileiro, assim como o México e a Colômbia,²⁰²²⁰³ deve garantir a disponibilidade de pessoal de saúde não objetor, com o mesmo treinamento que o pessoal opositor, para prestar serviços de aborto. Os encaminhamentos para a equipe médica não objetora devem ser feitos imediatamente e desde que essa equipe esteja disponível e treinada. Para que o encaminhamento seja uma alternativa para o pessoal objetor, o Estado deve garantir a disponibilidade de pessoal médico que não objetora e que esse pessoal esteja pronto para prestar os serviços de saúde necessários.

173. Por fim, o direito à objeção de consciência vem seguido do dever de guardar sigilo profissional, o qual será tratado mais profundamente no próximo tópico. As pessoas profissionais de saúde objetoras têm obrigação de manter o sigilo sobre a informação relativa à relação profissional-paciente, ainda que não realize a interrupção da gravidez.

174. Levando em conta o acima exposto, tanto nas fontes de direito internacional quanto de direito comparado, a objeção de consciência é um direito individual e personalíssimo do pessoal médico diretamente envolvido na interrupção da gravidez e não pode ser invocada por instituições públicas ou privadas, nem pode ser invocada coletivamente. Ademais, a objeção de consciência é seguida de uma série de deveres, que devem ser observados para não incorrer em violação de outros direitos, como violação ao acesso a serviços de aborto.

ii. Segredo profissional

175. A maioria das denúncias de casos de aborto às autoridades no Brasil proveem de profissionais de saúde que prestaram atendimento pós-aborto,²⁰⁴ em violação do dever de confidencialidade das informações médicas. Essa realidade representa uma barreira ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os serviços de aborto legal, pois abala a confiança de mulheres e meninas no sistema de saúde.

176. **O sigilo profissional na área da saúde é particularmente importante para cumprir os elementos de aceitabilidade e acessibilidade do direito à saúde, e sua violação prejudica a confiança das pessoas no sistema de saúde.** O dever de sigilo profissional e a confidencialidade das informações médicas são reguladores da relação entre pacientes e pessoal médico, e sua observância é necessária, entre outras coisas, para garantir o fornecimento de bens e serviços médicos aceitáveis,

²⁰¹ Argentina. Ley 27.610 de 2021 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), artículo 10.

²⁰² México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Acción de inconstitucionalidad 54/2018, presentada en contra del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud y sus transitorios, para. 427.

²⁰³ Corte Constitucional de Colômbia, sentença T-209/08.

²⁰⁴ Gênero e Número. [Criminalização do aborto causa ao menos um processo na Justiça a cada dois dias](#). Setembro, 2019; Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Coordenação de Defesa de Mulher dos Direitos Humanos, CEJUR. [Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro](#), 2018.

conforme reconhecido pela CIDH, pela Corte IDH e pelo Comitê de DESC.²⁰⁵ Da mesma forma, o sistema interamericano tem sido claro ao apontar que, em casos de aborto ou emergências obstétricas, a violação do sigilo profissional constitui uma violação do direito à privacidade e à saúde.²⁰⁶

177. No caso *Manuela v. El Salvador*, a Corte IDH desenvolveu com mais detalhes o conteúdo e o escopo do sigilo profissional e a garantia de confidencialidade no atendimento médico.²⁰⁷ A Corte destacou que as informações relacionadas ao estado de saúde descrevem os aspectos mais sensíveis ou delicados de uma pessoa, de modo que são protegidas, especialmente se forem dados relacionados à vida sexual que também devem ser considerados pessoais e altamente sensíveis. Assim, a Corte observou que, em virtude dos direitos à privacidade e à saúde, os indivíduos têm o direito à confidencialidade do atendimento médico e à proteção dos dados de saúde, de modo que as informações que o médico obtém no exercício de sua profissão não devem ser divulgadas. Esse dever de sigilo profissional, observou a Corte, inclui tanto as informações compartilhadas pelo paciente durante o tratamento quanto as evidências físicas que a equipe médica pode observar durante o atendimento médico.

