



DEFENSORIA PÚBLICA-GERAL DA UNIÃO
SBS Quadra 02, Bloco H, Lote 14 - Bairro Asa Sul - CEP 70070-120 - Brasília - DF - <http://www.dpu.gov.br/>

RECOMENDAÇÃO Nº 4462930 - DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU

RECOMENDAÇÃO CONJUNTA

Assunto: Recomendação acerca da legalidade do procedimento de abortamento legal por meio da telemedicina.

Ao Excelentíssimo Senhor

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Ministro de Estado da Saúde

chefia.gm@saude.gov.br

Ao Excelentíssimo Senhor

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Presidente do Conselho Federal de Medicina – CFM

presidencia@portalmedico.org.br

Excelentíssimo senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, a **DEFENSORIA PÚBLICA**, instituição essencial à função jurisdicional do Estado, a quem incumbe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, dos necessitados (art. 5º, LXXIV e art. 134, da Constituição Federal), vem, com fundamento no art. 4º, I, II, VII, X e XI, da Lei Complementar Federal nº 80/94, expor e recomendar o que se segue.

Diante do grave contexto de pandemia, a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020, autorizou o uso da telemedicina durante o período de duração da crise.

Da mesma forma, a Portaria n. 467 do Ministério da Saúde, de 20 de março de 2020, autorizou esse tipo de atendimento no contexto emergencial da Covid-19, com a finalidade de reduzir a propagação do vírus (art. 3º, *caput*), regulamentando que:

Art. 2º As ações de Telemedicina de interação à distância podem contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada.

Parágrafo único. O atendimento de que trata o caput deverá ser efetuado diretamente entre médicos e pacientes, por meio de tecnologia da informação e comunicação que garanta a integridade, segurança e o sigilo das informações.

Na mesma esteira, a Portaria n. 526 do Ministério da Saúde, de 24 de junho de 2020, incluiu a teleconsulta na atenção primária na lista de procedimentos do SUS (Anexo I).

Também o Conselho Federal de Medicina permite a realização de procedimentos por telemedicina, nos termos da Res. 1.643/2002 e do OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR, que prevê a possibilidade de teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta no contexto da pandemia.

Frente a esse cenário, o Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas de Uberlândia, vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (NUAVIDAS HC/UFU) criou um protocolo de assistência a vítimas de violência sexual por telemedicina a fim de assegurar o direito ao aborto legal, diminuir a exposição das mulheres à contaminação de Covid-19 e desafogar os sistemas de saúde.

Intitulado “Atenção a mulheres ou adolescentes em situação de aborto previsto em lei por telessaúde/telemedicina: protocolo de assistência do NUAVIDAS HC/UFU”, o protocolo originou a cartilha “Aborto legal via telessaúde : orientações para serviços de saúde” que estabelece, em uma primeira etapa, o atendimento parcial por telemedicina seguido de anamnese completa, solicitação de exames e assinatura dos Termos previstos na legislação de forma presencial com a entrega, em hospital, dos medicamentos para uso domiciliar. A equipe realiza, então, o telemonitoramento do procedimento e o acompanhamento pós-abortamento.

1. Da possibilidade jurídica da telemedicina em contexto de pandemia

O abortamento legal por meio da telemedicina consiste em prática recomendada pelas autoridades mundiais de saúde bem como por especialistas, tendo sido adotado no Reino Unido^[1] e nos Estados Unidos na ocasião da pandemia de Covid-19^[2].

A *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO, na sigla em inglês) emitiu recomendação para a adoção da telemedicina nos serviços de abortamento, destacando tratar-se de prática comprovadamente eficaz, segura e eficiente de modo a promover a autonomia e os direitos reprodutivos femininos^[3].

A Organização Mundial da Saúde (OMS), antes mesmo do advento da pandemia, no relatório “*Ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health*”^[4], de março de 2018, já recomendava a realização doméstica do aborto, sendo conduzido pela própria paciente a partir das recomendações médicas, não havendo necessidade de internação para o procedimento ou acompanhamento posterior.

Em estudo recentemente publicado na BJOG, revista oficial do *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, Aiken *et al* analisam os resultados da implementação do aborto domiciliar via telemedicina em mais de 50 mil mulheres com o objetivo de avaliar o sucesso do tratamento e ocorrência de eventos adversos. Nesse estudo, não houve diferença entre os eventos adversos entre grupo que realizou o tratamento integralmente em casa e aquele que recebeu os primeiros cuidados no serviço de saúde. Conclui-se que:

“A telemedicine-hybrid model for medical abortion that includes no-test telemedicine and treatment without an ultrasound is effective, safe, acceptable and improves access to care”^[5].

