U.PORTO

MESTRADO EM DIREITO

CIÊNCIAS JURÍDICO-INTERNACIONAIS E EUROPEIAS

Saúde, género e igualdade substancial no TEDH: uma análise a partir dos casos de esterilização não consentida

Marina Castelo Branco Leite Jucá

M

2025

FACULDADE DE **DIREITO**

Resumo

O presente trabalho busca analisar o enquadramento jurídico dos casos de esterilização não consentida na Europa e avaliar as implicações de tal prática aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para tanto, o trabalho se propõe a enquadrar o leitor quanto ao contexto histórico, social e legal dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ainda, será analisada a igualdade de género, verificando-se a importância de adotar uma abordagem de igualdade substantiva multinível. Finalmente, será discutida a prática da esterilização compulsória, bem como o posicionamento do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) sobre esses procedimentos. A metodologia é qualitativa, com base em dados secundários e revisão bibliográfica. Por fim, foi realizada uma análise crítica das decisões do TEDH, verificando se a Corte tem, efetivamente, aplicado em seus julgamentos uma perspectiva substancial da igualdade.

Palavras-Chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Esterilização feminina; Esterilização não consentida.

Abstract

This paper aims to analyze the legal framework of non-consensual sterilization in Europe and assess the implications of such practices for women's sexual and reproductive rights. Accordingly, this work seeks to provide historical, social, and legal context regarding women's sexual and reproductive rights. Furthermore, gender equality will be examined, highlighting the importance of adopting a multilevel substantive equality approach. Finally, the practice of forced sterilization will be discussed, as well as the position of the European Court of Human Rights (ECtHR) on these procedures. The methodology is qualitative, based on secondary data and bibliographic review. A critical analysis of the ECtHR's decisions was conducted to assess whether the Court has indeed applied a substantive equality perspective in its rulings.

Keywords: Sexual and reproductive rights; Female sterilization; Non-consensual sterilization.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAT– Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes

CDFUE – Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos Humanos

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CDESC – Comité de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CDSS – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CE – Conselho da Europa

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CSE – Carta Social Europeia

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EM – Estados-Membros

GCD – Declaração de Consenso de Genebra

HRPC– *Human Rights in Patient Care Framework*

ICCPR – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Op. cit. – *Opere citato*

PA– Protocolo Adicional

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais

SSR – Saúde sexual e reprodutiva

TEDH – Tribunal Europeu dos Direitos Humanos

UE – União Europeia

WPPA – Plano de Ação da População Mundial

Sumário

Resumo 1

Abstract 1

Lista de Siglas e Abreviaturas 2

Sumário 3

Introdução 4

CAPÍTULO I - A AUTONOMIA SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES 5

1.1 Direitos sexuais e reprodutivos: autonomia, género e biopolítica 5

1.2 A evolução dos direitos sexuais e reprodutivos 8

1.3 Os direitos sexuais e reprodutivos enquanto parte integrante do direito à saúde 14

CAPÍTULO II - DO FORMAL AO SUBSTANCIAL: A IGUALDADE DE GÉNERO EM DISPUTA NO TEDH 16

2.1 Igualdade formal versus igualdade substantiva 16

2.2 O artigo 14.º da CEDH e sua interpretação pelo TEDH: igualdade substantiva ou formal? 19

2.3 A igualdade de género no contexto da saúde sexual e reprodutiva 24

CAPÍTULO III - ESTERILIZAÇÃO NÃO CONSENTIDA DE MULHERES NA EUROPA: EM ESPECIAL, A JURISPRUDÊNCIA DO TEDH 27

3.1 Esterilização não consentida e as suas implicações 27

3.1.1 A Esterilização não consentida à luz dos tratados internacionais e europeus 31

3.2. O consentimento informado na esterilização: entre a teoria e a realidade 35

3.3. Esterilização não consentida de mulheres pertencentes à grupos vulneráveis 41

3.4. Análise jurisprudencial dos casos de esterilização no TEDH 44

3.4.1 Saúde, género e igualdade substancial no TEDH: discussão crítica 52

CONCLUSÕES 54

BIBLIOGRAFIA: 57

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por fito analisar o enquadramento jurídico dos casos de esterilizações compulsórias julgados pelo TEDH e, desse modo, avaliar se a Corte tem adotado uma abordagem substantiva da igualdade ou se mantém o conceito ultrapassado de igualdade formal. O tema é relevante, uma vez que se observa uma persistência de práticas de esterilização[1] não consentida na Europa, especialmente contra mulheres pertencentes a grupos marginalizados, como a população Roma, configurando uma grave violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Diante da persistência de práticas de esterilização forçada, especialmente contra mulheres pertencentes a grupos socialmente vulneráveis, e da crescente atuação do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) na proteção dos direitos reprodutivos, tornou-se necessário investigar como essas violações têm sido analisadas sob a ótica da igualdade e do consentimento. Assim, desenvolveu-se pesquisa monográfica que respondesse aos seguintes questionamentos: Quando o consentimento informado passa a ser válido? Qual a interpretação do TEDH dos artigos da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) relacionados à autonomia reprodutiva, sobretudo do art.14.°? Existem grupos mais afetados pelas práticas de esterilização compulsória?; O TEDH adota a igualdade substantiva multinível para os casos de esterilização forçada?

No que diz respeito aos aspectos metodológicos, fez-se um estudo por meio de pesquisa bibliográfica, com as novas perspectivas e estatísticas, aperfeiçoando com artigos, monografias, documentos, arquivos de instituições públicas e particulares e dados estatísticos elaborados por institutos especializados. Quanto aos resultados da pesquisa, visa-se a ampliação dos conhecimentos sobre a temática, portanto é uma pesquisa pura. No que se tange aos fins, classifica-se a pesquisa como exploratória e descritiva, pois busca o aprofundamento e aprimoramento das ideias, descrevendo a situação quando se ocorre a investigação, classificando e interpretando os factos. Quanto à abordagem, a pesquisa é qualitativa, enfatizando a compreensão e a interpretação do tema e atribuindo significado aos dados e informações coletadas.

[1] Os dados sobre esterilização não consentida na Europa são de difícil acesso, uma vez que a maioria dos Estados-Membros não mantém bases de dados específicas sobre essa prática. Além disso, há um número significativo de casos subnotificados, compondo o que se chama de "cifras negras". A título de ilustração, na Espanha, em 2016, 140 pessoas com deficiência denunciaram ter sido submetidas a esterilizações forçadas, evidenciando que o problema persiste mesmo em contextos legislativos mais recentes. EUROPEAN DISABILITY FORUM (EDF)– **Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union**. Bruxelas: EDF, 2022. p. 14. Disponível em: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf.

O primeiro capítulo faz uma retrospectiva histórica dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (1.1), realizando uma linha do tempo da evolução das normas internacionais e europeias sobre este assunto, bem como o impacto que trouxeram para a figura feminina (1.2). Ainda, os direitos sexuais e reprodutivos serão discutidos enquanto parte integrante do direito à saúde (1.3). O segundo capítulo versa sobre a igualdade de género, apresentando a distinção entre igualdade substantiva e igualdade formal (2.1), bem como qual dessas abordagens é adotada pelo TEDH na aplicação do art. 14.° da CEDH (2.2). Analisa-se, por fim, a igualdade de género no contexto da saúde (2.3). No último capítulo é realizada uma análise geral da prática da esterilização compulsória e dos tratados internacionais e europeus que a proíbem (3.1), sendo analisado, em seguida, a figura do consentimento informado para estes procedimentos, bem como quais grupos são mais vulneráveis à tais práticas (3.2). Finalmente, de forma mais específica, analisa-se de forma crítica as decisões dos TEDH sobre as esterilizações não consentidas (3.3). Termina-se, termina-se com a apresentação de Conclusões.

CAPÍTULO I - A AUTONOMIA SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES

1.1 Direitos sexuais e reprodutivos: autonomia, género e biopolítica

Os direitos reprodutivos são direitos humanos e fundamentais, consagrados em normas jurídicas nacionais e internacionais, que asseguram o exercício autônomo, seguro e responsável da reprodução humana, incluindo a possibilidade de cada pessoa decidir se terá ou não filhos. Além disso, atualmente, a conceção de direitos reprodutivos abarca não apenas as questões relacionadas à preservação da vida humana, ou seja, que tenham por foco apenas a procriação, mas trata também de outras questões, como a saúde física e mental dos indivíduos, garantindo assim não apenas a continuidade da vida, mas também a qualidade da mesma. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os direitos reprodutivos envolvem um conjunto de direitos que visam a saúde e o bem-estar de todas as pessoas, assegurando igualdade e não discriminação no acesso aos cuidados de saúde[2].

Apesar das questões referentes aos direitos reprodutivos afetarem ambos os sexos, a responsabilidade pelo planejamento familiar e pelo controlo reprodutivo é, muitas vezes, atribuída unicamente às mulheres[3]. Num primeiro momento, isso pode sugerir uma maior

[2] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2024). **Saúde sexual e reprodutiva**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1. Acesso em: 19 nov. 2024.

[3] BRACKE, Piet [et al.]- Power and the gendered division of contraceptive use in Western European couples**.** In **Social Science Research**, v. 64, p. 263-276, 2017. p. 265.

autonomia feminina, porém, a partir de uma análise mais densa, reflete uma sobrecarga que impacta diretamente na saúde física e mental das mulheres. Além disso, quando os controlos de natalidade falham, a responsabilidade recai desproporcionalmente sobre as mulheres, ignorando o encargo que os homens também deveriam desempenhar[4].

Nesse sentido, delegar a responsabilidade pelo controlo de natalidade e pelo planejamento familiar apenas às mulheres, além de ser prejudicial à saúde reprodutiva masculina, que passa a ser negligenciada, reforça estigmas de desigualdade de género. Apesar dos avanços nas discussões sobre igualdade de género e saúde reprodutiva, o fardo e a responsabilidade pelas estratégias de planejamento familiar e controlo de natalidade continuam sendo, na maioria dos países, majoritariamente atribuídos às mulheres[5].

Os direitos sexuais, por sua vez, são formados por um rol não taxativo de direitos referentes à sexualidade e à identidade de género- independentemente da dimensão reprodutiva- garantido a cada indivíduo a prerrogativa de experienciar com liberdade e sem julgamentos alheios a sua vida sexual[6]. Cumpre destacar que a sexualidade não é apenas um fenômeno biológico, mas também tem uma estreita relação com as crenças, as ideologias e imaginações de cada pessoa, sendo, então, uma construção social[7].

Assim, considerando o contexto de uma sociedade misógina e que, historicamente, relegou as mulheres a uma posição subalterna em relação aos homens, a sexualidade feminina

---

[4] Atualmente, existem apenas dois métodos contraceptivos masculinos (a vasectomia e o preservativo), em contrapartida, existem diversos métodos femininos. Historicamente, a falta de opções contraceptivas destinadas ao público masculino pode ser justificada uma vez que, com o grande sucesso das pílulas contraceptivas femininas, na década de 1960, as indústrias farmacológicas dedicaram-se, principalmente, ao aperfeiçoamento destas pílulas, negligenciando as pesquisas para o desenvolvimento de métodos contraceptivos hormonais para homens, apesar do conhecimento pela comunidade científica de que os compostos hormonais com a capacidade de suprimir reversivelmente a espermatogênese data de 1939, portanto, mais de 20 anos antes do desenvolvimento das pílulas femininas. Observa-se, portanto, que, uma das barreiras para a criação das pílulas masculinas é socioeconômica, já que os encargos sociais por uma gravidez indesejada, muitas vezes, recaem unicamente sobre as mulheres. NGUYEN, Brian T.[et al.]- Continuing the search for a hormonal male contraceptive. In **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 66, p. 83-94, 2020.p. 86.

[5] Na França, por exemplo, em 2010, o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres casadas ou em união estável era a pílula feminina, com uma percentagem de 36,6%, enquanto o preservativo masculino era utilizado em apenas 7% dos casos. Em Portugal, para o ano de 2014, o método mais utilizado também era a pílula, com uma percentagem de 48,3%, enquanto o preservativo masculino era o método escolhido por apenas 9,6% dos casais. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use.

[6] GOMES, Juliana Cesário Alvim– Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. In **Revista Direito FGV SP**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2021. p. 4.

[7] WEEKS, Jeffrey – O Corpo e sexualidade. In LOURO, Guacira Lopes- **O Corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed., Belo Horizonte: Autêntica, p. 24-61, 2000. p. 26-27

foi por muito tempo invisibilizada e subordinada à masculina, sendo tratada como uma mera resposta ao desejo dos homens[8]. Essa construção reduziu as mulheres a objetos sexuais passivos, legitimando estigmas e limitações que ainda impactam a vivência da sexualidade feminina na atualidade[9].

O progresso na seara dos direitos sexuais e reprodutivos é, no entanto, em diversas ocasiões, limitado, em razão da ação dos próprios governos que restringem a autonomia feminina, interrompendo os avanços nesses direitos para atender a seus próprios interesses, que podem variar a depender do seu objetivo atual[10]. Foucault[11] descreve a biopolítica como o conjunto de mecanismos pelos quais o Estado e outras instituições controlam, regulam e gerenciam os corpos e as vidas de uma determinada população, da maneira como melhor julgarem, anulando a autonomia desses indivíduos. Esse controlo pode ser focado em diversas áreas da vida humana, inclusive, na sexualidade.

Assim, as políticas de controlo de natalidade, diversas vezes, têm por foco unicamente as mulheres, em outras palavras, a fertilidade feminina é vista como a raiz do problema, ignorando completamente o papel e a responsabilidade dos homens nessa temática[12]. Em outras palavras, as mulheres regra geral são responsabilizadas pelos problemas envolvendo a procriação: quando o Estado enfrenta problemas relacionados a altas taxas de natalidade, as política de controlo populacional recaem desproporcionalmente sob elas; da mesma maneira, quando o problema é a baixa natalidade, recai igualmente sobre as mulheres a culpa e a pressão por soluções. Dessa forma, os governos passam a controlar os corpos das mulheres, sem demonstrar qualquer consideração pela integridade física e pelas necessidades específicas de cada uma, agindo apenas em favor da biopolítica[13]. Conforme será abordado com maior densidade nos

[8] *Idem, ibidem*. p. 28.

[9] Cumpre destacar que, apesar dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos se relacionarem, eles não devem ser confundidos, posto que há sexualidade sem necessidade de reprodução, como por exemplo nas relações entre pessoas do mesmo sexo, da mesma maneira que pode haver reprodução sem necessidade de sexualidade, como acontece através das técnicas de reprodução assistidas.GOMES, Juliana Cesário Alvim – Op. cit. p. 5.

[10] Por exemplo, quando se busca o crescimento populacional, são impostos procedimentos excessivamente burocráticos com o objetivo de desestimular o uso de métodos contraceptivos, por outro lado, o acesso a esses métodos é facilitado quando há o interesse em promover o declínio demográfico, especialmente direcionado a grupos marginalizados, como mulheres em situação de pobreza, pessoas com deficiência, entre outros. Essa prática perpetua ideias de cunho eugenista e reforça desigualdades estruturais.

[11] FOUCAULT, Michel- **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed.. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005. p. 289-290.

[12] WICHTERICH, Christa– **Direitos sexuais e reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015. p. 28.

[13] Tal facto tornou-se evidente, por exemplo, a partir do desenvolvimento das pílulas anticoncepcionais femininas, porque um dos principais grupos interessados no uso e na distribuição em larga escala dos métodos contraceptivos

capítulos posteriores, infelizmente, tais violações à autonomia reprodutiva e sexual, em especial das mulheres, não foram completamente abolidas e ainda persistem na atualidade.

1.2 A evolução dos direitos sexuais e reprodutivos

A evolução dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres começou a ganhar força no final do século XIX e início do século XX, impulsionada pelo crescente movimento feminista e pelos avanços na medicina e nas ciências. No entanto, esse progresso não ocorreu de maneira linear e rápida, pelo contrário, tratou-se de um processo marcado por avanços e retrocessos, em que conquistas significativas eram frequentemente seguidas por resistências culturais, políticas e religiosas[14]. Após as atrocidades causadas pela Segunda Guerra Mundial, consolidou-se o movimento internacional de proteção dos Direitos Humanos, culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)[15], que visa garantir a dignidade e os direitos humanos de todos. Entre os destaques, o art. 7.º assegura igualdade perante a lei, enquanto o art. 16.º promove autonomia na formação de famílias, reconhecendo a igualdade de género e reforçando a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres[16].

Contudo, em meados dos anos 1960, começaram a surgir movimentos, apoiados em teorias do neomalthusianismo, que associavam o crescimento populacional a um obstáculo para a efetivação dos direitos humanos, sob o pretexto de que as altas taxas de natalidade de alguns países dificultavam a luta contra a fome e contra a pobreza[17]. Tal ideia foi ratificada na I Conferência Mundial de Direitos Humanos, em 1968, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Teerã[18]. Assim, em oposição aos pressupostos estabelecidos pela DUDH de autonomia e de não intervenção na vida privada, diversos governos passaram a adotar políticas de controlo reprodutivo coercitivas, direcionadas especialmente às populações mais

hormonais era formado por indivíduos que almejavam a diminuição de pessoas pobres e de pessoas com deficiência, baseados em ideias eugenistas. Ainda, durante o regime da Alemanha nazista, foram promulgadas leis raciais que influenciaram e serviram de inspiração para os governos da América do Norte. Situações semelhantes ocorreram no Oriente, como com os campos de esterilização na Índia e com a política do filho único na China. BURFOOT, Annette; GÜNGÖR, Derya– **Women and reproductive technologies:** the socio-economic development of technologies changing the world. Nova York: Routledge 2022. p. 49.

[14]PIZZAROSSA, Lucía Berro– Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. In **Laws**, vol. 7, n. 3, 2018. p. 1.

[15] NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Resolução 217 A (III). Disponível em: https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights.

[16] GURMAN, Ana Tamler – **O respaldo jurisdicional para a densificação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher**. Porto: [s.n.], 2022. Trabalho de síntese apresentado à Faculdade de Direito como prova de capacidade científica, p. 10.

[17] PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 2.

[18] NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, Teerã, 1968**. Resolução XVIII: Aspectos dos direitos humanos do planejamento familiar. Disponível em: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n68/958/82/pdf/n6895882.pdf.

empobrecidas, com o objetivo de controlo de natalidade[19]. Apesar do retrocesso no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, a década de 1960 também foi marcada pela segunda onda do feminismo, trazendo à tona debates sobre a desigualdade de poder entre os géneros, culminando em diversos encontros internacionais que debateram questões sobre a igualdade de género[20].

Na década de 1970, por sua vez, sobretudo a partir da Conferência Mundial sobre População de Bucareste de 1974[21], a abordagem referente ao crescimento populacional utilizada em Teerã foi alterada, passando-se a entender que as altas taxas de natalidade eram uma consequência do e não uma causa do subdesenvolvimento, posto o cerne do problema não ser a escassez de recursos em razão do crescimento acelerado da população, mas sim a sua distribuição desigual[22]. Assim, o Plano de Ação da População Mundial (WPPA) da referida conferência trouxe em seu escopo diversos avanços, como a indicação de que cada indivíduo possui o direito de decidir se, quando e em que intervalo terá filhos (art. 14.°, f), bem como, que os governos não devem interferir nesse planejamento familiar (art. 29.°, a).

Nesse sentido, na década de 1970, as críticas feministas às políticas de controlo da fertilidade se intensificaram, sendo observada uma louvável tentativa de fundamentar as questões relacionadas à reprodução na autonomia e não mais como uma maneira de controlo demográfico[23]. Assim, em 1979, foi aprovada, em Nova Iorque, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)[24], um dos tratados internacionais sobre direitos das mulheres mais importantes, sendo frequentemente referido como a "Carta Internacional dos Direitos das Mulheres".

A CEDAW trouxe diversos avanços no que tange aos direitos reprodutivos das mulheres[25]. Porém, a CEDAW é uma das convenções com mais reservas que, muitas vezes, são

---

[19] PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 3.

