



OFÍCIO Conjunto N.º 1/2022/NUDEM

São Paulo, 21 de junho de 2022.

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Departamento de Ações Estratégicas

Assunto: Recomendação sobre a cartilha de orientação às/aos profissionais de saúde acerca da atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento

AS DEFENSORIAS PÚBLICAS DOS ESTADOS DE SÃO PAULO, PARANÁ, MINAS GERAIS, SANTA CATARINA, RONDÔNIA, MATO GROSSO DO SUL, DISTRITO FEDERAL, BAHIA, RIO DE JANEIRO, PIAUÍ, MARANHÃO, ESPIRITO SANTO e RORAIMA por meio dos NÚCLEOS ESPECIALIZADOS DE PROMOÇÃO O DE SÃO PAULO E DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES – NUDEM que esta subscrevem, e DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, por meio da DEFENSORIA

REGIONAL DE DIREITOS HUMANOS EM SÃO PAULO, instituições essenciais 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 aos/as necessitados/as, vem, com fundamento no art. 134 da Constituição Federal, no art. 4o., VII, XI e XVII, da Lei Complementar 80/94, nos termos do art. 8o.-A do Estatuto da Criança e do Adolescente, expor e recomendar o que segue.

I. DO OBJETO DA RECOMENDAÇÃO

O Ministério da Saúde divulgou na terça-feira, 7 de junho do presente ano, por meio do jornal Gazeta do Povo, versão preliminar do guia para “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO¹”, doravante denominado “Guia do Ministério da Saúde”. Segundo consta da apresentação do documento, este “é destinado a apoiar profissionais e serviços de saúde quanto às abordagens atualizadas sobre acolhimento e atenção qualificada baseada nas melhores evidências científicas e nas estatísticas mais fidedignas em relação à temática”.

A partir da análise jurídica das informações divulgadas no documento, as Defensorias Públicas resolveram expedir a presente Recomendação tendo como objetivos centrais a preservação dos direitos e garantias da dignidade, autonomia, sigilo, privacidade, informação e amplo e irrestrito acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas, bem como para que profissionais de saúde continuem a ser orientados/as pelo quanto estabelecido na legislação brasileira e internacional, no que tange aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas.

Evidentemente, não se ignora que o documento emitido pelo Ministério da Saúde não possui o condão de limitar/ obstar/ impedir de qualquer forma o pleno

¹ BVSMS. “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO. Disponível em <
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1e_drev.pdf> acesso em 13/06/22.

exercício dos direitos sexuais e reprodutivos por mulheres e meninas, uma vez que não possui força de lei. A despeito disso, é fato que no debate em torno da interrupção de gestação e da disponibilização da atenção e cuidado às mulheres, as opiniões dos/as profissionais da saúde revestem-se de grande valor, uma vez que eles/as são considerados/as autoridades em questões de saúde e que suas atitudes afetam diretamente a disponibilidade e a qualidade da assistência em saúde².

II. DAS ATRIBUIÇÕES DA DEFENSORIA PÚBLICA

A Emenda Constitucional 80/2014, dando nova redação ao art. 134 da Constituição Federal, qualificou a Defensoria Pública como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado e atribuiu-lhe, 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.

Por seu turno, a LC 80/94 estabelece em seu art. 4º. que são funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras, I - prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos/as necessitados/as, em todos os graus; II - promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos; III - promover a difusão e a conscientização dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico; VII - promover ação civil pública e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas hipossuficientes; X - promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos/as necessitado/as, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo

2 SCIELO. CACIQUE. Denis Barbosa; PASSINI, Renato; OSIS; Maria José Martins Duarte. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011 Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/p8wcPX8dBZ88R6wTjLhsGDB/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 14/06/22.

admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela; XI - exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência, da mulher em situação de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado.

Dentre os grupos que devem ter seus direitos protegidos pela Defensoria Pública, certamente um dos que mais sofrem com a inação estatal, a falta de políticas públicas específicas, a marginalização e as mais ignominiosas formas de violência, alvos que são de grande parte dos homicídios e estupro que ocorrem no Brasil, são as mulheres e meninas, sobretudo as que estão em situação de vulnerabilidade social.

O objeto da presente recomendação é especialmente relevante para essa população, pois, entre 2010 e 2020, **o aborto foi a quarta maior causa de mortalidade materna**, conforme dados do DATASUS corroborados por outros estudos³, sendo inegavelmente uma questão de saúde pública, e, a despeito da subnotificação, os dados existentes em relação ao tema são claros.

Não bastasse isso, é fato que, no contexto brasileiro, a atenção em saúde para mulheres e meninas que necessitam interromper a gestação nas hipóteses previstas em lei é insuficiente. No país, os serviços que realizam estes procedimentos são poucos, concentrados em grandes centros urbanos, em apenas 200 (3,6%) municípios brasileiros da região sudeste⁴ precisam, de forma frequente, se deslocar dentro do território nacional para obter atendimento em saúde, que deveria estar disponível de forma urgente. Ademais, segundo dados divulgados pela imprensa, Estados como Amapá e Sergipe, no primeiro semestre de 2020, realizaram apenas uma interrupção de gestação,

³ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>

MOZER, Mikaella. Brasil tem 55,82 de taxa de mortalidade materna, e o aborto é uma das principais causas, segundo pesquisa. Universidade Federal do Espírito Santo, Revista Universidade, 23 mar. 2021. Disponível em: <<https://blog.ufes.br/revistauniversidade/2021/03/23/brasil-tem-5582-de-taxa-de-mortalidade-materna-e-o-aborto-e-uma-das-principais-causas-segundo-pesquisa/>>. Acesso em 10 jun. 2022.

⁴ Jacobs, Marina Gasino, and Alexandra Crispim Boing. "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* 37 (2021): e00085321.

a despeito de terem registrado, respectivamente, 116 e 205 estupros⁵. Levantamento recente mostra que quatro Estados com menor registro de abortos nos casos previstos por lei exibem as maiores taxas de estupro (Amapá, Alagoas, Rondônia e Mato Grosso do Sul)⁶.

A Defensoria Pública tem como atribuição a garantia dos direitos das mulheres numa perspectiva de gênero e interseccional, ou seja, reconhecendo que aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos são relevantes na construção social do que é ser mulher, e que fatores como raça, classe, orientação sexual, procedência geográfica, dentre outros, submetem as mulheres a diferentes formas de opressões.

III. DA ANÁLISE DO TEOR DO CONTEÚDO DO GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”

a. A LEGISLAÇÃO: PLANO INTERNACIONAL

Primeiramente ressalta-se que o extrato normativo a nível internacional, constante às fls. 11 e 12 do “Guia do Ministério da Saúde”, de forma preliminar, seja pela sua incompletude, seja pela redação imprecisa, deixa de cumprir a função de orientar da forma mais adequada os profissionais de saúde.

Nesse passo, importante assinalar que, ao contrário do mencionado no documento acima citado, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (BRASIL, 2002) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), documentos que foram incorporados ao sistema normativo interno pelo Brasil, não reconhecem o direito à vida como prioridade máxima.

⁵ G1. Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2020/09/01/doze-estados-fizeram-menos-de-dez-abortos-legais-no-1o-semester-portaria-que-obriga-medicos-a-avisar-policia-dificulta-ainda-mais-o-acesso-dizem-especialistas.ghtml> acesso em 13/06/22.

⁶ GUZZO, Morgana. Aborto previsto em lei: um direito em disputa no Brasil. Disponível em <<https://catarinas.info/aborto-previsto-em-lei-no-brasil>> acesso, em 21/06/22.

Importante assinalar, ainda, que os **relatórios e comentários gerais emanados por órgãos que monitoram tratados dos quais o Brasil é signatário**, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, através da Recomendação Geral nº 33, **recomendam que os Estados-parte** revoguem a criminalização discriminatória, e revisem e monitorem todos os procedimentos penais a fim de assegurar que não discriminem direta ou indiretamente as mulheres, estimulando que os Estados-parte descriminalizem formas de comportamento que não sejam criminalizadas ou punidas tão duramente se realizadas por homens e descriminalizem comportamentos que somente podem ser realizados por mulheres, como o aborto⁷.