Na mesma esteira, pesquisa conduzida por Reynolds-Wright *et al* acompanhou mulheres com menos de 12 semanas de gestação que realizaram aborto domiciliar por meio de consulta telefônica sem a realização de ultrassom durante a pandemia de Covid-19 na Escócia^[6]. Publicado na revista *BMJ Sex Reproductive Health*, o estudo conclui que o aborto domiciliar, no primeiro trimestre da gestação, por meio da telemedicina e sem a realização do ultrassom é altamente eficaz com índices baixos de complicação, sendo, inclusive, a escolha primordial das mulheres.

De acordo com Derraik, Pacagnella e Rosas, estudos recentes analisaram o uso de serviços de telemedicina no apoio a mulheres que realizaram abortos com medicamento em casa nos Estados Unidos^[7] e Irlanda/Irlanda do Norte.^[8] Os estudos concluíram que o método tem resultado similares aos procedimentos realizados em clínicas, sendo seguro, eficiente, eficaz e satisfatório, com baixo nível de eventos adversos e potencial para ampliar o acesso ao aborto ao oferecer assistência com mais conveniência e privacidade.^[9]

A OMS reconhece, em seu guia *Medical Management of Abortion* (2013) que o uso domiciliar do misoprostol é uma opção segura e eficaz para as mulheres^[10]. Ademais, o medicamento foi adicionado, em 2019,^[11] à lista de medicamentos essenciais da OMS, quando então a indicação de que seria necessária supervisão médica presencial para administrar o aborto farmacológico foi retirada^[12].

Não só a OMS, como também outros organismos de saúde recomendam o uso domiciliar de misoprostol no primeiro trimestre da gravidez, se realizado com as devidas orientações médicas. A *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, por exemplo, recomenda o uso domiciliar em até 63 dias de gestação^[13]. O *American College of*

Obstetricians and Gynecologists^[14] e a *National Abortion Federation* (NAF)^[15] recomendam o uso domiciliar em até 70 dias de gestação^[16].

Ademais, um estudo envolvendo 4522 participantes de 7 países concluiu que não há diferença relevante na efetividade do procedimento realizado a domicílio ou no hospital^[17]. Uma análise realizada no Cazaquistão em 2016, feita em pacientes de três clínicas que usaram o misoprostol em casa para interrupção de gravidez de até 10 semanas, concluiu ser esta uma opção segura e eficaz^[18]. Outro estudo, feito em 2018, analisou casos de uso de misoprostol em regiões montanhosas de difícil acesso na Índia, em que 90% dos partos são realizados em casa, concluindo-se que o uso se mostrou eficaz e seguro, sem registro de ocorrências de hemorragia pós parto^[19].

Ressalta-se que o aborto medicamentoso possui ampla recomendação internacional, além de ser mais seguro e mais barato para os sistemas de saúde, tanto pela sua não oneração como em razão do valor do medicamento, e com menos sofrimento e risco para as mulheres^[20].

No Brasil, tal recomendação já existe ao menos desde 2018, como se vê das orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

“Aborto com medicamentos em gestações de até 9 semanas (63 dias)

O procedimento deve ser iniciado com a administração de 200 mg de mifepristone, por via oral, seguida pela administração de 800 mcg de misoprostol, via vaginal, bucal ou sublingual, 1 a 2 dias (24–48 horas) depois de tomar mifepristona. Até a 9ª semana, o misoprostol pode ser administrado pela própria mulher, em seu lar, sem precisar retornar ao serviço de saúde para receber esse tratamento. Quando a mifepristona não estiver disponível, pode ser utilizado apenas o misoprostol, em dose de 800 mcg, por via vaginal ou sublingual, repetindo-se a intervalos de cada três horas, por um máximo de três vezes. Se não tiver efeito, pode ser repetido o mesmo esquema depois de 24 horas.”^[21]

Ante os benefícios do uso de misoprostol, como, por exemplo, pela prevenção da hemorragia pós-parto, faz-se necessária a facilitação do acesso ao medicamento como forma, não só de reduzir os casos de hemorragia, como também o número de mortalidade materna^[22], que, no Brasil, é ainda muito acima da meta que havia sido estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU^[23].

Como bem informado pelo Ministério Público Federal, em sua Recomendação nº 8/2020/PRM/UDI/3ºOFÍCIO, o misoprostol foi reconhecido como um medicamento básico, indispensável em Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, conforme a Resolução n. 36/2008, da ANVISA, mas há restrição de seu uso a estabelecimentos hospitalares cadastrados junto à autoridade sanitária, com o objetivo de impedir o livre acesso do público ao produto.