[20] VENTURA, Miriam — Direitos reprodutivos no Brasil. 3ª ed., Brasília: FNUAP, 2009. p. 23

[21] NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial da População, 1974. Plano de Ação da População Mundial**. E/CONF.60/19. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/E_CONF.60_19_Plan.pdf..

[22] PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 3.

[23] PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 4.

[24] NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres**, **1979**. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf.

[25] Em seu art. 12.°, a CEDAW determina a obrigação dos Estados signatários de garantir às mulheres o acesso a serviços adequados de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contracepção e aborto seguro, bem como a disseminação de informações sobre saúde reprodutiva para que as mulheres possam fazer escolhas informadas.

mascaradas por argumentos religiosos e culturais[26], colocando, assim, a convenção em um paradoxo de que, apesar de ter obtido um caráter mais universal, sua integridade pode ter sido comprometida. Em certos casos, as reservas feitas à Convenção questionam diretamente os princípios fundamentais de universalidade e integridade[27].

Em 1984, se deu, em Amsterdão, o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, tendo sido de extrema relevância, uma vez que consagrou pela primeira vez a nomenclatura de direitos reprodutivos, possibilitando uma nova abordagem de reprodução, baseada na autonomia da mulher[28]. No mesmo ano ocorreu, no México, a Segunda Conferência Mundial sobre População[29], que foi movida por temas polémicos à época, como aborto e políticas de controlo reprodutivo coercitiva. No entanto, apesar de reafirmar a autonomia e a não intervenção na vida privada, por meio das recomendações 30 e 31, a conferência determinou, pela recomendação 18, alínea e) e por influência dos EUA e da Santa Sé, que o aborto deveria ser evitado e não ser promovido como forma de planejamento familiar[30].

Observa-se que, até então, os avanços no campo dos direitos reprodutivos resultaram tanto das lutas promovidas pelo movimento feminista quanto das ações de atores interessados no controlo demográfico, fortemente influenciados pela teoria neomalthusiana. Embora esses avanços tenham proporcionado conquistas importantes para as mulheres, como maior controlo sobre sua reprodução por meio de anticoncepcionais, muitas dessas medidas eram implementadas com o objetivo primário de regular o crescimento populacional, ignorando frequentemente a integridade física e mental das mulheres. Em diversas ocasiões, os interesses demográficos prevaleciam sobre as questões de autonomia feminina, e as conquistas das mulheres eram tratadas como resultados secundários ou colaterais de políticas voltadas principalmente para a redução das taxas de natalidade, sem que houvesse uma real preocupação dos governos com o empoderamento ou os direitos das mulheres.

---

[26] Um número de 23 dos países signatários fizeram, no total, 88 reservas substanciais. GURMAN, Ana Tamler– Op. cit. p. 14.

[27] PIOVESAN, Flávia – A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. In **Revista EMERJ**. Vol. 15, n.º 57. p. 70-89, (Edição Especial - jan-mar. 2012). p. 25.

[28] *Idem, ibidem.* p. 19.

[29] NAÇÕES UNIDAS. **II Conferência Mundial sobre População, 1984.** Relatório final. E/CONF.76/19. Disponível em: https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n84/214/34/pdf/n8421434.pdf.

[30] Além disso, apesar de confrontada, a política chinesa do filho único não foi, em nenhum momento, explicitamente rejeitada durante a conferência. A ausência de uma condenação pública desta prática coercitiva reflete um alinhamento implícito entre as potências internacionais e a política populacional da China PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 4-5.

A década de 1990, por sua vez, ficou conhecida como a "Década da ONU para as Mulheres", tendo sido um período de grandes conquistas no campo dos direitos das mulheres, inclusive, nos direitos reprodutivos e sexuais que passaram, pela primeira vez, a ser tratados como um direito humano básico, refletindo uma mudança significativa na abordagem das questões de género. Essa evolução indicou um movimento em direção à autonomia das mulheres, com os seus direitos e integridade a tornarem-se prioritários nas discussões internacionais.[31].

Nesse sentido, em 1993, ocorreu, em Viena, a II Conferência Internacional de Direitos Humanos[32], que dispôs, no parágrafo 18, pela primeira vez que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte dos direitos humanos universais e, apesar de não mencionar expressamente os direitos sexuais e reprodutivos, por diversas vezes menciona questões que envolvem este tema. Para Norberto Bobbio[33], os direitos humanos são fruto de um processo histórico, desenvolvidos para atender às necessidades específicas de cada época, funcionando como um parâmetro ético universal. Assim, é nítido que esse reconhecimento consolidou um marco importante na promoção da igualdade de género, enfatizando a autonomia das mulheres sobre seus corpos e sua capacidade de tomar decisões sobre sua saúde reprodutiva.

No ano seguinte ocorreu, no Cairo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)[34], um dos eventos internacionais mais importantes para os direitos reprodutivos, posto que enquadrou a saúde sexual e reprodutiva (SSR), pela primeira vez, como um direito humano básico, representando, portanto, um ponto de inflexão na agenda global dos direitos humanos, destacando a interseção entre direitos reprodutivos e desenvolvimento sustentável, e reforçando a importância de políticas públicas inclusivas que promovam o bem-estar e a dignidade de todos os indivíduos. Ademais, o Programa de Ação da CIPD trouxe pela

[31] NOWICKA, Wanda– Sexual and reproductive rights and the human rightsagenda: controversial and contested. In **Reproductive Health Matter**, v. 19, p. 119-128, 2011. p. 119.
[32] NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Programa de Ação de Viena.** II Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, 1993, Viena, Áustria. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/declaracao_e_programa_acao_viena.pdf.
[33] BOBBIO, Noberto – **A Era dos Direitos**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 20.
[34] NAÇÕES UNIDAS. (1994). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994.** Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf.

primeira vez um conceito de saúde reprodutiva, que passou a ser utilizado como alternativa às políticas de planejamento familiar[35] .

Outra grande conquista trazida pela CIPD foi o reconhecimento dos direitos sexuais com um aspecto positivo, e não apenas como uma questão de prevenção de abusos, posto que até então, os direitos sexuais eram frequentemente abordados de forma negativa, limitando-se a declarações que condenavam práticas como abuso sexual e tráfico humano. A partir da CIPD, houve uma ampliação dessa perspectiva, reconhecendo que a saúde sexual é uma componente vital do bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Essa mudança de paradigma enfatizou a importância da saúde sexual não apenas como uma questão de proteção, mas como um elemento essencial para a qualidade de vida e a realização pessoal[36]. Contudo, esse avanço foi insuficiente e teve forte resistência de alguns países, o que resultou na não inclusão das expressões "direitos sexuais" e "orientação sexual" na versão final do Programa de Ação[37].

Em 1995, em Pequim, foi realizada a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres[38] que também marcou grandes avanços para os direitos das mulheres, inclusive na seara dos direitos reprodutivos[39]. Porém, tal como se deu na CIPD de 1994, a expressão "direitos sexuais" não foi mencionada pela plataforma, o que pode ser justificado pela resistência liderada pela aliança profana[40]. Em contraponto à década de 1990, em que os movimentos em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres alcançaram um significativo espaço e importância na agenda nacional, o início dos anos 2000 foi marcado por uma postura de defesa das conquistas anteriores, em vez de um movimento proativo para expandir os direitos sexuais e reprodutivos[41]. O esforço concentrava-se em preservar as vitórias alcançadas, diante de

---

[35] PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 6.

[36] JOHNSON, Jeanette H.; TURNBULL, Wendy– The Women's Conference: Where Aspirations and Realities Met. In **Family Planning Perspectives**, v. 27, n. 6, p. 254-258, 1995. p. 256.

[37] GOMES, Juliana Cesário Alvim – Op. cit. p. 10.

[38] NAÇÕES UNIDAS. **Plataforma de Ação de Pequim**, **1995**. Disponível em: https://plataformamulheres.org.pt/site/wp-content/ficheiros/2016/01/Plataforma-Accao-Pequim-PT.pdf.

[39] O parágrafo 17 da Plataforma de Ação de Pequim, por exemplo, dispõe que as mulheres possuem o direito de controlarem todos os aspectos da sua saúde, principalmente, da sua fertilidade.

[40] Embora não seja o foco do presente trabalho, é importante pontuar que a Santa Sé, juntamente com alguns estados islâmicos, em diversos momentos, uniram-se, em prol da conservação de uma suposta "boa moral" e de bons costumes", para barrar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivo, formando uma aliança que ficou conhecida na literatura científica como aliança profana. PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 7.

[41] Nesse sentido, até existiu uma certa mobilização da comunidade internacional, como através do CCPR n.° 28, que apontou que questões que envolvem a saúde reprodutiva das mulheres, inclusive a temática referente aos abortos inseguros, são questões de direitos humanos, contudo, os governos conservadores raramente cumprem tais recomendações, principalmente no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, o que denota a grande dificuldade enfrentada para a implementação desses direitos. NOWICKA, Wanda– Op. cit. p. 122.

pressões conservadoras que ameaçavam minar o progresso feito nas décadas anteriores. Como resultado, houve um período de estagnação[42], com poucos avanços concretos na ampliação dos direitos e das garantias já estabelecidas, o que pode ser nitidamente observado nos eventos de revisão após cinco anos das conferências do Cairo e de Pequim[43].

Finalmente, durante a segunda década do Século XXI, a pauta sobre a SSR voltou à agenda global, sobretudo a partir de 2015, quando se deu a iniciativa da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Assim, um dos principais Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é, justamente, a garantia universal e segura aos serviços de SSR. Em 2016, foi adotado, pelo Comité de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Comentário Geral nº 22 (2016) sobre o direito à saúde SSR ao art. 12.° do Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC)[44]. Este marcou um grande avanço, posto que o Comité reconheceu as dificuldades no progresso desse campo, em razão dos "determinantes sociais da saúde", mas, ao mesmo tempo estabeleceu obrigações e orientações claras aos Estados para o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

É nítido que a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos exige uma análise histórica de sua construção, marcada por avanços lentos e constantes disputas quanto à sua legitimidade como direitos humanos universais[45]. As políticas e normas de direitos humanos na Europa têm relevância que se estende além das fronteiras continentais, influenciando não apenas os cidadãos europeus, mas também as diretrizes globais da UE. Essas políticas moldam as discussões em fóruns internacionais e afetam as prioridades de assistência em diversas partes do mundo. Assim, as abordagens europeias em direitos humanos são fundamentais para

[42] A título de ilustração dessa estagnação internacional, em 2000 ocorreu a discussão dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Neste evento o acesso à SSR não foi sequer mencionado, só tendo sido acrescentada como meta mundial em 2005 e só foi implementada sete anos depois. PIZZAROSSA, Lucía Berro – Op. cit. p. 10.

[43]NOWICKA, Wanda– Op. cit. p. 120-121.

[44] NAÇÕES UNIDAS. (1966). **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Nova Iorque: Nações Unidas. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_economicos.pdf.

[45] Um exemplo dessa resistência é a Declaração de Consenso de Genebra (**Declaração de Consenso de Genebra.** Promover a Saúde da Mulher e Fortalecer a Família: Proteger a Vida Humana. Genebra, 22 de outubro de 2020. Disponível em: https://docs.un.org/en/A/75/626), que nega o aborto como direito universal e reforça valores tradicionais de família, evidenciando os obstáculos persistentes à autonomia das mulheres sobre seus corpos e à plena realização desses direitos.

promover valores universais e enfrentar desafios globais, refletindo o compromisso da UE com a justiça e a igualdade em nível internacional[46].

Porém, a estagnação global no campo dos direitos reprodutivos e sexuais, sobretudo na primeira década dos anos 2000, também atingiu a UE, o que pode ser justificado pelo facto de que a UE concordou que questões de ordem moral, como a proteção da vida humana, devem ser reguladas pelos EM. Assim, como resultado de tal paralisação, embora a UE faça diversos investimentos na SSR, existem poucas políticas europeias nesse tema[47]. No âmbito do Conselho da Europa (CE), em 2011, foi aprovada, em Istambul, a Convenção para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica[48], tendo, inclusive, sido adotada pela UE em 2023. A Convenção de Istambul, como ficou conhecida, representou um grande avanço, no contexto europeu, para os direitos das mulheres, tendo reconhecido, logo em seu preâmbulo, que as mulheres são expostas diariamente a diversas formas de violência, como a violência reprodutiva e sexual, constituindo, em muitos casos, uma violação aos seus direitos humanos mais básicos. Ainda, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH) tem desempenhado um papel fundamental no fortalecimento dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, conforme será analisado nos próximos capítulos.

1.3 Os direitos sexuais e reprodutivos enquanto parte integrante do direito à saúde

O direito à saúde, enquanto direito humano de segunda geração, integra o rol dos direitos sociais, económicos e culturais essenciais à dignidade humana. Embora a DUDH não o mencione expressamente, seu art. 25.º garante um padrão de vida adequado, incluindo cuidados médicos. Tal proteção é desenvolvida pelo PIDESC, da ONU, que consagra explicitamente o direito à saúde. Também o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos e a OMS reconhecem esse direito como central, cabendo aos Estados o dever de respeitá-lo, protegê-lo e promovê-lo[49].

No contexto europeu, por sua vez, inobstante a UE ter começado como uma organização económica, no decorrer dos anos, a UE passou a preocupar-se também com a proteção e a

[46] NOWICKA, Wanda– Op. cit. p. 123.
[47] *Idem, ibidem* p. 123.
[48] CONSELHO DA EUROPA. (2011). **Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (Convenção de Istambul)**. Estrasburgo: Conselho da Europa. Disponível em: https://rm.coe.int/168046253d.
[49] MOREIRA, Fátima Castro – Direito à saúde**.** In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto- **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**. vol. 1, Lisboa: UCP Editora. p. 619-645, 2019. p. 619-622.

promoção da saúde enquanto partes dos direitos humanos[50], tendo este papel sido particularmente evidenciado desde a publicação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE)[51]. No âmbito do CE, a Carta Social Europeia (CSE)[52] no seu art. 11.° garante o direito à proteção da saúde, contudo, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH)[53], um dos instrumentos europeus de direitos humanos mais importantes do CE não traz expressamente a garantia do direito à saúde, isto porque a CEDH protege essencialmente direitos de primeira geração, de maneira que os direitos sociais são regulamentados exclusivamente pela CSE. Porém, o TEDH tem tido uma interpretação mais ampla da CEDH, de maneira que, através da proteção de um direito da CEDH de primeira geração, como o direito à vida, o TEDH acaba por proteger também direitos de segunda dimensão, tal como o direito à saúde[54].

Superadas as questões iniciais sobre o direito à saúde, destaca-se que o direito à SSR é parte essencial desse direito e está interligado a outros direitos humanos[55]. A ONU define SSR como um estado de bem-estar físico, mental e social em temas reprodutivos, envolvendo não só a reprodução, mas também o direito a uma vida sexual segura, decisões livres sobre reprodução, acesso a informações, métodos contraceptivos eficazes e proteção contra ISTs[56]. A esse respeito, o art. 2.° do PIDESC dispõe que os Estados devem adotar medidas, até o máximo de seus recursos disponíveis, a fim de assegurar, progressivamente, os direitos protegidos pelo Pacto, dentre os quais encontra-se o direito à saúde. Ou seja, é de extrema urgência que os

[50]O art. 35.° da CDFUE, por exemplo, garante o direito de acesso aos cuidados de saúde. CATHAOIR, Katharina O; HERRMANN, Janne Rothmar; TOEBES, Brigit– The European Union a Health and Human Rights Perspective. In AASEN, Henriette Sinding [et al.]– **Health and Human Rights**. 2ª ed., Cambridge: Intersentia. p. 163-200, 2022. p. 163.

[51] UNIÃO EUROPEIA. (2012). **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**. Publicação no Jornal Oficial da União Europeia, C 326, 26 de outubro de 2012, p. 391–407. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT.

[52] CONSELHO DA EUROPA. (1996). **Carta Social Europeia Revista.** Estrasburgo: Conselho da Europa. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf.

[53] CONSELHO DA EUROPA. (1950). **Convenção Europeia dos Direitos Humanos**. Estrasburgo: Conselho da Europa. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/convention_por.pdf.

[54] MOREIRA, Fátima Castro –Op. cit. p. 622.

[55] COMITÉ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DAS NAÇÕES UNIDAS, (2016)– **Comentário Geral n.º 22: O direito à saúde sexual e reprodutiva**. Documento ONU E/C.12/GC/22. Disponível em: https://docstore.ohchr.org.

[56]FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP)– Saúde Sexual e Reprodutiva. Disponível em: https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health.

Governos comecem a adotar medidas para o alcance de um padrão de SSR eficaz e de qualidade, ainda que tal objetivo só possa ser atingido de forma progressiva[57].

A SSR deve ser garantida com base em quatro pilares: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Isso implica que os Estados devem oferecer serviços suficientes, acessíveis física, financeira e informacionalmente, culturalmente respeitosos e cientificamente adequados. Além disso, os Estados têm o dever de respeitar (eliminando barreiras legais e políticas), proteger (impedindo abusos por terceiros) e cumprir (assegurar acesso universal e sem discriminação à SSR). Quando essas obrigações não são cumpridas, deve haver acesso à justiça e reparação adequada[58].

Acresça-se a isso que, no campo da SSR, as mulheres constituem um grupo que exige especial atenção, devido ao papel central que desempenham na reprodução. Essa centralidade torna imprescindível a proteção de seus direitos sexuais e reprodutivos, garantindo a preservação de sua dignidade, autonomia e o pleno exercício de seus direitos, sem qualquer forma de discriminação[59]. Contudo, conforme verificado nos tópicos anteriores, as obrigações relacionadas à SSR da mulher são frequentemente negligenciadas e, em diversas ocasiões, elas não apenas deixam de ser cumpridas, mas são também questionadas e obstaculizadas, o que configura uma violação dos marcos normativos internacionais e europeus. Assim, no capítulo seguinte serão abordadas as questões relacionadas à igualdade de género.

CAPÍTULO II - DO FORMAL AO SUBSTANCIAL: A IGUALDADE DE GÉNERO EM DISPUTA NO TEDH

2.1 Igualdade formal versus igualdade substantiva

Uma das formulações mais antigas e mais conhecidas acerca da igualdade é a máxima aristotélica de que os iguais devem ser tratados de maneira igual. O princípio da igualdade é, por sua própria natureza, condicionado pelo contexto histórico[60], possuindo, portanto, um caráter evolutivo. Assim, sobretudo nas últimas quatro décadas, a concepção de igualdade

[57] COMITÉ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DAS NAÇÕES UNIDAS. (2016)– **Comentário Geral n.º 22: O direito à saúde sexual e reprodutiva**. p. 6.

[58] *Idem, ibidem*. p. 2-3.

[59] HERRMANN, Janne Rothmar– Reproductive Health. In AASEN, Henriette Sinding [et al.]– **Health and Human Rights**. 2ª ed., Cambridge: Intersentia. p. 275-314, 2022. p. 275.

[60] A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, por exemplo, considerou compatível com o princípio da igualdade a proibição do voto feminino, algo que, nos dias atuais, seria inconcebível. PEREIRA, Margarida Silva– Proibição de discriminação em função do género. In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de [org.] – **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**. volume II, Lisboa: Universidade Católica. p. 1953-1972, 2019. p. 1960.

formal tem sido amplamente questionada por diversos autores, que a entendem como um conceito defasado[61].

A igualdade formal, baseada na ideia de tratar igualmente os iguais, vem sendo criticada por não dar conta das desigualdades reais e históricas. Argumenta-se que ela se torna redundante ou insuficiente diante das desigualdades estruturais e que a mera consistência no tratamento pode perpetuar injustiças, especialmente quando o parâmetro comparativo é o homem branco, heterossexual e de classe média[62]. Além disso, essa visão não considera as especificidades de grupos marginalizados nem a complexidade das discriminações sistêmicas. Em resposta, surgiram outras concepções[63], como a igualdade de oportunidades e de resultados. É nesse contexto que surge, em oposição à igualdade formal, a ideia de igualdade substantiva. Enquanto a esta primeira estabelece que todos são iguais perante a lei, a segunda examina se essa promessa é efetivamente cumprida, considerando as condições de vida e as desigualdades sociais existentes[64].