Já a Recomendação Geral nº 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê CEDAW **estabelece** que violações da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tais como criminalização do aborto e negação ou atraso do aborto seguro e de cuidados pós-aborto, continuação forçada de gravidez de mulheres e meninas são formas de violência de gênero que, **dependendo das circunstâncias, podem ser equiparadas à tortura ou ao tratamento cruel, desumano ou degradante**.

A Recomendação Geral nº 24 do Comitê CEDAW, da ONU, que trata sobre acesso à saúde, **recomenda** aos Estados partes a revisão da legislação que penaliza o aborto para remover as disposições punitivas impostas às mulheres que tenham se submetido ao aborto.

Vê-se, portanto, que a legislação internacional, incorporada ao direito brasileiro com status de lei, garante, em verdade, **às mulheres** o direito à vida, à saúde, à liberdade e à segurança pessoal, à igualdade e à igual proteção dentro da família, à liberdade contra a tortura, o tratamento cruel, desumano ou degradante e à liberdade de expressão, dentre outros.

⁷ COMPROMISSO E ATITUDE. Disponível em <https://assets-compromissoeatitude-igp.sfo2.digitaloceanspaces.com/2016/02/Recomendacao-Geral-n33-Comite-CEDAW.pdf><https://assets-compromissoeatitude-igp.sfo2.digitaloceanspaces.com/2016/02/Recomendacao-Geral-n33-Comite-CEDAW.pdf> > acesso em 13/06/22.

Em relação ao âmbito de proteção regional, a Convenção Interamericana de Direitos Humanos conhecida como Pacto de Costa Rica, estabelece que *“toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção”*. É de se observar que a informação constante no documento do Ministério da Saúde está incompleta, na medida que não consta o entendimento da Corte Interamericana em relação ao dispositivo acima mencionado.

Em caso submetido à Corte Interamericana de Direitos Humanos, conhecido como *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, enfrentou-se o argumento do direito à vida desde a concepção – *previsto na Convenção* – a partir de um patamar hermenêutico diverso. Até então, o direito à vida era valorado tão somente como obrigação estatal, negativa ou positiva (*proibição de privar alguém de sua vida arbitrariamente e obrigação de se proteger e preservar esse direito*). De modo diverso, no caso analisado, a Corte objetivou interpretar a extensão do direito à vida desde a concepção, definindo – inicialmente - que não há concepção de forma independente do corpo da mulher e que, por tal razão, ela decorre da *implantação*, ou seja, do estabelecimento do zigoto no útero. Decidido o que se pode entender como concepção, passou-se à análise do sentido do termo “em geral”, previsto no dispositivo da Convenção que trata do direito à vida. Em interessante análise interpretativa sistemática e histórica, a Corte recria as discussões em torno desse dispositivo quando de sua criação, além de como ele deve ser observado a partir do artigo 1º da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem⁸, chegando à conclusão de que não era intenção elevar o embrião ao *status* de pessoa. Na verdade, a concepção é juridicamente protegida porque se pretende proteger a mulher grávida, já que aquela ocorre dentro do corpo desta, ou seja, a proteção do nascituro se realiza através da proteção da mulher⁹.

Trata-se, em verdade, de interpretação evolutiva que leva em conta o princípio da interpretação mais favorável ao objeto e finalidade do Tratado.

⁸ Artigo I. *Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa.*

⁹ A decisão analisa, ainda, documentos de proteção de Direitos Humanos do Sistema Universal, Europeu e Africano, não limitando sua decisão aos documentos regionais.

Nesse último aspecto, percebe-se que o direito à vida desde a concepção não é absoluto quando em conflito com outros direitos previstos no mesmo documento e já garantidos em precedentes emanados por órgãos constitucionais, sendo que a cláusula “geralmente” permite uma ponderação dos direitos em colisão.

Assim, o art. 4.1 da *Convención Interamericana de Derechos Humanos* garante o direito à vida desde a concepção, sem, entretanto, eliminar ou reducir os derechos fundamentales da mulher gestante, sendo que, em caso de conflictos de intereses, o derecho da mulher, essa sim com *status* de pessoa, deve prevalecer¹⁰.

Reitera-se, portanto, que sob qualquer ângulo em que os dispositivos sejam analisados, estes conduzem, necessariamente, à proteção dos direitos – sexuais e reprodutivos – das mulheres e meninas.

b. DA LEGISLAÇÃO NACIONAL:

b.1) HIPÓTESES AUTORIZATIVAS DA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Consta ainda informação no Guia do Ministério da Saúde que “todo aborto é um crime, mas quando comprovadas as situações de excludente de ilicitude após investigação policial, ele deixa de ser punido, como a interrupção da gravidez por risco

¹⁰ La Corte há utilizado los diversos métodos de interpretación, los cuales han llevado a resultados coincidentes em el sentido de que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana. Asimismo, luego de um análisis de las bases científicas disponibles, la Corte concluyó que la “concepción” em el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento em que el embrión se implanta em el útero, razón por la cual antes de este evento no habria lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención. Además, es posible concluir de las palabras “em general” que la protección del derecho a la vida com arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye um deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general.

materno”¹¹. Mais uma vez trata-se de informação equivocada com imenso potencial de causar desinformação aos/às destinatários/as da cartilha e, por consequência, obstar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas, bem como pleno acesso à saúde.

Há indiscutível consenso sobre o fato do aborto não ser crime nas seguintes situações: i) aborto terapêutico ou necessário – entendido como a interrupção da gestação para preservar a vida da gestante; ii) aborto sentimental ou humanitário- interrupção da gestação nas hipóteses em que a mulher e menina foi vítima de estupro; iii) em caso de anencefalia, nos termos do quanto decidido pelo Supremo Tribunal Federal, quando do julgamento da ADPF 54¹².

Nessas situações o/a profissional de saúde que interrompe a gestação ou a mulher que permite a interrupção da gestação não praticam crimes, portanto, **pode-se dizer que, nestas hipóteses, o aborto é legal**. Importante destacar que o procedimento de interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto, nestas situações, ocorre apenas no âmbito do sistema de saúde, não necessitando de autorização judicial para a sua realização. Logo, obviamente, a investigação policial, em qualquer dessas hipóteses, não é pressuposto para assistência médica.

Assim, a informação constante na cartilha de que a excludente de ilicitude somente incidirá, uma vez concluída a **investigação policial é equivocada**¹³, **devendo ser retificada, de forma imediata**. No ponto, deve-se mencionar que a Organização

¹¹ BVSMS. GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1e_drev.pdf pag. 14. Acesso em 13/06/22.

¹² A ementa do julgado pode ser observada a seguir: FETO ANENCÉFALO – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ – MULHER – LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA – SAÚDE – DIGNIDADE – AUTODETERMINAÇÃO – DIREITOS FUNDAMENTAIS – CRIME – INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal.

¹³ BVSMS. GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1e_drev.pdf pag. 14. Acesso em 13/06/22.

Mundial da Saúde destaca que a imposição de procedimentos desnecessários ao exercício do direito ao aborto legal pode ocasionar danos às mulheres¹⁴.

Já em relação a informação de que a decisão proferida pelo STF em sede de Arguição de Preceito Fundamental 54 que descriminalizou o aborto na hipótese de ocorrência de anencefalia, cumpre esclarecer que, ao contrário do afirmado pelo Ministério da Saúde, **tal decisão não deve ser interpretada de forma restritiva. Isso porque é possível a realização do aborto nos casos de outras malformações incompatíveis com a vida**, tal como reconhecido pelo Superior Tribunal de Justiça¹⁵ e por diversos Tribunais de Justiça do país¹⁶.

