



Ministério da Saúde
Gabinete
Coordenação-Geral de Gestão Administrativa e Estratégica
Divisão de Análise Técnica de Documentos Oficiais

OFÍCIO Nº 2361/2023/DATDOF/CGAEST/GM/MS

Brasília, 28 de agosto de 2023.

A Sua Excelência o Senhor
Edson Fachin
Ministro do Supremo Tribunal Federal
Praça dos Três Poderes, s/n
70175-900 Brasília/DF
E-mail comunicacao@stf.jus.br

Assunto: Atualização de informações - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 989.
Referência: Caso responda este Ofício, favor mencionar o Processo nº 25000.113828/2023-52.

Senhor Ministro,

Com meus cordiais cumprimentos, e em razão da notificação para atualizar informações referentes à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF, em epígrafe, cumpre-me apresentar, de forma anexa ao presente expediente, cópia da peça de INFORMAÇÕES n. 00065/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU (0035985324) e do DESPACHO n. 03717/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU, expedidos pela Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, bem como da manifestação técnica conjunta elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS e pela Secretaria de Atenção Especializada - SAES/MS, por meio da NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 37/2023-SAPS/SAES/MS (0036003071), cujo teor acolho e adoto como informações prestadas por esta autoridade nos autos da ADPF nº 989.

Sendo o que cabe no presente momento, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima, Ministra de Estado da Saúde**, em 14/09/2023, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035648741** e o código CRC **01733FD3**.

Referência: Processo nº 25000.113828/2023-52

SEI nº 0035648741

Divisão de Análise Técnica de Documentos Oficiais - DATDOF
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO-GERAL DE CONTENCIOSO ESTRATÉGICOS E EXTRAJUDICIAL

INFORMAÇÕES n. 00065/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.113828/2023-52

INTERESSADOS: ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA E OUTROS

ASSUNTOS: ATIVIDADE MEIO

1. RELATÓRIO

1. Aportam os autos nesta Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde em razão da **NOTA TÉCNICA CONJUNTA**, elaborada pelas Secretarias de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES.

2. A mencionada Nota Técnica Conjunta foi elaborada para subsidiar as informações que serão prestadas pela Ministra de Estado da Saúde nos autos da ADPF nº 989, em trâmite perante o Supremo Tribunal Federal, em atenção ao **Ofício eletrônico nº 11290/2023**, daquela procedência, por meio do qual são solicitadas informações requeridas no despacho/decisão, de 04/08/2023, do Ministro Edson Fachin, tendo em vista o transcurso de mais de um ano desde o recebimento das últimas informações do Poder Executivo nos autos.

3. Rememora-se que a ADPF 989 foi ajuizada pela Sociedade Brasileira de Bioética, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Rede Unida objetivando seja reconhecido o estado de coisas inconstitucional do sistema de saúde pública brasileiro quanto à realização do aborto legal nos casos de gestação decorrentes de estupro.

4. As autoras alegam haver diversos entraves à realização do aborto legal no Brasil, notadamente em crianças vítimas de estupro, tais como desigualdade no acesso ao aborto legal em razão da centralidade do serviço na região sudeste do país, inconsistências nas informações relativas às instituições autorizadas a realizar o procedimento, distância entre a moradia da vítima e o estabelecimento com oferta do serviço e falta de aparelhamento e equipes adequadas.

5. Ainda, insurgem-se contra o documento denominado “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”, pois consideram que o Ministério da Saúde “*estabelece que o procedimento de abortamento só pode ser realizado até a 22.ª semana gestacional e, após isso, deve-se realizar parto prematuro, afirmando que não cabe amparo legal de abortamento ‘do produto da concepção nos casos de violência sexual’*”. Consideram que essa orientação cria um entrave inexistente na lei e se baseia em uma errônea interpretação da Constituição Federal.

6. Com base nesses fatos, as autoras consideram que existe um estado de coisas inconstitucional (ECI) no caso do aborto legal no Brasil, tendo em vista que “*a efetividade do direito à saúde e da dignidade de mulheres que necessitem se valer da interrupção voluntária de gestação nas hipóteses previstas pela lei é afetada pela atuação deliberada do Estado em se omitir quando deveria agir, ou agir contrariamente ao modo adequado à promoção do acesso ao abortamento seguro*”.

7. Além disso, afirmam que “*o próprio Estado estabelece barreiras pela desinformação, pela burocracia, pela necessidade de deslocamento e custeio da logística, além da recente instrução relacionada ao tempo gestacional, de até 22 semanas, que não encontra qualquer sustentação jurídica ou na medicina baseada em evidências*”. Com isso, concluem que “*está, então, conformada a plêiade de violações generalizadas, que é característica do ECI*”.

8. Apontam que os embaraços ao exercício do aborto legal criados ou permitidos pelo Poder Público constituem ofensas a Convenções de direitos humanos (Convenção Americana de Direitos Humanos e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará), bem como à dignidade humana (art. 1.º, III, da CF) e ao direito à saúde (art. 6.º da CF) de mulheres e meninas vítimas de estupro.

9. Em sede de liminar, requerem a “*suspensão da Nota Técnica 'Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento' do Ministério da Saúde, até que se julgue definitivamente a presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, bem como determine que nenhum órgão público de saúde ou que faça as suas vezes impeça a realização de aborto nas hipóteses previstas em lei, tampouco restrinja a sua realização em qualquer critério de idade gestacional ou por mecanismos burocráticos ou empecilhos administrativos, tampouco condicione a exigências não previstas em lei, ou ainda deixe de prestar informações acerca do procedimento*”.