Ocorre que o conceito de igualdade substantiva é bastante contestado, sendo alvo de diferentes interpretações e recebendo uma variedade de significados. Neste capítulo, será abordada a concepção de Sandra Fredman de que a igualdade substantiva deve ser compreendida por meio de uma abordagem multidimensional, de quatro dimensões, quais sejam: corrigir a desvantagem (a dimensão redistributiva); abordar o estigma, os estereótipos, o preconceito e a violência (a dimensão do reconhecimento); facilitar a participação (a dimensão participativa); e acomodar a diferença, inclusive por meio de mudanças estruturais (as dimensões transformadoras). A autora defende que cada uma dessas facetas possui relevância no âmbito da igualdade, mas que, isoladamente, não esgotam a sua abrangência. Em vez de excluir uma ou outra dimensão, ela argumenta que uma abordagem substantiva exige a

[61] Peter Westen, por exemplo, argumenta que as declarações de igualdade podem ser convertidas, sem grandes esforços, em declarações de direitos mais simples. Assim, após duas pessoas serem caracterizadas como iguais em aspectos relevantes, o conceito de igualdade torna-se redundante, já que tal determinação apenas estabelece a condição de elegibilidade para um direito. A título de ilustração, a afirmação de que todos têm igual direito à protecção da saúde é igual à afirmação de que todos têm direito à protecção da saúde. WESTEN, Peter– The Empty Idea of Equality. In **Harvard Law Review,** v. 95. p. 537-596, 1982. p. 546-547.

[62] FREDMAN, Sandra– Substantive Equality Revisited. In **International Journal of Constitutional Law**, v. 14, n.° 3. p. 712-738, 2016. p.718-719

[63] Inobstante a relevância das novas abordagens de igualdade, este trabalho terá por foco somente a abordagem multidimensional, desenvolvida por Sandra Friedman. Porém, para aqueles que desejam um maior aprofundamento no tema, ver: FREDMAN, Sandra– Substantive Equality Revisited. In **International Journal of Constitutional Law**, v. 14, n.° 3, 2016. p. 712-738.

[64] REY MARTÍNEZ, Fernando; NETO, Luísa [coord.] – **Direito Antidiscriminatório**. Lisboa: AAFDL Editora, 2021. p. 23.

consideração conjunta dessas perspectivas, permitindo, não apenas reconhecer, mas também enfrentar os conflitos que podem surgir entre as diversas dimensões da desigualdade[65].

No que se refere à primeira dimensão, a igualdade substantiva não apenas reconhece, mas também se concentra nas desvantagens enfrentadas por grupos minoritários. Em vez de adotar uma postura de neutralidade, essa abordagem foca diretamente nas desigualdades, apresentando diversas vantagens, como a impossibilidade do nivelamento por baixo e a viabilidade de políticas de ações afirmativas. Seu objetivo central é assegurar que todos os indivíduos sejam efetivamente livres para fazer escolhas, indo além do mero reconhecimento de um direito formal[66]. A primeira dimensão precisa ser complementada pela segunda que, por sua parte, aborda questões de raça e género como construções sociais, destacando os impactos dessas categorias nas interações entre as pessoas[67]. A dimensão participativa, por sua vez, busca compensar a falta de voz política das minorias, em razão da discriminação passada, por meio da abertura de canais garantidores de uma maior participação desses grupos[68].

Finalmente, a dimensão transformadora atua como um elemento unificador das demais. Ela vai além das outras três dimensões e reconhece que, para que os avanços obtidos sejam consolidados e efetivamente transformem a realidade, é necessária uma reestruturação profunda da sociedade. Assim, a quarta dimensão não apenas complementa as demais, mas também as organiza e sela por meio de mudanças estruturais que garantam a sustentabilidade da igualdade alcançada. Contudo, assim como as dimensões anteriores, a mudança estrutural também apresenta desafios, como os elevados custos para efetivar a transformação estrutural e a questão de se a acomodação das diferenças requer uma alteração completa das normas ou se seria suficiente instituir exceções individuais, preservando a regra geral[69].

Para o primeiro desafio, Fredman propõe que, em vez de buscar um responsável por esses custos, a responsabilidade deve recair sobre aqueles que estão em posição de promover as mudanças necessárias, ou seja, os Estados, sendo eles os responsáveis por financiar as

---

[65] FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights. In **Human Rights Law Review**, v. 16. p. 273-301, 2016. p. 282.
[66] FREDMAN, Sandra– Substantive Equality Revisited–Op. cit. p. 728-730.
[67] Na questão do género, por exemplo, em vez de considerar o sexo como uma característica puramente biológica, essa abordagem busca enfrentar o estigma, os estereótipos, o preconceito e a violência ligados a atributos protegidos. FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 282.
[68] FREDMAN, Sandra– Substantive Equality Revisited–Op. cit. p. 731-732.
[69] *Idem, ibidem.* p. 733.

transformações que visem garantir a igualdade substantiva. Em relação ao segundo desafio, Fredman argumenta que este não é tão complexo, já que embora existam casos, especialmente no contexto da discriminação de género, em que a norma deve ser alterada, há situações em que manter a norma geral, com exceções específicas para atender a diferenças, é o mais apropriado[70].

Ainda, no que diz respeito à igualdade de género, sobretudo no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é possível analisá-la através da óptica das quatro facetas da igualdade substantiva. Assim, as mulheres enfrentam desvantagens no acesso a cuidados de saúde reprodutiva e no acesso aos meio de interrupção de gravidez, além de serem sobrecarregadas com as responsabilidades reprodutivas e de cuidado (primeira dimensão). Além disso, elas ainda são estigmatizadas e rotuladas devido à sua reprodução, sendo alvo de preconceito, especialmente em relação ao aborto, ao dever de cuidado com os filhos e ao controlo de natalidade, o que prejudica a autonomia sobre seus corpos (segunda dimensão). Observa-se também que a falta de voz das mulheres nas decisões políticas e nas estruturas governamentais sobre direitos reprodutivos contribui para a marginalização de suas necessidades e interesses nesse campo (terceira dimensão). Porém, para que as mudanças nas três dimensões sejam duradouras, é necessária uma reestruturação das políticas públicas e das normas sociais (quarta dimensão).

Em suma, a abordagem multidimensional da igualdade substantiva, embora não isenta de conflitos entre suas dimensões e desafios intrínsecos, se revela como um caminho eficaz para enfrentar as desigualdades. Ao mapear cada uma das dimensões, torna-se evidente que somente por meio dessa visão abrangente será possível abordar de maneira eficaz as diversas formas de discriminação e garantir uma igualdade substancial.

2.2 O artigo 14.º da CEDH e sua interpretação pelo TEDH: igualdade substantiva ou formal?

Após a análise das diferentes conceções de igualdade, sobretudo a proposta multidimensional de Fredman, importa agora examinar como esses conceitos encontram expressão prática no âmbito jurídico europeu, em particular na interpretação do artigo 14.º da CEDH pelo TEDH. Este artigo consagra a proibição da discriminação no gozo dos direitos garantidos pela Convenção, apresenta desafios significativos quanto ao seu alcance e à

[70] *Idem, ibidem.* p. 733-734.

definição do que constitui discriminação. O referido artigo reveste-se de especial importância no quadro dos direitos protegidos pela Convenção, pois consagra a proibição da discriminação. Ele também estabelece que o gozo dos direitos e liberdades garantidos pela Convenção deve ser assegurado sem qualquer distinção baseada no sexo, na raça, na religião, dentre outras. Cumpre destacar que o art. 14.° não deve ser visto isoladamente, mas sim em um contexto europeu mais amplo, que inclui a legislação da UE e a Carta Social Europeia[71].

A partir de uma primeira análise da referida norma, é possível destacar três aspectos: em primeiro lugar, verifica-se que a sua estruturação reconduz a uma norma parasitária, proibindo tão somente a discriminação no exercício de outros direitos consagrados na Convenção, sendo interpretado pelo TEDH como desprovido de uma existência autónoma. Em segundo lugar, observa-se um rol de distinções proibidas pela CEDH, que denota as maiores preocupações da época de sua promulgação, porém, a Convenção é um instrumento vivo, de modo que tal lista é apenas exemplificativa. Finalmente, verifica-se também que, apesar de a CEDH tratar a discriminação como algo inaceitável, independente de pressupostos culturais, religiosos ou de outra natureza- reconhecendo, assim, pouca margem de apreciação aos EM nessa matéria[72]- ela não traz uma definição explícita de discriminação, o que levou ao desenvolvimento de sua interpretação ao longo do tempo pela jurisprudência do TEDH[73].

A estruturação do art. 14.° como uma norma de natureza parasitária levou o TEDH, durante muito anos, a somente considerar uma violação do art. 14.°, caso outro direito da CEDH tivesse sido violado também, o que gerava uma leitura redundante da norma da não-discriminação. Assim, como tentativa de solucionar tal problemática, foi redigido, em 2000, o Protocolo Adicional (PA) n.° 12, que teve por objetivo garantir uma dinâmica mais substantiva na interpretação do art. 14.° da CEDH, alterando, assim, o seu *status* de norma de segunda classe[74] .

[71] FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 274.
[72] PEREIRA, Margarida Silva– Op. cit. p. 1956.
[73] FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 275.
[74] CANOTILHO, José Joaquim Gomes– Igualdade. In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de [org.] – **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**. volume I, Lisboa: Universidade Católica. p. 15-28, 2019. p. 19.

Contudo, já desde o final dos anos 1960, sobretudo a partir do caso *Belgian Linguistics*[75], o TEDH ampliou significativamente a interpretação do Artigo 14.º, passando a compreender que, para a sua aplicação, basta que os factos de um caso se enquadrem no âmbito de outra disposição substantiva da Convenção ou de seus protocolos. Embora essa alteração – de «violação» para «âmbito» – possa parecer, à primeira vista, uma modificação trivial, ela revelou-se de grande importância, uma vez que permitiu um desenvolvimento considerável do mencionado dispositivo legal. Essa mudança significou que a aplicação do princípio da não discriminação não se limitava apenas aos direitos explicitamente previstos na Convenção, mas se estendia também a direitos adicionais, abrangidos pelo escopo geral de qualquer artigo da Convenção, que um Estado tenha decidido, de forma voluntária, prever[76].

Portanto, esta nova interpretação pelo TEDH garantiu que, ainda que um direito não esteja diretamente garantido pela Convenção, se um Estado optar por implementá-lo, ele deve fazê-lo de maneira não discriminatória. Esse avanço ampliou significativamente a proteção a grupos tradicionalmente marginalizados, como mulheres[77]. Porém, inobstante a importância do PA n.° 12, o TEDH já vinha garantindo uma interpretação mais ampla ao art. 14.°, de maneira que o Protocolo tornou-se menos essencial do que o esperado. No que tange ao conceito de discriminação, inicialmente, o TEDH utilizou uma interpretação baseada na igualdade formal para fundamentar suas decisões. Porém, mais recentemente, sobretudo desde o acórdão *Belgian Linguistics*, foi reconhecido pelo Tribunal que, em alguns contextos, as desigualdades jurídicas podem ser necessárias para corrigir as desigualdades factuais, ou seja, só há violação à proibição da não-disciriminação quando a distinção não puder ser justificada, e, análise da justificação, o Tribunal adota a doutrina clássica de proporcionalidade[78].

Porém, alguns autores argumentam que a permissão da discriminação, desde que justificada, pode abrir margem para que discriminações diretas sejam desculpadas. No entanto, uma recusa inflexível em admitir justificativas pode dificultar a correção de desigualdades factuais, especialmente quando diferentes grupos necessitam de abordagens distintas. Assim,

---

[75] TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (TEDH), Acórdão de 23 de julho de 1968, caso ***"Relating to Certain Aspects of the Laws on the Use of Languages in Education in Belgium" V. Belgium* (Merits)**, Applications Nos 1474/62 *et al*, disponível em: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57525%22]}.

[76] ALKIVIADOU, Natalie; MANOLI, Andrea– The European Court of Human Rights Through the Looking Glass of Gender: An Evaluation. In **Goettingen Journal of International Law**, v. 11, p. 191-211, 2021. p. 196.

[77] FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 276.

[78] *Idem, ibidem.* p. 278-279.

reconhecer uma diferenciação como legítima, quando devidamente justificada, não é, em princípio, problemático. O verdadeiro desafio está em calibrar essa justificação de forma a distinguir, com precisão, a discriminação injusta da diferenciação legítima e apropriada. Nesse sentido, o Tribunal ajusta seu nível de rigor conforme o contexto e a gravidade do impacto das alegações. Ele tende a ser mais exigente em casos de discriminação com base em critérios historicamente sensíveis, como género ou raça, onde a proteção contra a discriminação deve ser mais rigorosa, enquanto oferece uma maior flexibilidade à questões menos sensíveis, permitindo, assim, uma maior margem de apreciação aos EM[79].

Ainda, cumpre destacar que a discriminação pode ocorrer com base em múltiplos fatores[80]. Assim, em 1989, Kimberlé Crenshaw consolidou na literatura académica o conceito de discriminação interseccional, como uma abordagem mais abrangente e que compreende que dentro de grupos já vulneráveis existem camadas adicionais de vulnerabilidade[81]. Contudo, o conceito de discriminação interseccional ainda é demasiado recente na jurisprudência do TEDH. No entanto, conforme já discutido, o rol do art. 14.° da CEDH não é taxativo, ou seja, nada impede que o TEDH inclua a ideia de discriminação interseccional ao aplicar o art. 14.°. Porém, embora o Tribunal já tenha lidado com casos que envolviam elementos claros de discriminação interseccional, onde fatores como género, pobreza e origem étnica interagiam de forma agravante, como o caso Soares de Melo v. Portugal, por exemplo; essa abordagem era feita de forma implícita, sem o uso da terminologia[82]. Foi somente em dezembro de 2024, por meio do acórdão FM e Outros v Rússia[83], que o TEDH adotou, pela primeira vez, a terminologia de discriminação interseccional e aplicou o seu conceito em sua análise[84].

[79] *Idem, ibidem.* p. 281.
[80] CÔRTE-REAL, Paulo (coord.); REGO, Margarida Lima (coord.) [*et al*]– **Multiversidade:** Livro Branco sobre Discriminação Múltipla e Interseccional. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Direito, 2024. p. 71
[81] A título exemplificativo, as mulheres, independente da raça, constituem um grupo vulnerável, mas mulheres negras enfrentam riscos e discriminações mais intensas do que mulheres brancas, ao mesmo tempo que mulheres negras LGBTQIA+ podem estar expostas a níveis ainda mais elevados de marginalização, num processo análogo a camadas sobrepostas, como em uma boneca russa.CRENSHAW, Kimberlé– Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-Discrimination Doctrine, Feminist Theory and Anti-Racist Politics. In **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, p. 139-167, 1989. p. 141.
[82] MARTINEZ, Fernando Rey– Soares de Melo c. Portugal: Um caso de discriminação múltipla e institucional… por pobre. In SCKELL, Soraya Nour [coord.]– **Antidiscriminação no TEDH:** Uma análise transdisciplinar das intervenções do juiz Paulo Pinto de Albuquerque. Porto: UCP Editora. p. 227-237, 2025. p.231
[83] FM e Outros v Rússia (Pedidos n.° 71671/16 e 40190/18, Estrasburgo 10 de Março de 2025)
[84] CÔRTE-REAL, Paulo (coord.); REGO, Margarida Lima (coord.) [*et al*]– Op. cit. p. 172.

Assim, o caso em comento denotou um grande avanço, posto que o tribunal não viu a discriminação apenas como a simples soma de diferentes preconceitos, mas sim como uma verdadeira discriminação interseccional, onde os diferentes preconceitos misturam-se de forma inseparável. Além disso, o Tribunal adotou uma perspectiva interseccional em praticamente todo o caso e não apenas na análise do art. 14°, denotando o reconhecimento pelo TEDH de que a interseccionalidade é necessária para compreender e julgar corretamente violações de todos os direitos humanos, porque tais direitos são vividos por pessoas com identidades e vulnerabilidades específicas[85].

Em relação à igualdade de género, o TEDH já determinou que seriam necessárias razões extremamente relevantes a fim de justificar qualquer discriminação no tratamento entre homens e mulheres. Contudo, o Tribunal ainda não forneceu uma definição clara e prática desse conceito, o que tem gerado dificuldades em casos em que a igualdade de género precisa de ser aplicada[86], como em disputas sobre o uso de roupas islâmicas, por exemplo[87]. Cumpre destacar ainda que, apesar da sua grande relevância, o TEDH também apresenta algumas limitações, posto que a CEDH apenas protege direitos de primeira geração, enquanto alguns dos direitos extremamente importantes relacionados com a igualdade de género, como o direito à saúde, constituem o rol dos direitos de segunda geração, sendo protegidos por outros instrumentos, como a CSE. Assim, verifica-se que uma interpretação mais ampla do art. 14.°, tal como o TEDH tem tido nos últimos anos pode viabilizar a protecção de mais direitos, garantindo, assim, uma maior isonomia entre homens e mulheres[88].

Em suma, nos últimos anos o TEDH tem cada vez mais ampliado a sua interpretação do art. 14.°, abandonando a percepção simplória e insuficiente de uma igualdade formal e aproximando-se de uma verdadeira igualdade substantiva multidimensional, tendo como maior dificuldade a aplicação da dimensão transformadora. Especificamente, em relação à igualdade de género, observa-se que, apesar do árduo trabalho realizado pela Corte no combate à discriminação entre homens e mulheres, em algumas situações, ainda que inconscientemente, a

[85] ATREY, Shreya– At Long Last: The Recognition of Intersectional Discrimination at the ECtHR in FM v Russia. In **The Modern Law Review**, p. 1-12, 2025. p. 6-7.
[86] ALKIVIADOU, Natalie; MANOLI, Andrea– Op. cit. p. 206.
[87] Esta temática não constitui o objeto central desta tese, remetendo-se para desenvolvimento para: LEÃO, A. C.; CRORIE, B. M– Human dignity, paternalism, and religious symbols. In A. S. P. Oliveira & P. Jerónimo (Eds.)– **Liber Amicorum Benedita Mac Crorie,** volume I, Braga: UMinho Editora, pp. 121–142. Disponível em: https://doi.org/10.21814/uminho.ed.97.5.
[88] ALKIVIADOU, Natalie; MANOLI, Andrea– Op. cit. p. 195.

interpretação do TEDH é prejudicada por estereótipos e influências patriarcais que estão enraizadas na sociedade como um todo, conforme será analisado mais detalhadamente no terceiro capítulo deste trabalho[89].

2.3 A igualdade de género no contexto da saúde sexual e reprodutiva

A igualdade de género é um princípio fundamental de uma sociedade democrática, sendo crucial para o crescimento produtivo e económico, além de ser uma base essencial dos direitos humanos[90]. O CE aponta que a igualdade de género significa uma igual visibilidade, empoderamento, responsabilidade e participação de mulheres e homens em todas as esferas da vida pública e privada[91]. Assim, nas últimas cinco décadas houve um fortalecimento na pauta da igualdade de género, com a eliminação de diversas discriminações legais. Contudo, no que diz respeito às normas sociais, tal desconstrução ainda não é total e tampouco uniforme[92]. Nesse sentido, um dos objetivos adotados pela Agenda 2030 foi, justamente, alcançar a igualdade de género (ODS 5). Tal pauta se estende para todos os demais ODS, inclusive, para o ODS 3- relacionado à saúde e ao bem-estar- posto que para o seu cumprimento é imprescindível que os signatários abordem as desigualdades e as normas restritivas de género, no setor da saúde[93]. Nesse contexto, inicialmente, o regime internacional da saúde foi pensado para ser centrado nos médicos, ao mesmo passo que o papel das pacientes mulheres era restrito, sobretudo, à tecnologia contraceptiva. Portanto, o sistema internacional de saúde desenvolvia planos idênticos para os pacientes de todos os países, sem levar em consideração as realidades de género, culturais e socioeconómicas[94].