As situações nas quais tem sido admitida a interrupção de gestação em casos de impossibilidade de vida extrauterina, possuem os mesmos fundamentos do permissivo estabelecido na ADPF 54. Tratam-se de situações análogas, ou seja, inviabilidade da vida extrauterina e que, portanto, não podem ter tratamento jurídico diferenciado. A informação veiculada pelo Ministério da Saúde no documento que ora se analisa pode estimular profissionais de saúde ao descumprimento ou à compreensão equivocada de ordens judiciais que, de forma rotineira, têm autorizado a interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto nas hipóteses de incompatibilidade com a vida extrauterina, como formas de proteção da dignidade, da integridade física e psicológica das mulheres, razão pela qual essa informação deve ser reparada.

Consta ainda no guia que “as condições que realmente colocam em risco a vida da mulher que justifiquem um aborto são poucas, não cabendo um alargamento sem

14

[\[1\]](#)

Disponível

em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7; Acesso em 01/09/2020.

¹⁵ REsp 1.476.888/GO

¹⁶ TJSP.Processo **9016503-07.2004.8.26.0000. MS. Órgão julgador:** 2.ª Câmara Criminal Extraordinária. Disponível em < <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=2214524&cdForo=0>> acesso em 13/06/22. TJ-MT - APL: 00335407920138110041 103570/2013, Relator: DES. JURACY PERSIANI, Data de Julgamento: 11/09/2013, SEXTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/09/2013).

motivos técnicos¹⁷”. A informação, do modo como foi veiculada pelo Ministério da Saúde, pode levar à conclusão equivocada de que existe rol taxativo das enfermidades que são incompatíveis com a gestação, podendo por consequência incrementar o risco de morte para gestantes, razão pela qual deve constar de modo expresso que o rol de enfermidades destacadas é exemplificativo e que a avaliação do risco deve ser realizada no caso concreto.

b.2) DA NECESSIDADE DE INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA ENTRE A PORTARIA Nº 2.561/2020, A PORTARIA GM/MS Nº 78/2021, AS LEIS FEDERAIS 10.778/03 E 13.718/2018 E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS AO SIGILO E À PRIVACIDADE DAS MULHERES.

Consta às fls. 19 e 20 do “Guia do Ministério da Saúde” a informação de que, em decorrência dos avanços trazidos pela Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), bem como pela Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, o profissional de saúde estaria obrigado a realizar notificações às autoridades policiais. Afirma-se, ainda, que tal obrigatoriedade decorre da lei e não fere o direito à intimidade da paciente, visto que se trata de matéria de ordem pública, ou seja, constitui justa causa a comunicação à autoridade policial do fato ocorrido, cumprindo a disposição do art. 5º, X, da Constituição Federal e do art. 154 do Código Penal.

Nada obstante, tal informação traz uma interpretação equivocada dos diversos dispositivos legais acima mencionados.

¹⁷ BVSMS. GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1e_drev.pdf pag. 15. Acesso em 13/06/22

No âmbito nacional, a Constituição da República de 1988 consagrou o direito à intimidade (artigo 5º, inciso X). Como corolário do direito à intimidade e vida privada se desenvolve juridicamente o **sigilo profissional**.

No âmbito do sigilo profissional convergem disposições de direito material e processual, v.g. artigos 388, II e 448, II do Código de Processo Civil, artigo 154 do Código Penal e artigo 207 do Código de Processo Penal.

Dentre todas as hipóteses do sigilo profissional, talvez a mais enraizada e relevante à sociedade seja a do **segredo médico**. O direito ao segredo médico garante o livre e amplo desenvolvimento da personalidade individual – o que, por si só, já carrega forte relevância social –, além de funcionar como um imprescindível instrumento de garantia do interesse público, em especial interesse na vida e na saúde pública.

O sigilo médico ganhou, portanto, proteção jurídica no Código Penal e no Código de Ética Médica.

O Código Penal garante tratamento ao tema no seu art. 154 que criminaliza a conduta de revelar segredo profissional, nos casos cuja revelação **possa produzir dano a outrem**.

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução 2.217/2018 de 01 de setembro de 2018 do Conselho Federal de Medicina, impõe aos profissionais médicos a manutenção do sigilo profissional nos seguintes termos:

*Princípios fundamentais. XI - **O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções**, com exceção dos casos previstos em lei.*

*É **vedado** ao médico: Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por*

*motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. **Permanece essa proibição:** a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.*

Evidentemente, os direitos fundamentais, constitucionalmente assegurados, são passíveis de limitações. A despeito disso, estas limitações encontram freios ante a necessidade de preservação do núcleo essencial dos direitos fundamentais, sob pena de esvaziamento dos direitos assegurados constitucionalmente por ação do legislador ordinário.

Assim, normativas que imponham a obrigatoriedade dos/as profissionais de saúde comunicarem às autoridades policiais a existência de indícios ou confirmação de violência contra as mulheres devem se harmonizar com a Constituição Federal, de forma a assegurar o direito ao sigilo das mulheres. Dito de outro modo, as mulheres têm o direito de escolher ou saber quem serão os/as destinatários/as de suas informações.

Ainda que se admita, em nível infraconstitucional, a possibilidade de limitação do direito ao sigilo médico, essa limitação não pode conduzir ao esvaziamento deste direito fundamental.

A Lei Federal nº 10.778/2003 regula, a nível federal, como se dará a notificação compulsória e a comunicação externa a serem realizadas pelos serviços de saúde públicos e privados nas hipóteses de indícios ou confirmação de indícios de ocorrência de violência contra as mulheres.

Há que se fazer, de início, a diferenciação entre notificação compulsória e a comunicação externa.

Tanto a notificação compulsória quanto a comunicação externa à autoridade policial têm finalidade de encaminhamento de pessoas em situação de vulnerabilidades para rede de proteção social, bem como objetivam retirar a situação notificada da invisibilidade, permitindo a formulação de políticas públicas.

No que se refere à notificação compulsória, necessário observar que a legislação estabeleceu como obrigatória a notificação de situações de violência provocada contra grupos específicos, tais como mulheres, crianças, idosos e pessoas com deficiência, revelando os locais de ocorrência, perfil das pessoas envolvidas, tipos de violência, magnitude. Essas informações servirão para nortear ações de vigilância e prevenção da violência e são materializadas por meio do preenchimento da ficha do SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Já em relação à comunicação às autoridades externas ao sistema de saúde, essa obrigação foi imposta, mais recentemente, por meio da Lei Federal nº 13.931/2019, que acresceu ao art. 1º da Lei Federal nº 10.778/03, o § 4º que dispõe que *“os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no **caput** deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos”*.

Esta modalidade de comunicação, em conformidade com art. 3º da referida Lei e seu parágrafo único, em regra, somente pode ocorrer com consentimento da mulher e, portanto, a sua efetivação depende da assinatura de um termo de autorização para que o/a profissional da saúde proceda à comunicação. **A comunicação externa sem a referida autorização configura quebra de sigilo profissional, sujeitando o profissional de saúde às penalidades tipificadas no art. 325 do Código Penal.**

Tanto é assim que o art. 3º da mencionada lei federal reforça o caráter sigiloso da notificação e, de forma excepcional, admite a possibilidade de comunicação externa às autoridades policiais, somente na hipótese de iminente risco para a própria mulher

ou para comunidade, e neste caso, a mulher deve ter ciência da realização da comunicação, conforme se observa pela simples leitura do artigo:

Art. 3º 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.

Parágrafo único. 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.

Não bastasse isso, o Ministério da Saúde emitiu a portaria GM/MS nº 78 de 18 de janeiro de 2021¹⁸, regulamentando a comunicação externa dos casos de violência contra as mulheres às autoridades policiais, destacando em seu art. 14-D que a comunicação em caso de violência contra a mulher deverá ser feita de forma sintética e consolidada, não contendo os dados que identifiquem a vítima e, de modo excepcional, somente em caso de risco da vítima ou comunidade, conterá a identificação da vítima e será emitida apenas a partir do prévio conhecimento dela.