Ocorre que, uma vez prescrito pelo médico, dentro das hipóteses admitidas de aborto legal e após cumprimento dos requisitos da Portaria MS n. 2.561/2020, como bem recomendado pelo Ministério Público Federal, deveria haver a possibilidade do fornecimento do medicamento fornecido pela farmácia do estabelecimento de saúde credenciado (como é o caso do HC/UFU) para uso domiciliar pelas pacientes que tivessem sido regularmente admitidas ao hospital e estejam sob supervisão da equipe de saúde em telemonitoramento, com os devidos registros no prontuário médico.

A possibilidade de realizar o aborto farmacológico em casa com supervisão médica via telemedicina traz diversos benefícios tanto para as mulheres quanto para o próprio sistema público de saúde, especialmente em um cenário de pandemia.

Um estudo realizado com 519 mulheres que buscaram medicamentos para interromper a gravidez no Reino Unido concluiu que, mesmo em países em que o aborto é amplamente legal, as mulheres enfrentam diversas barreiras logísticas ou pessoais para acessar os serviços, culminando na preferência, pelas mulheres, do procedimento realizado em casa^[24]. No Brasil, onde o número de serviços de aborto legal são infinitamente menores do que a necessidade frente aos mais de 66 mil estupros por ano, segundo dados do Fórum Nacional de Segurança Pública (número que se estima representar apenas 10 a 15% das violências sexuais sofridas por meninas e mulheres brasileiras)^[25], a possibilidade de atendimento desses serviços por telemedicina faz-se ainda mais importante. Note-se que, de acordo com IPEA^[26], aproximadamente 7,1% dos casos de estupro no país resultam em gravidez.

Em um contexto de pandemia, a possibilidade de realizar o procedimento abortivo domiciliar com assistência da telemedicina reduz os riscos de transmissão do novo coronavírus, por não expor as mulheres ao risco de contaminação, além de desafogar o sistema de saúde. Essa modalidade de tratamento também diminui a exposição da mulher aos estigmas que ela sofre por profissionais que trabalham nos hospitais, que, em escalas de plantão geralmente não são aqueles dos serviços especializados, muitas vezes estão despreparados para o atendimento a vítimas de violência sexual em necessidade de aborto previsto em lei.

Importa ressaltar que o procedimento que tem sido realizado a partir do protocolo e da cartilha referidos é híbrido, apenas parcialmente via telemedicina, e não prescinde do atendimento multidisciplinar que é inerente aos casos de interrupção de gravidez nas hipóteses legais:

“A atenção por telessaúde às pessoas em situação de aborto previsto em lei pode ocorrer de **forma parcial (apenas para as etapas de tratamento medicamentoso e acompanhamento pós-tratamento)** ou **integral (desde o acolhimento inicial ao tratamento medicamentoso e acompanhamento pós-tratamento)**.”

O acompanhamento da mulher, criança ou adolescente em situação de violência sexual deverá seguir o protocolo do serviço, com observação às recomendações mínimas estabelecidas pelas normas técnicas do Ministério da Saúde.

Em primeiro lugar, verifique as condições necessárias ao procedimento:

1. Garantia de que a mulher/adolescente tenha acesso a telefone ou internet;
2. Possibilidade de fornecer informações de maneira clara e compreensível, inclusive com uso da cartilha de orientações sugerida (Anexo VIII) ou outra que o serviço adote;
3. Possibilidade de acesso a um serviço de saúde local para eventuais necessidades da mulher/adolescente;
4. Idade gestacional menor ou igual a 63 dias (9 semanas);
5. Possibilidade de registrar todos os procedimentos adotados em prontuário (eletrônico ou físico), inclusive da plataforma* adotada para atendimento (WhatsApp, Zoom, Meet, Hangouts, Jitsi e outras) em cumprimento à Lei nº 3.983/2020.

* A escolha da plataforma deve ser orientada pela garantia de confidencialidade e pelas possibilidades da pessoa (determinados aplicativos não consomem dados em alguns planos telefônicos).

Garanta a confidencialidade do atendimento:

Todas as etapas do procedimento devem ser realizadas de maneira a preservar a privacidade da mulher, criança ou adolescente em situação de violência sexual. Para isso, pode ser importante:

1. Orientá-la sobre a escolha de um local reservado e uso de fones de ouvido (quando possível).
2. Prezar pela escolha de plataformas de comunicação seguras (que possuam, por exemplo, criptografia de ponta-a-ponta).
3. Se o comparecimento presencial ao serviço de saúde for necessário, assegurar a mínima exposição através da garantia de acolhimento e acompanhamento posteriores por telessaúde/telemedicina.

1. Acolhimento pela equipe interdisciplinar

- Realizado por equipe geralmente composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e, em alguns casos, advogados.*
- Pautado pelo atendimento integral às necessidades da pessoa em situação de violência sexual.
- Pode ser realizado presencialmente, no serviço de saúde, ou de forma remota, mediante acesso da equipe ao prontuário eletrônico.
- Envolve a anamnese completa, em atenção às recomendações da Norma Técnica do Ministério de Saúde² e às contraindicações ao aborto medicamentoso.