A conceção de uma medicina centrada exclusivamente no médico, desconsiderando a autonomia das pacientes do sexo feminino, começou a ser gradualmente desconstruída, especialmente a partir da Década de 1990. Atualmente, porém, observa-se um período de

---

89 FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 276.

90 ALKIVIADOU, Natalie; MANOLI, Andrea– Op. cit. p. 193

91 CONSELHO DA EUROPA– **Gender Equality Strategy 2018-2023.** Estrasburgo: Conselho da Europa, 2018, p. 5. Disponível em: https://edoc.coe.int/en/gender-equality/8111-council-of-europe-gender-equality-strategy-2018-2023.html

92 ROCHA, Miriam– Olhando para o direito ao cuidado através das lentes de gênero. In **Oñati Socio-Legal Series,** v. 12, n.° 1, p. 6-40, 2022. p. 14.

93 ONU MULHERES–**Why gender equality matters across all SDGs**. Nova Iorque: ONU Mulheres, 2018. Disponível em: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2018/SDG-report-Chapter-3-Why-gender-equality-matters-across-all-SDGs-2018-en.pdf.

94 DESAI, M.– Gender, Health and Globalization: A critical social movement perspective. In **Development,** v. 47, p. 36-42, 2004. p. 37.

grandes desafios, caracterizado pela coexistência de agendas que defendem normas de género destinadas a promover a saúde e o bem-estar de todos, sem discriminação baseada no sexo e com o avanço de movimentos conservadores que buscam não apenas impedir o progresso dessas pautas, mas também retirar os direitos das mulheres já conquistados, com base em motivos religiosos e moralistas. Esses grupos frequentemente recorrem a argumentos sensacionalistas, como a alegada ameaça representada pela chamada "ideologia de género"[95].

Os sistemas de saúde frequentemente refletem os valores e as dinâmicas da sociedade em que estão inseridos. Assim, em uma sociedade igualitária entre homens e mulheres, é de se esperar que o sistema de saúde promova equidade e atenda às necessidades de todos os indivíduos de forma justa. Por outro lado, em sociedades marcadas pelo machismo e pela desigualdade de género, os sistemas de saúde tendem a perpetuar essas disparidades, reforçando papéis tradicionais de género[96]. Essa realidade ilustra como os desafios enfrentados atualmente também se manifestam na estrutura e nas práticas dos sistemas de saúde, refletindo as tensões da sociedade em geral[97].

Portanto, é nítido que as dificuldades atuais do setor de saúde em alcançar avanços significativos em desafios críticos, como a elevada taxa de mortalidade materna persistente nas comunidades mais pobres, ilustra o papel crucial que as normas de género desempenham nos comportamentos relacionados à saúde, na exposição a riscos e na vulnerabilidade das populações[98]. Nesse sentido, em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), representando um grande marco para a saúde global, posto que ela destacou que as desigualdades sociais, políticas e ambientais afetam profundamente a saúde dos indivíduos, de modo que esses fatores devem ser levados em consideração para a análise e desenvolvimento da saúde global[99].

---

[95] BAH, Chernor A. [et al.]– Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. In **The Lancet,** v. 393, ed. 10190, p. 2550-2562, 2019. p. 2550.

[96] A título de ilustração, os serviços médicos voltados para mulheres frequentemente priorizam a saúde materno-infantil, limitando os cuidados às mulheres em idade reprodutiva, ao mesmo passo que negligenciam doenças mais propícias ao público feminino, como o cancro de mama e as morbilidades associadas ao envelhecimento. ATMAVILAS, Yamini [et al.]– Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. In **The Lancet,** v. 393, ed. 10190, p. 2532-2549, 2019. p. 2537.

[97] BAH, Chernor A. [et al.]– Op. cit. p. 2552.

[98] *Idem, ibidem.* p. 2552.

[99] GREENE, Margareth E. [et al.]– Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. In **The Lancet,** v. 393, ed. 10190, p. 2440-2454, 2019. p. 2441.

Cumpre destacar que as distinções de género vislumbradas nas sociedades modernas e que são refletidas nos setores de saúde iniciam-se ainda na infância[100]. Assim, os indivíduos enfrentem problemas de saúde distintos a depender do seu sexo. Os homens por exemplo, encontram-se mais sujeitos à contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e por outras ISTs, enquanto as mulheres, além de terem seus prazeres sexuais secundarizados, muitas vezes, têm suas queixas médicas negligenciadas, uma vez que são taxadas como histéricas e exageradas[101]. Além disso, este código também racionaliza a violência de género, uma vez que a culpabilização pelo estupro é, muitas vezes, transmitida para as vítimas, bem como, caso a mulher desempenhe um padrão sexual visto como inadequado- como casos de infidelidade- ela pode ser "punida" por seus familiares ou por seu parceiro. Ademais, frequentemente as mulheres são colocadas como as únicas responsáveis pela prevenção da gravidez, mesmo quando seu acesso à educação sexual básica, aos métodos contraceptivos e ao aborto seguro é limitado[102].

No âmbito europeu, a UE tem se consolidado como um ator relevante na promoção da igualdade de género, fortalecendo parcerias com a sociedade civil e instituições internacionais, além de iniciativas como o Dia Europeu do Desenvolvimento. Sua atuação se destaca também na defesa da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo temas como contraceção e aborto, ao contrário da ONU, que adota uma abordagem mais cautelosa e consensual para evitar resistências de países conservadores. Já o Conselho da Europa tem exercido papel central, seja por meio da proteção garantida pela Convenção de Istambul, seja pela jurisprudência do TEDH, como será abordado no capítulo seguinte[103].

[100] Segundo um estudo realizado pelo Journal of Adolescent Health, no período de 2011 a 2015, no qual foram entrevistados adolescentes e seus respectivos pais de 15 países, incluindo a Bélgica e a Escócia, as meninas púberes são extremamente sexualizadas, enquanto os meninos são vistos como predadores sexuais, além disso, os pais das raparigas entrevistados, no intuito de preservar a reputação moral das filhas, as instruem a afastarem-se dos rapazes tão logo elas atingem a puberdade, ao mesmo tempo que restringem os locais que elas podem frequentar e as roupas que podem vestir. BLUM, Robert W.; MMARI, Kristin; MOREAU, Catoline– It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World. In **Journal of Adolescent Health,** v. 61, p. 51-52, 2017. p. 51.

[101] GREENE, Margareth E. [et al.]– Op. cit. p. 2445-2447.

[102] *Idem, ibidem.* p. 2445.

[103] BADELL, Diego; BARBÉ, Esther– Chasing gender equality norms: the robustness of sexual and reproductive health and rights. In **International Relations,** v. 37, ed. 2, p. 274-297, 2023. p. 280.

CAPÍTULO III - ESTERILIZAÇÃO NÃO CONSENTIDA DE MULHERES NA EUROPA: EM ESPECIAL, A JURISPRUDÊNCIA DO TEDH

3.1 Esterilização não consentida e as suas implicações

A esterilização feminina é um método contraceptivo que tem por fito evitar de forma definitiva a conceção, por meio da destruição ou da obstrução das trompas de Falópio, impossibilitando, assim, o contacto do espermatozóide com o óvulo[104]. Esta prática é indicada a indivíduos que não mais pretendam ter filhos ou em casos clínicos nos quais a gravidez representa riscos muito desproporcionais ao feto ou à mãe, podendo ser realizada através da laqueação tubária ou da laqueação salpingectomia[105]. Além da esterilização feminina, há também a esterilização masculina, realizada pelo procedimento da vasectomia[106]. Quando realizada voluntariamente, a esterilização constitui um método legal de contracepção. Contudo, já foram relatados diversos casos de pessoas submetidas a esta cirurgia sem o seu consentimento prévio e informado ou a sua compreensão do procedimento e consequências, constituindo, assim, uma violação da autonomia reprodutiva dos indivíduos, afetando negativamente a sua saúde física e mental[107].

Os primeiros relatos de esterilizações não consentidas surgiram em meados dos anos 1930, sendo motivadas por pautas eugênicas, relacionadas à perseguição nazista. Após o fim da Segunda Guerra Mundial, essa prática ainda persistiu em diversos países da Europa, porém,

---

[104] Em Portugal, consoante o n.° 1 do art. 10.° da Lei n.º 3/84 e o n.° 3 do art. 54.° do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a esterilização só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, informando a vontade do paciente de submeter-se à intervenção, bem como, da menção de que foram informados sobre as suas consequências.

[105] SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRACEÇÃO (SPDC)– **Consenso sobre contraceção 2020**. Lisboa: SPDC, 2020. p. 59. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf#:~:text=%E2%80%9COs%20Estados%20devem%20considerar%20priorit%C3%A1rio%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20da.

[106] A vasectomia é um procedimento muito mais seguro e eficaz, apresentando 12 vezes menos chances de mortalidade e 20 vezes de morbilidade, quando comparada às técnicas de esterilização feminina. No entanto, conforme será discorrido neste capítulo, as mulheres continuam sendo as principais vítimas de esterilizações forçadas. Isso ocorre porque, historicamente, a responsabilidade pela reprodução tem sido atribuída majoritariamente a elas, tornando-as alvos preferenciais de políticas de controlo populacional. A percepção de que a fertilidade feminina deve ser regulada para conter o crescimento populacional levou à imposição de procedimentos invasivos, muitas vezes sem o devido consentimento. Dessa forma, apesar da esterilização feminina ser uma cirurgia mais complexa e arriscada, sua prevalência supera a da vasectomia, refletindo desigualdades estruturais e um viés de género enraizado na sociedade. *Idem, ibidem.* p. 62-63.

[107] Alguns autores argumentam que a esterilização não consentida não se restringe apenas a intervenções médicas cuja finalidade principal é a perda da fertilidade, mas também abrange situações em que essa perda ocorre como consequência secundária de um procedimento. Isso inclui, por exemplo, a administração contínua e compulsória de anticoncepcionais para pessoas com deficiência, por comando de seus tutores. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE– **Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization**. 2014. p. 1. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf?sequence=1.

tendo como principal justificativa a necessidade de controlo populacional[108]. Nos anos 1960 à 1990, diversos governos passaram a oferecer uma variedade de incentivos e pressões coercitivas, a fim de assegurar a aceitação das esterilizações, incluindo promessas de alimento, dinheiro, terra e moradia, bem como ameaças, multas, punições e a disseminação de informações enganosas[109]. As principais vítimas desses programas eram, justamente, pessoas que se encontravam à margem da sociedade, como minorias étnicas e mulheres em situação de pobreza extrema[110].

Em essência, tratava-se de uma prática recorrente sob uma nova justificativa. Embora não tenha sido oficialmente reconhecida como uma forma de eugenia, as esterilizações eram conduzidas sob o pretexto do controlo populacional, porém a sua aplicação recaia predominantemente sobre grupos historicamente marginalizados. Portanto, ainda que apresentada sob uma nova roupagem, a prática manteve semelhanças preocupantes com políticas de esterilização coercitiva implementadas em contextos históricos marcados pela eugenia[111].

Alguns países têm reconhecido e assumido a responsabilidade por políticas passadas de esterilização forçada, buscando, assim, reparar as vítimas, enquanto outros têm sido menos proativos no reconhecimento e na oferta de reparações efetivas pelas violações[112]. Nos países em que são adotadas posturas de neutralidade perante as políticas anteriores de esterilização forçada, ainda surgem denúncias de tal prática, consoante será analisado em um tópico posterior[113]. Atualmente, de acordo com dados do Fórum Europeu da Deficiência, apenas dez países europeus possuem leis que proíbem completamente práticas de esterilizações não

[108] LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Forced and coerced sterilization of women in Europe. In **International Journal of Gynecology & Obstetrics,** v. 114, ed. 2, p. 163-166, 2011. p. 164.

[109] Em algumas situações, eram, inclusive, oferecidas recompensas aos médicos que cumprissem metas de esterilização, ao mesmo passo que aqueles que não atingissem as metas podiam ser punidos, até mesmo com a demissão. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE– Op. cit. p. 2.

[110] *Idem, ibidem*– Op. cit. p. 2.

[111] ATKINSON, Dorothy [et al.]– 'The silence is roaring': sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. In **Disability & Society,** v. 27, n. 3, p. 413-426, 2012. p. 414.

[112] A Suécia, por exemplo, foi um dos países europeus com maior histórico de esterilizações compulsórias de pessoas com deficiência, cerca de 63 mil indivíduos foram esterilizados sem o seu devido consentimento, entre 1934 e 1975. Porém, recentemente, o Governo sueco criou uma comissão para avaliar a abrangência desta prática, apresentando recomendações para a reforma das leis e políticas locais, além de medidas de compensação às pessoas cujos direitos foram violados. Outros países, por sua vez, como a Chéquia e a Eslováquia, têm sido menos proativos no reconhecimento e na oferta de reparações efetivas pelas violações. TÄNNSJÖ, Torbjörn– Compulsory Sterilisation in Sweden. In **Bioethics,** v. 12, p. 236-249, 1998. p. 237.

[113] LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 164.

consentidas[114]. Os países que permitem as esterilizações forçadas, em regra, apenas a admitem quando a prática é feita em face de pessoas com deficiência, o que denota uma severa discriminação contra esses indivíduos, merecendo um tópico específico, o que será feito posteriormente[115].

Observa-se, portanto, que embora as esterilizações forçadas constituam uma clara violação da autonomia reprodutiva, frequentemente surgiam justificativas que buscavam torná-las plausíveis e aceitáveis. No início do século XX, alegava-se que essas práticas eram necessárias para tratar de supostos defeitos hereditários e genéticos, com a intenção de "melhorar" a população. Já no final do século XX, a justificativa foi vinculada ao controlo da superpopulação. Mais recentemente, médicos responsáveis por essas práticas passaram a defender que a esterilização forçada era realizada em benefício das próprias mulheres, uma

[114] Dentre os países que permitem a esterilização forçada, apenas a Hungria e a Lituânia utilizam expressamente o termo "forçada", o que denota, nitidamente, uma tentativa falha de mascarar a ilegitimidade dessa prática. EUROPEAN DISABILITY FORUM (EDF)– Op. cit. p. 13.

[115] Portugal é um dos únicos países da UE a permitir a esterilização não consentida até mesmo de menores, o que é fundamentado pelo art. 10.° da Lei n.º 3/84 e pelo n.°4 do art. 74.° do Regulamento n.º 707/2016 da Ordem dos Médicos. Cumpre destacar que, no ano de 2025, a Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias estava a debater a criminalização da esterilização não consentida de menores e de mulheres sem capacidade para decidir em Portugal e diversos projetos de lei (PL) que visavam a criminalização de tais práticas foram apresentados. Dentre os PL, dois merecem destaque, quais sejam: o PL n.º 584/XVI/1.ª, apresentado em 28 de fevereiro de 2025 pelo Partido Socialista e o PL 402/XVI/1.ª, apresentado em 03 de janeiro de 2025 pelo Bloco de Esquerda. Porém, em março do mesmo ano Assembleia da República foi dissolvida, de modo que o tema foi adiado e, até a presente data este assunto ainda não fora analisado. OBSERVADOR - **Portugal entre os poucos que permitem esterilização forçada de menores com deficiência**. 2025. Disponível em: https://observador.pt/2025/03/21/portugal-entre-os-poucos-que-permitem-esterilizacao-forcada-de-menores-com-deficiencia/.

Cumpre destacar que, apesar de diversas organizações condenarem absolutamente as práticas de esterilização não consentida, tal como a EDF, tal posicionamento não é unânime, existindo também autores e organizações que percebem que o consentimento da paciente nas esterilizações pode ser dispensado em alguns casos excecionais. A título exemplificativo, a posição do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) sobre o PL n.º 402/XVI/1.ª, reconhece que, apesar da esterilização não consentida atentar contra o princípio da autonomia das mulheres, em Portugal, a defesa dos interesses das pessoas menores de idade e das deficientes sem capacidade decisória já está suficientemente regulada pela atribuição de representação legal, como, por exemplo no estatuto de maior acompanhado. Assim, o CNECV defende que a proibição absoluta da dispensa do consentimento para práticas de esterilização, pode conduzir a consequências gravosas para a vida e a saúde e potenciar práticas em situações de clandestinidade.

Todavia, ao meu ver, a manutenção da possibilidade legal de realizar esterilizações sem consentimento, ainda que prevista apenas para casos excecionais, pode abrir margem para que tais intervenções ocorram em outros contextos. Essa margem de exceção revela-se particularmente preocupante quando falamos da esterilização de mulheres com deficiência ou de menores, por serem pessoas em situação de extrema vulnerabilidade e que, mais do que ninguém, necessitam de proteção reforçada dos seus direitos. Admitir brechas legais que permitam tais práticas é altamente problemático, sobretudo se considerarmos que diversos países europeus já avançaram para a proibição absoluta da esterilização não consentida, reconhecendo que tais intervenções representam uma grave violação do direito à autodeterminação reprodutiva e da dignidade da pessoa humana. Permanecer indiferente a esta evolução normativa implica colocar Portugal numa posição de isolamento face aos padrões europeus de proteção dos direitos humanos.

alegação que, além de desconsiderar a violação dos direitos humanos, continua a refletir uma visão paternalista e desrespeitosa da autonomia feminina[116].

Cumpre destacar que, apesar de homens e mulheres estarem sujeitos à práticas de esterilizações forçadas, as mulheres e as meninas ainda são as mais afetadas, isto porque elas enfrentam estereótipos de género que limitam o exercício pleno de seus direitos reprodutivos[117]. Os estereótipos de género são profundamente prejudiciais às mulheres, especialmente quando adotados pelos profissionais de saúde, que, ao aplicá-los, desconsideram a realidade e os desejos de suas pacientes. Isso não apenas limita o acesso das mulheres a informações contracetivas adequadas, mas também as expõe a intervenções involuntárias, comprometendo sua autonomia e bem-estar[118].

Assim, as mulheres são costumeiramente estereotipadas como emocionais e vulneráveis e, ao aplicarem esses estereótipos, os médicos privam as mulheres de tomarem escolhas na seara reprodutiva, substituindo-as pelas decisões dos seus maridos, pais ou irmãos ou ainda pela do próprio profissional da saúde. Além disso, no campo da saúde, existe uma desequilíbrio de poder entre médicos e pacientes, uma vez que os primeiros detêm o conhecimento técnico especializado, enquanto os pacientes, muitas vezes leigos, dependem desses profissionais para acessar informações e tratamentos médicos adequados. Essa assimetria confere aos médicos uma grande influência sobre as decisões dos pacientes, permitindo-lhes orientar ou aconselhar quanto aos tratamentos. Contudo, é fundamental que essa orientação não se transforme em indução, limitando a liberdade do paciente de escolher, de forma verdadeiramente autónoma, o que considera melhor para si[119].

Finalmente, além de configurar uma afronta à autonomia reprodutiva das mulheres, a esterilização não consentida gera inúmeros problemas de saúde, como fraqueza nos membros inferiores, sangramento menstrual e dores abdominais intensas, gerando dificuldades emocionais e financeiras, já que as mulheres podem ter a sua capacidade laboral reduzida, além dos gastos despendidos com medicamentos[120]. Ademais, muitas vezes, a violência de género

---

116 PATEL, Priti– Forced sterilization of women as discrimination. In **Public Health Reviews,** v. 38, p. 1-12, 2017. p. 2.

117 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE– Op. cit. p. 1.

118 O´CONNELL, Ciara; ZAMPAS, Christina– The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. In **International Journal of Gynecology & Obstetrics,** v. 144, ed. 1, p. 116-121, 2018. p. 117-118.

119 *Idem, ibidem.* p. 117.

120 GRIFFIN, Fiona– Forced Sterilization: Cases from Namibia. In **Voices In Bioethics,** v. 8, p. 1-4, 2022. p. 3

contra essas mulheres podem ser agravadas, já que seus maridos e companheiros podem irritar-se com o facto de terem sido excluídos da decisão[121].