O art. 14 da referida portaria preceitua, ainda, que a ficha de notificação compulsória dos casos de violência do VIVA SINAN, bem como o prontuário médico, não devem, em nenhuma circunstância, ser utilizados como documento de comunicação nos casos de violência às autoridades policiais, sob risco pena de responsabilização administrativa, civil e penal.

¹⁸ Disponível em < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776> > acesso em 18/03/2021.

Essas mesmas diretrizes já estavam previstas no **Decreto nº 7.958/2013** que dispõe sobre o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Consoante o artigo 2º do Decreto, o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do SUS deverá observar algumas **diretrizes**, dentre as quais se destacam:

II - **atendimento humanizado**, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, **do sigilo e da privacidade**;

III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para **propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima**;

IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, **respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento**; (grifos nossos)

A interpretação sistemática do ordenamento jurídico leva, forçosamente, à conclusão de que a Portaria nº 2.561/2020 do Ministério da Saúde, que regula o procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei deve necessariamente ser interpretada à luz da Lei Federal nº 10.778/03, já que esta normativa dispõe, de modo amplo, sobre a comunicação externa nos casos de violência contra a mulher (violência de gênero), bem como sua portaria reguladora (acima citadas).

Em outras palavras: por ser o estupro uma espécie da violência de gênero, tal como estabelecido pela Convenção Belém do Pará¹⁹ e pela Lei Maria da Penha²⁰, a obrigatoriedade de comunicação à autoridade policial pelo/a médico/a e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolherem pacientes em casos de indícios ou confirmação de indícios do crime de estupro — exigência imposta pelo art. 7º da Portaria 2.561/2020 — deve se submeter às mesmas diretrizes e regramentos da Lei nº 10.778/03 da Portaria GM/MS Nº 78/2021.

Assim, esta comunicação também deverá ser feita de forma sintética e consolidada, não contendo os dados que identifiquem a vítima.

E não há que se defender que essa obrigação de comunicação às autoridades policiais possa ser imposta aos profissionais por força da alteração da natureza da ação penal do delito de estupro — que passou a ser incondicionada com advento da Lei nº 13.718/18 — uma vez que o cerne da modificação da natureza da ação penal para pública incondicionada traz obrigações, **exclusivamente**, para o Sistema de Justiça Criminal, não para profissionais do Sistema de Saúde.

Mais precisamente, caberá ao/à Promotor/a de Justiça, em nível estadual, ou ao/à Procurador/a da República, em nível federal, dar início ou não à ação penal de natureza pública incondicionada. É errôneo supor, portanto, que a alteração no caráter da ação penal tenha o condão de estabelecer a obrigação aos profissionais de saúde de iniciar procedimentos de persecução penal em todos os casos de indícios ou

¹⁹ 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 formas, 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;

²⁰ Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, dentre outras:

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

ocorrência de violência sexual de que tomarem conhecimento, em razão do cargo ou função.

Deve-se assinalar, ainda, que o art. 128 do Código Penal permite a interrupção da gestação, na hipótese de estupro, sem, contudo, trazer quaisquer outros requisitos para que este excludente de ilicitude possa operar, bastando que se verifique a ocorrência de violência sexual contra mulher e o seu desejo em interromper a gestação.

Neste sentido, o estabelecimento de óbices a este direito, por intermédio de manuais orientativos aos/as profissionais de saúde, constitui interpretações equivocadas do ordenamento jurídico vigente e tem imenso potencial de causar conflitos aparentes de normas obstando o direito à assistência médica de meninas e mulheres vítimas de violência sexual.

Em relação ao tema, a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo- SOGESP- destaca:

“o risco [da comunicação] de prejudicar o atendimento das mulheres vítimas de violência, que podem deixar de buscar o serviço de saúde para evitar anotação e a comunicação à polícia” e por fim que “apesar da lei tornar obrigatória a notificação à vigilância e a comunicação à autoridade policial, o médico não deve entregar o prontuário da paciente, sem sua expressa autorização. Essa resolução está expressa na nota técnica nº 3/2016 do Conselho Federal de Medicina²¹.

Por fim, importante destacar, nessa oportunidade, uma série de manifestações de órgãos e instituições do Sistema de Justiça e da Saúde sobre a Portaria nº 2561/2020, do Ministério da Saúde, que compartilham dos argumentos

²¹ Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/sogesp-ressalta-papel-do-medico-em-meio-%C3%A0s-mudancas-na-lei-de-notificacao-compulsoria-em-caso-de-violencia-contr-a-mulher/> acesso em 27/02/2020.

aqui aduzidos, no sentido de que a comunicação externa à autoridade policial dos atendimentos realizados no âmbito da saúde caso identifiquem as pacientes atendidas e/ou compartilhem seus dados sem sua autorização incorrerão, dentre outras violações, na quebra do dever do sigilo profissional:

- Posicionamento FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) sobre a Portaria GM n. 2.282/2020 e n. 2561/2020^{22 23};

- Nota de Repúdio do NAVIS-HC e NEDH-FMUSP Portaria 2282/2020²⁴

- Posicionamento dos profissionais do Programa de Atenção Especial da Unicamp e o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da mesma Universidade²⁵;

- Posicionamento do Programa Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.282/2020²⁶;

- Manifesto dos/as profissionais da saúde e do direito que atuam na atenção a pessoas em situação de violência sexual e aborto previsto em lei²⁷;

- Nota Técnica da Associação Nacional dos Analistas em Políticas Socias (ANDEPS)²⁸

- Nota de Repúdio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) à Portaria n. 2.282/2020²⁹;

- Posicionamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) contrário à Portaria n. 2.282/2020³⁰.

²² Disponível: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1108-posicionamento-da-cne-de-violencia-sexual-e-interruptao-gestacional-prevista-em-lei-febrasgo-sobre-a-portaria-gm-n-2-282-de-27-de-agosto-de-2020>

²³ Disponível: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1132-posicionamento-febrasgo-portaria-n-2-561-sobre-procedimento-e-autorizacao-da-interruptao-da-gravidez-nos-casos-previstos-em-lei>

²⁴ Disponível: <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias-em-destaque/nota-de-repudio-do-navis-hc-e-nedh-fmusp-a-portaria-do-ministerio-da-saude-n-2282-2020>

²⁵ Disponível: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/09/10/em-nota-medicos-e-docentes-da-fcm-criticam-portaria-que-modifica-procedimentos>

²⁶ Disponível: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento-sobre-a-portaria-do-ministerio-da-saude-no-2-282-de-27-8-2020/>

²⁷ Disponível: <https://drive.google.com/file/d/13DmRfI666MnGHGqZn6beRg2KrrYFFne/view?fbclid=IwAR1Owi34M8lNS11i4e3eIONRdFFzRMwMBztdH32tFbGrMxfr0oJWcud9uRw>

²⁸ Disponível: http://www.cofen.gov.br/analistas-de-politicas-sociais-publicam-nota-tecnica-contraportaria-2282_82031.html

²⁹ Disponível: <https://www.abRASCO.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abRASCO/nota-em-defesa-dos-direitos-sexuais-e-reprodutivos-das-meninas-e-mulheres-e-em-repudio-a-portaria-n-2282-do-ministerio-da-saude/51724/>

³⁰ Disponível: <http://www.cremepe.org.br/2020/08/31/o-cremepe-posiciona-se-contrario-a-portaria-gm-no-2-282-2020-que-viola-autonomia-da->

- Nota Técnica do Ministério Público do Estado de São Paulo – Alterações trazidas pela Lei nº 13.931/19 na Lei de notificação compulsória n. 10.778/03 e a Portaria n. 2.282 do Ministério da Saúde³¹;
- Nota Técnica Conjunta n. 01/2020 da Defensoria Pública Estadual do Distrito Federal e do Ministério Público Estadual do Distrito Federal e Territórios³²;
- Ministério Público Federal, em 14 estados, expede recomendação sobre interrupção legal da gravidez³³;
- Recomendação Conjunta da Defensoria Pública da União no Rio de Janeiro, do Ministério Público Federal no Rio de Janeiro e da Defensoria Pública Estadual do Rio de Janeiro - Portaria MS n. 2282_20 - PR-RJ-00084322_2020³⁴;
- Recomendação conjunta MP e MPF Sergipe Portaria 2282³⁵
- Nota Técnica da Comissão Especial de Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher do Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais (CONDEGE) sobre a Portaria 2.282/2020³⁶;
- Nota Conjunta da Câmara Técnica da Saúde da mulher do COREN – RS e associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras Seção RS e Sindicato dos Enfermeiros RS ³⁷;
- Recomendação nº 20 Conselho Nacional do Direitos Humanos³⁸;

A análise conjunta da Lei Federal nº 10.778/03 e das portarias GM/MS nº 78/2021 e nº 2561/2020, permite concluir o que segue:

mulher/#:~:text=O%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina,gesta%C3%A7%C3%A3o%20decorrent e%20de%20viol%C3%AAncia%20sexual.

