



DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO



RECOMENDAÇÃO CONJUNTA 01/2024/02DRHRJ

Assunto: Recomendação para que seja promovida a ampliação da oferta e a qualificação dos serviços de aborto legal no país.

À Excelentíssima Senhora
Nísia Verônica Trindade Lima
Ministra de Estado da Saúde

Excelentíssima Ministra,

Com cordiais cumprimentos, 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 nos artigos 3º-A, I, II e III, e 4º, I, II, III, X, XI e XVIII, ambos da Lei Complementar nº 80/1994, expor e recomendar o que segue.

1. O aborto como questão de saúde pública e a necessidade de ampliação dos serviços de referência

A Constituição da República, em seu art. 1º, inciso III, estatui dentre os seus fundamentos a dignidade da pessoa humana e, no art. 196, estabelece que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

O art. 6º, *caput*, também da Constituição Federal, inclui no rol de direitos sociais o fundamental direito à saúde.

A Lei nº 8.080/1990, em seu art. 2º, estabelece que *“[a] saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*.

O Pacto de San Salvador, internalizado à ordem jurídica brasileira pelo Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999, dispõe em seu art. 10 sobre o direito à saúde, que compreende o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social, do qual toda pessoa é titular. Esse tratado internacional também evidencia que os Estados-Partes, com o objetivo de efetivar o direito à saúde, comprometem-se a reconhecer a saúde como um bem público e, ainda, enumera medidas a serem adotadas para a garantia desse direito, tais como: a) assistência primária à saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial ao alcance de todas as

pessoas e famílias da comunidade; e a b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado.

Já a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, internalizada por meio do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, expõe, em seu artigo 12, item 1, que *“os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar”*.

Embora o Código Penal tenha tipificado o crime de aborto, são excepcionadas duas situações: em caso de risco de vida para a gestante (artigo 128, inciso I) e na hipótese de gestação decorrente de estupro (artigo 128, inciso II). Em 2012, ao julgar a ADPF 54, o Supremo Tribunal Federal ampliou esse rol para admitir o aborto no caso de feto anencéfalo. Ressalta-se que, em nenhuma dessas hipóteses, o aborto depende de autorização judicial ou de prévia investigação policial.

Muito embora o aborto não seja criminalizado nas hipóteses mencionadas desde a promulgação do Código Penal, em 1940, foi apenas com a redemocratização, nos anos de 1980, que começaram a ser instituídos serviços de interrupção da gestação nos casos previstos em lei. O primeiro serviço foi inaugurado em 1989 na cidade de São Paulo, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya¹ e, apenas dez anos depois, foi publicada a primeira Norma Técnica do Ministério da Saúde que tratava sobre o assunto.

Em 2014, a Portaria MS/GM 485, alterando a Portaria MS/GM 528, normatizou os serviços de referência para interrupção da gestação nos casos previstos em lei, os quais podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades, pronto-socorros, unidades de pronto atendimento e serviços de urgência não hospitalares, sempre com funcionamento 24 horas por dia e 7 dias por semana e

¹ Cartilha de atenção humanizada à interrupção legal da gestação: orientação para profissionais na prestação de cuidados. Coordenação Douglas Roberto Martins e Anna Carolina Machado do Espírito Santo. 2ª ed. Florianópolis: MPSC, 2023. Disponível em <https://portal.mpsc.mp.br/programas/cartilha-ilg>. Acesso em 22/01/2024.

com equipe formada por médica(o), enfermeira(o), técnica(o) em enfermagem, psicóloga(o), assistente social e farmacêutica(o).

Dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde apontavam que, em 2019, havia 101 serviços de referência para interrupção de gravidez no país. Para além desses, mais 189 serviços registraram a realização de aborto, totalizando 290 estabelecimentos distribuídos em 3,6% dos Municípios brasileiros².

Recentemente, o jornal O Globo noticiou que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, das mais de 5,5 mil cidades brasileiras, 104 municípios, ou seja, atualmente apenas 1,8% do total, oferecem o serviço de aborto legal em unidades de referência da rede de saúde³.

Relatório publicado em 2021 pelo Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (NUDEM-SP) demonstrou que os principais desafios enfrentados pelas cidadãs e por profissionais atuantes na área de saúde das mulheres no Estado de São Paulo na busca pela concretização do acesso ao aborto legal incluem, dentre outros: (a) ausência de divulgação e sistematização pelo Poder Público de informações simples e objetivas sobre os serviços de referência para violência sexual e aborto legal no Estado; (b) insuficiência ou inexistência de capacitação e treinamento permanente de profissionais de saúde sobre o tema; (c) sobrecarga de profissionais dos poucos serviços já reconhecidos como referência; (d) ausência de articulação municipal e estadual para garantia de transporte, hospedagem e alimentação para a mulher/menina e sua/seu acompanhante, quando for necessário acessar o serviço em outro município; (e) a alegação de objeção de consciência como justificativa negativa, sem que a instituição garanta informações necessárias à mulher para atendimento por outra(o) profissional⁴.

² JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 12, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KBWbtPcQww6KYSSGhYJ9YxG/>. Acesso em 22/01/2024.

³ <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/01/13/so-18percent-das-cidades-brasileiras-tem-unidades-de-referencia-para-servico-de-aborto-legal.ghtml>. Acesso em 25/01/2024.

⁴ Relatório Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres – NUDEM/SP. O acesso ao aborto previsto em lei no Estado de São Paulo. 2021. Disponível em <https://assets-institucional->

No mesmo sentido foram as constatações do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual do Estado de Santa Catarina, sob a coordenação do Ministério Público do Estado de Santa Catarina e com a participação do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina (NUDEM). Na cartilha elaborada pelo grupo, atualizada em 2024, são mencionadas as dificuldades decorrentes do número insuficiente de serviços de referência; as longas distâncias que precisam ser percorridas por mulheres e meninas para chegar a um serviço de referência (todos concentrados na região litorânea do Estado); a carência de informação sobre a oferta do serviço; o desconhecimento e descumprimento da legislação por parte de profissionais de saúde, que muitas vezes exigem procedimentos e documentos desnecessários e prejudiciais; e a resistência de profissionais e gestores⁵.