3.1.1 A Esterilização não consentida à luz dos tratados internacionais e europeus

O Direito Internacional, através de vários tratados, protege o direito dos indivíduos à tomada de decisões informadas e consentidas no contexto da saúde, incluindo no acesso aos serviços da saúde reprodutiva. Assim, os profissionais que trabalham com a saúde reprodutiva devem levar em consideração não apenas as normas éticas emitidas pelos seus respectivos órgãos técnicos, mas também os diplomas internacionais de Direitos Humanos[122]. Contudo, infelizmente, os centros de saúde, muitas vezes, são locais de violações dos Direitos Humanos. Para enfrentar tal situação, desde meados dos anos 2000, algumas instituições, como a *Open Society Foundations*, passaram a utilizar uma abordagem conhecida como *Human Rights in Patient Care Framework* (HRPC)[123]- ou, na tradução literal, direitos humanos no atendimento ao paciente- que tem por objetivo a aplicação dos princípios dos direitos humanos no contexto do cuidado ao paciente. Esse conceito engloba os direitos tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, abordando questões sistêmicas e o papel do Estado nesse processo[124].

A aplicação do HRPC representa uma abordagem altamente relevante para a erradicação da esterilização forçada, porque reconhece que populações marginalizadas enfrentam significativa discriminação nos serviços de saúde. No contexto das esterilizações não consentidas, esse reconhecimento é fundamental, uma vez que – conforme será discutido no próximo tópico – as principais vítimas dessa prática são mulheres em situação de vulnerabilidade. Além disso, o HRPC enfatiza a importância dos direitos dos profissionais de saúde, destacando que estes não devem ser considerados os únicos responsáveis pela esterilização forçada, uma vez que se trata de um problema estrutural, e não de ações isoladas de médicos. Ademais, o HRPC direciona sua atenção ao papel do Estado, exigindo a adoção de medidas eficazes para prevenir e erradicar tais práticas.[125].

Tratando especificamente das normas internacionais, a Convenção de Istambul, aprovada pelo Conselho da Europa em 2011, em seu art. 39.°, determina que os Estados signatários

---

[121] *Idem, ibidem.* p. 3

[122] O´CONNELL, Ciara; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 120.

[123] ASSOCIAÇÃO DE ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO EUROPEIA (ASPHER)– **Human rights in patient care (HRPC): Strengthening teaching, research & leadership**. Disponível em: https://www.aspher.org/human-rights-in-patient-care-strengthening-teaching-research-and-leadership.html.

[124] PATEL, Priti– Op. cit. p. 3.

[125] *Idem, ibidem.* p. 3-4.

devem assegurar a criminalização de práticas de abortos e esterilizações forçadas. O n.º 3 do art. 44.°, por sua vez, determina que os países signatários devem garantir que podem processar e punir as infrações dos artigos 36.º, 37.º, 38.º e 39.º, mesmo que essas infrações ocorram em outro país onde os atos não sejam criminalizados. Isso visa garantir que a justiça seja aplicada de forma eficaz e abrangente, sem depender das leis específicas de outros países onde o crime aconteceu.

Contudo, diversos Estados reservaram-se ao direito de não aplicar o n.º 3 do art. 44.°, no que diz respeito ao art. 39.°, o que pode enfraquecer a eficácia da convenção na proteção das vítimas de abortos e esterilizações forçadas. Essa reserva implica que, nesses países, a criminalização dessas práticas, mesmo quando ocorrem em outros territórios, não será obrigatória, o que pode resultar em lacunas na aplicação de justiça e na dificuldade de responsabilizar os perpetradores. Tal exceção enfraquece o caráter universal da convenção e compromete os esforços globais para erradicar a esterilização forçada.

Cumpre destacar que a Convenção de Istambul é um dos poucos instrumentos internacionais que proíbe expressamente, em seu escopo, a prática da esterilização forçada. No entanto, isso não implica que outros tratados internacionais não vedem tal prática. Em verdade, a proibição da esterilização forçada tem sido reiteradamente abordada e condenada pelos Órgãos de Monitoramento de Tratados da ONU- responsáveis pelo supervisionamento e pela implementação das disposições dos tratados pelos Estados. Esses órgãos têm reconhecido a esterilização forçada como uma grave violação de múltiplos direitos fundamentais, como do direito à saúde ou do direito à integridade física[126].

A CEDAW, por exemplo, garante às mulheres o direito à autodeterminação reprodutiva, especialmente por meio dos arts. 10.° (h); 12.°, n.° 1; e 16.°, n.° 1 (e), porém não faz menção expressa à esterilização involuntária. A primeira vez que o Comité da CEDAW tratou especificamente, ainda que de maneira mais tímida, sobre esse tema foi na Recomendação Geral n.° 19 de 1992[127], ao estabelecer na alínea 22 que a esterilização forçada têm efeitos adversos

[126] LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 163-164.

[127] COMITÉ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. (1992). **Recomendação Geral n.º 19:** A Violência contra as Mulheres. Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Nações Unidas. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/rec_geral_19_violencia_contra_as_mulheres.pdf.

na saúde física e mental das mulheres, além de infringir o art. 16.°[128] da Convenção. Em 1994, o Comité foi ainda mais incisivo, através das alíneas 21 à 23 da Recomendação Geral n.° 21[129], ao observar que, apesar da decisão de ter ou não filhos dever ser preferencialmente acordada entre a mulher e seu parceiro, em caso de conflitos o posicionamento da mulher deve prevalecer. Assim, lhes deve ser assegurado o direito à tomada de decisões informadas, já que as práticas coercitivas de esterilizações possuem consequências gravosas. Finalmente, na Recomendação Geral n.° 24, de 1999[130], por meio da alínea 22, o Comité reforçou suas recomendações anteriores, ao dispor que os Estados signatários devem adotar as medidas necessárias para garantir às mulheres o acesso à serviços de saúde de qualidade, o que inclui serviços que garantem o consentimento informado. Ademais, os Estados não devem permitir que formas de coerção, como a esterilização não consentida, violem esse direito.

O ICCPR, por sua vez, determina em seu art. 7.° a proibição à tortura e à tratamento cruéis, garantindo que ninguém venha a ser submetido à experiências médicas sem o seu livre consentimento. Assim, por meio da alínea 5 do Comentário Geral n.° 20 do Comité de Direitos Humanos da ONU, foi estabelecido pela primeira vez que a proibição do art. 7.° aplica-se não apenas aos actos que causem dor física, mas também, àqueles que geram sofrimento psicológico, inclusive em instituições médicas e, apesar de não mencionar expressamente as esterilizações forçadas, essa interpretação ampliada do artigo 7.º abriu margem para que, em análises e decisões futuras, a esterilização forçada fosse reconhecida como uma prática que viola a proibição de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes[131].

Foi somente,em 2000, por meio do Comentário Geral n.° 28 do Comité de Direitos Humanos da ONU[132], que a esterilização não consentida foi expressamente mencionada como

---

[128] Assegura que os Estados signatários devem promover a igualdade entre homens e mulheres em todos os aspetos da vida familiar e do casamento.

[129] COMITÉ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. (1994). **Recomendação Geral n.º 21:** Igualdade no casamento e nas relações familiares, Nações Unidas. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/rec_geral_21_igualdade_casamento_e_relacoes_familiares.pdf.

[130] COMITÉ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. (1999). **Recomendação Geral n.º 24:** Artigo 12 da Convenção (mulheres e saúde), Nações Unidas. Disponível em: https://dciap.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/rec_geral_24_artigo_12_conv_mullhers_e_saude.pdf.

[131] COMITÉ DE DIREITOS HUMANOS DA ONU (HRC), (1992)– **Comentário Geral n.º 20:** Artigo 7 º (proibição de tortura, pena ou tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes). Disponível em: https://www.refworld.org/legal/general/hrc/1992/en/11086.

[132] COMITÉ DE DIREITOS HUMANOS DA ONU (HRC), (2000)– **Comentário Geral n.º 28:** Artigo 3.º (igualdade de direitos entre homens e mulheres). Disponível em: https://www.refworld.org/legal/general/hrc/2000/en/38892.

uma forma de violação ao art. 7.°, ao estabelecer que, a fim de avaliar o cumprimento do referido artigo, o Comité precisaria receber informações dos Estados acerca das medidas para impedir o aborto ou esterilização forçados.

Assim, a partir do momento em que a esterilização forçada passou a ser reconhecida como um ato de tortura e um tratamento cruel, desumano e degradante, sua proibição passou a estar abrangida não apenas pelo ICCPR, mas também por outros tratados internacionais, como pelo PIDESC, pela CEDH, pela CDPD e pela Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CAT).

Finalmente, outro diploma internacional de suma importância é o PIDESC que garante, em seu art. 12.°, o direito à saúde física e mental. Contudo, foi apenas com o Comentário Geral n.° 14 do Comité de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais[133], que foi disposto que o direito à saúde inclui o direito à SSR, bem como, o direito de estar livre de tortura e de tratamento médico não consensual, abrangendo, assim, ainda que implicitamente, a proibição à esterilização forçada.

Porém, um dos maiores avanços do Comité pode ser observado com o Comentário geral nº 22 de 2016[134], que não apenas apontou explicitamente que as esterilizações não consentidas configuram uma nítida violação aos direitos sexuais e reprodutivos, mas também reconheceu que as mulheres e as meninas são as principais vítimas dessa prática, merecendo, portanto, uma maior atenção.

Conforme observado, diante das numerosas recomendações emitidas pelos órgãos de tratados da ONU, torna-se evidente a persistência dos desafios relacionados à prática da esterilização forçada e coagida na Europa. Essas recomendações não apenas destacam as falhas estruturais que permitem a continuidade dessa violação, mas também orientam os Estados sobre as medidas necessárias para cumprir suas obrigações internacionais em matéria de direitos humanos. No que diz respeito ao direito à reparação, os órgãos internacionais reforçam a obrigação dos Estados de conduzir investigações justas e eficazes sobre denúncias de esterilização forçada, responsabilizar os perpetradores e assegurar recursos adequados e

[133] COMITÉ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, (2000)– **Comentário Geral n.º 14:** Artigo 12.° (o direito ao melhor estado de saúde possível de atingir). Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf.
[134] COMITÉ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DAS NAÇÕES UNIDAS, (2016)– Op. cit. p. 8.

compensação às vítimas. Dessa forma, essas diretrizes representam um avanço essencial para a erradicação dessa prática e para a proteção efetiva dos direitos humanos[135].

3.2. O consentimento informado na esterilização: entre a teoria e a realidade

A autonomia faz parte do rol dos Direitos Humanos, e, de modo geral, refere-se ao direito que cada pessoa possui de tomar as decisões sobre sua vida pessoal, da maneira como julgar melhor, devendo ter sua vontade respeitada[136]. No campo reprodutivo, a autonomia é um aspecto vital da dignidade humana e, em razão do papel desempenhado pelo corpo da mulher na procriação, a violação à autonomia reprodutiva das mulheres é extremamente grave, de maneira que os seus direitos têm maior relevância em relação a qualquer outro direito concorrente dos homens[137]. No entanto, conforme verificado nos tópicos anteriores, a autonomia reprodutiva das mulheres não é uma questão uniforme para todos os países, podendo variar a depender das percepções religiosas, culturais e práticas de cada Estado[138].

No contexto médico, o respeito à autonomia dos pacientes exige que toda e qualquer intervenção seja precedida de consentimento livre, informado e esclarecido. Para tanto, incumbe aos profissionais de saúde o dever de prestar informações claras, completas e compreensíveis sobre a natureza e as possíveis consequências dos procedimentos médicos, utilizando uma linguagem acessível e adequada ao nível de entendimento do paciente[139]. Contudo, a ideia de consentimento informado é relativamente nova. Apesar de existirem registros e documentações de meados do século XVI, sobretudo no campo da filosofia e da política, a conceção de consentimento informado, tal qual conhecemos hoje, chegou na medicina apenas na segunda metade do século XX[140].

---

[135] LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 165.

[136]AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette– Human Rights Principles and Patient Rights. In AASEN, Henriette Sinding [et al.]–Op. cit. p. 70.

[137] No que tange ao Direito à interrupção voluntária da gravidez, por exemplo, o TEDH já se manifestou por diversas vezes no sentido de que os homens não detém qualquer direito em relação ao aborto e que o direito das mulheres à autonomia sobre seu próprio corpo supera qualquer direito concorrente dos homens, o que pode ser observado nitidamente nos casos *Boso v. Itália* e *R.H v. Noruega*. TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (TEDH), Acórdão de 19 de maio de 1992, caso *"**R.H v. Noruega***", Applications No 17004/90. Disponível em: https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-1759 e TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (TEDH), Acórdão de 05 de setembro de 2002, caso "***Giampiero Boso v. Itália***", Applications No 50490/99. Disponível em: https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-23338.

[138] HERRMANN, Janne Rothmar –Op. cit. p. 280-281.

[139] NUNES, Rui– Consentimento informado e boa prática clínica. In MATOS, José Igreja (diretor)– **Consentimento informado**. Coimbra: Coimbra Editora. p. 115-138, 2014. p. 130.

[140] Cumpre mencionar que, no campo da medicina, o consentimento informado divide-se em consentimento para o tratamento e consentimento para pesquisa. Enquanto este primeiro baseia-se, principalmente na jurisprudência, este segundo baseia-se em códigos deontológicos, estatutos e regulamentos administrativos, dentre outros. Contudo, para fins deste trabalho, focaremos apenas no consentimento para o tratamento. DIEZ-DOMINGO,

Preliminarmente aos julgamentos de Nuremberg, a prática médica era marcada por uma postura tradicionalmente paternalista, segundo a qual os profissionais da saúde tinham o dever de fazer o bem ao doente, ao mesmo tempo, em que os pacientes tinham a obrigação de aceitar plenamente as decisões, escolhas e ações do médico. A relação médico-paciente era uma relação vertical, na qual os pacientes eram vistos como incapazes intelectualmente de opor suas escolhas às decisões do médico[141]. Assim, os médicos eram vistos como autoridades absolutas sobre o que seria melhor para o paciente, de maneira que eles tomavam decisões sem a necessidade de consultar ou informar o utente adequadamente, considerando que apenas o médico sabia qual era de facto o melhor tratamento[142].

Nesse contexto, pouco se falava em consentimento informado, uma vez que este era presumido no próprio ato do paciente ao procurar atendimento médico. Do mesmo modo, não se exigia dos profissionais de saúde qualquer obrigação de fornecer explicações detalhadas ou esclarecimentos sobre os procedimentos. Esses conceitos, aliados à convicção de que o médico atuava sempre em benefício de seu paciente, perpetuaram-se ao longo dos séculos, atribuindo ao profissional da medicina uma autoridade moral significativa e, em certa medida, uma imunidade jurídica. Tais condições, por sua vez, refletiam-se na expectativa de obediência e submissão por parte do paciente, o que acabava por isentar o médico de responsabilidade jurídica mais rigorosa, permitindo-lhe exercer sua atividade profissional sob um regime de relativa "irresponsabilidade"[143].

Após os julgamentos de Nuremberg, a postura paternalista da medicina começou a ser abandonada, de modo que passou a ser exigido dos médicos uma obrigação moral e ética para solicitação e obtenção do consentimento- o que posteriormente foi ampliado também para o dever de informar adequadamente o paciente sobre o tratamento. Contudo, tais regras levaram à criação de formulários detalhados e muitas vezes incompreensíveis aos pacientes, burocratizando a medicina sem garantir proteção jurídica aos utentes. Surge, então, a ideia de

---

Javier [et al.]– Evolution of informed consent in research: From the Hippocratic Oath to the tailored consent. In **Open Research Europe**. p. 1-16, 2024. p 3.

141 Um exemplo nítido dessa cultura paternalista da medicina era o facto de que, caso o doente não seguisse ou recusasse o tratamento prescrito, o médico podia tratá-lo contra sua vontade e, por vezes, até à força, sendo a única figura autorizada a intervir. MALLARDI, V.– Le origini del consenso informato. In **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 25. p. 312-327, 2005. p. 317.

142 Isso era particularmente evidente no campo da obstetrícia, onde, por exemplo, em partos normais, se o bebê fosse grande demais, era comum que o médico realizasse uma episiotomia — um corte na vagina da mulher — sem pedir seu consentimento, pois se acreditava que cabia exclusivamente ao médico determinar o que era necessário para o sucesso do procedimento. AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette –Op. cit. p. 68.

143 MALLARDI, V.– Op. cit. p. 318.

uma chamada medicina defensiva, segundo a qual a conduta do médico, suas propostas e escolhas terapêuticas passam a se basear mais no medo das consequências legais do que nas reais necessidades do paciente, que passa a ser visto como potencial denunciante[144].

Em síntese, houve uma inversão na lógica original: embora as novas normas, trazidas pelo Código de Nuremberg tenham surgido para proteger os pacientes, o consentimento informado acabou se tornando, na prática, um instrumento da medicina defensiva, destinado mais a resguardar os médicos contra possíveis futuras denúncias do que a garantir efetivamente a autonomia e a proteção dos pacientes.

Porém, a partir do início dos anos 1990, com a crescente consciência dos direitos humanos, bem como pela consolidação de democracias plurais, a antiga postura paternalista da medicina passou a ser considerada incompatível com os princípios contemporâneos. Assim, observou-se uma mudança de perspectiva em relação ao consentimento informado, configurando uma profunda alteração na relação entre médico e paciente[145]. Nesse contexto, o consentimento do paciente passou a assumir papel central, representando não apenas uma garantia fundamental para a proteção dos seus direitos, mas também um limite imprescindível à tomada de decisões unilaterais e à execução de qualquer intervenção médica[146].

Insta salientar que para abordar essa nova perspectiva do consentimento informado é imprescindível a menção ao direito à privacidade. Tal direito contempla não apenas a proteção dos dados pessoais, biológicos ou genéticos dos pacientes, mas também o direito dos utentes de aceder às suas informações médicas. Trata-se, portanto, de um pressuposto fundamental para o exercício da autonomia: o paciente só pode consentir de forma livre e esclarecida se tiver pleno conhecimento sobre seu estado de saúde, diagnósticos, prognósticos e alternativas terapêuticas. O acesso à informação médica, portanto, deixa de ser uma prerrogativa exclusiva do profissional de saúde e passa a ser um direito inalienável do paciente, condição indispensável para a efetivação do consentimento informado[147].

---

144 *Idem, ibidem.* p. 323.

145 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA– **Estudo n.º E33/APB/17 sobre consentimento informado**. 2021. Disponível em: https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Estudo-No-E_33_APB_17_Consentimento-informado.pdf. p. 10.

146 MALLARDI, V.– Op. cit. p. 325.

147 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA– Op. cit. p. 12.

Ainda, para ser capaz de dar um consentimento informado válido, é pressuposto que o paciente possua capacidade de facto e capacidade de direito, bem como, que esteja a agir voluntariamente, portanto sem pressões ou influências de terceiros e que ela seja devidamente informada de todas as vantagens, efeitos colaterais e possibilidades alternativas ao tratamento, de maneira clara e acessível. Em outras palavras, não basta que paciente apenas compreenda as informações que lhe são transmitidas, é também necessário que ele seja capaz de formular um juízo autônomo, fundamentado em seu próprio sistema de valores e convicções pessoais[148].

Ademais, o consentimento não precisa de ser atual, no caso dos pacientes inscritos em listas de espera de cirurgias, por exemplo, o consentimento pode ser prestado antecipadamente, produzindo efeitos somente no momento em que o procedimento for efetivamente realizado. Pelo que o consentimento obtido produz efeitos de um modo diferido no tempo e não no momento atual da sua obtenção. No entanto, isso não exime o profissional de saúde da obrigação de confirmar e reforçar esse consentimento antes da intervenção. Especialmente em casos de maior complexidade, é fundamental que o médico se certifique de que a vontade do paciente permanece inalterada e de que este continua plenamente informado para tomar uma decisão consciente e esclarecida[149].