³¹ Disponível: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Criminal/notas_tecnicas/NTConjunta_NotificacaoCompulsoria.pdf

³² Disponível: <https://anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=45757>

³³ Disponível: <http://www.mpf.mp.br/to/sala-de-imprensa/docs/RecomendaoAborto.pdf>

³⁴ Disponível: <https://www.conjur.com.br/dl/recomendacao-mpfdpu.pdf>

³⁵ Disponível: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://multimedia.gazetadopovo.com.br/painel/./media/docs/1599226609_recomendacao-mpf-mp-se-portaria-ms-n.-2.282-2020.pdf?1616436240

³⁶ Disponível: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Nota-Portaria-2282-CDDM-CONDEGE.pdf>

³⁷ Disponível: https://www.portalcoren-rs.gov.br/site_antigo/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=7644

³⁸ Disponível: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Recomendaon20.pdf>

i) A inteligência da Lei Federal nº 10.778/03 e da Portaria GM/MS Nº 78/2021 determinam que a comunicação externa, **em regra**, dos casos de violência contra as mulheres, deverá ser feita forma sintética e consolidada, **não contendo dados que identifiquem a vítima e o profissional de saúde notificador**;

ii) A inteligência da Lei Federal nº 10.778/03 e da Portaria GM/MS Nº 78/2021 do Ministério da Saúde destacam que a identificação da vítima de violência, **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 (art. 3º, §único da Lei Federal 10.778/03), **desde que também essa comunicação não cause prejuízo à paciente, tal como preconiza o princípio fundamental da Bioética da não maleficência**;

iii) A ficha de notificação compulsória dos casos de violência do VIVA SINAN, bem como o prontuário médico, **não devem, em nenhuma circunstância**, serem utilizados como documentos de comunicação nos casos de violência às autoridades policiais, sob risco pena de responsabilização administrativa, civil e penal;

iv) A comunicação externa à autoridade policial, nos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro de que trata o art. 7º da Portaria nº 2.561/2020 do Ministério da Saúde, sendo este crime uma espécie de violência de gênero, fica sujeita aos mesmos regramentos e diretrizes previstas na Lei Federal nº 10.778/03 e da Portaria GM/MS Nº 78/2021 do Ministério da Saúde e destacados nos itens acima.

V) Para a oferta do aborto legal a vítimas de violência sexual, não se deve condicionar o cuidado em saúde à comunicação externa ao sistema de justiça ou às autoridades policiais, isso porque a investigação de crimes não é atribuição dos profissionais de saúde. A saúde é um espaço de cuidado e não de polícia e a comunicação externa efetivada por profissionais da saúde, sem autorização expressa das vítimas, pode contribuir para incrementar os riscos aos quais as mulheres estão submetidas, cabendo aos/às profissionais de saúde disponibilizarem as informações necessárias para que as próprias mulheres possam, de forma qualificada e no exercício

de sua autonomia, instar o Sistema de Justiça, caso entendam que essa ação é coerente com seu plano de vida.

b.3) DA LEGISLAÇÃO CIVIL

Ao contrário do quanto afirma o Guia do Ministério da Saúde, nos termos do que preceitua o Código Civil, a personalidade civil, fundamento de todos os direitos subjetivos, existe apenas a partir do nascimento com vida (art. 2º, Código Civil). A aquisição da personalidade depende da ocorrência de uma condição suspensiva, que é o nascimento com vida.

Tanto é assim que no julgamento da ADI 3510, o Ministro Relator Carlos Ayres Britto defendeu que “as pessoas físicas ou naturais seriam apenas as que sobrevivem ao parto, dotadas do atributo a que o art. 2º do Código Civil denomina personalidade civil” afirmando ainda que “a Constituição Federal, quando se refere à dignidade da pessoa humana estaria falando de direitos e garantias do indivíduo- pessoa³⁹.”

A Suprema Corte acompanhou o entendimento do Ministro Relator entendendo que os direitos subjetivos constitucionais não serviriam para a proteção do nascituro, já que assim como a proteção civil, o início da proteção constitucional está condicionado ao nascimento com vida.

Portanto, as informações constantes no guia divulgado pelo Ministério da Saúde estão imprecisas do ponto de vista jurídico.

Não bastasse isso, o Guia não informa, de forma adequada e suficiente, acerca da possibilidade do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, por parte de mulheres e meninas com deficiência, omitindo importantes normativas de proteção, dentre as quais pode-se destacar a Convenção de Nova York, incorporada ao direito brasileiro com status de norma constitucional. A referida convenção em seu art. 23 garante às pessoas

39 STF. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723> acesso em 12/06/2022

com deficiência a possibilidade de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos/as e o espaçamento entre esses filhos, e de ter acesso a informações adequadas à idade e à educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos e que as pessoas com deficiência, inclusive crianças, conservem sua fertilidade, em igualdade de condições com as demais pessoas. O mesmo direito é assegurado no art. 6º Lei Básica de Inclusão.

C) DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

A cartilha do Ministério da Saúde afirma ainda que os/as médicos/as possuem “total direito de objeção de consciência⁴⁰”. A redação pode limitar o acesso de meninas e mulheres aos cuidados em saúde, em contexto de carência de serviços de aborto legal no Brasil, na medida em que pode ser interpretada como se o direito à objeção de consciência de médicos/as fosse absoluto ou irrestrito⁴¹.

Nesse sentido, seria mais relevante que na cartilha constasse a informação de que o direito à objeção de consciência persiste apenas nas hipóteses em que o exercício deste direito não causar prejuízos às pacientes, de forma que os/as profissionais de saúde devem prestar cuidado oportuno a seus/suas pacientes quando não for possível o encaminhamento para outros/as profissionais e sempre que o atraso puder prejudicar a saúde das/dos pacientes.

Dessa forma, em emergências, profissionais de saúde devem prestar o cuidado médico indicado, independentemente de suas convicções pessoais, sob pena de, em

⁴⁰ BVSMS. GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1e_drev.pdf pag. 28. Acesso em 13/06/22

⁴¹ Apesar da interrupção de gestação ser um direito das mulheres nas hipóteses estabelecidas por lei dos 68 serviços existentes no Brasil entre 2013 e 2015, somente 37 realizavam a interrupção da gestação decorrente de um estupro e estavam concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste do país. A maioria desses serviços (80%) havia sido implementada até o ano de 2005. Após esse período, poucos serviços foram implementados e alguns deixaram de funcionar. Em sete estados não havia nenhum serviço ativo no momento do estudo. IN. DINIZ, Débora; MADEIRO, Alberto Pereira. Serviços de Aborto Legal no Brasil: Um estudo Nacional. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/?lang=pt>> acesso em 14/06/22.

caso de omissão, serem responsabilizados/as civil e criminalmente, pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º).

Assim, não há direito absoluto ou total à objeção de consciência, de forma que os limites ou contornos desse direito são definidos pelo Código de Ética Médica e por determinações da FIGO⁴² e da OMS⁴³.