Além das barreiras expostas, o relatório da pesquisa de monitoramento conduzida, em 2023, pela Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça, pela Coordenadoria de Saúde e pela Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro nos 92 municípios fluminenses, com o auxílio dos Núcleos Regionais de Tutela Coletiva, identificou a ausência de planejamento regional com estabelecimento dos fluxos e protocolos locais e regionais de referência e contrarreferência para acesso a unidades que ofertam o serviço de aborto legal em uma região de saúde; a ausência de protocolos internos nas unidades de saúde para a regulamentação do procedimento administrativo de alegação da objeção de consciência; assim como a ausência de um protocolo de contingência que garanta o aborto legal quando o único médico da unidade recusa a terapêutica.

A fim de facilitar a compreensão sobre como a insuficiência de oferta e organização dos serviços de aborto induzido nos casos previstos em lei repercute concretamente na vida de mulheres e meninas, oportuno transcrever a situação

pg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2021/10/Relatorio-NUDEM-Aborto-Legal-2021.pdf. Acesso em 22/01/2024.

⁵ Cartilha de atenção humanizada à interrupção legal da gestação: orientação para profissionais na prestação de cuidados. Coordenação Douglas Roberto Martins e Anna Carolina Machado do Espírito Santo. 2ª ed. Florianópolis: MPSC, 2023. Disponível em <https://portal.mpsc.mp.br/programas/cartilha-ilg>. Acesso em 22/01/2024.

hipotética elaborada pelo Grupo de Trabalho catarinense a partir do resultado de pesquisa realizada junto aos municípios daquele Estado:

Maria (residente no Município J) faz o retorno de uma consulta médica no posto de saúde mais próximo de sua casa. Durante o atendimento, recebe a confirmação de que está grávida. Conta, então, que sua gestação decorre de estupro e manifesta sua decisão de realizar a interrupção legal da gestação. A/O profissional informa que, no Município J, não há estabelecimentos que realizam esse procedimento e que costumam indicar nessas situações o estabelecimento X (o qual é localizado no Município P, distante 43km do Município J). Dias depois, Maria dirige-se até o estabelecimento X e lá é informada que o estabelecimento não realiza o aborto legal em razão de sua filosofia/valores e que poderia realizá-lo no estabelecimento Y (localizado no Município C, distante 57km do Município P). Ela, depois de já ter recebido negativas de atendimento nos estabelecimentos e Municípios que percorreu, persistindo com sua decisão, dirige-se ao estabelecimento Y, onde recebe a informação de que realiza o aborto legal, porém não há, no momento, profissional não objetor disponível, devendo retornar na semana seguinte. Ainda, informam a ela que o procedimento só será realizado caso Maria apresente Boletim de Ocorrência relativo à violência sexual sofrida. Maria, já passadas algumas semanas desde o primeiro dia que tomou a iniciativa de falar com a/o profissional de saúde sobre o estupro sofrido e sua decisão de realizar o aborto de forma segura, considerando sua própria vida e a dos filhos que sustenta, o medo de realizar a denúncia, pensa se irá ou não conseguir realizar o aborto; onde poderia buscar uma informação confiável; e como poderia fazer isso de “forma segura”, considerando que está desempregada, sem dinheiro e sabe, também, que nessa situação de “aborto”, sejam quais forem os seus motivos para tomar essa decisão, não poderia solicitar auxílio da sua família ou amigos⁶.

Apesar de dizer respeito ao cenário catarinense, a situação poderia se repetir em qualquer Estado do Brasil – e infelizmente se repete. Colhe-se da NOTA TÉCNICA Nº 10 - DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU:

(...)

⁶ Idem. P. 19.

Analizando a realidade e o constrangimento das mulheres na realização do procedimento do aborto legal no Brasil nos ensina Alberto Pereira Madeiro e Debora Diniz (Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572) que “o estupro é a principal causa de realização do aborto (94%), e a maioria dos procedimentos ocorre com até 14 semanas de gestação. Apesar disto, o número de mulheres que procuram atendimento médico após sofrerem violência sexual é estimado entre 20% e 30%, e apenas 10% a 30% destas dão seguimento ao tratamento e acompanhamento ambulatorial.

Os principais obstáculos explicitados pelos autores para a baixa adesão ao seguimento e principalmente, para a realização do aborto, são a qualidade dos serviços de saúde e a falta de profissionais capacitados. Em 2015, de 68 serviços cadastrados no Ministério da Saúde, apenas 37 informaram aos pesquisadores que de fato realizavam a interrupção legal da gestação. Na ocasião, sete estados não tinham nenhum serviço ativo, e em apenas seis estados havia mais de um serviço.

Segundo Thália Velho Barreto de Araújo e outras, (Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-11, 2018) “são postas diversas barreiras ao acesso a serviços de saúde no atendimento a essas complicações, como sentimentos de vergonha ou medo de serem maltratadas por profissionais de saúde, falta de rede de apoio para acompanhá-las ou para cuidar de suas crianças e falta de recursos para custear transporte até o serviço. Ademais, é comum a demora na admissão e atendimento das mulheres nos serviços de saúde, cujo atendimento é secundarizado em consequência do estigma que envolve o aborto. Mesmo mulheres em situação de abortamento espontâneo podem sofrer com atrasos e julgamentos ao buscar serviços de saúde se as/os profissionais assumirem que o aborto foi induzido.

No mesmo sentido, Mariana Silveira Barcelos e Luciana Patrícia Zucco (Aborto legal: direito de acesso restrito In: LISBOA, Teresa Kleba Zucco. *Estudos interdisciplinares sobre gênero, família e saúde*. Tubarão: Copiart, 2017) se depararam com relatos semelhantes de mulheres que buscaram realizar o aborto previsto em lei, marcados pela demora no acesso aos direitos e por

preconceitos nas falas e ações de profissionais que deveriam acolher e orientar aquelas que buscam um serviço de saúde para interromper a gestação. É destacada a situação de uma mulher que passou por oito instituições até conseguir realizar a interrupção da gravidez, demonstrando como a “presença de valores morais, da cultura e das crenças religiosas da sociedade local atravessaram a vida dessa e de outras mulheres, dificultando não somente seu deslocamento como também sua posição diante da violência sexual sofrida.