10. No pedido, requerem o reconhecimento da “*inconstitucionalidade do Poder Público na tutela da saúde de mulheres e meninas que necessitem de acesso ao procedimento de aborto de gestação decorrente de estupro*”. Nesse sentido, as autoras pretendem:

- a) A declaração de inconstitucionalidade de qualquer ato administrativo ou decisão judicial que restrinja às gestações de até 22 semanas a possibilidade de realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e pela ADPF 54;
- b) A declaração de inconstitucionalidade da omissão do Ministério da Saúde por não fornecer informações

adequadas em seus canais de comunicação oficiais ou de atendimento ao público sobre os procedimentos para a realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e pela ADPF 54;

c) A declaração de inconstitucionalidade de qualquer ação do Estado, especialmente do Ministério da Saúde e do Poder Judiciário, que implique em burocracia ou barreiras, tal como exigências não previstas em Lei, para a realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e na ADPF 54;

11. Vale destacar que, nos autos da ADPF 989, o Ministério da Saúde já prestou informações, por meio da peça de **INFORMAÇÕES n. 00188/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU**, aprovada pelo **DESPACHO n. 02899/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU** (NUP 25000.093002/2022-89) e da peça de **INFORMAÇÕES n. 00200/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU**, posteriormente complementada pelas **INFORMAÇÕES n. 00203/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU**, aprovada pelo **DESPACHO n. 02901/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU** (NUP 00692.001815/2022-89), todas datadas de agosto de 2022.

12. No entanto, pondera-se que, tendo em vista o lapso temporal decorrido desde a prestação de tais informações, bem como a mudança de gestão da Pasta da Saúde, aquele posicionamento não mais reflete a posição atual do Ministério da Saúde a respeito do tema em debate na presente ADPF.

13. Com efeito, como visto, para subsidiar as informações atualizadas que serão prestadas pela Ministra de Estado da Saúde, em resposta ao **Ofício eletrônico nº 11290/2023 (STF)**, o Gabinete da Ministra solicitou subsídios à **Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS** e à **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS**, que elaboraram uma **NOTA TÉCNICA CONJUNTA**.

14. É o breve relatório.

2. INFORMAÇÕES

15. Antes de adentrar o mérito da ação, vale destacar que este Consultivo ratifica os fatos e fundamentos jurídicos constantes das manifestações exaradas anteriormente (citadas no parágrafo 11 da presente manifestação), apenas no que diz respeito à análise das preliminares da ação, quais sejam, a ilegitimidade ativa das entidades autoras e a ausência de questão constitucional.

16. De outro modo, no mérito, como visto, o Ministério da Saúde, à luz do teor da **NOTA TÉCNICA CONJUNTA**, apresentada pelas Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS, defende a revisão das orientações anteriores, considerando que estão obsoletas e contrárias às recomendações da Organização Mundial da Saúde.

2.1 O DOCUMENTO "ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO" JÁ FOI RETIRADO DA PLATAFORMA VIRTUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

17. A **NOTA TÉCNICA CONJUNTA** esclarece, inicialmente, que o documento intitulado "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento", divulgado pelo Ministério da Saúde em 2022 e objeto da ADPF 989, já foi removido da plataforma virtual do Ministério da Saúde. Essa medida se deve ao fato de que as orientações nele contidas estão desatualizadas, não havendo justificativa para o seu uso.

18. Em seguida, a nota técnica trata dos principais tópicos abordados pelo documento questionado, com base nas evidências científicas atuais e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

19. Nesse sentido, o seguinte trecho da manifestação técnica:

"Trata-se de posicionamento do Ministério da Saúde em relação à norma técnica denominada "Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento", publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2022, objeto da ADPF 989. Inicialmente, cabe informar que o referido documento foi retirado da plataforma virtual do Ministério da Saúde pelos motivos que citamos a seguir.

O documento foi retirado dos sites oficiais do Ministério da Saúde, uma vez que parte significativa das orientações que o integram estão em desuso, não se justificando em 2022, utilizar recomendações que remetem aos anos 90 (primeiras sistematizações sobre o cuidado em aborto no Brasil) e até mesmo mantidas em documentos produzidos na primeira década dos anos 2000 quando a produção/circulação de conhecimento era muito mais restrita e limitada.

Em consonância com as com as evidências científicas atuais dispostas ao longo deste posicionamento, a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação ao tema, e seus manuais e publicações mais recentes, assim como pelas manifestações de repúdio da Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil) e e Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, o Ministério da Saúde discorre sobre os principais temas abordados pela Norma Técnica em questão, e argumenta acerca do posicionamento sobre o tema a partir de evidências científicas baseadas em referências nacionais e internacionais, se manifestando a partir dos seguintes pontos."

2.2 POSICIONAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TEMA DO ABORTO

2.2.1 RECONHECIMENTO DO ABORTO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

20. Como mencionado na manifestação técnica do Ministério da Saúde (NOTA TÉCNICA CONJUNTA), o

documento “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”, bem como outros produzidos à época, tinham como objetivo principal desqualificar a relevância temática, descaracterizando o aborto como um problema de saúde pública.

21. Esse, no entanto, não é o posicionamento da atual gestão deste Ministério da Saúde, como afirmado na Nota Técnica Conjunta. Há um reconhecimento por parte da Pasta de que o aborto é sim uma questão de saúde pública. Esse reconhecimento vai ao encontro das preocupações manifestadas por sociedades médicas e organizações da sociedade civil em relação ao documento elaborado na gestão anterior.

22. Destacam a SAPS/MS e a SAES/MS que a manifestação técnica da gestão anterior diverge da Organização Mundial de Saúde, segundo a qual a falta de acesso a cuidados de abortamento seguros, oportunos, acessíveis e respeitosos “representa um risco não apenas para o bem-estar físico, mas também para o bem-estar mental e social de mulheres e meninas”.

23. Além disso, o documento anterior tinha o potencial de intimidar a população e os profissionais de saúde que atuavam nos poucos serviços que oferecem o direito ao aborto no Brasil.