178. Em sua decisão, a Corte enfatizou que a garantia de confidencialidade no atendimento médico não é um direito absoluto e que pode ser restringido desde que as interferências não sejam abusivas ou arbitrárias; portanto, elas devem estar previstas em lei, perseguir um objetivo legítimo e ser necessárias em uma sociedade democrática. No caso específico, a Corte realizou uma análise de proporcionalidade, avaliando o interesse legítimo de investigar possíveis crimes e a necessidade de proteger o direito à saúde e à privacidade em nível individual, bem como o interesse social em salvaguardar a confiança no sistema de saúde. Concluiu que, no caso de emergências obstétricas, a restrição de confidencialidade era desproporcional e, portanto, inadmissível. Portanto, ordenou a adoção de uma regulação clara sobre o escopo da confidencialidade médica, que estabelece expressamente que o pessoal médico e de saúde não tem a obrigação de denunciar mulheres que receberam atendimento médico para possíveis abortos.²⁰⁸

179. Além disso, a obrigação em manter sigilo profissional foi reconhecida em vários instrumentos relacionados à ética do atendimento médico, incluindo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos

²⁰⁵ CIDH, [Informe No. 59/14](#), Petición 12.376. Solución Amistosa. Alba Lucía Rodríguez Cardona. Colombia. 24 de julio de 2014, párr. 29; Corte IDH. [Caso I.V. Vs. Bolivia](#). Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329; Corte IDH. [Caso Manuela y otros Vs. El Salvador](#). Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 441; y Comité DESC. [Observación General No. 14](#). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 12 c).

²⁰⁶ Corte IDH. [Caso Manuela y otros Vs. El Salvador](#). Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 441, párr. 229.

²⁰⁷ Corte IDH. [Caso Manuela y otros Vs. El Salvador](#). Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 441, párrs. 205-206.

²⁰⁸ Corte IDH. [Caso Manuela y otros Vs. El Salvador](#). Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 441, párrs. 207, 220-224 e 287.

Humanos,²⁰⁹ a Declaração de Genebra adotada pela Associação Médica Mundial em 1948,²¹⁰ o Código Internacional de Ética Médica²¹¹ e a Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente.²¹²

180. Embora a legislação brasileira estabeleça a obrigação do pessoal de saúde de manter o sigilo das informações médicas de seus pacientes,²¹³ as exceções a essa regra são amplas e não são suficientemente claras. Por exemplo, o artigo 154 do Código Penal, que criminaliza a divulgação de informações obtidas por meio do exercício de um ofício ou profissão quando a divulgação puder causar danos a alguém, traz uma excludente de ilicitude se houver “justa causa”. Todavia, o código não estabelece o que constituiria “justa causa”.

181. Da mesma forma, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 2.217/2018 do CFM) prevê como exceção a existência de “justa causa” e o Código de Ética de Enfermagem estabelece outras exceções, como a existência de ordem judicial ou “situações de ameaça à vida e à dignidade, em legítima defesa ou em atividade multiprofissional, quando necessária a prestação da atividade assistencial”. Como pode ser visto em ambos os códigos de ética, a imprecisão de algumas exceções pode, na prática, resultar em uma aplicação arbitrária da exceção ao dever de confidencialidade médica. Isso leva a um uso discricionário ou até mesmo arbitrário de tais exceções pela equipe de saúde.

182. A Portaria 2561/2020 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a obrigação de denunciar violência sexual por parte da equipe de profissionais de saúde, reforçou ainda mais esse cenário de incerteza. Embora não esteja mais em vigor, para sobre profissionais de saúde a dúvida sobre como devem proceder nesses casos em razão da desinformação propagada pela então portaria.

183. No Brasil, diversas defesas criminais de pessoas criminalizadas por aborto têm buscado a improcedência da ação penal sob o argumento de que a prova foi obtida em violação ao sigilo

²⁰⁹ Conferencia General de la UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 19 de octubre de 2005, Artículo 9.

²¹⁰ Declaración de Ginebra, Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asociación Mundial de Medicina, Septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017.

²¹¹ Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia, agosto 1968 la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

²¹² Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005 y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, abril 2015, principio 8.