É dever do Sistema Único de Saúde evitar que essas situações de violação de direitos se repitam e garantir o mais amplo acesso aos serviços de atenção integral à saúde de pessoas em situação de interrupção legal de gestação.

Oportuno destacar que, no âmbito do Sistema Internacional de Direitos Humanos, a Recomendação nº 19 do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) define que a discriminação contra as mulheres inclui todas as formas de violência de gênero, ou seja, *“manifestações de violência dirigidas contra as mulheres enquanto mulheres ou que afetam desproporcionalmente as mulheres. Estas manifestações incluem atos que infligem danos ou sofrimento físico, mental ou sexual, ameaças de tais atos, coerção e outras formas de limitação da liberdade”*.

A Recomendação nº 19 foi atualizada pela Recomendação nº 35 da CEDAW, que merece destaque ao tratar a gravidez forçada, a criminalização do aborto e a negação ou o atraso no aborto seguro e de cuidados pós-aborto como formas de violência de gênero e de violações à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, equiparando-as à tortura.

No Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, promulgada pelo Decreto nº 1.973, de 01 de agosto de 1996, define o que se entende por violência contra a mulher em seus artigos 1 e 2:

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica. a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras turmas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Da análise da Convenção, convém ressaltar a previsão no que tange à violência institucional, ou seja, a violência praticada contra vítimas de crimes por agentes estatais no exercício da função ou pelo próprio mau funcionamento do sistema de saúde pública em razão de suas omissões estruturais, decorrentes de discriminações históricas contra mulheres. Dessa dimensão, é possível concluir que a inação do Poder Público manifestada, por exemplo, pela falta de dados para embasar políticas mais efetivas, bem como pelo descumprimento sistêmico da lei por razões de ordem moral-privada, filosófica ou religiosa, promove a revitimização de mulheres e meninas pelo Estado brasileiro, configurando grave violação de direitos humanos.

Por fim, interessa abordar em linhas gerais que a eliminação de todas as formas de violência de gênero é fundamental à consecução dos objetivos de desenvolvimento sustentável da Agenda 2030, em especial os ODS 3 (Saúde e Bem-estar) e o ODS 5 (Igualdade de Gênero), com destaque para a meta 5.6: *“Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão”*. Nesse sentido, medidas como destinação adequada de recursos financeiros, acesso universal à informação, educação sexual e capacitação de agentes públicos são consideradas fundamentais ao desenvolvimento sustentável do ponto de vista econômico, ético e social.

Assim, o Brasil tem o dever não apenas de ampliar e qualificar a gestão e oferta de serviços de referência em todo o país (levando-se em consideração o potencial de capilarização decorrente da existência de serviços que preenchem os requisitos da Portaria MS/GM n. 485/2014, muito embora não realizem o procedimento), mas também garantir que o serviço seja prestado de forma adequada, sem a criação de barreiras de acesso e obstáculos ou expedientes que possam infligir à mulher maior sofrimento ou constrangimento.

2. Impossibilidade de restringir o acesso ao aborto em razão da idade gestacional

O Código Penal não traz, como sabemos, nenhuma limitação de idade gestacional para a realização do aborto legal. O procedimento deve ser realizado sempre que a equipe de saúde entender ser seguro e adequado, atendendo à escolha e ao consentimento da mulher, menina e/ou de seu representante legal.

Destaca-se que, quando o Código Penal autoriza a interrupção da gestação nos casos previstos no art. 128, ele escolhe, com base em uma ponderação legal de interesses, a vida da pessoa que gesta como bem jurídico de maior importância em detrimento dos direitos do embrião/feto desde a concepção. Isso porque a lei não estabelece qualquer restrição, não aponta uma determinada idade gestacional a partir da qual os direitos do “nascituro” deveriam ser privilegiados em detrimento aos direitos da mulher. Independente da idade gestacional ou da viabilidade fetal, a vontade da pessoa que gesta deve prevalecer nos casos previstos em lei: é um direito dela.

Sobre o tema, colhe-se da Cartilha de Atenção Humanizada à Interrupção Legal da Gravidez em Santa Catarina, anteriormente referenciada:

É importante destacar que a ILG em gestações avançadas é um desafio para todas as pessoas, considerando que o direito legal e a assistência integral e humanizada às meninas e mulheres precisam ser garantidos. Diante disso, em gestações acima de 22 semanas, a equipe técnica avaliará cada situação individualmente, compreendendo-se que a idade gestacional não determina a não realização do procedimento. Quando há viabilidade fetal, orienta-se que seja realizado o procedimento de indução de assistolia fetal previamente à

indução de parto, cabendo aos serviços e às/aos gestoras(es) organizarem-se para que este procedimento seja garantido (p. 26).

Nesse ponto, convém esclarecer que o termo “aborto” abrange uma variedade de condições clínicas que requerem definições e distinções mais precisas, conforme bem pontuou o Ministério da Saúde na Nota técnica conjunta n. 37/2023/SAPS/SAES/MS. Assim, o aborto pode ser espontâneo, conceituado como *“morte embrionária ou fetal não induzida ou passagem dos produtos da concepção antes de 22 semanas de gravidez ou pesando menos do que 500 gramas”*, ou induzido, definido como *“expulsão completa ou extração de um embrião ou feto [independente da duração da gravidez], depois de uma interrupção deliberada de uma gravidez em andamento por meios medicamentosos ou cirúrgicos, que não resulta em um nascido vivo”*.

Assim, a idade gestacional e o peso fetal se mostram relevantes apenas para a definição do aborto espontâneo, sendo irrelevantes para a configuração do aborto induzido, que pode ocorrer independente do tempo gestacional. Nesse sentido, o Ministério da Saúde faz referência à Organização Mundial da Saúde (OMS) ao registrar que *“no conceito de aborto induzido, não importa o estabelecimento da viabilidade fetal, pois a intenção no aborto induzido é a interrupção da gravidez”*.