24. A respeito da importância de reconhecimento do aborto como uma questão de saúde pública e do posicionamento equivocados do documento técnico produzido no ano de 2022, assim esclarecem as áreas técnicas deste Ministério da Saúde:

“Na introdução da Norma Técnica, assim como no conjunto de documentos produzidos à época, localiza-se o objetivo principal desqualificar a relevância temática, bem como sua recorrência e descaracterizar sua ocorrência como problema de saúde pública, por exemplo, utilizando o argumento de que “mortes por aborto respondem a um número pequeno” (2022, p.7). No entanto, dados dos Sistemas de Informação - SIM (mortalidade), SINASC (nascidos vivos) e SIH (Hospitalar) revelam que entre 2008 e 2015 ocorreram em média 200 mil internações por ano por procedimentos relacionados ao aborto. De 2006 a 2015, foram encontrados 770 óbitos maternos como causa básica aborto. A maior proporção dessas mortes ocorreu entre mulheres mais vulneráveis: pretas, indígenas, de baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sem companheiro. A maioria das mortes maternas são evitáveis e cabe ao Estado envidar esforços para que nenhuma menina ou mulher morra em decorrência de um aborto, independentemente se essa for a primeira, segunda, terceira, quarta ou quinta causa. Se uma única morte evitável ocorrer, é interesse e preocupação do Ministério da Saúde.

O reforço do acesso a cuidados abrangentes no aborto no sistema de saúde é fundamental para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a boa saúde e o bem-estar (ODS3) e a igualdade de gênero (ODS5).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para que os países alcancem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente aqueles relacionados à equidade de gênero, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e redução das taxas de mortalidade materna, é fundamental que meninas e mulheres tenham acesso a cuidados de aborto baseados em evidências (que devem ser seguros, respeitosos e não discriminatórios).

Tendo em vista a necessidade de embasamento teórico em produção científica atualizada e amparo técnico e legal, fica evidenciada a aparente produção extemporânea que fere o rito adequado das produções de documentos do Ministério da Saúde. Neste sentido, os autores tentaram alargar os limites constitucionais e garantir os princípios do “direito do nascituro” informando aos profissionais e serviços de saúde que o aborto estaria em discordância com os compromissos do Brasil, por exemplo, ao se tornar signatário do Pacto de São José da Costa Rica, especificamente no Artigo 4º, parágrafo 1, que estabelece toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida e que esse direito deve ser protegido por lei, em geral, desde a concepção. Os autores deliberadamente omitiram o termo em geral com o objetivo de suprimir ou apagar a possibilidade dos países signatários de reconhecer os permissivos legais para interrupção da gestação.

Os autores amparam a Norma Técnica na Declaração do Consenso de Genebra sobre Saúde da Mulher e Fortalecimento da Família. No entanto, o Brasil saiu do referido consenso por considerar que o documento contém entendimento restritivo dos direitos sexuais e reprodutivos e do conceito de família e pode comprometer a plena implementação da legislação nacional sobre a matéria, incluídos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, os autores reafirmam que o Brasil seria signatário de diversos acordos internacionais que recomendam a “prevenção de abortos de qualquer forma para fortalecer famílias e crianças” (2022, p. 13) sem que exista documentação que ampare a afirmação.

A Norma Técnica diverge do que afirma a Organização Mundial de Saúde, segundo a qual a falta de acesso a cuidados de abortamento seguros, oportunos, acessíveis e respeitosos “representa um risco não apenas para o bem-estar físico, mas também para o bem-estar mental e social de mulheres e meninas”. Em consonância com a legislação de cada país, a frequência do aborto exige que os sistemas de saúde se adequem para garantir serviços de atendimento ao aborto, que ofereçam as informações adequadas sobre os casos em que as mulheres podem realizá-lo, assim como garantir o atendimento humanizado pré, durante e pós-abortamento.

A Estratégia Mundial de Saúde Reprodutiva da OMS, que procura acelerar os progressos rumo à consecução dos objetivos de desenvolvimento internacionais, identifica a eliminação do aborto inseguro como um mandato prioritário.”

2.2.2. HIPÓTESES LEGAIS DE ABORTO NO BRASIL

25. No Brasil, o Código Penal, no artigo 128, estabelece as situações nas quais o aborto é legalmente permitido. Essas situações são as seguintes:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: [\(Vide ADPF 54\)](#)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

26. Além dessas hipóteses, o Supremo Tribunal Federal, por meio da ADPF 54, autorizou o aborto de feto anencefálico, ou seja, quando o feto apresenta anomalias graves e irreversíveis que tornam inviável sua sobrevivência fora do útero.

27. É importante destacar que, ao contrário do que afirma o documento questionado, a afirmação de que o aborto legal é um crime com excludente de ilicitude não tem respaldo na legislação brasileira, bem como nos princípios de direitos humanos e na proteção da saúde e da autonomia das mulheres.

28. A NOTA TÉCNICA CONJUNTA enfatiza a importância de promover o acesso ao aborto legal e seguro como um direito fundamental e de respeitar a decisão das gestantes de acordo com a lei. Em contraste com o documento anterior, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em suas diretrizes de 2022, recomenda a descriminalização do aborto, considerando-o uma questão de cuidados de saúde e não uma questão criminal:

"Diferentemente do que afirmou o documento, a OMS, em suas diretrizes de 2022, recomenda a descriminalização do aborto por considerar que se trata de um cuidado em saúde e não uma questão criminal.

O Ministério da Saúde, na atual gestão, não poderia ficar inerte diante de um documento que afirma, como posição técnico-científica, 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 materno.” (2022, p.14, grifo nosso).