* Sugere-se que o acolhimento em saúde seja realizado em equipe, de maneira a evitar múltiplos atendimentos e repetições desnecessárias da história da violência sofrida.”^[27]

Trata-se de fato notório que um dos principais problemas causados pela pandemia de Covid-19 é o colapso dos sistemas de saúde com a falta de leitos, insumos, medicamentos e equipe médica. Neste sentido, ao possibilitar a realização do aborto legal no ambiente doméstico de forma segura e assistida, **com a dispensação hospitalar e controlada do medicamento**, conforme prevista na RDC 357/2020 da ANVISA, contribui-se para a não lotação das já sobrecarregadas instituições de saúde.

2. Da necessidade de manutenção dos serviços de abortamento legal

A Constituição Federal prevê, em seu artigo 1º, III que a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana. O direito à dignidade da pessoa humana é um valor fundamental, que atua como fundamento normativo para os direitos fundamentais. Nesse sentido, ele é indissociável à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por sua vez, gozam de proteção no âmbito internacional, uma vez que foram reconhecidos na Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994.^[28] Nos termos do capítulo VII da Plataforma de Ação do Cairo, a garantia dos direitos reprodutivos devem ser prioridade dos governos, sendo que, inclusive, foi sugerido que os serviços de saúde reprodutiva fossem vinculados à atenção básica de saúde:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer; e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.”^[29] (§ 7.3)

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, por sua vez, ratificada pelo Brasil em 1994, dispõe que os Estados-Parte devem adotar medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres na esfera dos cuidados médicos. Ademais, a Convenção enuncia que os Estados devem condenar qualquer discriminação baseada em gênero, que tenha por resultado prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos social, econômico, político, cultural e civil^[30].

A Recomendação Geral nº 24 do CEDAW, que trata a respeito da interpretação do artigo 12 da Convenção estabelece que: “*O cumprimento pelos Estados Partes do artigo 12.º da Convenção é essencial para a saúde e o bem-estar das mulheres. O artigo requer que os Estados eliminem a discriminação contra as mulheres no que respeita ao seu acesso aos serviços de cuidados de saúde, durante todo o ciclo da vida, em particular nas áreas do planejamento familiar, da gravidez, do parto e no período pós-natal.*”^[31]

A jurisprudência interamericana^[32] determina que o Estado deve garantir que a **assistência à saúde** de urgência seja prestada com qualidade, acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade, com **perspectiva de gênero**. Também há as recomendações da ONU Mulheres para que sejam observadas perspectivas de gênero no combate ao Coronavírus, **incluindo a proteção aos serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva às mulheres e meninas**^[33]. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) declara que as mulheres devem poder acessar os cuidados pré-natais de rotina, serviços de parto e **aborto seguro** e assistência pós-aborto conforme a previsão legal do país^[34].

Já especificamente sobre o momento atual, a Resolução nº 1/2020 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos determina que nesse contexto de crise da pandemia devem ser garantidas **a disponibilidade e continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e incrementadas as medidas de educação sexual integral e disseminar a informação por meios acessíveis e adequados**^[35].

Com efeito, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de saúde abrange o bem-estar físico, mental e social, não se restringindo à ausência de enfermidades. Nesse sentido, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres possui imensurável importância para a efetividade do direito social à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Federal.

Atualmente, a legislação brasileira assegura o direito à interrupção de gravidez em caso de risco de vida da gestante, de gravidez oriunda de estupro ou de anencefalia do feto. Não restam dúvidas de que a manutenção dos serviços de abortamento legal previstos em lei consistem na garantia de direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal, tais como: os direitos à dignidade da pessoa humana, à saúde, à igualdade material e à liberdade sexual e reprodutiva da mulher. Ademais, os serviços de abortamento legais estão em consonância com os tratados e convenções internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e a Plataforma de Ação do Cairo.

Em um momento de verdadeiro colapso do sistema de saúde, principalmente o público, e da absoluta ausência de leitos ambulatoriais, hospitalares e de UTI, em razão da conhecidíssima e gravíssima pandemia de covid-19, há a necessidade de os serviços de saúde que oferecem o abortamento, nas hipóteses permitidas pelo direito brasileiro, encontrarem mecanismos que viabilizem tal atendimento, dentro das regras postas pela legislação nacional, de modo a que as mulheres não deixam de ver seu direito à saúde atendido. O acesso de mulheres a contraceptivos e aos serviços de aborto legal **já está** sendo impedido ou dificultado por causa do novo coronavírus em várias partes do mundo, conforme amplamente divulgado em notícias^[36], inclusive **dentro do Brasil**, em diversos Estados e cidades^[37].