²¹³ O artigo 154 tipifica como crime a revelação de informação obtida pelo exercício de um ofício ou profissão, quando a quebra do sigilo causar dano a alguém. Em havendo “justa causa” não se constitui o referido delito. De outro lado, os códigos de ética profissionais de medicina, enfermagem e psicologia também regular o sigilo. Destaque-se o Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 2217/2018) em seu artigo 73 que estabelece: “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”.

profissional e, portanto, seria uma prova ilícita de acordo com a legislação brasileira.²¹⁴ Algumas dessas ações chegaram ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) e a esta Eg. Corte.

184. Desde 2023, o STJ rejeitou ações penais em pelo menos cinco casos com base no fato de que a denúncia feita por médicos e profissionais de saúde que prestavam assistência pós-aborto constituía uma violação do sigilo profissional.²¹⁵ Ao fazê-lo, baseou-se nas normas constitucionais, penais e processuais penais em vigor no Brasil, bem como na ética profissional codificada em resoluções federais que regulamentam profissões da área da saúde. Em sua argumentação, o tribunal também destacou a importância do sigilo profissional como meio de proteger o direito de pacientes à saúde e à privacidade, bem como a garantia contra a autoincriminação.

185. Em maio de 2024, por decisão monocrática do Ministro Alexandre de Moraes, se considerou improcedente a ação penal em um caso de criminalização do aborto iniciado após denúncia feita pela assistente social do hospital à polícia. A decisão baseia-se na ilicitude da prova, na teoria dos frutos da árvore envenenada e na violação do direito à privacidade.²¹⁶ Também acolhe os argumentos do voto divergente dos Ministros Edson Fachin e Gilmar Mendes em um outro caso que buscava a anulação da denúncia de aborto, mas que acabou sendo rejeitado por motivos processuais pela turma. O voto dissidente, ao analisar a violação do sigilo profissional, utiliza não apenas a legislação nacional, mas também a legislação internacional de direitos humanos, destacando o caráter discriminatório da falta de acesso a serviços adequados de atendimento pós-aborto, que tem um impacto particular sobre as mulheres mais pobres.²¹⁷

186. Todo esse contexto sobre quebra de sigilo médico e consequente criminalização se relaciona com o objeto dessa demanda. Isso porque é importante observar que o medo da criminalização mina a confiança daqueles que precisam de acesso a serviços de saúde reprodutiva, inclusive aqueles que se enquadram nas hipóteses previstas na lei para a interrupção da gravidez – aborto legal. **Sendo assim, a quebra do sigilo profissional por profissionais da saúde é uma barreira no acesso a este serviço.**

²¹⁴ Por más información ver: “Condenando Maria e Madalena: uma análise das condições de suspensão de processos judiciais de autoaborto do Tribunal de Justiça de São Paulo”, Fabiana Cristina Severi e Gabriela Silva Reis, p. 294-318, e “As práticas e os pronunciamentos das equipes de saúde na criminalização de mulheres por aborto”, Tânia Mara Campos de Almeida, Ela Wiecko Volkmer de Castilho e Clara Frota Wardi, p. 319-343, em CONFLUÊNCIAS. Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito. Volume 26 N° 3. [Diálogos latino-americanos sobre direitos humanos e justiça reprodutiva: trajetórias de debates e mobilizações em 20 anos de judicialização do aborto no Brasil](#). Editora PPGSD/UFF, setembro-dezembro de 2024.

²¹⁵ STJ. HC N° 783.927/MG, Relator Ministro Sebastião Reis Junior, Sexta Turma, julg. 14/03/2023; [STJ – Habeas Corpus No. 820577 – SP \(2023/0144995-0\)](#); [STJ – Habeas Corpus 448260 / SP \(2018/0102534-5\)](#); STJ. HC N° 181907 - MG (2023/0186910-3); y STJ. HC N° 835000/SP (2023/0224293-1).

²¹⁶ STF. HC 240.189/PR, Relator Ministro Alexandre de Moraes, 17/05/2024.