Cabe destacar, ainda, que a objeção de consciência não pode ser alegada por instituições, como hospitais, já que o direito à objeção tem dimensão individual decorrente da personalidade humana, razão pela qual em todo estabelecimento de saúde deve ter profissionais aptos a praticarem o procedimento de interrupção de gestação nas hipóteses determinadas por lei.

Conforme consta nas “Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica”, documento elaborado pela FEBRASGO foram realizados estudos que evidenciam como a desinformação sobre o recurso à objeção de consciência persiste entre profissionais de saúde, levando-os a práticas inadequadas e antiéticas. A exemplo, é citada uma investigação com estudantes de medicina que constatou que metade deles (50,8%) referiram ter objeção de consciência para realizar a interrupção da gravidez decorrente de estupro, sendo essa proporção bem menor para os casos de anencefalia fetal (31,6%) e de risco de morte materna (13,2%). **Entre aqueles que se recusam a realizar a interrupção da gravidez, a maioria (72,5%) não faria o encaminhamento dessas mulheres para outro profissional e também não explicaria as opções de tratamento.** Tanto por esse motivo, o documento reconhece

⁴² “A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), afirma que o principal compromisso do médico deve ser proporcionar as melhores condições de saúde reprodutiva para as mulheres. Aqueles que se encontram impedidos de fazê-lo, por razões pessoais de consciência, não deixam de ter responsabilidade no atendimento. Nesses casos, a Figo estabelece como dever do médico informar à mulher sobre todas as opções para sua condição, inclusive aquelas a que ele se nega praticar”. IN: DREZZET, Jeferson; GALLI, Beatriz; NETO; Mario Cavagna. Aborto e objeção de consciência. Disponível em < http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200014> acesso em 13/06/22.

⁴³ WHO. Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=F37AA65F0D619E6B4C4ED4709112F309?sequence=1> acesso em 13/06/22.

como ponto-chave a compreensão de que “por dificuldade ou desconhecimento profissional, não raro a objeção de consciência é invocada no manejo de casos de vítimas de violência sexual” e que “a alegação de objeção de consciência pode criar barreiras ao atendimento, o que contribui para o aumento dos riscos e vulnerabilidade de meninas e mulheres em situação de violência sexual no Brasil”⁴⁴.

Considerando que as mulheres no Brasil, no cenário atual, já encontram barreiras de atendimento relacionadas à alegação abusiva de objeção de consciência e ausência de encaminhamento para atendimento, o Ministério da Saúde deve reformular a sua orientação para informar profissionais de saúde de forma mais adequada.

D) DA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO PRESTADA POR MEIO DA TELEMEDICINA

Em relação à impossibilidade do uso da telemedicina para prestação de assistência médica às mulheres que se encontram dentro das hipóteses legais de interrupção de gestação, o Ministério da Saúde afirma, em seu Guia, que, por se tratar de atendimento complexo, não pode ser prestado por meio da telessaúde.

Nada obstante, o entendimento do Ministério da Saúde em relação ao tema precisa ser revisto, sobretudo considerando as já mencionadas dificuldades de acesso aos serviços de aborto legal. Soma-se a isso o fato de que o uso da telemedicina foi expressamente autorizado pela Lei nº 13.989/2020, em caráter emergencial, durante a crise ocasionada pela pandemia da COVID-19, e pela Portaria nº 467/2020, sendo regulamentado pela GM/MS nº 1.348 de 2 de Junho de 2022 e pela Resolução CFM nº 2.314/2022. Sendo a interrupção de gestação um procedimento de saúde, como outro

⁴⁴ FEBRASGO. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. Disponível em < <https://www.febasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf> > acesso em 13/06/22.

qualquer, a restrição aos procedimentos de interrupção de gestação não tem razão de ser.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO⁴⁵) e a OMS⁴⁶ já reconheceram a segurança e a viabilidade do aborto medicamentoso, inclusive praticado em casa, podendo essa ser uma escolha menos custosa, na medida em que não exige leito para casos de interrupção de gestações menos avançadas.

Ainda, de acordo também com a Organização Mundial da Saúde, **na interrupção de gestações de até 12 semanas**, o uso exclusivo de misoprostol apresenta eficácia de abortamento completo em 75% a 90% dos casos⁴⁷.

Com a pandemia da COVID-19, considerando a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde e a possibilidade de baixa procura de mulheres e meninas para realização da interrupção da gestação, em caso de violência sexual, como consequência da adoção das necessárias medidas não farmacológicas para contenção da pandemia de COVID-19, tais como distanciamento social e restrição de circulação, o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* da *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare and the British Society of Abortion Care Providers* disponibilizou um guia para orientar a atuação de profissionais de saúde ante a pandemia da COVID-19 e dispendo acerca da essencialidade dos serviços de interrupção de gestação, denominado “*Coronavírus (COVID 19) infection and abortion care*”⁴⁸.

⁴⁵ Disponível em: <https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>. acesso em 26.05.2021.

⁴⁶ Ver em < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=31E03B1D815C1AFFBE74F5EE1B462318?sequence=1 > e < <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-084046/en/> >. Acesso em 26.03.2020

⁴⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2ª ed. 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=F657D6B14856C64CB5C0F02EDB14D956?sequence=7

⁴⁸ ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. “Coronavírus (COVID 19) infection and abortion care”. Disponível em < <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-31-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf> > acesso em 27.05.2021.

Na Inglaterra, é possível a realização da interrupção da gestação com uso da telemedicina de modo parcial ou integral, desde que a mulher possua condições de elegibilidade para uso da medicação em casa, com acompanhamento médico, via telemedicina, e a gestação não ultrapasse marco temporal pré-estabelecido. A partir do reconhecimento dessa modalidade de atendimento, um estudo avaliou a realização de 52.142 procedimentos de aborto, entre os meses de abril e junho de 2020, após orientação para realização da interrupção da gestação com auxílio da telemedicina, em comparação com os resultados dos procedimentos realizados entre os meses de janeiro e março do mesmo ano, antes da pandemia da COVID 19, época em que o procedimento somente era disponibilizado no hospital⁴⁹.

O estudo avaliou aspectos relacionados ao acesso, considerando tempo para realização do procedimento (medido entre a data da procura ao serviço de saúde e da concretização do procedimento) e aspectos de eficácia e segurança. No que se refere ao acesso, o estudo concluiu que 61% das mulheres atendidas optaram pelo procedimento com auxílio da telemedicina e que houve uma redução em relação ao tempo de espera para a realização do procedimento. Em relação à eficácia e segurança do uso da telemedicina, não houve alteração significativa em relação aos resultados obtidos quando o procedimento foi realizado somente no hospital, de forma que a interrupção da gestação por telemedicina se revelou eficiente e segura, sendo bem aceita pelas mulheres. Importa salientar que não foram registrados eventos que requereram internação hospitalar, cirurgia de grande porte ou morte. Por fim, e não menos importante, o estudo demonstrou ainda que as mulheres receberam orientações para entrar em contato com hospital reportando problemas ou complicações adversas e que as informações foram transmitidas por meio de consulta ou pela forma escrita, por recursos *online*.

⁴⁹Aiken ARA, Lohr PA, Jord J, Ghosh N e Starling . Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study, Feb, 21 Diponível em <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16668>> acesso em 27.05.2021.

Uma vez demonstradas a segurança, eficácia e aceitabilidade por parte das mulheres ao procedimento de interrupção da gestação com uso da telemedicina, importante verificar que há viabilidade para adoção desse modo de atendimento no Brasil, sobretudo porque as mulheres e meninas ainda são obrigadas a percorrer longas distâncias para terem acesso aos cuidados médicos quando estão inseridas em situações que autorizam a interrupção da gestação.