O abortamento não é um procedimento que pode esperar ou que pode ser agendado para um período futuro. O procedimento é realizado e regulamentado no âmbito da saúde^[38], havendo **prazos para sua realização**, além de claro aumento de risco para a gestante em casos de demora, deve-se considerar esse serviço essencial e de urgência. Necessita ser realizado rapidamente, justamente para garantir a saúde da mulher.

O protocolo “Atenção a mulheres ou adolescentes em situação de aborto previsto em lei por tele saúde/telemedicina: protocolo de assistência do NUAVIDAS HC/UFU” e a cartilha “Aborto legal via tele saúde : orientações para serviços de saúde” atendem à necessidade de o serviço público de saúde continuar a atender as mulheres durante a pandemia, fundando-se nas normas legais e infralegais sobre o tema, ao mesmo tempo em que possibilitam desafogar o sistema de saúde, devendo, pois, serem adotados universalmente no Brasil.

3. Do direito da gestante decidir a respeito do método utilizado para a interrupção da gravidez

De acordo com a legislação brasileira e com as recentes decisões das Cortes Superiores, a realização de aborto em caso de existência de risco à vida da gestante, de feto com anencefalia ou de gravidez decorrente de estupro consiste em um procedimento médico legal, sendo um importante direito garantido às mulheres.

Entretanto, inúmeras mulheres relatam que se sentem constrangidas ao realizarem o procedimento de interrupção da gravidez presencialmente, por conta do machismo estrutural que permeia a sociedade brasileira. De mesmo modo, inúmeras pacientes narram terem sofrido violência de gênero ao realizarem o aborto nas unidades de saúde.

Esses dados estão intrinsecamente relacionados com o elevado índice de violência obstétrica sofrido no Brasil. De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010”, realizada pela Fundação Perseu Abramo em conjunto com o SESC, uma em cada quatro brasileiras narram ter sofrido violência obstétrica.

No entanto, tendo em vista que há a possibilidade de realização do procedimento de interrupção da gravidez de forma segura, a partir da telemedicina, deve ser reconhecido o direito da gestante poder decidir a respeito do local em que realizará o procedimento, seja no conforto de sua casa, com toda a privacidade daí decorrente, ainda que monitorado por atendimento virtual, ou em um hospital.

Há que se buscar, evidentemente, a teleologia das normas. Nesse sentido, tratando-se do direito à interrupção da gravidez, a finalidade da norma que prevê a excludente de ilicitude para a realização do procedimento nas hipóteses previstas em lei, visa dar efetividade aos direitos fundamentais e sociais da mulher gestante, tais como o direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e à liberdade sexual e reprodutiva. Considerando que a realização do procedimento via telemedicina, ao buscar garantir o atendimento possível às mulheres em tempos de pandemia e de exaustão dos serviços de saúde e das vagas hospitalares, onde milhares de pessoas morrem nas filas à espera de um leito, ainda traz os benefícios de evitar constrangimentos por parte da paciente, bem como o combate à violência de gênero no ambiente hospitalar, a finalidade da norma jurídica é atendida. Pode-se dizer, inclusive, que o atendimento à finalidade da norma constitucional que prevê a garantia de direitos fundamentais, é o fundamento principal para a permissão de que a gestante possa escolher a respeito do local de realização do procedimento médico.

Dessa forma, a Defensoria Pública **RECOMENDA:**

1. Que o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina tomem todas as medidas e providências cabíveis para garantir que os/as profissionais que atendam casos de interrupção de gravidez nos casos legais por meio do sistema híbrido com telemedicina, previsto no protocolo “Atenção a mulheres ou adolescentes em situação de aborto previsto em lei por telessaúde/telemedicina: protocolo de assistência do NUAVIDAS HC/UFU”, e na cartilha “Aborto legal via telessaúde : orientações para serviços de saúde” **não sofram qualquer constrangimento**, pois amparados/as na L. 13.989/20, Portaria MS 467/20, da Res. 1.643/2002 e do OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR;
2. Que o Conselho Federal de Medicina promova a ampla oitiva de especialistas antes de qualquer decisão acerca da regulamentação do procedimento de abortamento legal por meio da telemedicina;
3. Que o Ministério da Saúde apoie a implementação dos procedimentos previstos na cartilha “Aborto legal via telessaúde : orientações para serviços de saúde” em todos os serviços de saúde do país, com a adoção das medidas administrativas cabíveis.