O Ministério da Saúde acolhe a indignação das sociedades médicas e organizações da sociedade civil que repudiaram o documento produzido à época afirmando que **“ABORTO LEGAL NÃO É CRIME E AMEAÇAR MENINAS E MULHERES COM INVESTIGAÇÃO POLICIAL É TORTURA DO ESTADO”**

Pode ser identificado no documento a tentativa de criminalizar não somente as meninas e mulheres que necessitam de um aborto nos permissivos legais, mas também os profissionais de saúde que delas cuidam. O documento que se anuncia orientador de condutas, na verdade, constrói barreiras para o cuidado ao atrelar o processo de cuidado aos procedimentos e trâmites judiciais que também possuem papéis definidos, delegando aos policiais o procedimento de denúncia ou julgamento.

A afirmação de que a polícia investigará a vítima do estupro, ou a gestante com grave comorbidade materna em risco de morte, ou ainda, a gestante impactada emocionalmente e em sofrimento psíquico por um diagnóstico tão ominoso como de gestar um feto anencefalo, foi considerada como grave violação dos direitos humanos das mulheres pelo Estado brasileiro, além de flagrante quebra do direito constitucional da intimidade, privacidade e do sigilo profissional.

A referida Norma Técnica também intimida a população e os profissionais de saúde que atuam nos poucos serviços que acolhem as pessoas com direito ao aborto no Brasil considerando o cenário em que menos de 4% dos municípios brasileiros oferecem o aborto legal."

2.2.3 AS VARIEDADES DE CONDIÇÕES CLÍNICAS DO ABORTO

29. Após críticas fundamentadas sobre o documento produzido pela gestão anterior deste Ministério da Saúde, a Nota Técnica Conjunta esclarece que o termo "aborto" abrange uma variedade de condições clínicas que requerem definições e distinções mais precisas. Essas condições incluem:

"- **aborto espontâneo** (pode ser classificado como completo ou incompleto): “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”;

- **aborto induzido** (pode ser classificado como completo ou incompleto): “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”;

- **aborto retido**: “falha da gravidez, morte fetal ou embrionária não expelida do útero por pelo menos oito semanas”;

- **óbito fetal intrauterino**: “morte repentina do feto em qualquer ponto no tempo durante a gravidez”"

30. É importante observar que o tempo de gestação e o peso fetal são elementos cruciais na definição de aborto espontâneo, mas não têm a mesma relevância no aborto induzido, onde o fator principal é a intenção deliberada de interromper a

gravidez.

31. E, de acordo com a OMS, abortos induzidos são diferentes de abortos espontâneos e de natimortos e, portanto, não há necessidade de preenchimento de Declaração de Nascido Vivo ou Declaração de Óbito:

"O tempo gestacional e/ou peso fetal são elementos importantes do conceito de aborto espontâneo, esses elementos não estão presentes no conceito de aborto induzido, em que 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.

De acordo com a OMS, abortos induzidos são diferentes de abortos espontâneos e de natimortos e, portanto, não há que se dizer sobre preenchimento de Declaração de Nascido Vivo ou Declaração de Óbito. Essa questão foi omitida na referida Norma Técnica, apesar das dificuldades dos profissionais com obrigatoriedade de emissão de preenchimento da declaração de óbito em casos de aborto induzido"

2.2.4 PROCEDIMENTO TÉCNICO DE COLETA DE VESTÍGIOS

32. A Norma Técnica anterior, ora questionada, baseava-se na Portaria 2.561/2020, que foi revogada pela Portaria GM/MS 13 de 13 de janeiro de 2023. A Portaria 2.561/2020 estabelecia a coleta de vestígios forenses com o propósito de preservar evidências materiais de crimes de estupro, que deveriam ser entregues imediatamente às autoridades policiais ou peritos oficiais. Isso incluía fragmentos de embriões ou fetos para realização de testes de DNA a fim de identificar o autor do crime.

"Preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial ou aos peritos oficiais, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de confrontos genéticos que poderão levar à identificação do respectivo autor do crime..." (2022, p. 19) e ainda *"Com o objetivo de investigar o estupro e não o aborto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.561/2020, que determina a notificação dos estupros que ensejam interrupção de gravidez, com preservação de material para fins periciais."* (2022, p.23).

33. No entanto, a gestão atual deste Ministério da Saúde entende que essa Portaria comprometia a autonomia da mulher ao estabelecer que todas as vítimas de estupro que buscassem a interrupção da gravidez seriam obrigadas a consentir na coleta de material biológico para investigação criminal. Isso significaria que, para acessar o direito ao aborto, a mulher teria que abrir mão de sua autonomia de decidir sobre a coleta de seu material biológico.

34. Além disso, a coleta de material biológico nas primeiras semanas de gravidez só poderia ser realizada por meio do tratamento cirúrgico, conhecido como aspiração manual intrauterina (AMIU). Isso limitaria as opções terapêuticas disponíveis, excluindo a possibilidade de um tratamento medicamentoso menos invasivo..

35. Sobre tal ponto, cita-se o seguinte trecho da NOTA TÉCNICA CONJUNTA da SAES/MS e SAPS/MS:

"A Norma Técnica foi elaborada em consonância com a Portaria 2.561/2020 assegurava a legitimidade de violações éticas ao estabelecer que todas as vítimas de estupro que demandassem a interrupção da gravidez estariam obrigadas a consentir na coleta de material biológico para investigação criminal. Ou seja, para acessar o direito ao aborto a pessoa deveria abdicar da autonomia de decidir sobre a coleta de seu material biológico.

Ainda a indicação da coleta de vestígios teria um obstáculo técnico pois a coleta de material biológico nas primeiras semanas de gravidez só se daria por meio do tratamento cirúrgico (aspiração manual intrauterina - AMIU), o que limitaria as opções terapêuticas, excluindo a possibilidade de um tratamento medicamentoso menos intervencionista. Desse modo, para dar cumprimento a tal normativa, a vítima não poderia tomar decisões compartilhadas com a equipe de saúde sobre qual a técnica seria a mais adequada para o exercício de seu direito no tratamento para o aborto induzido."