Na verdade, a idade gestacional importará apenas para fins de escolha do método abortivo adequado, não sendo impedimento para a realização do procedimento, como bem aponta a promotora de justiça Mirella de Carvalho Bauzys Monteiro⁷. Existem protocolos médicos atualizados para a interrupção de gestações que excedam as 22 (vinte e duas) semanas, principalmente por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), como a indução de assistolia fetal - conforme bem pontua a mencionada Nota Técnica Conjunta n. 37/2023 – SAPS/SAES/MS - práticas que não se confundem com antecipação terapêutica do parto

Além disso, essa restrição normativa tem limitado o acesso ao aborto no Brasil principalmente quando se trata de meninas vítimas, as quais não costumam

⁷ MONTEIRO, Mirella de Carvalho Bauzys. A política pública de garantia do direito ao aborto legal em gravidez decorrente de estupro: a inapropriada limitação da idade gestacional e a atuação do Ministério Público. In: MARCON, Chimelly Louise de Resenes (Org). A defesa dos direitos humanos das mulheres na visão de mulheres do Ministério Público: volume II. João Pessoa, PB: Editora Porta, 2023.

ter “conhecimento do próprio corpo para entender o que está acontecendo. Isso faz com que elas busquem o serviço de saúde tardiamente, o que vai resultar em uma possível não realização do procedimento do aborto”⁸.

Ainda sobre o tema, de acordo com recente matéria jornalística publicada pelo Portal Catarinas, dos 114 (cento e quatorze) serviços de referência listados pelo Ministério da Saúde, apenas 4 (quatro), em todo o país, realizam interrupções de gravidez acima de 20 (vinte) semanas em caso de violência sexual.⁹ Observa-se, portanto, que o tempo de idade gestacional tem se apresentado como barreira concreta à realização do aborto induzido nos casos de estupro, em que pese a lei não estabeleça qualquer limite nesse sentido.

É sabido que unidades hospitalares e profissionais de saúde invocam, para fundamentar a negativa, norma técnica do Ministério da Saúde de 2012, falta de equipamentos ou capacitação técnica para realização do procedimento em idade gestacional mais avançada, ou, ainda, objeção de consciência.

Nesse aspecto, releva pontuar que as atuais diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados no aborto (2022) desaconselham leis e outras regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites de idade gestacional.¹⁰

No mesmo sentido, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) emitiu em junho de 2022 nota informativa¹¹ por meio da qual conclui que:

Os limites estabelecidos em manuais ou normas técnicas do Ministério da Saúde são infralegais e devem ser superados a partir das evidências científicas e recomendações das sociedades da especialidade. A FEBRASGO, em seus documentos técnicos, como o Protocolo nº 69 “Interrupções da

⁸ Idem, p. 632.

⁹ <https://catarinass.info/apenas-quatro-hospitais-interrompem-gestacoes-acima-de-20-semanas-no-brasil/>. Consulta realizada em 25/01/2024.

¹⁰ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1>. Consulta realizada em 25/01/2024.

¹¹ <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1470-nota-informativa-aos-tocoginecologistas-brasileiros-sobre-o-aborto-legal-na-gestacao-decorrente-de-estupro-de-vulneravel> Consulta realizada em 25/01/2024.

gravidez com fundamento e amparo legais”, a exemplo das diretrizes da FIGO e a Organização Mundial da Saúde, não limita a assistência a meninas e mulheres em situação de aborto legal à idade gestacional. Há, inclusive, orientações sobre a dose do tratamento adequado para o aborto induzido em idades gestacionais mais avançadas.

Diante do exposto, conclui-se que a norma técnica brasileira, publicada em 2012, que não recomenda a interrupção da gestação decorrente de estupro a partir de 22 (vinte e duas) semanas carece de atualização no que tange ao conceito de aborto induzido e às possibilidades médicas de sua realização após a 22ª semana de gestação, devendo ser interpretada à luz da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), das leis e das evidências científicas de modo a não representar violação a direitos de mulheres e meninas.

Assim, recomenda-se que o posicionamento adotado pelo Ministério da Saúde na Nota técnica conjunta n. 37/2023/SAPS/SAES/MS seja transformado em orientação geral aos serviços de saúde, notadamente no que toca à inexistência de limitação à realização do aborto legal em decorrência da idade gestacional.

3. Comunicação externa à autoridade policial

Em 2019, a Lei Federal n. 10.778/2003, que dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher por parte de profissionais de saúde (notificação para fins epidemiológicos e estatísticos), sofreu alterações para prever a obrigatoriedade da comunicação externa dos casos de violência contra a mulher à autoridade policial (art. 1º, § 4º).

Tal alteração, contudo, precisa ser lida à luz do art. 3º da mesma lei, o qual estabelece que *“a notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido”*, bem como de seu parágrafo único, segundo o qual *“a identificação da vítima de violência referida nesta lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável”*.

Assim, parece-nos evidente que a comunicação de casos de violência sexual à autoridade policial por parte dos serviços de saúde, com a identificação da vítima, reveste-se de um caráter de excepcionalidade, somente podendo se efetivar em caso de risco à comunidade ou à vítima, com conhecimento prévio da ofendida, e a juízo da autoridade sanitária, que deve se pautar nas hipóteses de quebra de sigilo previstas nos Códigos de Ética profissional.

Nas outras situações, a comunicação à polícia precisa ocorrer respeitando-se o princípio ético do sigilo profissional, partilhando-se apenas informações que sejam úteis para fins estatísticos e de elaboração e avaliação da política de segurança pública.

Destaca-se, nesse contexto, que o sigilo profissional não é apenas dever ético e legal, mas também direito da paciente, consoante se extrai da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e dos Códigos de Ética Médica, da Enfermagem, da Psicologia e do Serviço Social. Trata-se de condição para a existência de uma relação de confiança entre profissional de saúde e paciente – e, no contexto específico de mulheres e meninas em situação de interrupção legal da gestação decorrente de estupro, a comunicação obrigatória à autoridade policial geraria legítimo temor de não ser capaz de provar a violência sofrida e, ainda, de ver-se na condição de ré. Esse medo, por certo, tende a afastar mulheres dos serviços de saúde, forçando-as ao aborto clandestino e inseguro que, hoje, constitui a quarta causa principal de mortalidade materna no Brasil.