Importa mencionar também que existem diversas variantes do consentimento informado e que podem ser invocadas em contextos distintos, como por exemplo, o consentimento expresso e o consentimento escrito[150]. Assim, o consentimento expresso é geralmente manifestado de forma oral, pode ser revogado a qualquer momento e, preferencialmente, deve ser atual. Já o consentimento escrito constitui apenas a prova material de que o consentimento expresso foi, de facto, concedido[151].

O consentimento escrito tem-se tornado cada vez mais exigido pelas legislações regionais dos países, principalmente para procedimentos de maior complexidade. Porém, ele não deve ser visto como um substituto do consentimento expresso, mas sim uma forma complementar que visa materializar a prova da autorização. Ou seja, mesmo nos casos em que a Lei exige o

148 AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette –Op. cit. p. 71.
149 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA– Op. cit. p. 15.
150 Nesta tese, não serão tratados de forma detalhada todos os tipos de consentimento, remetendo-se para desenvolvimento para: ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA– Op. cit. p. 15.
151 *Idem, ibidem. p.* 15-17.

consentimento escrito, a equipa médica ainda precisa informar de forma acessível aos pacientes sobre o procedimento a ser realizado[152].

Acresça-se a isso que, como a grande maioria dos direitos humanos, o direito à autonomia no campo reprodutivo também admite algumas restrições, quando a intervenção compulsória tiver um sólido argumento legal, baseado na elevada probabilidade de dano físico ou mental, e tenha sido necessária e proporcional e baseada em uma avaliação adequada por um médico especialista[153]. Nas demais situações em que a paciente for submetida a um tratamento não consentido, é lhe garantido o direito à compensação e à devida reclamação junto ao sistema judiciário. No entanto, na prática, esse direito muitas vezes encontra obstáculos que dificultam o acesso à justiça. As demandas judiciais decorrentes da violação do direito à autonomia reprodutiva são, portanto, de extrema importância, pois não apenas garantem a reparação para as vítimas, mas também reafirmam a necessidade de respeito à autonomia do indivíduo nas decisões relacionadas à saúde.

Finalmente, o consentimento informado já se encontra regulado em vários instrumentos de direitos humanos internacionais e regionais, como, por exemplo, no art. 7.° do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ICCPR)[154], ou no art. 5.° da Convenção de Biomedicina[155], ou ainda no art. 3.° da CDFUE e determina tanto obrigações negativas, no sentido da proibição de que agentes da saúde realizem intervenções não consentidas, como obrigações positivas, no sentido de que é necessário que sejam fornecidas informações suficientes, apropriadas e compreensíveis à paciente[156].

A CEDH, por sua vez, não traz expressamente a obrigação médica de obter o consentimento informado. No entanto, o TEDH tem buscado atender às diversas necessidades contemporâneas, aplicando uma interpretação evolutiva e tratando a Convenção como um

[152] No que tange especificamente às esterilizações, diversos países europeus, incluindo Portugal, preveem a obrigatoriedade do consentimento por escrito. NUNES, Rui– Op. cit. p. 134-135.
[153] AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette –Op. cit. p. 59.
[154] NAÇÕES UNIDAS. (1966). **Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos.** Nova Iorque: Nações Unidas. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_civis_e_politicos.pdf.
[155] CONSELHO DA EUROPA. (1997). **Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina:** Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina. Oviedo: Conselho da Europa. Disponível em: https://dcjri.ministeriopublico.pt//sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf.
[156] AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette –Op. cit. p. 58.

'instrumento vivo'[157]. Como se verá, em várias decisões, o TEDH já reconheceu a violação do art. 8.º da CEDH em casos em que indivíduos foram submetidos a intervenções médicas sem o devido esclarecimento sobre o tratamento ou até contra sua vontade[158].

Contudo, embora representem um inegável avanço na proteção da autonomia dos pacientes, tais normas legais não impedem, por si sós, a violação do consentimento informado pela equipa médica. Assim, mesmo nas situações nas quais a norma é claro, ainda podem existir divergências na sua interpretação, já que cada jurisdição adota padrões próprios para a obtenção do consentimento informado. Por essa razão, muitos litígios concentram-se precisamente na questão de quais informações são suficientes para satisfazer o padrão legal exigido[159]. Portanto, é de suma importância definir, de forma precisa, o conteúdo e os limites do padrão aplicável, com o fito de garantir que o consentimento informado não seja esvaziado em nome de juízos unilaterais de benefício.

Portanto, ainda são recorrentes as denúncias de violações ao consentimento informado, especialmente em procedimentos que afetam a autonomia reprodutiva das mulheres. Nos casos de esterilização não consentida, a gravidade da violação é ainda maior, posto que muitas vezes as vítimas sequer têm ciência de que foram submetidas a esse procedimento. Essas práticas não apenas retiram o direito de escolha das mulheres sobre seu próprio corpo, mas também dificultam profundamente a busca por justiça e reparação[160].

Cumpre destacar que a violação ao consentimento informado não ocorre apenas nos casos em que o consentimento para a realização do procedimento não foi obtido, mas também em situações nas quais ele foi obtido de maneira irregular. Portanto, também há de se falar em violação ao consentimento informado quando as mulheres são coagidas a assinar os formulários de consentimento, sob pena de não receberem o procedimento médico buscado ou ainda quando

[157] LEÃO, Anabela Costa– O Contributo do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. In NETO, Luísa; PEDRO, Rute Teixeira– **Debatendo a Procriação Medicamente Assistida**. Porto: Centro de Investigação Jurídica Económica. p. 23-40, 2017. p. 25.

[158] AASEN, Henriette Sinding; HARTLEV, Mette –Op. cit. p. 58.

[159] Em alguns casos, por exemplo, como se verá mais a frente, há profissionais de saúde que, diante da previsão de risco extremo numa eventual gravidez futura, optam por realizar a esterilização sem o devido consentimento, justificando tal decisão com base na proteção da vida da paciente. FINK, Aaron S. [et al.]– Informed consent for clinical treatment. In **Canadian Medical Association Journal**, v. 184, ed. 5. p. 533-540, 2012. p. 533-534.

[160] Algumas mulheres descobrem que foram esterilizadas apenas anos depois, quando tentam engravidar e não conseguem, o que torna a responsabilização dos envolvidos ainda mais difícil. Isso ocorre porque a esterilização pode ser realizada de diferentes formas sem o conhecimento da paciente, como por meio de histerectomia, do bloqueio ou corte das trompas de falópio, ou até pela administração de medicamentos que selam as trompas, impedindo a fertilização. GRIFFIN, Fiona– Op. cit. p. 1.

assinam os formulários sem terem sido devidamente informadas sobre as consequências da intervenção médica.

Ainda, no que tange especificamente sobre a SSR, o parâmetro central é justamente o direito à autodeterminação. Em outras palavras, quando falamos de direitos reprodutivos, estamos falando do direito dos indivíduos decidirem, de forma consciente e madura, sobre os seus próprios destinos. Portanto, os Estados devem evitar ao máximo interferirem nas decisões pessoais sobre ter filhos[161].

Nesse sentido, o TEDH já manifestou diversas vezes que as questões relacionadas à procriação fazem parte do direito à autodeterminação, tendo o Tribunal embasado tais decisões no direito ao respeito pela vida privada e familiar, garantido pelo art. 8.° da CEDH. Acresça-se a isso que o mencionado artigo tem servido como base para o surgimento de novos direitos ou para dar forma concreta a direitos que já existiam, mas ainda não eram totalmente reconhecidos na prática, tal como o direito a SSR[162].

Porém, apesar da relevância do art. 8.° da CEDH nos casos que envolvem a procriação, é indispensável também que o TEDH analise também a incidência do direito à proibição de discriminação, garantido pelo art. 14.° da CEDH. Isso porque as violações ao consentimento informado no plano da reprodução não ocorre de forma aleatória, atingindo, de maneira desproporcional, grupos vulneráveis, como mulheres com deficiência ou pertencentes à minorias étnicas. São elas que mais sofrem com a negação de sua autonomia reprodutiva, seja por coerção, desinformação ou pela completa ausência de escolha, evidenciando um padrão sistemático de violência que será aprofundado no próximo tópico.

3.3. Esterilização não consentida de mulheres pertencentes à grupos vulneráveis

A esterilização coagida é uma prática que revela múltiplas discriminações, afetando desproporcionalmente mulheres e meninas de populações específicas, como resultado da ideia eugénica de que a reprodução de alguns grupos étnicos deve ser controlada ou impedida com o fim de promover o "aperfeiçoamento" da sociedade[163]. Portanto, além do reconhecimento da posição especialmente vulnerável das mulheres em relação às práticas coagidas de esterilização,

[161] NETO, Luísa– Dignidade, autonomia, personalidade e arrependimento: a quadratura do círculo dos parâmetros de (in)constitucionalidade. In **Revista Portuguesa de Direito Constitucional**, n. 1, p. 49-58, 2021. p. 51-52.
[162] *Idem, ibidem. p.* 52.
[163] PATEL, Priti– Op. cit. p. 9.

é necessário igualmente reconhecer que mulheres pertencentes à certos grupos vulneráveis são ainda mais prejudicadas, sofrendo múltiplas formas de discriminação[164].

Alguns autores argumentam que as esterilizações forçadas constituem, ainda que indiretamente, uma violação da proibição da discriminação, posto que tais práticas não são meros casos isolados, mas sim parte de um padrão sistêmico de violência. Tal perspectiva é importante, porque ela reconhece a marginalização de grupos vulneráveis, permitindo que as razões que levam à tais práticas sejam abordadas de maneira eficaz[165]. Embora diversos grupos vulneráveis sejam afetados, mulheres com deficiência intelectual e mulheres roma estão entre as que mais sofrem com a esterilização não consentida na atualidade europeia.

No que tange às mulheres com deficiências intelectuais, no início do Século XX, a esterilização de pessoas com esse tipo de deficiência era uma prática legal e comum em diversos países europeus, o que era legitimado pela ideia de que as doenças mentais eram herdadas geneticamente e, portanto, pessoas deficientes não deveriam reproduzir-se[166]. Após o descrédito da visão eugênica quanto à deficiência intelectual, a prática da esterilização forçada desse grupo continuou a ser permitida em diversos países, porém sob a justificativa de que as pessoas com deficiência eram incapazes de exercer a filiação sobre seus filhos[167].

Os direitos reprodutivos das pessoas com deficiência são garantidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) que não menciona expressamente o termo esterilização forçada, mas garante, através do n.° 1 do art. 23.°, que as pessoas com deficiência possuem o poder de decidir livremente sobre o número e o espaçamento de seus filhos, bem como, que devem manter a sua fertilidade nas mesmas condições de igualdade que os demais indivíduos, proibindo, assim, ainda que implicitamente, a prática da esterilização forçada[168].

---

164 LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 164.

165 PATEL, Priti– Op. cit. p. 8-9.

166 ATKINSON, Dorothy [et al.]– Op. cit. p. 415-416.

167 Atualmente, diversos países europeus ainda admitem a esterilização compulsória de pessoas com deficiência intelectual. Na Alemanha, por exemplo, estima-se que, em 2017, quase 20% de todas as mulheres portadoras de deficiências foram esterilizadas. EUROPEAN DISABILITY FORUM (EDF)– Op. cit. p. 14.

168 Cumpre destacar que, em 2007, através do Comentário Geral n.° 9, o Comité dos Direitos da Criança manifestou sua preocupação com as práticas de esterilização não consentidas em face de crianças com deficiência, exigindo que os EM passassem a proibir por lei tais práticas. LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Op. cit. p. 164.

Assim, o direito à manutenção da fertilidade, garantido pelo art. 23.° da CDPD, inibe as práticas de esterilização e de aborto não consentidos. Dessa forma, tais práticas refletem uma visão social arcaica e inadequada que enxerga as pessoas com deficiência como incapazes de exercer autonomia sobre suas próprias decisões reprodutivas. Diante disso, é fundamental que os Estados signatários promovam a formação adequada dos profissionais de saúde no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, com o intuito de superar concepções ultrapassadas e capacitistas[169].

Inobstante o amparo da legislação internacional, os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres com deficiência ainda são extremamente restringidos, sobretudo por três fatores: a equivocada presunção de assexualidade, a falta de serviços de saúde e informação, e a resistência social à maternidade e à reprodução desse grupo[170]. Contudo, pessoas com deficiência são seres sexuais, assim como qualquer indivíduo, e não podem ser privadas da escolha de constituir uma família. Infelizmente, essa compreensão ainda não é amplamente aceita, e muitas mulheres com deficiência continuam a ser submetidas a esterilizações compulsórias ou a métodos contraceptivos de longa duração sem seu consentimento[171].

Regra geral, mulheres com deficiência são esterilizadas porque a intervenção é exigida como condição para ingressar em instituições de cuidados ou porque seus próprios pais solicitam o procedimento, movidos pelo receio de que suas filhas sejam vítimas de violência sexual ou ainda para evitar que elas enfrentem as dores e os incomodos da menstruação. Porém, em relação à primeira justificativa, a esterilização não as protege de abusos sexuais e, no que tange à segunda justificativa, existem outros métodos contraceptivos bem menos invasivos e que cumprem a mesma função[172].

Finalmente, as mulheres submetidas a práticas coercitivas de esterilização demonstram sentimentos de tristeza, raiva, arrependimento e desespero. Esse tipo de intervenção causa profundos impactos psicológicos, afetando a autoestima e a autonomia dessas mulheres, além de representar uma prática claramente eugênica.[173].

---

[169]MARTINS, Rosa– Artigo 23.º Respeito pelo domicílio e pela família. In GOMES, JOAQUIM CORREIA [et al.]– **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Comentário. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A. p. 213-224, 2020. 223.

[170] ATKINSON, Dorothy [et al.]– Op. cit. p. 416.

[171] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE– Op. cit. p. 5-6.

[172] *Idem, ibidem.* p. 6.

[173] ATKINSON, Dorothy [et al.]– Op. cit. p. 420.

A população Roma, por sua vez, é o maior grupo minoritário da Europa e, desde sua chegada ao continente até os dias atuais, enfrenta intenso estigma e discriminação. No que diz respeito especificamente às esterilizações não consentidas, desde o início da década de 1970, as mulheres Roma foram submetidas a tal procedimento que era, muitas vezes, institucionalizado por políticas públicas do próprio governo, sobretudo na antiga Tchecoslováquia, sob a influência das considerações de eugenia durante o final do regime comunista[174].

Em conclusão, as esterilizações forçadas de mulheres Roma na Europa, particularmente na antiga Tchecoslováquia, representam uma grave violação dos direitos humanos, enraizada em preconceitos étnicos e ideias eugênicas. Embora o regime comunista tenha sido responsável pela institucionalização dessas práticas, a discriminação contra as mulheres Roma persistiu mesmo após sua queda, com muitos casos de esterilização ocorrendo sem o respaldo oficial do governo.

Portanto, resta nítido que, apesar das práticas de esterilizações não consentidas afetarem diversas mulheres, existem grupos específicos que encontram-se mais vulneráveis a tais violações. Assim, no tópico a seguir serão analisados os acórdãos do TEDH de casos envolvendo esterilizações não consentidas, de maneira a verificar qual tem sido o posicionamento do Tribunal perante as violações contra a autonomia reprodutiva das mulheres pertencentes a esses grupos.

3.4. Análise jurisprudencial dos casos de esterilização no TEDH

Foi realizada uma coleta jurisprudencial a partir de buscas na plataforma HUDOC[175], base oficial de jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (TEDH), abrangendo decisões relacionadas ao tema da esterilização não consentida[176], no período de 2009 a 2023. A

[174] As práticas de esterilização não consentida na antiga Tchecoslováquia atingiam de forma desproporcional as mulheres Roma que eram vistas como as principais responsáveis pelas altas taxas de natalidade no território. Mesmo após o fim do regime comunista, essas mulheres continuaram a ser extremamente estigmatizadas e vítimas de procedimentos compulsórios de laqueação, porém, desta vez, eles eram realizados sem o apoio expresso do Governo. Estima-se que cerca de 90 mil mulheres da etnia cigana foram esterilizadas sem o seu devido consentimento, na antiga Tchecoslováquia, no período de 1970 à 1990. CONSELHO DA EUROPA–**Human rights of Roma and Travellers in Europe**. 2012. Disponível em: https://www.coe.int/t/commissioner/source/prems/prems79611_GBR_CouvHumanRightsOfRoma_WEB.pdf. p. 95.

[175] Disponível em https://hudoc.echr.coe.int/.

[176] Entre os casos analisados, dois referem-se a situações de interrupção involuntária da gravidez, quais sejam: S.F.K v. Rússia (Pedido n.° 5578/12, Estrasburgo 11 de Janeiro de 2023) e G.M. e outros v. Moldávia (Pedido nº 44394/15, Estrasburgo 22 de Novembro de 2023). Ainda que tais casos não coincidam, em termos estritamente factuais e/ou jurídicos, com as situações de esterilização forçada- que constituem o objeto específico desta

pesquisa foi conduzida por meio da ferramenta de busca avançada da plataforma, utilizando, de forma individual, nas línguas portuguesa, inglesa e francesa, os seguintes termos-chave: esterilização, esterilização não consentida e contraceção forçada. Como resultado, foram identificadas 17 decisões relevantes, cujo detalhamento pode ser visualizado na tabela abaixo.

Tabela 1 - Panorama geral das decisões acerca da esterilização não consentida no TEDH

ESTADO MEMBRO	DECISÕES
ESLOVÁQUIA	4
FRANÇA	2
GEORGIA	1
HUNGRIA	1
ITÁLIA	1
MACEDÓNIA	1
MOLDÁVIA	2
PORTUGAL	1
ROMÉNIA	1
RÚSSIA	2
TURQUIA	1
TOTAL	**17**

Fonte: elaborada pela autora (2025)

Foi verificado também que os casos de esterilização não consentida começaram a ser levados a julgamento no TEDH a partir do início dos anos 2000, período que coincide com a crescente atenção dos Órgãos de Monitoramento de Tratados da ONU às práticas de esterilização forçada. Além disso, observou-se que essa prática ainda persiste até os dias atuais, uma vez que há registros de casos submetidos ao tribunal ainda em 2019. É importante levar em consideração também que o número de ocorrências pode ser significativamente maior, dado que ainda existem cifras negras, além de numerosos casos que são resolvidos internamente pelos próprios EM.

Ainda, os artigos em todos os casos analisados, verificou-se que os artigos cuja violação foi invocada foram os arts. 3.°, 8.°, 12.° e 14.° da CEDH, normas que tratam, respectivamente, sobre a proibição da tortura, o direito ao respeito pela vida privada e familiar, o direito ao casamento e a proibição da discriminação.Tais dispositivos revelam que a esterilização compulsória é compreendida como uma violação complexa e interseccional de direitos fundamentais, atingindo diversas dimensões da dignidade humana.

Finalmente, foi realizada uma triagem entre as temáticas tratadas em cada decisão, dividindo-as em dois grupos: o primeiro envolvendo pessoas pertencentes a minorias (pessoas

investigação- ambas as questões estão profundamente interligadas. Em ambos os casos, verifica-se que as mulheres foram privadas do seu direito de decidir se desejavam ou não ter filhos, sofrendo, assim, uma grave violação da sua autodeterminação reprodutiva. Por essa razão tais acórdãos foram incluídos no presente estudo, posto que também envolvem mulheres que foram impedidas de exercer livremente a decisão sobre serem ou não mães, constituindo, assim, uma violação à autonomia reprodutiva dessas mulheres.

com deficiência; migrantes; mulheres Roma e pessoas transgénero) e o segundo envolvendo mulheres não pertencentes a grupos minoritários.

Observa-se que, entre as decisões analisadas, nenhuma se refere a casos envolvendo homens cisgéneros. Isso evidencia que as esterilizações compulsórias não são práticas aplicadas de forma aleatória, mas sim direcionadas a grupos específicos, refletindo uma lógica discriminatória sistemática. Trata-se de uma violência que atinge, majoritariamente, mulheres em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas pertencentes a minorias étnicas, com deficiência ou em contextos de pobreza. Ou seja, essa prática está profundamente enraizada em múltiplas formas de discriminação — de género, raça, classe e deficiência — que se sobrepõem e reforçam umas às outras.