Cordialmente,

ALESSANDRA LUCENA WOLFF

Coordenadora do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União
Representante da Região Norte

LIANA LIDIANE PACHECO DANI

Representante da Região Centro-Oeste do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

ANA LUCIA MARCONDES FARIA DE OLIVEIRA

Representante da Região Sudeste do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União
Defensora Regional de Direitos Humanos em São Paulo

DANIELA CORREA JACQUES

Representante da Região Sul do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

CHARLENE DA SILVA BORGES

Ponto Focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União no Estado da Bahia

ANDRESSA SANTANA ARCE

Ponto Focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União no Estado de Mato Grosso do Sul

MARIA CECILIA LESSA DA ROCHA

Ponto Focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União no Estado do Rio de Janeiro

SHELLEY DUARTE MAIA

Ponto Focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União no Estado do Rio de Janeiro
Defensora Regional de Direitos Humanos no Rio de Janeiro

RAFAELLA MIKOS PASSOS

Ponto Focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União no Estado do Rio Grande do Sul

JOÃO PAULO DORINI

Defensor Regional de Direitos Humanos em São Paulo

DANIELE DE SOUZA OSÓRIO

Defensora Regional de Direitos Humanos em Mato Grosso do Sul

ALEXANDRE BENEVIDES CABRAL

Defensor Regional de Direitos Humanos no Distrito Federal

RENAN VINÍCIUS SOTTO MAYOR DE OLIVEIRA

Defensor Regional de Direitos Humanos em Mato Grosso

DIEGO BRUNO MARTINS ALVES

Defensor Regional de Direitos Humanos em Alagoas e Sergipe

EDSON JÚLIO DE ANDRADE FILHO

Defensor Regional de Direitos Humanos na Paraíba

THALES ARCOVERDE TREIGER

Defensor Regional de Direitos Humanos no Rio de Janeiro

YURI MICHAEL PEREIRA COSTA

Defensor Regional de Direitos Humanos no Maranhão

RITA CRISTINA DE OLIVEIRA

Defensora Regional de Direitos Humanos no Paraná

RONALDO DE ALMEIDA NETO

Defensor Regional de Direitos Humanos no Amazonas e Roraima

KARINA ROCHA MITLEG BAYERL

Defensora Regional de Direitos Humanos no Espírito Santo

MAÍRA DE CARVALHO PEREIRA MESQUITA

Defensora Regional de Direitos Humanos em Pernambuco

ANDRE AMORIM DE AGUIAR

Defensor Regional de Direitos Humanos do Piauí

FLAVIA BRASIL BARBOSA DO NASCIMENTO

Defensora Pública Coordenadora de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro - DPE/RJ

MARIA MATILDE ALONSO

Defensora Pública Titular do Núcleo Especial de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro - NUDEM/RJ

LIVIA MARTINS SALOMAO
BRODBECK E SILVA

Assinado de forma digital por LIVIA MARTINS SALOMAO BRODBECK E SILVA
Dados: 2021.05.27 11:22:27 -03'00'

LIVIA MARTINS SALOMÃO BRODBECK

Defensora Pública Titular do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Paraná - NUDEM/PR

ANNE TEIVE
AURAS:06284142935

Assinado de forma digital por ANNE TEIVE AURAS:06284142935
Dados: 2021.05.27 11:17:39 -03'00'

ANNE TEIVE AURAS

Defensora Pública Titular do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina - NUDEM/SC

PAULA SANT ANNA MACHADO DE
SOUZA:36237615830

Assinado de forma digital por PAULA SANT ANNA MACHADO DE SOUZA:36237615830
Dados: 2021.05.27 11:31:20 -03'00'

PAULA SANT'ANNA MACHADO DE SOUZA

Defensora Pública Titular do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - NUDEM/SP

NALIDA COELHO
MONTE:0247979

Assinado de forma digital por NALIDA COELHO MONTE:02479794300
Dados: 2021.05.27 11:34:00 -03'00'

NALIDA COELHO MONTE

Defensora Pública Titular do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - NUDEM/SP

DEBORA MACHADO
ARAGAO:00414386396

Assinado de forma digital por DEBORA MACHADO ARAGAO:00414386396
Dados: 2021.05.27 10:42:55 -04'00'

DÉBORA MACHADO ARAGÃO

Defensora Pública Titular do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Rondônia - NUDEM/RO

TEREZINHA MUNIZ DE SOUZA CRUZ

Defensora Pública Titular da Defensoria Especializada de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Roraima - DPR/RR

MARIA CECILIA PINTO E OLIVEIRA:0712

Assinado de forma digital por MARIA CECILIA PINTO E OLIVEIRA:0712
Dados: 2021.05.27 12:08:28 -03'00'

MARIA CECÍLIA PINTO E OLIVEIRA

Defensora Pública Titular da Defensoria Pública Especializada na Defesa dos Direitos da Mulher em Situação de Violência da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais - NUDEM/BH

FLAVIA CRISTINA COURA DE
ARAUJO:08070837632

Assinado de forma digital por FLAVIA CRISTINA COURA DE ARAUJO:08070837632
Dados: 2021.05.27 12:24:48 -03'00'