²¹⁷ STF. HC N° 217.465/SC, 13/04/2023.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL

187. O principal pedido desta ação é a declaração de inconstitucionalidade do comportamento do Poder Público na tutela da saúde de mulheres e meninas que necessitem de acesso ao procedimento de aborto nas hipóteses previstas em lei – também conhecido como “aborto legal”. Nesse sentido, como forma de reconhecer e dar soluções a problemas estruturais, os demandantes têm como objetivo o reconhecimento do Estado de Coisas Inconstitucional (“ECI”) do sistema de saúde público brasileiro no tocante à realização do aborto legal.

188. Para tanto, os demandantes apontam as falhas existentes no sistema, decorrentes do comportamento omissivo ou comissivo do Estado, as quais restringem diretamente o acesso ao aborto legal por meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar. Trazem dados apontando as barreiras no acesso ao procedimento no sistema público de saúde.

189. Nesse sentido, contribuímos, ao longo desse *amicus curiae*, reforçando quais são essas barreiras, já descritas nos tópicos anteriores, e como elas representam violações diretas às obrigações internacionais firmadas pelo Brasil. Ou seja, essas barreiras descumprem direitos fundamentais previstos na CRFB e obrigações internacionais, além de não estarem alinhadas às melhores práticas e evidências sobre o assunto, evidenciando um problema estrutural nesse tópico, no qual também pode ser reconhecido o ECI.

190. No que tange ao ECI, para além do problema estrutural em si, trazemos uma breve contribuição sob a perspectiva de um diálogo comparado entre Brasil e Colômbia no reconhecimento desse instituto e na aplicação dele em relação aos direitos reprodutivos de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar que procuram o aborto legal no sistema de saúde público no Brasil. Conforme tratado na seção III, a lógica de cooperação constitucional pode ser muito importante para o deslinde desse feito, não só na aplicação de estândares do direito internacional dos direitos humanos como filtro interpretativo, mas também para uma possibilidade de diálogo constitucional estabelecido no eixo sul-sul na aplicação de um instituto jurídico tão relevante.

191. O ECI é um instituto jurídico criado pela Corte Constitucional da Colômbia com mais de 25 anos de existência e aplicado em casos que representavam situações estruturais de violações de direitos como questões relacionadas ao sistema penitenciário, à proteção de defensores de direitos humanos, aos pensionistas, dentre outros.

192. A Corte Constitucional colombiana estabeleceu três elementos para configurar o ECI: (i) um número amplo ou massivo de pessoas afetadas em seus direitos; (ii) essa massividade de casos provém da incapacidade do Estado de proteger os direitos violados; (iii) uma intervenção judicial em políticas públicas, envolvendo diversas autoridades para decidir questões à médio e longo prazo. Desse modo, a Corte, ao constatar essa situação por meio de uma sentença declaratória, reconhece que existe uma brecha – ou um abismo – entre o comando constitucional e a realidade. A sentença, portanto, dá fim ao litígio, mas abre um processo de cumprimento da sentença orientado a superar as violações e barreiras.

193. Em evidente diálogo cooperativo com outras cortes constitucionais, especialmente a colombiana, o Brasil importou o instituto fazendo as devidas adaptações para o contexto brasileiro. Para tanto, o STF já determinou a aplicação do ECI em determinadas situações com os seguintes requisitos: (i) violação massiva de direitos fundamentais de caráter existencial, (ii) envolvimento de diversos órgãos governamentais e políticas públicas, e (iii) decisões de questões estruturais, que não pudessem ser equacionadas por outros meios.

194. A ADPF 347 foi o primeiro processo constitucional a demandar a aplicação do instituto no Brasil, relacionando-o ao contexto do sistema penitenciário brasileiro e a massiva violação de direitos da população encarcerada. Além disso, esta Eg. Corte também se valeu da técnica decisória para aplicar o ECI na ADPF 635 sobre letalidade policial, na ADPF 742 sobre enfrentamento da COVID-19 pela população quilombola, na ADPF 709 sobre a insuficiência de políticas públicas para a defesa dos povos indígenas, e na ADPF 760 sobre políticas públicas ambientais. Em todas elas há uma tentativa de estabelecer um processo dialógico, com participação de especialistas e da sociedade na resolução da questão e na elaboração de um plano que se adeque aos parâmetros pré-estabelecidos pela Corte – os quais se adequam à efetivação dos direitos previstos na CRFB.