O processo relacionado à mulher migrante[177] trata de uma mulher muçulmana e migrante em Portugal mãe de dez filhos e que teve um processo instaurado perante à comissão de proteção das crianças e jovens de Sintra. Uma das cláusulas de seu acordo de proteção era a necessidade de realização de uma laqueação tubária. Com receio de perder a guarda dos filhos, a requerente comprometeu-se a realizar o procedimento. No entanto, tal cirurgia é contrária à sua religião, de maneira que a autora não prosseguiu com a laqueação. Assim, por este e outros motivos, o Estado Português implantou uma medida de proteção de alguns de seus filhos, afastando o contacto da mãe com as crianças. O Governo alegou que ela tinha comprometido-se espontaneamente a realizar a laqueação e que tal exigência era uma medida para garantir o planeamento familiar da requerente.

Dessa maneira, o TEDH determinou que houve violação do art. 8.º da CEDH, posto que a esterilização jamais pode ser imposta como condição para a manutenção dos direitos parentais. Portanto, a recusa da mãe em se submeter a tal procedimento não pode, em nenhuma circunstância, ser usada contra ela, mesmo que tenha inicialmente manifestado, de forma voluntária e esclarecida, a intenção de realizá-lo.

Os acórdãos correspondentes às pessoas transgénero[178]- sendo quatro de homens transgéneros e dois de mulheres transgéneros- referem-se a casos nos quais os indivíduos

[177] *Soares de Melo v. Portugal* (Pedido n.° 72850/14, Estrasburgo 16 de Fevereiro de 2016).

[178] Quais sejam: *Y.Y v. Turquia* (Pedido n.° 14793/08, Estrasburgo 10 de Março de 2015); *A.P; Garçon e Nicot v. França* (Pedidos n.° 79885/12; 52471/13 e 52596/13, Estrasburgo 06 de Abril de 2017); *S.V v. Itália* (Pedido n.° 55216/08, Estrasburgo 11 de Outubro de 2018); *X.V v. Antiga República Jugoslava da Macedónia* (Pedido n.° 29683/16, Estrasburgo 17 de Abril de 2019); X e Y v. Roménia (Pedidos n.° 2145/16 e 20607/16, Estrasburgo 19

solicitaram a autorização em seus respectivos Estados para a realização de cirurgia de redesignação sexual (Caso *Y.Y v. Turquia*) ou para a retificação registral de género, no entanto tiveram seus requerimentos negados. No que tange à primeira situação o Tribunal Nacional justificou a negativa sob o pretexto de que o requerente não poderia submeter-se à uma cirurgia de redesignação sexual, posto que ainda tinha capacidades reprodutivas e um procedimento como aquele só poderia ser feito se o indivíduo fosse infértil. Em relação ao segundo pedido, os Tribunais nacionais apontaram que a retificação registral só poderia ser realizada após a realização de cirurgias ou tratamentos que resultavam, direta ou indiretamente, na esterilização.

Em todos os seis casos, os autores alegaram violação do artigo 8.º da CEDH, e o TEDH reconheceu, em praticamente todas as ocasiões[179], a ocorrência dessa violação. O tribunal considerou que a subordinação do reconhecimento da identidade de género à uma esterilização ou a uma cirurgia ou a um tratamento que culminam na infertilidade configura uma ingerência indevida da autoridade pública na vida privada e familiar dos indivíduos, ainda que estes não se oponham à realização de tais procedimentos[180] [181].

Dos dois casos levados ao TEDH envolvendo mulheres com deficiência, apenas um foi admitido pelo Tribunal[182], a saber, *G.M. e outros v. Moldávia*. Esse caso envolve a realização de abortos sem consentimento e a implantação não autorizada de métodos contraceptivos, como o dispositivo intrauterino (DIU). As requerentes do caso mencionado estavam internadas em um asilo neuropsiquiátrico e, entre 1998 e 2007, foram vítimas de abusos sexuais perpetrados pelo então médico-chefe da instituição. Quando os funcionários do asilo tomaram conhecimento das gravidezes resultantes desses abusos, encaminharam as requerentes à

de Janeiro de 2021) e *A.D e outros v. Geórgia* (Pedidos n.° 57864/17; 799087/17 e 55353/19, Estrasburgo 01 de Março de 2023).

[179] No caso A.P., Garçon e Nicot v. França o TEDH reconheceu a violação do art. 8.° apenas para o segundo e o terceiro requerente, uma vez que para o primeiro requerente apenas tinha sido solicitada a realização de exames médicos.

[180] No processo de *A.P; Garçon e Nicot v. França*, o primeiro requerente argumentou também que houve uma violação ao art. 3.° da CEDH, já que tratamentos e operações médicas deste tipo afectam a integridade física do indivíduo. No entanto, o TEDH não acolheu esse argumento, entendendo que a situação não atingia o limiar de gravidade necessário para configurar uma violação.

[181] Ainda, nos casos *S.V v. Itália, X e Y v. Roménia* e *A.D e outros v. Geórgia*, os autores afirmaram que houve também uma violação ao art. 14.° da CEDH, porém, o TEDH não acolheu tal argumento, sob a justificativa de que não seria necessário analisar a discriminação separadamente.

[182] O processo *Gauer e outros v. França* (Pedido n.° 61521/08, Estrasburgo 23 de Outubro de 2012) tratava de 5 mulheres com deficiência que trabalhavam num centro local de apoio ao trabalho (*Centre d'aide pour le travail* – CAT), sob a responsabilidade da Associação de Jovens e Adultos com Deficiência (APAJH) e alegavam que entre 1992 a 1998 foram submetidas a esterilizações forçadas. No entanto, infelizmente, o pedido foi tardio e o TEDH o declarou inadmissível nos termos do artigo 35 §§ 1 e 4 da CEDH.

maternidade, onde foram submetidas a abortos sem seu consentimento. Além disso, anos depois, elas descobriram que tinham tido DIUs implantados, sem sua autorização, possivelmente no mesmo dia em que os abortos foram realizados.

Assim, o TEDH acatou o argumento das autoras de que houve violação do art. 3.° da CEDH. Em relação à primeira requerente, a Corte determinou que não havia provas suficientes do seu consentimento para o aborto- ao contrário do que alegava o Governo. No que tange à segunda autora, o Governo alegou que ela havia assinado um termo de consentimento, contudo este não fora encontrado, porém o TEDH concluiu que, mesmo que o documento tivesse sido apresentado, não haveria garantias de que ela tivesse capacidade para dar um consentimento pleno e informado. Quanto à terceira requerente, não foram apresentadas provas suficientes de que ela tenha estado grávida. No entanto, considerando que se tratava de uma pessoa sob custódia do Estado, o Tribunal ressaltou que o ônus da prova cabia ao Governo. Dado o estado de extrema vulnerabilidade da requerente e a similaridade de sua situação com as outras duas vítimas, além da ausência de uma explicação satisfatória e convincente do EM, o TEDH concluiu que também houve violação do artigo 3.º em relação a ela[183].

Nos acórdãos relacionados às mulheres Roma, foram identificados quatro processos, totalizando 13 autoras que foram esterilizadas sem seu consentimento entre 1989 e 2008. Destaca-se que, no caso *K.H. e outras v. Eslováquia*[184], envolvendo oito mulheres, a questão da esterilização não foi diretamente abordada, pois as requerentes contestavam apenas as restrições impostas para o acesso aos seus registros médicos, fundamentais para esclarecer as circunstâncias das esterilizações. As autoridades haviam proibido a realização de cópias desses documentos, dificultando a obtenção de provas[185]. Assim, apenas nos demais casos a esterilização foi analisada em maior profundidade, razão pela qual estes acórdãos receberão maior destaque a seguir.

[183] Em relação ao DIU, somente a primeira recorrente apresentou provas o suficiente para comprovar que tinha tido tal dispositivo implantado contra a sua vontade.
[184] Pedido n.° 32881/04, Estrasburgo 06 de Novembro de 2009.
[185]A Corte determinou que houve violação dos arts. 6.° e 8.° da CEDH, porque as requerentes não tiveram acesso aos seus registros médicos. O TEDH destacou ainda que negar a possibilidade de obter cópias dos documentos médicos era irrazoável, já que muitas informações (gráficos, imagens, detalhes técnicos) não podiam ser simplesmente transcritas manualmente.

Em relação aos demais acórdãos relacionados a mulheres Roma, a saber *V.C v. Eslováquia*; *N.B v. Eslováquia* e *I.G e outros v. Eslováquia*[186], as esterilizações ocorreram quando as mulheres se dirigiram às maternidades para a realização de partos cesáreos. Ademais, das 5 mulheres esterilizadas, 3 eram menores de idade na época dos factos e seus tutores legais também não foram informados da esterilização, o que denota uma grave violação dos direitos das requerentes, tanto do ponto de vista da autonomia corporal quanto da proteção especial devida a menores de idade.

Com exceção da segunda requerente do processo *I.G e outros v. Eslováquia*- que sequer teve o termo de consentimento para a realização da esterilização emitido- as requerentes assinaram termos de consentimento, porém as formas como esses consentimentos foram obtidos não foram válidos. Cumpre mencionar que apenas duas autoras foram informadas acerca da esterilização, porém não receberam informações adequadas sobre o teor do procedimento. As demais mulheres somente descobriram que foram esterilizadas anos depois.

Ainda, em todos os casos, as requerentes alegaram que sofreram discriminação da equipa médica, tendo sido indicado em seus formulários de entrada ao hospital as suas etnias, de modo que elas foram levadas a salas que continham apenas mulheres Roma, e foram proibidas de utilizar das demais acomodações do hospital, inclusive as casas de banho utilizadas por outras mulheres. O Governo da Eslováquia, por sua vez, explicou que essas anotações no prontuário de parto das requerentes eram necessárias porque os cuidados sociais e de saúde das pacientes Roma eram frequentemente negligenciados, e mereciam, portanto, "atenção especial".

No que tange aos tribunais nacionais, nenhuma das requerentes conseguiu lograr com êxito na esfera penal, sob a justificativa de que os médicos não tinham cometido crime algum. Enquanto, na esfera cível, somente duas autoras conseguiram o deferimento de seus processos, porém, a indenização que lhes fora atribuída era ínfima (cerca de 1.600,00 euros). É de suma importância destacar também que todas as requerentes relataram danos psicológicos e em seu convívio social, após a laqueação não consentida, como por exemplo o ostracismo de suas comunidades e o fim de seus casamentos, por não serem mais capazes de procriar.

[186] Pedidos n.° 18968/07 (Estrasburgo 08 de Novembro de 2011); 29518/10 (Estrasburgo 12 de Junho de 2012) e 15966/04 (Estrasburgo 13 de Novembro de 2012), respectivamente.

Nos processos junto ao TEDH, as requerentes alegaram a violação dos artigos 3.º, 6.º, 8.º, 12.º, 13.º e 14.º da CEDH[187], embora esses artigos tenham sido invocados de forma não uniforme entre os casos. O art. 3.° foi trazido em todos os casos e a Corte determinou em todos os processos que houve violação do referido artigo, uma vez que as mulheres pertenciam a um grupo vulnerável e a esterilização foi realizada sem risco iminente de vida[188], o que configura tratamento desumano ou degradante. Ainda, no caso *V.C v. Eslováquia* o Tribunal destacou que, embora os médicos não tivessem a intenção de maltratar a recorrente, a esterilização forçada configurou uma violação do seu direito à autonomia e à escolha como paciente.

Igualmente, em relação ao art. 8.°, o TEDH concluiu em todos os casos que houve violação deste dispositivo, já que a esterilização forçada sem consentimento informado configura uma violação grave do direito à privacidade e à autodeterminação reprodutiva.

Finalmente, em relação ao art. 12.° e 14.°, em nenhum dos casos o Tribunal considerou haver elementos suficientes para concluir que houve discriminação direta com base no grupo étnico, tampouco que o objetivo dos médicos tinha sido controlar o planeamento familiar dessas mulheres. O TEDH determinou também que a violação do artigo 8º era suficiente para abordar a questão da autodeterminação reprodutiva, sem necessidade de uma análise separada do artigo 12.° ou do art. 14.°[189].

Em relação às situações que abrangeram mulheres não pertencentes às minorias étnicas, o TEDH inadmitiu um dos casos[190] e admitiu e deferiu parcialmente os demais. Um dos casos

---

[187] As decisões do TEDH em relação aos arts. 6.° e 13.° não serão analisadas neste trabalho, posto que tratam sobre o acesso a processos e recursos equitativos e efetivos, temáticas que, apesar de muito relevantes, não são o foco do trabalho.

[188] A justificativa dos médicos era, justamente, que a esterilização tinha sido realizada porque existia risco iminente de vida às pacientes, contudo, tal risco não foi comprovado.

[189] Sobre esse tema, a Juíza Ljiljana Mijovic teve seu voto vencido, no caso *V.C v. Eslováquia*, tendo declarado que, em sua opinião, a queixa quanto à violação do art. 14.° era a verdadeira essência do caso e deveria ter sido analisada quanto ao mérito. A magistrada aponta que, ao reconhecer apenas as violações dos Artigos 3.° e 8.°, o Tribunal reduz o caso ao nível individual, quando, na verdade, ele é um reflexo da política estatal geral de esterilização de mulheres Roma sob o regime comunista, cujos efeitos continuaram a ser sentidos até a época dos factos do caso.

[190] A saber *G.H v. Húngria* (Pedido n.° 54041/14, Estrasburgo 09 de Junho de 2015), envolveu uma mãe húngara de sete filhos, grávida de gêmeos, que passou por uma cesariana de emergência em 2008. Durante a internação, expressou desejo de ser esterilizada, confirmando repetidamente sua decisão aos médicos. No entanto, o procedimento foi realizado sem consentimento por escrito. Posteriormente, ela processou o hospital por violação de seus direitos à autodeterminação, privacidade e igualdade de tratamento.
Assim, o TEDH não admitiu a queixa sob a argumentação de que, apesar de ter sido verificada uma violação aos direitos reprodutivos da requerente, essa falha foi reconhecida e corrigida pelos tribunais nacionais, de modo que a autora já tinha recebido uma indenização e um pedido de desculpas do hospital, portanto, ela não poderia mais ser considerada "vítima" de violação de direitos para os fins do art. 34.° da CEDH. A Corte argumentou ainda que

que teve o mérito analisado não diz respeito à esterilizações forçadas, mas sim ao aborto forçado, a saber *S.F.K v. Rússia*, no qual uma jovem de 20 anos, vítima de violência doméstica pelo pai, foi submetida, após ter sido forçada por seus genitores, a um aborto. Mesmo expressando sua vontade de manter a gravidez à equipa médica, o procedimento foi realizado. Após o ocorrido, a requerente apresentou várias sequelas psicológicas e, em 2017, tornou-se infertil, tendo o *stress* sofrido sido um dos fatores que a levaram a tal quadro. Assim, o TEDH considerou que houve uma violação ao art. 3.° da CEDH, uma vez que o aborto forçado, combinado com os sentimentos de medo e impotência da vítima que há época dependia dos pais e sofria violência doméstica, infringiu a sua dignidade e sua autonomia. Contudo, a Corte compreendeu que não era preciso analisar separadamente o mérito do art. 8.° .

Finalmente, os últimos dois casos, a saber *G.B v. Moldávia* e *Y.P v. Rússia*[191], tratam de mulheres que deram seu consentimento apenas para a realização de cesáreas, mas passaram também por esterilizações. Ambas foram avisadas pelos médicos da realização da laqueação somente dias após ao procedimento[192] e não receberam informações adequadas sobre o seu teor. Em ambos os casos o TEDH considerou que houve violação do art. 8.° da CEDH, uma vez que o procedimento afetou gravemente sua autonomia corporal e sua vida privada, sem justificativa legal suficiente. No entanto, apenas no caso *G.B v. Moldávia* a Corte admitiu também uma violação ao art. 3.° da CEDH, enquanto no processo contra a Rússia o Tribunal declarou que, apesar de a intervenção ter sido uma violação da autonomia da paciente, a decisão foi tomada com base em uma avaliação médica e em uma preocupação legítima com a saúde futura da mulher[193]. Além disso, o tribunal não concluiu que o procedimento tenha sido cruel ou desumano em termos de tratamento físico, já que foi realizado para evitar um risco futuro à sua saúde.

Assim, em um panorama geral dos acórdãos analisados foi possível verificar que os artigos mais suscitados pelas partes, nas práticas de esterilização forçadas, foram os arts. 3.°, 8.°, 12.° e 14.°, tendo reconhecido a violação dos arts. 3.° e 8.em praticamente todas as vezes

a esterilização não foi feita contra a vontade da requerente, porque ela estava consciente das consequências e deu seu consentimento oral.

191 Pedidos n.° 16761/09 (Estrasburgo 18 de Março de 2013) e 43399/13 (Estrasburgo 20 de Setembro de 2020), respectivamente.

192 No caso *Y.P v. Rússia* a requerente foi avisada no dia seguinte à cirurgia, mas foi aconselhada pela equipa médica a não relatar o ocorrido ao seu marido, enquanto no caso *G.B v. Moldávia*, a autora somente foi informada dez dias após a cirurgia.

193 Alto risco de rutura do útero em uma uma gravidez futura.

que esses artigos foram levantados. Contudo, em nenhum dos casos analisados o Tribunal julgou necessário adentrar no mérito dos arts. 12.° e 14.°.

3.4.1 Saúde, género e igualdade substancial no TEDH: discussão crítica

Conforme visto anteriormente, o art. 14.° da CEDH foi visto, durante muitos anos, como uma norma parasitária. Porém, em suas últimas decisões, o TEDH tem realizado uma interpretação mais ampla deste artigo, baseando seu entendimento no conceito da igualdade substancial. Assim, a Corte passou a interpretar que o art. 14.° não apenas proíbe a discriminação, mas também impõe aos EM obrigações positivas para prevenir, parar ou punir discriminações[194]. Portanto, atualmente, o TEDH tem dado ao art.14.° especial relevância, estreitando a margem de apreciação dos EM, sobretudo nos casos que envolvem discriminações em face de grupos marginalizados[195]. No entanto, no que tange especificamente às esterilizações compulsórias, foi possível inferir, diante da pesquisa apresentada, a existência de uma lacuna significativa na jurisprudência do TEDH. Apesar de ter reconhecido a violação aos artigos 3.º e 8.º da CEDH, em nenhum dos acórdãos analisados o Tribunal julgou necessário adentrar no mérito do artigo 14.º de forma autônoma ou aprofundada.

Contudo, como foi visto, a maioria dos casos envolve justamente mulheres pertencentes a minorias, tornando a questão da discriminação essencial para a abordagem do problema. Não basta reconhecer que houve uma violação ao direito ao respeito pela vida privada e familiar, é necessário também reconhecer que essa violação se deu, justamente, pela posição social das vítimas. Assim, os casos analisados denotam a resistência do TEDH em aplicar conceitos como o da discriminação interseccional. Isso revela uma lacuna na atuação do Tribunal na protecção dos direitos das vítimas de esterilização não consentida, e tal como destacou a Juíza Ljiljana Mijović em sua declaração de voto vencido no caso V.C. v. Eslováquia, os múltiplos grupos vulneráveis aos quais a vítima pertencia constituíam a essência da controvérsia. Afinal, caso se tratasse de uma mulher em outras condições sociais ou étnicas, dificilmente teria sido submetida ao mesmo destino que a vítima naquele processo.

---

[194] LEÃO, Anabela Costa – Direito à Saúde Questões de Igualdade e Discriminação. In LEÃO, Anabela Costa; PEDRO, Rute Teixeira [coord.] – **Direito e Saúde Global Globalização, Universalização e Mercantilização da Saúde num Contexto de Imprevisão**. Coimbra: GESTLEGAL. p. 89-127, 2024. p. 108.