36. Com base nesse entendimento, logo que assumiu a Pasta, a Exma. Ministra da Saúde determinou a revogação da mencionada Portaria nº 2.561/2020 pela Portaria GM/MS 13 de 13 de Janeiro de 2023.

2.2.5 A UTILIZAÇÃO DA TELEMEDICINA NOS CASOS DE ABORTO

37. No que diz respeito à ética profissional e ao uso da telemedicina em casos de aborto, o documento anterior desencorajava o procedimento com base em informações incorretas. No entanto, a NOTA TÉCNICA CONJUNTA destaca que essa posição anterior estava em desacordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

38. A OMS defende que o aborto até a 12ª semana de gestação pode ser autoadministrado pela mulher, e a oferta de serviços de telemedicina para o aborto induzido é segura, eficaz e pode ser realizada durante esse período gestacional.

39. Acerca do ponto, a manifestação técnica ressalta que:

"A literatura da área aponta um conjunto de evidências que atestam a segurança e a eficácia do aborto medicamentoso em regime de tratamento domiciliar, com orientações por equipe de saúde qualificada.

O assessoramento por profissionais de saúde em casos de aborto medicamentoso também ocorre em outros países, que demonstram a partir das experiências internacionais, como podem ser eficazes e exitosas para o sistema de

saúde, políticas que aliam economia em saúde, garantia do direito das mulheres e assessoramento profissional. O aborto medicamentoso com autoadministração após consulta de acompanhamento profissional ocorre em países como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Índia, México, Colômbia, Uruguai e Argentina.

40. Segundo a NOTA TÉCNICA CONJUNTA, são os principais erros identificados em relação os riscos no aborto medicamentoso:

"a) sobre o “risco de aborto incompleto”: com o esquema de tratamento disponível atualmente no Brasil (com misoprostol), a cada 100 mulheres submetidas ao tratamento, cinco podem ter o diagnóstico de aborto incompleto. Nesse caso, o tratamento complementar pode ser: conduta expectante, continuar o tratamento com misoprostol ou completar o tratamento com aspiração manual intrauterina ou elétrica;

b) sobre o “risco de sangramento excessivo”: segundo dados de ensaio clínico que estudou o uso do misoprostol para o aborto induzido, a cada 100 mil mulheres tratadas, 40 necessitarão retornar ao hospital devido ao sangramento e apenas três terão diagnóstico de sangramento excessivo;

c) sobre o “risco de ruptura uterina”: a ruptura uterina no primeiro trimestre da gravidez é um evento raríssimo. Uma revisão sistemática da literatura publicada em 2020 identificou 76 casos no mundo, dos quais apenas dois tinham antecedente de tratamento farmacológico para o aborto induzido. Nenhum caso de ruptura uterina foi identificado em outro estudo com mais de 50 mil mulheres tratadas em regime domiciliar para o aborto induzido;

d) sobre o “risco de morte”: em um estudo epidemiológico descritivo realizado nos Estados Unidos sobre a mortalidade relacionada ao aborto induzido em 10 anos, a taxa de mortes foi de 0,7 a cada 100 mil procedimentos realizados."

41. E ressalta que:

"Esse risco é aumentado exponencialmente em 38% a cada semana de idade gestacional, o que quer dizer que o atraso na assistência à mulher que tem direito ao aborto pode acarretar em maiores riscos à sua saúde.

O atraso no acesso aos serviços de aborto legal pode explicar o número alarmante de duas mortes em menos de 13 mil procedimentos registrados nos últimos sete anos (considerando uma média anual de 1.800 abortos legais registrados no Sistema oficial do Ministério da Saúde."

2.2.6 O PROCEDIMENTO DE CURETAGEM UTERINA ESTÁ OBSOLETO

42. A manifestação técnica do Ministério da Saúde enfatiza que o procedimento de curetagem uterina, recomendado no documento anterior, é considerado obsoleto e não é mais recomendado pela OMS há mais de 10 anos. A curetagem uterina deve ser substituída pela aspiração manual intrauterina (AMIU)/aspiração elétrica ou pelo tratamento medicamentoso, quando a AMIU não está disponível:

"Outra explicação pode ser a orientação contida no próprio documento analisado que dificulta aos serviços condições para prover um cuidado pautado nas evidências científicas mais atuais. Estudo demonstrou que 95% dos procedimentos utilizados para o tratamento do aborto (espontâneo, incompleto ou induzido) foram realizados por curetagem uterina - Destaca-se que a curetagem é considerada um tratamento obsoleto, proscrito pela OMS há vários anos e, recomendado no documento em análise.

(...)

A curetagem uterina é um método ultrapassado e deixou de ser recomendado pela OMS há mais de 10 anos, devendo ser substituída pela aspiração manual intrauterina (AMIU)/aspiração elétrica ou pelo tratamento medicamentoso, quando a AMIU não está disponível. No entanto, identifica-se a informação desatualizada:

"A conduta cirúrgica inclui a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina. [...] A perfuração uterina e a infecção são outras possíveis complicações cirúrgicas." (2022, p. 49)"

43. Além disso, o documento de 2022, omitia que as complicações sérias que requerem internação após um aborto induzido por AMIU são raras (menos do que 0,1%) e que complicações que não requerem internação (infecção, laceração do colo uterino, perfuração uterina, por exemplo) ocorrem em menos de 1% dos procedimentos.

2.2.7 LIMITE DE TEMPO GESTACIONAL PARA O ABORTO

44. É importante ressaltar que a legislação brasileira não estabelece um limite de tempo gestacional para o aborto legal.