195. Percebe-se que o poder judiciário, ao reconhecer o ECI, incorpora uma dimensão democrática em sua decisão ao buscar um diálogo institucional com o poder executivo e até mesmo com o legislativo frente a violações massivas de direitos, as quais são notoriamente conhecidas na sociedade. Portanto, nesse caso concreto, com todos os requisitos preenchidos e, principalmente, com a reiterada violação nos direitos sexuais e reprodutivos de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar, esta Eg. Corte é instada a agir.

196. Importante salientar, contudo, que independentemente da declaração do ECI nesse processo, não se ignora o problema estrutural aqui tratado: um abismo de décadas na efetivação do direito à saúde sexual e reprodutiva no tocante ao aborto legal por condutas omissivas e comissivas do Estado. Logo, ao se tratar de um problema estrutural, o qual decorre das diversas barreiras apontadas acima e exige um conjunto de medidas para sua superação, a solução da questão deve passar pela elaboração de plano conjunto, envolvendo diversas autoridades, a nível nacional e local, bem como a sociedade civil. Essas medidas, a serem determinadas pela Corte, são essenciais para lidar com problemas estruturais.

197. Reconhecer a estruturalidade do problema e declarar o ECI sobre o acesso à justiça reprodutiva no Brasil, especialmente no tocante ao aborto legal, pode ser valioso. Não se almeja substituir o legislador ou o gestor público na formulação de políticas públicas, mas de reconhecer uma demanda estrutural, declarar o ECI e decretar parâmetros mínimos para que o Estado possa finalmente efetivar esse direito. Nesse caso, o judiciário deve contar com subsídios técnicos e a participação social para elaboração de planos efetivos na elaboração das políticas públicas – por exemplo, na ADPF 709, a atuação da FIOCRUZ se mostrou de extrema relevância no tema, além da participação dos coletivos e associações representando os povos indígenas.

198. Com base nos padrões de direito internacional de direitos humanos e nos casos de direito comparado trazidos nos capítulos anteriores, o reconhecimento da estruturalidade do problema do aborto legal no Brasil, bem como a declaração do seu ECI, seria uma forma de reafirmar as obrigações internacionais assumidas pelo país para garantir o direito à saúde, à vida, à integridade, à autonomia, à dignidade e à igualdade pela não discriminação.

199. Entende-se, portanto, que o diálogo entre cortes constitucionais de sociedades que compartilham realidades similares – como é o caso do Brasil e da Colômbia – pode potencializar a concretização de direitos fundamentais. No caso, o reconhecimento do ECI do sistema de saúde brasileiro quanto à realização do aborto legal e, além disso, a determinação do concreto enfrentamento às barreiras existentes, obrigando o Estado a finalmente efetivar suas obrigações internacionais no campo do direito à saúde e à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

200. A superação das barreiras mencionadas neste *amicus curiae* é um passo fundamental para a realização, entre outros, do direito à saúde reprodutiva de mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar e para a superação de uma situação estrutural de violação de direitos que afeta desproporcionalmente os setores mais vulneráveis da população. **No entanto, é importante destacar que uma das principais barreiras ao acesso ao aborto legal é a própria criminalização do aborto.** Ou seja, enquanto for mantido um sistema em que o aborto só é permitido em circunstâncias específicas, criminalizando qualquer prática que não se enquadre nas limitadas bases legais, não haverá acesso efetivo e oportuno aos serviços de aborto legal.

201. Nesse sentido, as últimas recomendações do CEDAW ao Estado brasileiro, de 2024, em consonância com a Recomendação Geral n. 24 da CEDAW e os objetivos 3.1 e 3.7 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, estabelecem expressamente a necessidade de legalização e descriminalização do aborto no país em todos os casos para assegurar que meninas e mulheres tenham acesso adequado para realização de abortos seguros e atendimentos em serviços pós-aborto para que elas possam realizar plenamente seus direitos, com igualdade e autonomia financeira e corporal para fazer escolhas livres sobre seus direitos reprodutivos.²¹⁸ A recomendação expressa que ainda existem diversas barreiras no Brasil por causa do sistema de causais, citando alguns exemplos como a necessidade de aprovação de um médico e de pelo menos três membros de uma equipe multidisciplinar para acessar o aborto e barreiras adicionais, tais quais serviços inadequados de aborto, requisitos adicionais onerosos não estabelecidos em lei, e objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde.