[195] Tal posicionamento pode ser vislumbrado muito nitidamente no caso Kiyutin v. Rússia, no qual a Rússia havia recusado a autorização de residência de um estrangeiro portador de VIH. TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS (TEDH), Acórdão de 22 de março de 2012, caso "**Kiyutin v. Russia**", Applications Nos 2700/10. Disponível em: https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-103904.

Ao limitar suas decisões à constatação de que houve uma afronta à integridade física ou à vida privada dessas mulheres, sem reconhecer que tal violação decorreu diretamente da sua posição social inferiorizada, representa uma leitura de uma mera igualdade formal, que conforme amplamente discutido, é uma interpretação já ultrapassada e não condizente com os valores do TEDH. A ausência de uma análise interseccional compromete a capacidade do TEDH de enfrentar estruturalmente as causas que perpetuam a prática da esterilização não consentida, dificultando, assim, a aplicação de uma abordagem multidimensional da igualdade substantiva, conforme delineada por autoras como Sandra Fredman.

Nesse sentido, conforme analisado no segundo capítulo deste trabalho, a abordagem multidimensional da igualdade substantiva é composta por quatro facetas: (i) a dimensão redistributiva, que busca corrigir desvantagens socioeconômicas; (ii) a dimensão do reconhecimento, que combate estigmas e estereótipos; (iii) a dimensão participativa, que visa ampliar a voz e a representação política de grupos marginalizados; e (iv) a dimensão transformadora, que demanda mudanças estruturais nas normas e instituições para garantir a igualdade em sentido pleno[196].

Assim, os casos de esterilização compulsória analisados podem ser compreendidos à luz das quatro dimensões da igualdade substantiva- tal como analisadas supra, na linha de Sandra Fredman-estre permitindo uma leitura mais profunda e estruturante das violações ocorridas: a maioria das vítimas dessa prática foram mulheres pertencentes a grupos marginalizados, como mulheres com deficiência por exemplo (primeira dimensão). Além disso, elas são estigmatizadas em razão da sua origem étnica, sua condição de pobreza, ou sua deficiência, sendo consideradas socialmente inadequadas para a maternidade (segunda dimensão). Observa-se também que falta voz para essas mulheres nas decisões políticas e nas estruturas governamentais, sendo frequentemente excluídas da condição de sujeitos de direito, tanto que em diversos casos, sequer foram informadas sobre sua esterilização (terceira dimensão).

Porém, é, justamente, na quarta dimensão que observamos uma maior falha do TEDH, posto que, ao não aplicar o artigo 14.º da CEDH , o Tribunal perpetua uma abordagem parcial e insuficiente, deixando de exercer seu papel enquanto catalisador de mudanças sociais mais profundas. O verdadeiro alcance da igualdade substantiva, especialmente no campo dos direitos

[196] FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights–Op. cit. p. 282.

reprodutivos das mulheres, somente será alcançado quando as decisões judiciais reconhecerem explicitamente a interseccionalidade das violações, enfrentando as desigualdades não apenas em sua dimensão individual, mas estrutural.

Assim, uma abordagem que reconheça a vulnerabilidade estrutural é essencial para que o TEDH compreenda de forma mais completa as violações enfrentadas por determinados grupos, como nos casos de esterilização forçada, sobretudo aqueles que envolvem mulheres pertencentes a grupos marginalizados. A ausência dessa lente estrutural na jurisprudência do TEDH leva à fragmentação da experiência vivida pelas vítimas, tratando os casos como falhas isoladas de consentimento, sem reconhecer o contexto de desigualdade de género, raça e classe que os sustenta. Ao ignorar a natureza sistêmica da exclusão, o Tribunal tende a desconsiderar a discriminação como elemento central da vulnerabilidade, que, no caso das mulheres esterilizadas, impede o reconhecimento do padrão histórico de medicalização e controlo sobre seus corpos. Além disso, tal omissão reduz a possibilidade de responsabilização dos Estados por sua participação ativa ou negligente na perpetuação dessas práticas. Sem essa perspectiva, as decisões tornam-se limitadas, comprometendo não só o reconhecimento da violação como também a eficácia das reparações e a prevenção de novas ocorrências[197].

Finalmente, o reconhecimento explícito desse fator permitiria ao Tribunal encarar as esterilizações não consentidas como parte de um problema sistêmico e não apenas como violações individuais de direitos. Dessa forma, considerar a dimensão discriminatória dessas práticas é fundamental para que se alcance uma verdadeira igualdade substantiva e, assim, enquadrar as quatro dimensões da igualdade, incluindo, a dimensão transformadora.

CONCLUSÕES

A esterilização não consentida de mulheres é uma prática que se tornou comum em diversos países da Europa no início do Século XX e era vinculada a ideias eugênicas, muitas vezes, apoiada pelos próprios Governos. Apesar do desacreditamento das teorias eugenistas, as esterilizações forçadas, na Europa, ainda afetam milhares de mulheres, sobretudo aquelas pertencentes a minorias étnicas. Quando se analisa essa prática sob a ótica dos direitos sexuais e reprodutivos, da igualdade de género e da autonomia corporal, revela-se não apenas a violação individual, mas também a perpetuação de estruturas de poder que subjugam certos corpos à

[197] KHANNA, Vandita – Roma vulnerability before the European Court of Human Rights: Towards a structural account. In **Netherlands Quarterly of Human Rights**, v. 42, n. 4. p. 340-362, 2024. p. 360-361.

invisibilidade institucional. A persistência dessas violações expõe a fragilidade das garantias normativas e a distância entre a teoria dos tratados e a realidade no tratamento de povos historicamente marginalizados.

As práticas de esterilização forçadas constituem uma grave violação dos direitos das mulheres enquanto pacientes. Um dos direitos mais básicos dos pacientes é, justamente, o consentimento informado, ou seja, o direito do paciente de decidir se deseja ou não ser submetido a determinado procedimento de forma livre, consciente e informada. Assim, submeter mulheres a intervenções irreversíveis sem seu consentimento livre, informado e consciente constitui não apenas uma violação do direito à saúde, mas também uma forma de violência institucional.

Cumpre destacar que as esterilizações não consentidas não são fruto apenas de uma falha individual da conduta médica, mas sim fruto de uma falha sistêmica de uma sociedade patriarcal que historicamente tem ignorado a autonomia reprodutiva. Neste sentido, a igualdade formal mostra-se incapaz de responder aos desafios impostos por essas práticas e é, justamente, aqui que a perspectiva da igualdade substantiva multidimensional ganha relevância. A aplicação de uma abordagem multidimensional da igualdade permite não apenas o mero reconhecimento das desigualdades, mas também reconhece que o problema enfrentado é estrutural, passando a viabilizar uma mudança genuína da realidade social. Portanto o reconhecimento das desigualdades não pode ser apenas formal. A construção de políticas públicas sensíveis às especificidades dos grupos atingidos, a formação adequada de profissionais de saúde e justiça, e a adoção de uma cultura institucional pautada na escuta e na reparação são medidas imprescindíveis para a superação dessa realidade. O consentimento, para ser verdadeiro, exige não apenas uma assinatura em um formulário, mas um ambiente que permita escolhas reais, informadas e livres de coerção.

Proteger os direitos reprodutivos significa reconhecer a centralidade da autonomia na experiência feminina. No entanto, para que tal proteção seja efetiva, é preciso que os sistemas jurídicos e institucionais reconheçam as múltiplas camadas de opressão que afetam determinadas mulheres: ser mulher, ser pobre, ser Roma, ser portadora de deficiência — essas categorias não se somam, mas se entrelaçam e potencializam a vulnerabilidade. Portanto, conforme analisado neste trabalho, as práticas coercitivas de esterilização não atingem todas as mulheres da mesma forma, na verdade, a maioria dos casos envolvem mulheres pertencentes a

minorias étnicas, configurando um ato não apenas de violação à autonomia, mas também um ato de discriminação.

Nesse sentido, no plano jurídico, o art. 14.° da CEDH e o PA n.° 12 trata especificamente da proibição da discriminação e, apesar de ser um dispositivo extremamente relevante, foi tratado durantes muitos anos como uma norma parasitária. Assim, o TEDH, órgão responsável pela proteção da CEDH, desempenha um papel central na proteção dos direitos fundamentais no espaço europeu. No entanto, no que tange especificamente aos casos de esterilização não consentida, apesar do Tribunal ter reconhecido a violação do direito à vida privada (art. 8.º), em nenhum dos acórdãos analisados a Corte analisou o mérito da alegação da violação do art. 14.° da CEDH.

A omissão do TEDH em analisar o referido dispositivo legal, impossibilita a abordagem adequada dos fatores agravantes ligados ao género, etnia ou deficiência nesses casos. O resultado é uma análise fragmentada, que descontextualiza a experiência das vítimas e enfraquece a dimensão transformadora do direito à não discriminação. A ausência de uma leitura robusta do art. 14.º, aliada à timidez no reconhecimento da igualdade substantiva multinível, impede que o TEDH atue como um verdadeiro catalisador da justiça reprodutiva. Assim, a igualdade substantiva multinível, ainda que implicitamente considerada em certos momentos, não tem sido adotada de forma sistemática e consistente pela Corte.

À luz da pesquisa desenvolvida, é possível responder de forma fundamentada às questões que motivaram esta investigação. O consentimento informado, para ser válido, exige voluntariedade, capacidade legal e acesso efetivo a informações claras, completas e compreensíveis, fornecidas em ambiente livre de coerção. Sobre o art. 14.º da CEDH, observou-se que o TEDH ainda adota uma interpretação restrita, sem incorporar plenamente uma análise interseccional que considere simultaneamente género, etnia e outros fatores relevantes. Além disso, restou demonstrado que há grupos desproporcionalmente afetados pelas práticas de esterilização forçada, como as mulheres Roma, as mulheres com deficiência e aquelas em condição socioeconómica precária. Finalmente, conclui-se que o TEDH, embora avance pontualmente, ainda não aplica de forma consistente a igualdade substantiva multinível, o que enfraquece direito à não discriminação.

Portanto, é urgente uma reconfiguração das práticas institucionais e judiciais. O consentimento informado deve ser mais do que um mero requisito formal. A proteção contra a

esterilização forçada requer políticas públicas de prevenção, mecanismos acessíveis de responsabilização e reparação, formação adequada de profissionais de saúde e justiça, e o compromisso de ouvir e respeitar as vozes historicamente silenciadas. A igualdade substantiva multidimensional é, assim, mais do que um ideal normativo: é uma exigência democrática, é condição indispensável para uma sociedade verdadeiramente justa, plural e comprometida com os direitos humanos de todas e todos.

BIBLIOGRAFIA:

ALKIVIADOU, Natalie; MANOLI, Andrea– The European Court of Human Rights Through the Looking Glass of Gender: An Evaluation. In **Goettingen Journal of International Law**, v. 11, p. 191-211, 2021.

ATKINSON, Dorothy [et al.]– **'**The silence is roaring': sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. In **Disability & Society**, v. 27, n. 3, p. 413-426, 2012.

ATMAVILAS, Yamini [et al.]– Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. In **The Lancet**, v. 393, ed. 10190, p. 2532-2549, 2019.

ATREY, Shreya– At Long Last: The Recognition of Intersectional Discrimination at the ECtHR in FM v Russia. In **The Modern Law Review**, p. 1-12, 2025.

BADELL, Diego; BARBÉ, Esther– Chasing gender equality norms: the robustness of sexual and reproductive health and rights. In **International Relations**, v. 37, ed. 2, p. 274-297, 2023.

BAH, Chernor A. [et al.]– Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. In **The Lancet**, v. 393, ed. 10190, p. 2550-2562, 2019.

BLUM, Robert W.; MMARI, Kristin; MOREAU, Catoline– It Begins at 10: How Gender Expectations Shape Early Adolescence Around the World. In **Journal of Adolescent Health**, v. 61, p. 51-52, 2017.

BOBBIO, Noberto – **A Era dos Direitos**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRACKE, Piet; BUFFEL, Veerle; DEREUDDRE, Rozemarijn – Power and the gendered division of contraceptive use in Western European couples. In **Social Science Research**, v. 64, p. 263-276, 2017.

BURFOOT, Annette; GÜNGÖR, Derya– **Women and reproductive technologies:** the socio-economic development of technologies changing the world. Nova York: Routledge, 2022.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes– Proibição de discrimiação em função do género. In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de [org.] – **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**, volume I, Lisboa: Universidade Católica. p. 15-28, 2019.

CATHAOIR, Katharina O; HERRMANN, Janne Rothmar; TOEBES, Brigit– The European Union a Health and Human Rights Perspective. In AASEN, Henriette Sinding [et al.]– **Health and Human Rights**. 2ª ed., Cambridge: Intersentia. p. 163-200, 2022.

CÔRTE-REAL, Paulo (coord.); REGO, Margarida Lima (coord.) [et al]– **Multiversidade:** Livro Branco sobre Discriminação Múltipla e Interseccional. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Direito, 2024.

CRENSHAW, Kimberlé– Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-Discrimination Doctrine, Feminist Theory and Anti-Racist Politics. *In* **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, p. 139-167, 1989.

DESAI, M.– Gender, Health and Globalization: A critical social movement perspective. In **Development**, v. 47, p. 36-42, 2004.

DIEZ-DOMINGO, Javier [et al.]– Evolution of informed consent in research: From the Hippocratic Oath to the tailored consent. In **Open Research Europe.** p. 1-16, 2024.

EUROPEAN DISABILITY FORUM (EDF)– **Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union**. Bruxelas: EDF, 2022. Disponível em: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

FINK, Aaron S. [et al.]– Informed consent for clinical treatment. In **Canadian Medical Association Journal**, v. 184, ed. 5. p. 533-540, 2012.

FREDMAN, Sandra– Emerging from the Shadows: Substantive Equality and Article 14 of the European Convention on Human Rights. In **Human Rights Law Review**, v. 16. p. 273-301, 2016.

FREDMAN, Sandra– Substantive Equality Revisited. In **International Journal of Constitutional Law,** v. 14, n.° 3. p. 712-738, 2016.

FOUCAULT, Michel– **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed., São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005.

GOMES, Juliana Cesário Alvim – Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. In **Revista Direito FGV SP**, São Paulo, v. 17, n. 3. p. 263-276, 2021.

GREENE, Margareth E. [et al.]– Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. In **The Lancet**, v. 393, ed. 10190, p. 2440-2454, 2019.

GRIFFIN, Fiona– Forced Sterilization: Cases from Namibia. In **Voices In Bioethics**, v. 8, p. 1-4, 2022

GURMAN, Ana Tamler – **O respaldo jurisdicional para a densificação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher**. Porto: [s.n.], 2022. Trabalho de síntese apresentado à Faculdade de Direito como prova de capacidade científica.

HERRMANN, Janne Rothmar– Reproductive Health. In AASEN, Henriette Sinding [et al.]– **Health and Human Rights**. 2ª ed., Cambridge: Intersentia. p. 275-314, 2022.

JOHNSON, Jeanette H.; TURNBULL, Wendy – The Women's Conference: Where Aspirations and Realities Met. In **Family Planning Perspectives**, v. 27, n. 6. p. 119-128, 1995.

KHANNA, Vandita – Roma vulnerability before the European Court of Human Rights: Towards a structural account. In **Netherlands Quarterly of Human Rights**, v. 42, n. 4. p. 340-362, 2024.

LAMAČKOVÁ, Adriana; ZAMPAS, Christina– Forced and coerced sterilization of women in Europe. In **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 114, ed. 2, p. 163-166, 2011.

LEÃO, Anabela Costa – Direito à Saúde Questões de Igualdade e Discriminação. In LEÃO, Anabela Costa; PEDRO, Rute Teixeira [coord.] – **Direito e Saúde Global Globalização, Universalização e Mercantilização da Saúde num Contexto de Imprevisão**. Coimbra: GESTLEGAL. p. 89-127, 2024.

LEÃO, Anabela Costa– O Contributo do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. In NETO, Luísa; PEDRO, Rute Teixeira– **Debatendo a Procriação Medicamente Assistida**. Porto: Centro de Investigação Jurídica Económica. p. 23-40, 2017.

MALLARDI, V.– Le origini del consenso informato. In **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 25. p. 312-327, 2005.

MARTINEZ, Fernando Rey– Soares de Melo c. Portugal: Um caso de discriminação múltipla e institucional… por pobre. In SCKELL, Soraya Nour [coord.]– **Antidiscriminação no TEDH:** Uma análise transdisciplinar das intervenções do juiz Paulo Pinto de Albuquerque. Porto: UCP Editora. p. 227-237, 2025.

MARTINS, Rosa– Artigo 23.º Respeito pelo domicílio e pela família. In GOMES, JOAQUIM CORREIA [et al.]– **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Comentário. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A. p. 213-224, 2020.

MOREIRA, Fátima Castro –Direito à saúde. In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto [coord.] – **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**. v. 1, Lisboa: UCP Editora. p. 619-645, 2019.

NETO, Luísa– Dignidade, autonomia, personalidade e arrependimento: a quadratura do círculo dos parâmetros de (in)constitucionalidade. In **Revista Portuguesa de Direito Constitucional**, n. 1, p. 49-58, 2021.

NGUYEN, Brian T.; SWERDLOFF, Ronald S.; YUEN, Fiona– Continuing the search for a hormonal male contraceptive. In **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 66. p. 83-94, 2020.

NOWICKA, Wanda – Sexual and reproductive rights and the human rights agenda: controversial and contested. In **Reproductive Health Matter**, v. 19. p. 119-128, 2011.

NUNES, Rui– Consentimento informado e boa prática clínica. In MATOS, José Igreja (diretor)– **Consentimento informado.** Coimbra: Coimbra Editora. p. 115-138, 2014.

OBSERVADOR - **Portugal entre os poucos que permitem esterilização forçada de menores com deficiência.** 2025. Disponível em: https://observador.pt/2025/03/21/portugal-entre-os-poucos-que-permitem-esterilizacao-forcada-de-menores-com-deficiencia/.

O´CONNELL, Ciara; ZAMPAS, Christina– The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. In **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 144, ed. 1, p. 116-121, 2018.

ONU MULHERES– **Why gender equality matters across all SDGs.** Nova Iorque: ONU Mulheres, 2018. Disponível em: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2018/SDG-report-Chapter-3-Why-gender-equality-matters-across-all-SDGs-2018-en.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE– **Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization.** 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf?sequence=1.

PATEL, Priti– Forced sterilization of women as discrimination. In **Public Health Reviews**, v. 38, p. 1-12, 2017.

PEREIRA, Margarida Silva– Proibição de discrimiação em função do género. In ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de [org.] – **Comentário da Convenção Europeia dos Direitos Humanos e dos Protocolos Adicionais**, volume II, Lisboa: Universidade Católica. p. 1953-1972, 2019.

PIOVESAN, Flávia – A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. In **Revista EMERJ**. v. 15, n.º 57. p. 70-89, (Edição Especial - jan-mar. 2012).

PIZZAROSSA, Lucía Berro– Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. In **Laws,** v. 7, n. 3, 2018.

REY MARTÍNEZ, Fernando; NETO, Luísa [coord.] – **Direito Antidiscriminatório.** Lisboa: AAFDL Editora, 2021.

ROCHA, Miriam– Olhando para o direito ao cuidado através das lentes de gênero. In **Oñati Socio-Legal Series**, v. 12, n.° 1, p. 6-40, 2022.

TÄNNSJÖ, Torbjörn– Compulsory Sterilisation in Sweden. In **Bioethics**, v. 12, p. 236-249, 1998.

VENTURA, Miriam – **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed., Brasília: FNUAP, 2009.

WEEKS, Jeffrey – O Corpo e sexualidade. In LOURO, Guacira Lopes [coord.] – **O Corpo educado:** pedagogias da sexualidade. 2ª ed., Belo Horizonte: Autêntica. p. 24-61, 2000.

WESTEN, Peter– The Empty Idea of Equality. In **Harvard Law Review**, v. 95. p. 537-596, 1982.

WICHTERICH, Christa – **Direitos sexuais e reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015.