FLAVIA CRISTINA COURA DE ARAUJO

Defensora Pública do Estado da Bahia - DPE/BA

MARIA GABRIELA AGAPITO DA VEIGA PEREIRA DA SILVA

Defensora Pública Coordenadora de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo - DPE/ES

FERNANDA PRUGNER:
02504946988

Assinado eletronicamente por FERNANDA PRUGNER:02504946988
Dados: 2021.05.27 12:39:52

FERNANDA PRUGNER

Defensora Pública Titular do Núcleo Especializado de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo - NUDEM/ES

THAÍS DOMINATO SILVA TEIXEIRA

Defensora Pública Titular do Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul - NUDEM/MS

GABRIELA MARQUES ROSA HAMDAN

Defensora Pública Titular do Núcleo Especializado de Defesa e Promoção dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Goiás - NUDEM/DPE-GO

RAÍSSA PALITOT

Defensora Pública Coordenadora de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado da Paraíba - DPE/PB

ELVIRA LORENZA QUARANTA LEITE

Defensora Pública Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa de Direito da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Sergipe - NUDEM/SE

LIA MEDEIROS DO CARMO IVO

Defensora Pública Titular do Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar da Defensoria Pública do Estado do Piauí - NUDEM/Teresina-PI

LIVIA ALMEIDA

Defensora Pública Titular do Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado da Bahia - NUDEM/BA

RITA LIMA

Defensora Pública Coordenadora do Núcleo de Defesa das Mulheres da Defensoria Pública do Distrito Federal - NUDEM/DPDF

[1] <https://www.theguardian.com/world/2021/apr/21/pills-in-the-post-how-covid-reopened-the-abortion-wars>

[2] <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/04/07/teleaborto.htm>

[3] https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services#_edn4

[4] <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions-for-SRHR/en/>

[5] <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16668> (em tradução livre: “Um modelo híbrido usando telemedicina para a realização do aborto assistido por médico composto por telemedicina sem testes e tratamento sem ultrassom é eficaz, seguro, aceitável e melhora o acesso aos cuidados.”)

[6] <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/early/2021/02/04/bmj-srh-2020-200976.full.pdf>

[7] Raymond, Elizabeth et al. TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States. Contraception, 2018.

[8] Aiken Abigail R A, Digol Irena, Trussell James, Gomperts Rebecca. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland BMJ 2017.

- [9] Ana Teresa Derraik, Rodolfo Pacagnella, Cristiano Rosas. Usos obstétricos e ginecológicos do misoprostol - Uma revisão das evidências clínicas, 2019.
- [10] Medical management of abortion. World Health Organization 2018.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>. Acesso em 19/05/2021.
- [11] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2019). World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>. Acesso em 19/05/2021.
- [12] Ana Teresa Derraik, Rodolfo Pacagnella, Cristiano Rosas. Usos obstétricos e ginecológicos do misoprostol - Uma revisão das evidências clínicas, 2019.
- [13] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- [14] American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin No. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 676-692.
- [15] National Abortion Federation. (2017). Clinical policy guidelines for abortion care. Washington D. C.: National Abortion Federation.
- [16] Ana Teresa Derraik, Rodolfo Pacagnella, Cristiano Rosas. Usos obstétricos e ginecológicos do misoprostol - Uma revisão das evidências clínicas, 2019.
- [17] Ngo TD1, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2011 May 1; 89(5): 360–370.
- [18] Platais I, Tsereteli T, Grebennikova G, Lotarevich T, Winikoff B. Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10weeks of pregnancy in Kazakhstan. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Sep.
- [19] Parashar R et al. Implementation of community based advance distribution of misoprostol in Himachal Pradesh (India): lessons and way forward. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Oct. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2036-2>.
- [20] Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/guideline-medicalabortion-care/en/>; Acesso em 19/05/21.
- [21] Aborto com medicamentos em gestações de até 9 semanas (63 dias) O procedimento deve ser iniciado com a administração de 200 mg de mifepristone, por via oral, seguida pela administração de 800 mcg de misoprostol, via vaginal, bucal ou sublingual, 1 a 2 dias (24–48 horas) depois de tomar mifepristona. Até a 9ª semana, o misoprostol pode ser administrado pela própria mulher, em seu lar, sem precisar retornar ao serviço de saúde para receber esse tratamento.(19) Quando a mifepristona não estiver disponível, pode ser utilizado apenas o misoprostol, em dose de 800 mcg, por via vaginal ou sublingual, repetindo-se a intervalos de cada três horas, por um máximo de três vezes. Se não tiver efeito, pode ser repetido o mesmo esquema depois de 24 horas.(20)
- [22] Hundley VA, Avan BI, Sullivan CJ, Graham WJ. Should oral misoprostol be used to prevent postpartum haemorrhage in home-birth settings in low-resource countries? A systematic review of the evidence. *BJOG*. 2013 Feb.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12049>.
- [23] ODM Brasil. Governo Federal. <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>.
- [24] Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, Trussell J, Gomperts R. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception*. 2018 Feb.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception>.
- [25] Em 2019, foram registrados 66.041 estupros pelas Secretarias de Segurança Públicas. No Estado de São Paulo, em 2018, ocorreram 10.768 estupros com vítimas mulheres. Somente na Cidade de São Paulo, em 2018, ocorreram mais de 2.000 estupros. Ver em <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>>. Acesso em 26.03.2020.
- [26] Ver em <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/21/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude>>. Acesso em 26.03.2020.