Importante observar que a telemedicina pressupõe necessariamente um acompanhamento próximo e cauteloso pela equipe médica durante todo o período de utilização do medicamento, bem como posteriormente, não se tratando, em absoluto, de automedicação. Trata-se de procedimento supervisionado, com uso da telemedicina de modo parcial ou integral, na medida em que, a despeito de ser realizado de forma remota não prescinde do apoio médico para informações, acompanhamento e atendimento multidisciplinar. No atendimento por telemedicina é verificado se há garantia de que a mulher ou menina possui acesso a telefone ou internet, se consegue receber orientações de forma precisa, se há acesso a serviço de atendimento de saúde local para eventuais necessidades, se a idade gestacional é compatível com essa forma de atendimento.

A própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)⁵⁰ já recomendava, em 2018, o tratamento domiciliar para o aborto previsto em lei: *“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.”* E também no Protocolo Febrasgo nº 69/2021 – Interrupções da gravidez com fundamentos legais, o qual prevê que: *“nos casos de gravidez até nove semanas (63 dias) é possível realizar o tratamento medicamentoso com regime apenas com misoprostol*

⁵⁰ Faúndes A, Moraes Filho OB, Miranda L, Torres JH. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 120/ Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei).

em ambiente domiciliar, sem a necessidade de internação, com telemonitoramento da equipe de saúde, observadas as regulamentações vigentes relativas à telemedicina”.

É a partir dessas premissas e diretrizes que se pode concluir pela possibilidade de atendimento das vítimas de violência sexual por meio da telemedicina/telessaúde.

Assim, percebe-se que a telemedicina está em consonância com os objetivos e as diretrizes do SUS, e que não há impedimento legal para que essa forma de atendimento seja disponibilizada para interrupção de gestação decorrente de violência sexual. Em verdade, a telemedicina é essencial para a concretização do atendimento universal, respeitoso e humanizado da vítima de violência sexual, sobretudo ante a insuficiência de serviços de atendimento às mulheres que desejem interromper a gestação nas hipóteses legais.

E) DA CONSTRUÇÃO DE HIERARQUIAS ENTRE AS OPÇÕES OFERECIDAS ÀS MULHERES NAS HIPÓTESES DE INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO. DO VICIO DE CONSENTIMENTO.

A informação constante às fls. 26 do Guia sobre a inexistência de aborto obrigatório e da possibilidade de realização da entrega protegida é desnecessária. Isso porque, conforme consta no próprio Guia, o consentimento da mulher é requisito para a interrupção da gestação, sendo obvio que não existe “aborto obrigatório”.

Considerando as consequências da violência de gênero para a saúde das meninas, adolescentes e mulheres, o sistema de saúde tem um papel central nesse enfrentamento. Dentre os princípios orientadores da estratégia e do plano de ação para o reforço do sistema de saúde, para abordar a violência contra a mulher, dos órgãos

diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁵¹, estão o respeito aos direitos humanos e direitos civis e, como consequência, **o respeito à autodeterminação como sendo o direito de tomar as próprias decisões quanto à atenção médica e ação judicial, o respeito à privacidade e confidencialidade.**

O atendimento a ser realizado pelos profissionais de saúde deve ser imparcial e não julgador, razão pela qual não devem ser estabelecidas hierarquias entre as possíveis escolhas das mulheres/meninas, devendo-se apresentar às mulheres atendidas todas as opções disponíveis, sem realização de julgamento moral e dando suporte às suas escolhas.

A hierarquização entre as alternativas disponíveis pode se caracterizar como forma de coerção por parte dos serviços e, por consequência, o consentimento emitido por mulheres, nessas circunstâncias, é viciado.

F) DA LIMITAÇÃO À IDADE GESTACIONAL

No documento ora analisado o Ministério da Saúde faz uso de evento isolado, qual seja, a sobrevivência de feto de 212 gramas em Cingapura, para obstar a oferta de interrupção de gestação acima desse marco.

No ponto, a orientação deve ser revista, com a máxima urgência. Isso porque, a limitação à prestação de assistência médica deve ser precedida das melhores evidências científicas.

Oportunamente, cumpre destacar a distinção entre aborto espontâneo e aborto induzido e a relevância da idade gestacional nessas diferentes espécies de aborto. Entende-se o aborto espontâneo (que pode ser classificado como completo ou incompleto) como a “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”⁵²; já o aborto induzido (pode ser classificado como completo ou incompleto) pode ser conceituado como “perda intencional de gravidez intrauterina por meios medicamentosos ou cirúrgicos”⁵³. Da análise dos conceitos, compreende-se que enquanto a idade gestacional e/ou peso fetal são elementos importantes do conceito de aborto espontâneo, esses elementos não estão presentes no conceito de aborto induzido; nesses casos, o elemento principal é a intencionalidade da interrupção da gravidez, independentemente de tempo gestacional ou peso fetal. Ou seja, no conceito de aborto induzido, não importa o estabelecimento da viabilidade fetal, pois a intenção no aborto induzido é a interrupção da gravidez.

Em relação ao tema deve-se destacar que as Normas Técnicas “Atenção Humanizada ao Abortamento” e “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes⁵⁴” sugerem como marco, em termos de idade gestacional, o período de 22 semanas ou 500g de massa fetal.

Do ponto de vista técnico, existem diretrizes de sociedades científicas e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que atestam a segurança do aborto em gravidezes acima de 24 semanas: Organização Mundial da Saúde (2022): Abortion Care Guideline⁵⁵ Organização Mundial da Saúde (2014): Clinical Practice Handbook for Safe Abortion⁵⁶; Clinical Practical Guideline no. 360 - Induced abortion: Surgical abortion and second-trimester medical methods⁵⁷; Colégio Americano de Obstetras e

⁵² World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision(2022). The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028>

⁵³ World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision(2022). The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/696502028>

⁵⁴ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

⁵⁵ <https://srhr.org/abortioncare/>

⁵⁶

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29861084/>

Ginecologistas (2013): Practice Bulletin number 135: Second-trimester abortion⁵⁸; Reino Unido (2019): Abortion Care⁵⁹, FIGO: Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics (2022) 60. Em nível nacional, a FEBRASGO⁶¹ orientou acerca da necessidade do aconselhamento e obtenção de consentimento para indução de óbito fetal e aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos previstos em lei.

Assim, em caso de violência sexual da qual resultou gravidez, a vítima deve ser devidamente orientada das providências legais cabíveis para realização do abortamento, não se exigindo prévia autorização judicial ou mesmo que a violência sexual seja comunicada às autoridades públicas, bastando a observância do quanto estabelecido na legislação vigente, a saber: art. 196 da Constituição Federal, art. 128 do Código Penal, a Lei Federal 12.845/2023 e o Decreto 7.958/2013, que explicitam diretrizes para atendimento de vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Tanto é assim que a norma técnica “Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos”⁶², do Ministério da Saúde, assegura à mulher o direito de escolha pela interrupção terapêutica da gestação “livremente, a qualquer momento e com segurança” (p. 8), havendo, inclusive, instruções para realização da interrupção medicamentosa entre 13 e 26 semanas com misoprostol (p. 24) e com misoprostol e ocitocina, nas gestações de 27 semanas ou mais (p. 25).

É importante ressaltar, todavia, que as limitações previstas nos documentos técnicos, não possuem caráter obrigatório, vez que essa limitação não consta do Código Penal, de forma que as orientações técnicas funcionam apenas como parâmetro para

58

https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2013/06000/Practice_Bulletin_No__135__Second_Tri_mester.42.aspx

59 <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/information-about-abortion-care/>

60 <https://www.figo.org/resources/figo-statements/figo-calls-total-decriminalisation-safe-abortion#:~:text=FIGO%20calls%20for%20the%20total%20decriminalisation%20of%20safe%20abortion%2C%20and,%2C%20coercion%2C%20violence%20and%20discrimination>. - Fevereiro de 2022

61 <https://www.febRASGO.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf>

62 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf

evitar que a opção da interrupção da gestação não seja oferecida por serviços de saúde, tendo como fundamento a idade gestacional menor do que a definida na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento⁶³ e na Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”.