202. As últimas evidências científicas analisadas pela OMS mostram que as leis que descriminalizam o aborto com base em causais (ou seja, que apenas autorizam o aborto em algumas hipóteses) levam a atrasos no atendimento ao aborto de forma geral. Esses atrasos, de acordo com a OMS, se devem a diversos fatores, tais quais inconsistências na interpretação ou aplicação dessas causais, atrasos na

²¹⁸ ONU. Comitê CEDAW. [Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Brazil](#), para. 34(a), CEDAW/C/BRA/CO/8-9, 2024.

determinação se aquela pessoa é elegível para realizar o procedimento, questionamento à pessoa que busca o serviço em casos de gravidez resultantes de estupro, interpretação restritiva das causais, e até mesmo em desacordos dentro da equipe médica sobre se o caso se enquadra em uma causal.²¹⁹

203. Nesse sentido, mesmo que esta Eg. Corte reconheça o ECI e/ou reconheça o caráter estrutural do caso, determinando medidas estruturais referente ao aborto legal no marco de causais, a descriminalização do aborto – tema que tramita na ADPF 442 – ainda é essencial. Muitos dos temas tratados ao longo das barreiras apresentadas nesse *amicus curiae* são reforçadas pelo estigma da criminalização, que atinge principalmente meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar, mas também o pessoal profissional de saúde que participa no procedimento. Isso porque, a criminalização cria um estigma social que contribui para a desinformação e o medo tanto de buscar o atendimento, quanto de atender a pessoa que busca o aborto legal – por medo de estar incumprindo alguma normativa, razão pela qual, ademais do reconhecimento do ECI e/ou da determinação de medidas estruturais sobre o aborto legal no Brasil, espera-se que a discussão sobre a descriminalização avance na ADPF 442.

VII. PEDIDOS

Pelo exposto, requer com a devida vênia:

- a) reforçar o pedido de deferimento do ingresso do Instituto O'Neill e Ríos no feito na qualidade de *amicus curiae* realizado anteriormente na petição n. 30434/2024, tendo em vista a relevância da matéria, a pertinência do tema e a representatividade das organizações, garantindo todos os direitos inerentes a essa qualidade como prestar informações nos autos sempre que pertinente e a sustentação oral quando ocorrer o julgamento, consoante o art. 131, § 3º do Regimento Interno desta Suprema Corte, por representante que oportunamente será indicado quando do julgamento do feito;
- b) sendo deferido o pedido de habilitação, requer sejam admitas também as presentes razões, a fim de que sejam analisados os elementos jurídicos da matéria posta em julgamento;
- c) sejam incluídos nos registros dos cartórios o nome de Natasha Martín Lauletta, inscrita na OAB/RJ sob o nº 218.981, a quem deverá se dirigir com exclusividade as publicações e intimações referentes ao presente, com escritório na Rua Ituverava, 744, apt 306, Jacarepaguá, Rio de Janeiro - RJ, onde serão recebidas, exclusivamente, todas as intimações, inclusive a prevista no art. 269, § 1º do CPC/2015, sob pena de nulidade, independentemente de quem assinar as petições ou de outros endereços informados, tal como preceituam os arts. 272, § 5º e 280 do CPC/2015.

²¹⁹ OMS. [Abortion care guideline](#). Geneva: World Health Organization. 2022, p. 26 e 27.

Termos em que,
pede deferimento.

Rio de Janeiro, 31 de março de 2025


OSCAR A. CABRERA

Passaporte Estados Unidos da América nº
A01007623


SILVIA SERRANO-GUZMÁN

Passaporte Colombia nº 174742



ANALIA BANFI

Passaporte Uruguaio nº D166688



NATASHA MARTÍN LAULETTA

OAB/RJ 218.981