[27] Páginas 20-22 da Cartilha “Aborto legal via telessaúde : orientações para serviços de saúde”. Anis – Instituto de Bioética, Global Doctors for Choice Brasil, Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas). – Brasília : LetrasLivres, 2021.

[28] <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>. Acesso em 19/05/2021 às 18h07

[29] <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 19/05/2021 às 16h35.

[30] https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em 19/05/2021 às 15h35

[31] https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW_RG_24.pdf. Acesso em 19/05/2021 às 15h39..

[32] Caso Poblete Vilches e outros Vs. Chile. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 8 de março de 2018. Série C No. 349. Ver em <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf>. Acesso em 26.03.2020

[33] Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-mulheres-pede-atencao-as-necessidades-femininas-nas-acoes-contr-a-covid-19/>>. Acesso em: 11.05.2020.

[34] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unfpa-apresenta-perguntas-e-respostas-sobre-a-covid-19/>. Acesso em 25.06.2020.

[35] Disponível em: <<https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>>. Acesso em:05.06.2020

[36] Por exemplo: <https://brasil.elpais.com/planeta_futuro/2020-04-28/o-indesejado-baby-boom-provocado-pela-pandemia.html>, <<https://oglobo.globo.com/celina/coronavirus-pode-levar-milhoes-de-mulheres-em-todo-mundo-ao-aborto-inseguro-24356279>>, <<https://oglobo.globo.com/sociedade/mundo-pode-enfrentar-falta-de-camisinhas-por-conta-da-pandemia-da-covid-19-24359420>>, <<http://www.generonumero.media/como-estao-os-direitos-reprodutivos-na-america-latina-em-tempos-de-coronavirus/>>. Acessos em: 12.05.2020.

[37] Disponível em: < <http://www.generonumero.media/pandemia-dificulta-acesso-contraceptivos-no-sistema-de-saude/>>Acesso em: 26.06.2020.

[38] Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Ver em <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/NT_MS_2005_atencao_Humanizada_Abortamento111.pdf>. Acesso em 26.03.2020.

Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ver em < <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/agravos22222.pdf>>. Acesso em 26.03.2020.

Norma Técnica de Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos. Ver em <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Norma_tecnica_gest_anencefalos.pdf>. Acesso em 26.03.2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Lucena Wolff, Coordenador(a)**, em 25/05/2021, às 16:16, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Cecília Lessa da Rocha, Ponto focal do GT**, em 25/05/2021, às 16:53, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Liana Lidiane Pacheco Dani, Representante do GT**, em 25/05/2021, às 17:05, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Charlene da Silva Borges, Ponto focal do GT**, em 25/05/2021, às 17:11, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

Documento assinado eletronicamente por **Andressa Santana Arce, Ponto focal do GT**, em 25/05/2021, às 17:46, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Thales Arcoverde Treiger, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 25/05/2021, às 17:48, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Daniele de Souza Osório, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 25/05/2021, às 18:03, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Shelley Duarte Maia, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos Substituto(a)**, em 25/05/2021, às 18:03, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Renan Vinicius Sotto Mayor de Oliveira, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 18:04, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Benevides Cabral, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 18:11, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **João Paulo de Campos Dorini, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 18:12, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Diego Bruno Martins Alves, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 25/05/2021, às 18:59, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **André Amorim de Aguiar, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 19:30, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Yuri Michael Pereira Costa, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 20:39, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Edson Júlio de Andrade Filho, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 20:46, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lúcia Marcondes Faria de Oliveira, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 20:55, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Karina Rocha Mitleg Bayerl, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 21:20, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Ronaldo de Almeida Neto, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 25/05/2021, às 23:29, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Rita Cristina De Oliveira, Defensor(a) Regional de Direitos Humanos**, em 26/05/2021, às 09:28, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Corrêa Jacques Brauner, Defensor(a) Público(a) Federal**, em 26/05/2021, às 11:28, conforme o §2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://www.dpu.def.br/sei/conferir_documento_dpu.html informando o código verificador **4462930** e o código CRC **2E5749E3**.