Assim assevera a NOTA TÉCNICA Nº 5 - DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU:

(...) a palavra da vítima de crime sexual que busca assistência médica deve ser recebida com presunção de veracidade pelo serviço de saúde, pois não se deve confundir os objetivos de assistência à mulher com os objetivos da justiça criminal.

Os procedimentos do serviço de saúde não podem ser confundidos com procedimentos policiais ou judiciais, que têm objetivos distintos e devem ser realizados de maneira independente. Nos casos de violência sexual, a assistência médica é prioritária e imediata, tem como foco o bem-estar da mulher, adolescente ou criança e deve ser garantida antes de qualquer providência no âmbito policial ou judicial. Boletim de Ocorrência e laudo do IML

são documentos elaborados para a persecução penal e não são exigidos como condição para a realização do aborto [...]

Impende salientar que, caso a comunicação do fato seja prejudicial à vítima da violência sexual, não pode ser imposto o dever de comunicação. Diante da necessidade de preservação da saúde da mulher, cabe aplicação do estado de necessidade previsto no art. 23, I, do Código Penal.

O art. 154 do CP e o art. 66, II, da LCP exigem que sua aplicação seja conduzida por interpretação sistêmica, levando em consideração princípios constitucionais e direitos humanos atinentes à assistência à saúde. O sigilo médico apenas pode ser afastado se houver justa causa. Mesmo em casos de crimes de ação penal pública incondicionada, se a comunicação acarretar prejuízo para a paciente, o dever de confidencialidade médica deve ser preservado e a comunicação não deve ser feita, ou deve ser postergada para notificação posterior, quando o risco for debelado [...].

Portanto, a Lei nº 13.931/19, ao alterar a Lei n. 10.778/03 e determinar a comunicação externa à autoridade policial no prazo de 24 horas, deve ser interpretada em conjunto com o referido artigo e com os institutos que justificaram a confecção da lei, primando pelo sigilo como regra geral e, apenas de modo excepcional, efetivar a identificação da vítima dentro dos casos pautados no parágrafo único de seu artigo 3º.

Dito isso, e visando solucionar a situação de insegurança jurídica decorrente da inclusão do art. 1º, § 4º à Lei n. 10.778/03, recomenda-se seja regulamentada a comunicação externa à autoridade policial, consagrando-se o entendimento consentâneo com a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) no sentido da preservação do sigilo profissional, com o compartilhamento de informações que não identifiquem a vítima, salvo nas hipóteses excepcionais já previstas no art. 3º, parágrafo único, da mesma lei.

4. Aborto por telemedicina

O Ministério da Saúde, em sua Nota Técnica Conjunta n. 37/2023/SAPS/SAES/MS, faz referência às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a possibilidade de oferta do serviço de telemedicina para aborto induzido em gestações de até 12 (doze) semanas.

Sobre o tema, no contexto da pandemia, a importância da implementação de serviços de abortamento legal por telemedicina já havia sido sustentada por representantes das Defensorias Públicas da União e dos Estados por meio da **RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 4462930 - DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU:**

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 [...].

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/3º OFÍCIO, 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.

Note-se que os benefícios da utilização da telemedicina se destacam independentemente do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19, declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) aos 05/05/2023.

5. Direito ao aborto em caso de risco à vida da gestante

Os índices de mortalidade materna no Brasil são inaceitáveis. Com a pandemia de COVID-19, alcançamos 107 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, sendo que em 2019 o índice era de 58 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Sabe-se

que uma em cada três dessas mortes são decorrentes de doenças maternas graves, preexistentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período¹².

Nesse contexto, a decisão por interromper a gestação não pode ser tomada apenas em condições clínicas agravadas, quando já não se consegue salvar a vida da gestante. A aferição do risco à vida deve levar em consideração a avaliação de que o desenvolvimento da gravidez poderá provocar a morte da pessoa que gesta.

Ademais, é de se perquirir, por exemplo, se a manutenção da gestação decorrente de violência sexual não é capaz de gerar, em alguns casos, riscos à vida e à saúde física e psíquica de crianças e adolescentes.

Levantamento recente elaborado pela Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos (RFS), utilizando dados dos Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ambos do DataSUS, identificou que 252.786 meninas foram mães num período de dez anos no Brasil (2010-2019). De acordo com a pesquisa, uma criança é mãe a cada 20 minutos no Brasil, mais de 70 partos são realizados em meninas por dia e cerca de 20 mil meninas engravidam em decorrência de estupro por ano¹³.

Além das consequências a médio e longo prazo na vida dessas crianças e adolescentes em fase de desenvolvimento, sujeitas – ainda que em teoria – à proteção integral do Estado, a pesquisa da RFS demonstrou que **a gestação nos corpos de crianças e adolescentes representa risco às suas vidas.**

O relatório da pesquisa demonstrou que, em todos os indicadores de saúde aferidos, os piores dados correspondiam às gestações nos corpos das meninas quando comparados com as gestações nas demais faixas etárias: i. a razão de mortalidade materna para as meninas mães foi de 62,57 por 100 mil nascidos vivos, em comparação aos 57,27 na média de todas as faixas etárias; ii. os óbitos fetais representaram uma taxa de 13,64 natimortos por mil nascidos vivos, enquanto a taxa geral foi de 10,72; iii. maior prematuridade fetal na razão de 16,8% comparada com 13,2%, em outras faixas etárias; iv. elevadas taxas de cesarianas na razão de

¹² Conforme Nota Técnica Conjunta n. 37/2023/SAPS/SAES/MS.

¹³ UMA CRIANÇA É MÃE A CADA 20 MINUTOS NO BRASIL. Reportagem de Daniela Valenga. Catarinas, 12 de outubro de 2021. Disponível em <https://catarinas.info/uma-crianca-e-mae-a-cada-20-minutos-no-brasil/> Acesso em 05/12/2023.

38% das meninas mães, quando comparada à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de cerca de 15% de cesarianas; v. baixo peso dos fetos com coeficiente de 13%, comparado com 9,65% nas demais faixas etárias.