45. Em conformidade com o artigo 128 do Código Penal, o Brasil permite a interrupção da gravidez em situações específicas, como risco à vida da gestante, estupro, preservação da saúde da gestante e anomalias fetais incompatíveis com a vida.

46. Mas, ao contrário de algumas informações incorretas que circulam, **não existe um prazo gestacional fixo para a realização do aborto decorrente de estupro ou qualquer outra circunstância legalmente prevista.** A legislação visa garantir o acesso das mulheres a cuidados médicos seguros e legais, independentemente do estágio da gravidez, desde que cumpridos os requisitos legais específicos para cada situação.

47. Por tal razão, mais uma vez, critica-se o documento publicado em 2022, que reforça um posicionamento que incentiva a adoção de barreiras organizacionais no acesso ao aborto legal, especialmente nos casos de gravidez com idade gestacional superior a 22 semanas.

48. Nos termos do destacado pela SAPS/MS e SAES/MS, a Norma Técnica objeto de questionamento, ao impor às vítimas de violência sexual que buscam os serviços de saúde com gravidez mais avançadas (acima de 22 semanas) a obrigatoriedade manter a gravidez até o termo para posterior doação, representa uma grave violação de direitos humanos, com caracterização de tratamento desumano e degradante pelo Estado, já explicitado em tratados internacionais da ONU:

"Ao tratar sobre aborto espontâneo e aborto induzido no mesmo documento, os autores construíram uma transposição artificial que induz os profissionais ao erro de considerar que o código penal brasileiro estabelece limites de idade gestacional para a realização do aborto legal, o que é inverídico e não condiz com o atual ordenamento jurídico sobre o tema. O documento reforça um posicionamento que incentiva a adoção de barreiras organizacionais no acesso ao aborto legal, especialmente nos casos de gravidez com idade gestacional superior a 22 semanas. Este posicionamento fica evidente na elaboração da seguinte narrativa:

"sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da prematuridade e, portanto, alcança o limite da viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada." (2022, p.38)

Na ausência de limite de idade gestacional estabelecido no Código Penal para o aborto induzido, os autores do documento ancoram as diretrizes do aborto espontâneo em uma suposta contraindicação que se revela falsa na própria análise do documento, ao se referir à tabela de indicação do medicamento da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), na página 48 da Norma Técnica. A tabela da FIGO reproduzida no documento do Ministério da Saúde de 2022 deixa em evidência a possibilidade e indicação técnica para a indução do aborto em tempos gestacionais acima de 22 semanas.

Desta forma, a Norma Técnica impõe às vítimas de violência sexual que buscam os serviços de saúde com gravidezes mais avançadas (acima de 22 semanas) a obrigatoriedade manter a gravidez até o termo para posterior doação. Essa recomendação representa uma grave violação de direitos humanos, com caracterização de tratamento desumano e degradante pelo Estado, já explicitado em tratados internacionais da ONU.

Estabelecer um limite de tempo gestacional ausente na legislação brasileira impedindo o acesso ao aborto legal, produziu casos como o da menina capixaba de 10 anos em 2020, amplamente divulgado na imprensa, que foi perseguida e teve o acesso ao aborto legal negado nos serviços de saúde de referência de seu estado. A referida Norma Técnica reforça a vulnerabilidade tanto das pessoas que demandam os cuidados necessários ao aborto legal, quanto aos profissionais de saúde que buscam atendê-las. A OMS também reforça que negar às meninas e mulheres aspectos essenciais dos cuidados médicos nos casos de aborto, como acolhimento, gestão da dor ou gestão de aborto incompleto como punição é uma violação dos direitos humanos"

49. Assim, estabelecer um limite de tempo gestacional ausente na legislação brasileira, impedindo o acesso ao aborto legal, reforça a vulnerabilidade tanto das pessoas que demandam os cuidados necessários ao aborto legal, quanto aos profissionais de saúde que buscam atendê-las.

2.2.8 INDUÇÃO DE ASSISTOLIA FETAL

50. Destaca a NOTA TÉCNICA CONJUNTA que a confusão entre aborto espontâneo e o aborto induzido, mediado pelo argumento equivocado da viabilidade fetal, também foi utilizado para desencorajar a utilização do procedimento de indução de assistolia fetal:

"A confusão entre aborto espontâneo e aborto induzido mediado pelo argumento equivocado da viabilidade fetal também foi utilizada para desencorajar a utilização do procedimento de indução de assistolia fetal:

"O abortamento com excludente de ilicitude feito por médico não deve ser precedido de feticídio, principalmente nos casos em que houver viabilidade fetal, já que os estudos não mostram qualquer vantagem no procedimento." (2022, p. 37)

O estudo brasileiro a que se refere a norma foi realizado com mulheres em situação de aborto induzido por malformações fetais incompatíveis com a vida e o desfecho estudado foi o tempo de indução do aborto. Existem estudos apontam que a indução de assistolia fetal não modifica substancialmente o cenário da duração entre o início da indução e a expulsão fetal. Entretanto, a referida Norma Técnica analisada não considera a responsabilidade do Estado em realizar técnicas que sejam benéficas às mulheres, com fim de promover maior conforto emocional para as pessoas que buscam os serviços de aborto, ou menor conflito emocional e/ou ético para os profissionais de saúde.

A recomendação de assistolia fetal nestes casos, também é posição das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e suas sub-especialidades, como por exemplo a *Society of Family Planning* (EUA) e o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) (Inglaterra) recomendam que as induções medicamentosas em idades gestacionais mais avançadas sejam precedidas da indução de assistolia fetal por trazer benefícios emocionais, legais e éticos relacionados ao impedimento da expulsão fetal com sinais transitórios de vida.