G) DA INOBSERVÂNCIA DO PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE A PARTIR DA EXPEDIÇÃO DO GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”

É certo que, nos termos do que preconiza a Constituição Federal, a administração deve ser guiada por princípios administrativos expressos — legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência — e por princípios implícitos — dentre os quais se destaca o da proporcionalidade, interesse público e segurança jurídica.

O princípio da proporcionalidade ou razoabilidade vai se atrelar à congruência lógica entre as situações postas e as decisões administrativas. O fundamento deste princípio é conter decisões, condutas e atos de agentes públicos que ultrapassem os limites adequados, de forma que o poder público deve atuar somente nos casos em que a situação reclama intervenção e esta deve processar-se com equilíbrio, sem excessos e segundo a finalidade a ser atingida⁶⁴.

À luz do princípio da proporcionalidade é possível proceder ao controle de condutas e decisões de agentes públicos, o que se faz a partir de uma tripla análise: a) adequação: verificação se a conduta/decisão deve ser efetivamente capaz de atingir os objetivos pretendidos; b) necessidade: verificação se a conduta/decisão deve ser, de todos os meios existentes, o menos restritivo aos direitos individuais; c)

63 https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf

64 CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. 23ed. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2009. Pa. 44 e 45.

proporcionalidade em sentido estrito: quando as vantagens a serem conquistadas superarem os benefícios.

As orientações divulgadas pelo Ministério da Saúde, de forma preliminar, não cumprem a finalidade a que se destinam, que é servir de guia para apoiar profissionais e serviços de saúde quanto às abordagens atualizadas sobre acolhimento e atenção qualificada baseada nas melhores evidências científicas e nas estatísticas mais fidedignas em relação à temática, uma vez que pelos fatos e fundamentos acima destacados, percebe-se que as informações constantes no documento têm o potencial de produzir um ambiente de insegurança jurídica para profissionais de saúde, que pode limitar o acesso de mulheres e meninas aos cuidados médicos.

Não bastasse isso, o documento não é necessário, uma vez que o Ministério da Saúde já dispõe de diversos materiais de orientação aos profissionais de saúde para a realização da interrupção da gestação nas hipóteses permitidas pela lei, dentre os quais é possível destacar os seguintes: i) Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento⁶⁵; ii) Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência: perguntas e respostas para profissionais de saúde⁶⁶; iii) Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos: Norma Técnica⁶⁷; iv) Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes⁶⁸.

Dessa forma, para que o exercício do poder regulamentador ou mesmo diretivo seja exercido, legitimamente, deve-se cotejar as desvantagens e vantagens para os/as cidadãos/as, considerando-se os meios empregados para atingir a finalidade pretendida.

⁶⁵

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

⁶⁶

BVSMMS

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia.pdf

⁶⁷ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf

⁶⁸ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

No caso que se observa, caso a publicação seja mantida da forma como está, haverá restrições indevidas, no que se refere ao atendimento do direito à saúde das mulheres. Considerando o acima e exposto e as inúmeras informações imprecisas e equivocadas constantes no documento, obviamente, a sua publicação tem como consequência a proteção insuficiente das mulheres, violando o princípio da proporcionalidade.

IV. DO TEOR DA RECOMENDAÇÃO

Dessa forma, as Defensorias Públicas, por meio dos Núcleos aqui nomeados **RECOMENDAM ao Ilmo.** Secretario de Atenção Primária à Saúde e Departamento de Ações Estratégicas, Dr. Raphael Câmara que:

1. Que suspenda, de forma imediata, a divulgação, por qualquer meio, incluindo digital e/ou impresso, do documento intitulado GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO” até que as informações consideradas como imprecisas e/ou equivocadas, pela presente Recomendação, sejam devidamente retificadas;
2. A retificação, de forma imediata, das informações constantes no GUIA DE “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”, adequando-as às normativas nacional e internacional sobre o tema, bem como as melhores evidências científicas;
3. Que a audiência pública designada para o dia 28 de junho de 2022, das 08:00 às 15:00 horas, no auditório Emílio Ribas, seja redesignada para data posterior, que permita ampla participação da sociedade, vez que ante a proximidade da data e o formato presencial prejudicará a participação social, característica inerente às audiências públicas, notadamente porque o aviso de audiência foi publicado no Diário Oficial da União, na data de 21 de junho de 2022, portanto apenas seis dias antes

da audiência, com informe de que apenas a transmissão será online, sem previsão de participação virtual;

4. Que seja garantida ampla participação da sociedade civil na audiência pública, devendo ser realizada em formato híbrido - presencial e virtual -, expedindo-se convites para representantes de entidades médicas, dos conselhos de psicologia e serviço social, sociedades médicas, professores/as com expertise na área em debate, associações de pacientes, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, OAB e Defensorias Públicas.

Colocamo-nos à disposição para sanar eventuais dúvidas acerca da presente **RECOMENDAÇÃO**, consignando que sempre objetivamos contribuir com os anseios dos Poderes Públicos e instituições em geral, mantendo a disposição para participar de debates em busca de melhorias que atendam o interesse e a defesa da população brasileira e, na certeza de que serão tomadas medidas imediatas para atendimento da presente recomendação, aguarda-se, **no prazo de 05 (cinco) dias**, resposta sobre quais as providências foram tomadas quanto ao objeto da presente recomendação, indicando as possibilidades de atendimento aos prazos. Ressalte-se que o estabelecimento de mencionado prazo para resposta decorre da relevância do tema e da data próxima para realização da audiência pública designada pela Coordenadoria de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde.

Por fim, quanto à eficácia dessa recomendação, ressalte-se que ela constitui o destinatário em mora e, se não acatada, poderá implicar na adoção das medidas judiciais cabíveis, inclusive por eventos futuros imputáveis à sua omissão.

A resposta deverá ser encaminhada para o endereço eletrônico drdh.sp@dpu.def.br e nucleo.mulheres@defensoria.sp.def.br.

Atenciosamente,

NALIDA COELHO MONTE

Defensora Pública do Estado de São Paulo

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

TATIANA CAMPOS BIAS FORTES

Defensora Pública do Estado de São Paulo

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

PAULA SANT'ANNA MACHADO DE SOUZA

Defensora Pública do Estado de São Paulo

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

MARIANA MARTINS NUNES

Defensora Pública do Estado do Paraná

Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

MARIA CECÍLIA PINTO E OLIVEIRA

Defensora Pública do Estado de Minas Gerais

Defensoria Especializada na Defesa dos Direitos da Mulher em Situação de Violência de
Belo Horizonte

ANNE TEIVE AURAS

Defensora Pública do Estado de Santa Catarina

Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)

DÉBORA MACHADO ARAGÃO

Defensora Pública do Estado de Rondônia

Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)

THAÍS DOMINATO SILVA TEIXEIRA

Defensora Pública do Estado de Mato Grosso do Sul

Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM)

ÂNTONIA CARNEIRO

Defensora Pública do Distrito Federal
Núcleo Institucional de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM)

LÍVIA SILVA DE ALMEIDA

Defensora Pública do Estado da Bahia
Coordenadora da Especializada de Direitos Humanos

FLAVIA BRASIL BARBOSA DO NASCIMENTO

Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro

MARIA MATILDE ALONSO

Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro
Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher Vítima de Violência de Gênero

FERNANDA PRUGNER

Defensora Pública do Estado do Espírito Santo
Coordenadora do Núcleo de Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)

LIA MEDEIROS DO CARMO IVO

Defensora Pública do Estado do Piauí
Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar

CLAUDIA ISABELE FREITAS PEREIRA DAMOUS

Defensora Pública do Estado do Maranhão
Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar

TEREZINHA MUNIZ DE SOUZA CRUZ

Defensora Pública do Estado de Roraima

JOÃO PAULO DORINI

Defensor Público Federal
Defensor Regional de Direitos Humanos em São Paulo

THALES ARCOVERDE TREIGER

Defensor Público Federal
Defensor Regional de Direitos Humanos no Rio de Janeiro