Assim, observando apenas indicadores relacionados à saúde, pode-se observar que a gestação das meninas representa maiores riscos de mortalidade materna e de complicações decorrentes da gestação.

Esses riscos agravados são também confirmados pela Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) que, em sua “Nota Informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável”¹⁴, assim dispõe:

Na infância e na puberdade, a menina ainda não concluiu seu processo de maturidade cognitiva, psicossocial e biológica. Diante de uma gravidez, essa condição de imaturidade biológica da adolescência precoce traz como consequência uma maior taxa de complicações obstétricas, tais como anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, parto prematuro e partos distócicos. As taxas de mortalidade materna entre as gestantes menores do que 14 anos chegam a ser 5 vezes maiores do que entre gestantes entre 20-24 anos.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que meninas abaixo de 16 (dezesesseis) anos correm risco de morte materna quatro vezes maior que o das mulheres entre 20 (vinte) a 30 (trinta) anos, sendo que as taxas de mortalidade de seus neonatos é 50% (cinquenta por cento) superior¹⁵.

Assim, parece-nos indispensável que haja orientação aos serviços de saúde a respeito da interrupção da gestação por risco à vida da gestante, a fim de resguardar o direito à vida e à saúde das mulheres e meninas.

6. Objeção de consciência

¹⁴ Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1470-nota-informativa-aos-tocoginecologistas-brasileiros-sobre-o-aborto-legal-na-gestacao-decorrente-de-estupro-de-vulneravel>. Acesso em 05/12/2023.

¹⁵ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará*. MESECVI, 2016.

Outra barreira ao exercício do aborto legal que exsurge do sistema público de saúde é o uso indevido da objeção de consciência por profissionais de saúde. A objeção de consciência ocorre quando a(o) profissional médica(o) se recusa a praticar determinada conduta em razão de suas íntimas convicções, sejam elas de ordem moral, religiosa ou filosófica. Está amparada pelo inciso VII, do Capítulo I e inciso IX, do Capítulo II, ambos do Código de Ética Médica, que dispõem:

Capítulo I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Capítulo II DIREITOS DOS MÉDICOS É direito do médico: IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

No entanto, mesmo na situação de objeção de consciência, a(o) profissional tem o dever de informar à pessoa que gesta sobre o seu direito ao aborto legal, promovendo o seu encaminhamento para atendimento de outra(o) profissional, ou, se exigir o caso, para outra unidade de saúde apta a realizar o procedimento. Em resumo, *o exercício do direito da(o) profissional objetor(a) não pode violar o direito da mulher a interromper a gestação.*

Nesse sentido a Resolução 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina:

Art. 9º A interrupção da relação do médico com o paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar o fato ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade da assistência por outro médico, dentro de suas competências.

Parágrafo único. Em caso de assistência prestada em consultório, fora de estabelecimento de saúde, o médico deve registrar no prontuário a interrupção da relação.

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Além disso, nos termos da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (2011), a objeção de consciência não pode ser invocada a) em caso de risco de vida para a gestante; b) em situação de aborto legal, quando não houver outro médico habilitado a fazê-lo e a omissão puder causar danos ou agravos à saúde da vítima; c) em casos de urgência, no atendimento de complicações derivadas de aborto inseguro.

Por fim, importante enfatizar que a objeção de consciência é direito personalíssimo da(o) profissional médica(o) e não das instituições, de modo que não é possível a uma unidade de saúde invocar a objeção de consciência, de forma generalista, para não realizar o aborto legal. O serviço público de saúde deve ser prestado à população de forma contínua, sem interrupção ou exceções, como recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS).

7. Imposição de obrigações desumanas para o aborto legal

Atualmente, há tramitação de alguns projetos de lei em Câmaras Municipais e Assembleias Legislativa do país obrigando mulheres que buscam o aborto legal na rede pública de saúde a verem, de forma detalhada, inclusive com imagens, o desenvolvimento do feto semana a semana. Além disso, de acordo com alguns textos normativos, as mulheres devem ver, por meio de vídeos e imagens, como é feita a cirurgia para executar o procedimento, além da necessidade de escuta dos batimentos cardíacos dos fetos.

Nesses termos, foi sancionada a Lei Municipal nº 7.492, de 19 de dezembro de 2023 do Município de Maceió, que prevê o seguinte:

Art. 1º Os estabelecimentos da rede municipal de saúde ficam obrigados a orientar e esclarecer às gestantes sobre os riscos e as consequências do abortamento nos casos permitidos pela lei, quando estas optarem pelo procedimento na rede pública.

Parágrafo Único. Deverão ser capacitadas equipes multiprofissionais para que atuem, previamente, prestando esclarecimentos e conscientizando as gestantes e os seus familiares sobre os riscos do procedimento e suas consequências físicas e psicológicas na saúde da mulher.

Art. 2º A equipe multidisciplinar durante os encontros com as gestantes e os seus familiares deverão:

I - Apresentar, de forma detalhada e didática, se valendo, inclusive, de ilustrações, o desenvolvimento do feto semana a semana;

*II - **Demonstrar, por meio de vídeos e imagens, os métodos cirúrgicos utilizados para executar o procedimento abortivo, sendo eles:***

a) a aspiração intrauterina;

b) a curetagem uterina; e

c) o abortamento farmacológico.

III - Explicar a necessidade e o objetivo dos exames clínicos e laboratoriais que antecedem o procedimento abortivo;

*IV - **Apresentar todos os possíveis efeitos colaterais físicos e psíquicos decorrentes do abortamento, dentre eles:***

a) perfuração do útero, quando o aborto é realizado pelo método de aspiração;

b) ruptura do colo uterino;

c) histerectomia;

d) hemorragia uterina;

e) inflamação pélvica;

f) infertilidade;

- g) gravidez ectópica;*
- h) parto futuro prematuro;*
- i) infecção por curetagem mal realizada;*
- j) aborto incompleto;*
- k) comportamento autopunitivo;*
- l) transtorno alimentar;*
- m) embolia pulmonar;*
- n) insuficiência cardíaca;*
- o) sentimentos de remorso e culpa;*
- p) depressão e oscilações de ânimo e;*
- q) choro desmotivado, medos e pesadelos.*

V - Informar às gestantes e aos seus familiares sobre a possibilidade da adoção pós-parto e apresentar os programas de adoção que acolhem recém-nascidos.