Destaca-se que a recomendação de indução de assistolia fetal em gravidezes acima de 21 semanas e 6 dias do RCOG é mencionada no documento do *National Institute for Health and Care Excellence - NICE* – citado na Norma Técnica em análise. A própria OMS orienta e recomenda a técnica da indução de assistolia fetal para abortos induzidos em tempos gestacionais avançados como uma técnica que produz cuidado em saúde.

2.2.9 O ABORTO MEDICAMENTOSO

51. Narram as áreas técnicas do Ministério da Saúde que o documento questionado descreve equivocadamente o intervalo entre as doses de misoprostol recomendadas para o tratamento do aborto induzido e omite que o Brasil é o único país da América da Latina e um dos únicos no mundo a restringir o uso do misoprostol aos hospitais:

"O documento descreve erroneamente o intervalo entre as doses de misoprostol recomendadas para o tratamento do aborto induzido, em contradição, inclusive, com a tabela reproduzida da FIGO (2022, p.48) e mencionada acima. O intervalo adequado entre as doses de misoprostol é de 3 horas.

"A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada seis horas mostra elevada taxa de sucesso. No Brasil, o misoprostol é uma medicação de uso exclusivo hospitalar." (2022, p.47).

O tratamento medicamentoso para aborto induzido "padrão ouro" é a combinação mifepristona e misoprostol, já que apresenta maior taxa de sucesso (aproximadamente 98%), quando comparada ao regime com misoprostol isolado (taxa de sucesso de aproximadamente 85%). O documento do Ministério da Saúde não considera recomendação da OMS sobre a mifepristona, ainda que ela não esteja disponível no Brasil atualmente. O medicamento em questão consta na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS desde 2005 e aumenta a eficácia e segurança do procedimento.

Ao reforçar que o Misoprostol é um medicamento de uso restrito aos hospitais, o documento omite a informação de que o Brasil é o único país da América da Latina e um dos únicos no mundo a restringir o uso do misoprostol aos hospitais. As restrições impostas pelas regulamentações brasileiras têm dificuldades para o cadastro de hospitais e para a aquisição do medicamento pelas maternidades: menos de 25% dos mais de 4.000 estabelecimentos com leitos obstétricos recebem o misoprostol.

O misoprostol é também empregado como tratamento para outras condições médicas além da interrupção da gestação, como para indução de parto e no tratamento e prevenção de hemorragias obstétricas. A regulamentação excessiva e as restrições ao seu acesso podem criar consideráveis entraves para a prestação adequada de cuidados de saúde também outros contextos que envolvem atenção obstétrica."

2.2.10 IMUNOGLOBULINA ANTI-D

52. No documento analisado, a Norma Técnica de 2022 orienta a prescrição da imunoglobulina anti-D na dose de 300 mcg em casos de abortamento, independentemente da idade gestacional. No entanto, a última recomendação da OMS não sugere a administração de imunoglobulina anti-D em gravidez com menos de 12 semanas:

"Há mais de 10 anos, a OMS recomendava a diminuição da dose de imunoglobulina anti-D para 50 mcg em gravidezes com menos de 12 semanas e não recomendava a determinação do fator Rh e a prescrição de imunoglobulina anti-D como rotina em gravidezes com menos de nove semanas. Em seu mais recente documento, a OMS não recomenda a administração de imunoglobulina anti-D em gravidezes com menos de 12 semanas.

Diferentemente, os autores da Norma Técnica erram ao orientar a prescrição, conforme citado abaixo:

"Recomenda-se a prescrição da imunoglobulina anti-D, na dose de 300 mcg, independentemente da idade gestacional, nos casos de abortamento." (2022, p. 49)"

53. É importante observar que as recomendações médicas e as diretrizes podem evoluir com o tempo à medida que novas evidências e pesquisas estão disponíveis. Portanto, é essencial que as diretrizes de saúde sejam atualizadas de acordo com a evidência científica mais recente para garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos.

2.2.11 INDICAÇÃO E INÍCIO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

54. A Norma Técnica analisada apresenta informações equivocadas sobre a indicação e o início dos métodos contraceptivos, especificamente no que diz respeito ao DIU e aos contraceptivos hormonais. A norma sugere que o DIU seja inserido no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) e que o injetável mensal ou trimestral seja administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento.

55. No entanto, a prática baseada em evidências e as diretrizes de saúde recomendam que métodos contraceptivos, incluindo o DIU e contraceptivos hormonais, possam ser iniciados no primeiro dia do tratamento medicamentoso ou cirúrgico e em qualquer dia do ciclo menstrual, desde que a pessoa não esteja grávida. Nesse sentido a manifestação técnica do Ministério da Saúde:

"A Norma Técnica analisada possui informação enganosa até mesmo para a indicação de método contraceptivo:

No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento. O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.” (2022, p. 59)

Métodos de contracepção (dispositivos intrauterinos, implantes, hormonais orais ou injetáveis) podem ser iniciados no primeiro dia do tratamento medicamentoso ou cirúrgico e em qualquer dia do ciclo menstrual (não apenas até o 5º dia ou logo depois da menstruação), desde que haja certeza de que a pessoa não esteja grávida.

Essa abordagem é conhecida como contracepção de início rápido e tem a vantagem de reduzir o tempo durante o qual a pessoa possa estar em risco de uma gravidez não planejada por estar sem uso de algum método contraceptivo e evita barreiras e custos relacionados à necessidade de retornar para iniciar um método que requer presença no serviço de saúde.

Quando o método contraceptivo é iniciado fora dos primeiros dias do ciclo menstrual, um método adicional (preservativos ou abstinência) deve ser indicado por dois a nove dias (sete dias para a maioria dos métodos)."