(...)

Além da mencionada lei alagoana, objeto de ação direta de inconstitucionalidade proposta pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas, deve ser mencionado o Projeto de Lei nº 9.647/2023, que tramitou na Câmara Municipal de Santa Maria/RS. O referido projeto propõe em seu art. 2º que profissionais médicas(os) orientem mulheres grávidas resultantes de estupro a ouvir os batimentos cardíacos do nascituro antes de decidirem sobre a interrupção legal da gestação, permitida nos casos de violência sexual. A mencionada proposta foi aprovada com 12 (doze) votos favoráveis e 6 (seis) contrários, tendo sido vetada pelo prefeito do município em dezembro de 2023.

Na esteira de tais iniciativas, registra-se que foi sancionada a Lei Estadual nº 22.537/2024, pelo Governador do Estado de Goiás, que estabelece uma série de ações contra o aborto nos casos legais, entre elas que o Estado forneça "o exame de ultrassom contendo os batimentos cardíacos do nascituro para a mãe".

Na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por sua vez, foi protocolado em maio de 2023 um projeto de lei que tenta obrigar as equipes médicas do estado a convidarem vítimas de estupro para escutar batimentos cardíacos do feto antes de optarem pelo aborto legal.

Possível verificar que os textos normativos citados, ao criarem novas e desumanas barreiras para a realização do aborto nas hipóteses legais, visam, em verdade, impor limites ao aborto induzido em casos autorizados.

Tais expedientes, direcionados com a intenção de infligir angústia, dor e culpa na pessoa que gesta, forjam um tratamento mais do que indigno ou degradante, enquadrando-se na categoria da perversidade, na medida em que violentam não apenas o corpo, mas o estado psicológico da mulher, que já se encontra em posição de extrema vulnerabilidade, seja por ter sido vítima de violência sexual, por carregar consigo um feto anencéfalo ou por estar correndo risco de vida.

Além disso, tais intentos contribuem para o enfraquecimento e deturpação da própria subjetividade da mulher, fomentando uma autopercepção distorcida e desumanizante de si própria.

A obrigação da escuta dos batimentos cardíacos de um feto fruto de uma violência sexual extrema rebaixa o *status* social da mulher perante a sociedade, pois tais previsões normativas indicam que para o Estado a mulher é apenas e tão-somente um corpo, sem autonomia, desejos, projetos, vontade própria. Ora esse corpo é violado para satisfazer a lascívia de um homem, mesmo sem consentimento e mediante violência, ora esse corpo é violado para manter incólume o fruto não desejado da violência sexual sofrida.

Para além da desumanidade e perversidade, os textos normativos que objetivam a limitação de um direito, ainda que ao custo do comprometimento da saúde mental das mulheres, são flagrantemente inconstitucionais, tendo em vista que violam a dignidade de todas aquelas que possuem prerrogativa legal de se valerem dos procedimentos do aborto, uma vez que se enquadrem nas hipóteses previstas em lei.

O Parecer 2023/FSTA/PL/PGM, elaborado pela Procuradoria Legislativa de Maceió a partir de análise técnica da lei aprovada naquele município, ressalta com

veemência a inconstitucionalidade do projeto de lei aprovado pela Câmara Municipal, destacando o caráter inconstitucional do projeto por uma série de razões, dentre as quais as seguintes:

“ainda que o SUS seja formado por um conjunto de ações em níveis municipal, estadual e federal, somente altera-se legislação referente às suas normativas no âmbito federal.

Ressaltamos que esta medida, se aprovada, vai de encontro à Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS) e à Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento (Ministério da Saúde) e fere os princípios fundamentais da bioética no abortamento ao desrespeitar a garantia da mulher em sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, sem que haja interferência provida de juízo de valor, preconceito, estereótipos e discriminação e ao abrir espaço para que os aspectos morais e religiosos interfiram na decisão da mulher.”

Por todo o exposto e considerando que projetos de lei com os objetivos ora descritos proliferam-se pelas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas de nosso país, revela-se necessária a adoção de orientação aos serviços de saúde a respeito da interrupção da gestação nas hipóteses legais, não devendo as equipes médicas adotarem procedimentos atentatórios à dignidade das mulheres e que criam, em verdade, obstáculos desumanizantes e perversos ao exercício de um legítimo direito.

Nas hipóteses de atendimento de mulheres vítimas de estupro para a realização de aborto legal, é importante que o Ministério da Saúde alerte agentes dos serviços que a intimidação da mulher por meio da imposição de tais procedimentos poderá configurar o crime de violência institucional, ex vi do art. 15-A da Lei 13.869/2019:

“Violência Institucional (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade: (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

I - a situação de violência; ou (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização: (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

§ 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços). (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)

§ 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro. (Incluído pela Lei nº 14.321, de 2022)”

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que as diversas barreiras que se impõem como óbice à efetivação do aborto legal configuram violações sistemáticas aos direitos humanos de mulheres e meninas no País, afetando, sobretudo, mulheres e meninas negras pertencentes às classes sociais menos favorecidas economicamente.

Rompem, da mesma forma, com os princípios democráticos preconizados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e pelos Tratados Internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Estado brasileiro, dentre os quais destacam-se a dignidade da pessoa humana, a não-discriminação, a igualdade, a liberdade religiosa, a laicidade do Estado, a proibição à tortura, além de

atentarem contra a vida, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas.

Ante todo o exposto, a Defensoria Pública **RECOMENDA** ao Ministério da Saúde que:

- 1- garanta as condições para a ampliação e a qualificação dos serviços de aborto legal no país, de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial, geográfico e de vulnerabilidade, adequados ao acesso oportuno e atendimento humanizado e integral de todas as mulheres que necessitem *(levando-se em consideração o potencial de capilarização decorrente da existência de serviços que preenchem os requisitos da Portaria MS/GM n. 485/2014, muito embora não realizem o procedimento)*, destacando e alocando recursos orçamentários para a criação de programa específico voltado a esta finalidade, com a concessão de incentivos financeiros a Estados e Municípios, e investimento em capacitação profissional;
- 2- edite portaria contendo manual com orientações aos serviços de aborto legal, contemplando o importante posicionamento externado na Nota Técnica Conjunta n. 37/2023/SAPS/SAES/MS, bem como os fundamentos esposados na presente recomendação;
- 3- realize a divulgação, em linguagem simples e objetiva, das orientações técnicas, endereços, telefones e horários de funcionamento referentes às unidades de saúde que ofertam o serviço de aborto legal induzido no âmbito do SUS.

SALIENTA-SE que a Defensoria Pública se mantém aberta ao diálogo e à construção de soluções para a questão ora posta.

Assim, com base no art. 44, inc. X, da Lei Complementar nº 80/1994, REQUISITA-SE que, **no prazo de 10 dias após o recebimento**, seja informado sobre o

acatamento da presente Recomendação, com o envio de plano de ação por meio de mensagem eletrônica ao endereço de e-mail 02drdhrj@dpu.def.br.

Cordialmente,

Rio de Janeiro, 30 de janeiro de 2023.

Documento assinado digitalmente
 **SHELLEY DUARTE MAIA**
Data: 02/02/2024 12:37:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

SHELLEY DUARTE MAIA

Defensora Pública Federal

Defensora Pública Regional de Direitos Humanos no Rio de Janeiro

Documento assinado digitalmente
 **CAROLINA SOARES CASTELLIANO LUCENA DE C**
Data: 02/02/2024 13:04:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CAROLINA SOARES CASTELLIANO LUCENA DE CASTRO

Defensora Pública Federal

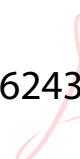
Defensora Nacional de Direitos Humanos

Documento assinado digitalmente
 **VIVIAN NETTO MACHADO SANTAREM**
Data: 03/02/2024 09:35:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

VIVIAN NETTO MACHADO SANTARÉM

Defensora Pública Federal

Membra do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

LUANI
MELO:06243
365492
 Assinado de forma
digital por LUANI
MELO:06243365492
Dados: 2024.02.02
14:23:11 -03'00'
LUANI MELO

Defensora Pública Federal

Membra do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

ROSSANA PICARELLI DA SILVA

Defensora Pública Federal

Membra do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

ANA LÚCIA MARCONDES FARIA DE OLIVEIRA

Ponto focal do Grupo de Trabalho Mulheres da Defensoria Pública da União

ANNE TEIVE AURAS

Defensora Pública do Estado de Santa Catarina

Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

THAÍSA GUERREIRO DE SOUZA

Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro

Coordenadoria de Saúde da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro/Membro da CGAISM - Comissão de Garantia da Atenção Integral à Saúde de Meninas e Mulheres (CGAISM) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

ALESSANDRA NASCIMENTO ROCHA GLÓRIA

Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro

Coordenadoria de Saúde da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro/Membro da CGAISM - Comissão de Garantia da Atenção Integral à Saúde de Meninas e Mulheres (CGAISM) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

MARIA MATILDE ALONSO

Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro

Subcoordenadora de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro/Membro da CGAISM- Comissão de Garantia da Atenção Integral à Saúde de Meninas e Mulheres (CGAISM) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

ZELIANA LUZIA DELARISSA SABALA

Defensora Pública do Estado de Mato Grosso do Sul

Coordenadora do Núcleo Institucional de Defesa e Promoção dos Direitos da Mulher - NUDEM/MS

VIVIANE LUCHINI

Defensora Pública do Estado da Bahia

Titular da 1 DP da Mulher NUDEM/BA

TEREZINHA MUNIZ DE SOUZA CRUZ

Defensora Pública do Estado de Roraima

**Chefe da Defensoria Pública Especializada de Promoção e Defesa dos Direitos
da Mulher**

TATIANA CAMPOS BIAS FORTES

Defensora Pública do Estado de São Paulo

**Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da
Mulher**

CAROLINA GODOY LEITE

Defensora Pública Federal

Membra do Grupo de Trabalho Saúde da Defensoria Pública da União

DÉBORA MACHADO ARAGÃO

Defensora Pública do Estado de Rondônia

**Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos
das Mulheres**

ANTONIA CARNEIRO

Defensora Pública do Distrito Federal

**Coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos
das Mulheres**

MARIANA MARTINS NUNES

Defensora Pública do Estado do Paraná

**Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da
Defensoria Pública do Estado do Paraná**

MARIA CECÍLIA PINTO E OLIVEIRA

Defensora Pública do Estado de Minas Gerais

**Titular da Defensoria Especializada de Defesa dos Direitos das Mulheres em
Situação de Violência de Gênero de Belo Horizonte**

SAMANTHA VILARINHO MELLO ALVES

Defensora Pública do Estado de Minas Gerais

Coordenadora Estadual de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

TATIANA MARIA BRONZATO NOGUEIRA

Defensora Pública do Estado de Goiás

**Coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da
Defensoria Pública do Estado de Goiás**

CLÁUDIA ISABELE F. P. DAMOUS

Defensora Pública do Estado do Maranhão

**Titular da Defensoria de Defesa dos Direitos das Mulheres de Pessoas
Vulneráveis da Comarca de São José de Ribamar/MA**

LIA MEDEIROS DO CARMO.IVO

Defensora Pública do Estado do Piauí

Coordenadora do Núcleo de Defesa da Mulher de Teresina/PI

FRANCISCA DE FÁTIMA PEREIRA ALMEIDA DINIZ

Coordenadora do Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública da PB

JERITZA BRAGA ROCHA LOPES

Defensora Pública do Estado do Ceará

**Supervisora do Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a Mulher -
NUDEM**

DÉBORA DA SILVA ANDRADE

Defensora Pública do Estado de Pernambuco

**Coordenadora do Núcleo Especializado de Defesa da Mulher Vítima da
Violência Doméstica e Familiar - NUDEM/PE**

LARISSA MACHADO SILVA NOGUEIRA

Defensora Pública do Estado do Pará

**Coordenadora do Núcleo de Prevenção e Enfrentamento à Violência de
Gênero - NUGEN/PA**