2.2.12 DIREITO AO ABORTO EM CASO DE RISCO À VIDA DA GESTANTE

56. Como já destacado, o Código Penal, no art. 128, permitiu o aborto quando há risco de vida à gestante:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: [\(Vide ADPF 54\)](#)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

57. A respeito do tema, a NOTA TÉCNICA CONJUNTA destaca que causas obstétricas indiretas, ou seja, doenças maternas graves foram responsáveis por 29% das mortes maternas no período de 1996 a 2018.

"Uma a cada três mortes maternas são decorrentes de causas obstétricas indiretas, ou seja, por doenças maternas graves. As mortes maternas de causas obstétricas indiretas resultam de doenças preexistentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Essas foram responsáveis por 29% das mortes maternas no período de 1996 a 2018. Nesse período, destacaram-se as mortes por doenças do aparelho circulatório e respiratório, por AIDS e por doenças infecciosas e parasitárias.

Em 2019, apesar da razão de mortalidade materna no Brasil estar em declínio, esse número já era considerado inaceitável: 58 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2021, com a pandemia da COVID-19, a Razão de Mortalidade Materna chegou a 107 mortes a cada 100 mil nascidos vivos."

58. No entanto, o documento de 2022 minimiza a situação ao sugerir a limitação da indicação do aborto terapêutico apenas em situações extremas:

"É importante ressaltar que as condições que realmente colocam em risco a vida da mulher que justifiquem um aborto são poucas, não cabendo um alargamento sem motivos técnicos". (2022, p.15)

59. Orientações neste sentido, podem resultar na adoção do aborto enquanto tratamento somente em condições clínicas agravadas, quando a decisão para interromper a gestação já não consegue salvar a vida da gestante.

60.

2.2.13 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

61. Por fim, a Norma Técnica em questão omite que o médico não pode recusar-se a cumprir seu dever profissional em relação ao aborto legal, nos casos em que não há outro médico que possa prestar o cuidado e sua recusa trazer danos à saúde da paciente.

62. Nesse sentido estabelece o Código de Ética Médica brasileiro:

"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"

63. E ressalta-se que:

"Entre ginecologistas e obstetras, a alegação de objeção de consciência para o cuidado ao aborto pode ser ainda mais grave, já que o aborto é o segundo procedimento obstétrico mais prevalente na vida profissional desses especialistas. Para a FIGO, "o dever primário de consciência de ginecologistas-obstetras [...] é, em todos os momentos, tratar ou beneficiar e prevenir prejuízos a pacientes pelas quais são responsáveis. Qualquer objeção de consciência ao tratamento da paciente é secundária a esse dever.

A própria OMS, em suas diretrizes mais recentes (citadas no documento do Ministério da Saúde), afirma que a objeção de consciência se torna indefensável se constituir uma barreira para o acesso ao aborto."

64. Assim, na NOTA TÉCNICA CONJUNTA, o Ministério da Saúde destaca a inexistência de hipótese de objeção de consciência institucionalizada, por compreender que é dever do Estado e das instituições de saúde cumprir a lei e garantir o direito ao aborto legal.

3. CONCLUSÃO

65. Considerando o exposto, foi a conclusão das Secretarias de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS e Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em NOTA TÉCNICA CONJUNTA:

"Indica-se a revogação do documento "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" publicado pelo Ministério da Saúde, em 2022, por conter erros conceituais, condutas obsoletas e recomendações equivocadas, sem respaldo de evidências científicas. As recomendações da referida Norma Técnica vulnerabilizam meninas e mulheres que precisam acessar os serviços de aborto legal no país e trazem insegurança aos profissionais de saúde que prestam este cuidado, gerando uma atmosfera de medo e intimidação a indivíduos devidamente amparados pelas hipóteses legais e ordenamentos internacionais.

As diretrizes do documento analisado induzem os profissionais à realização de práticas obsoletas e contrárias à legislação vigente, não obstante contribuem para a adoção de barreiras burocráticas nos serviços de saúde que dificultam o acesso ao aborto legal para todas as brasileiras, inclusive menores de 14 anos e mulheres em situação de gestação desejada, mas em risco de morte decorrente dela.

É necessária a construção de uma política ampla em relação ao cuidado em abortamento legal que atenda às necessidades das mulheres, esteja em acordo com a legislação e ofereça segurança aos profissionais de saúde.

A elaboração de Nota Técnica que substitua a analisada está em processo de elaboração e tem caminhado no sentido de incorporar as discussões com representantes da sociedade civil organizada que lutam em defesa dos direitos humanos de meninas e mulheres e das entidades de pesquisa que são referência para o tema para que haja consenso e legitimidade em torno de uma temática reconhecidamente sensível para a sociedade brasileira. Outras ações/encaminhamentos foram conduzidos por essa gestão:

- Participação em reunião presencial no "Encontro dos serviços brasileiros de aborto legal: Aborto legal em gravidezes avançadas – desafios para o acesso no Brasil" em de abril de 2023.
- Participação em reunião remota do Fórum Intersetorial de Serviços Brasileiros de Aborto previsto em lei.
- Realização de reunião no Ministério da Saúde com representantes do Fórum Intersetorial de Serviços Brasileiros de Aborto previsto em lei, pesquisadores de diferentes universidades e representantes de organizações da rede feminista.
- Constituição do GT interno entre Secretarias de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para subsidiar as ações necessárias sobre o tema e que será conduzido pela SAES.
- Construção, com especialistas, de proposta de nova Nota Técnica sobre o cuidado em Aborto norteado por princípios que, juntos, contribuirão para um cuidado integral, com disponibilidade dos serviços e para uma atenção ao aborto de qualidade, baseada nos direitos humanos e nas evidências científicas.
- Levantamento de necessidades de estudos para a incorporação de insumos, medicamentos e tecnologias para o cuidado nos casos de aborto.
- Avaliação sobre a necessidade de revisão da Nota Técnica Interministerial, de 2015, que orienta e normatiza o Registro de Informações e Coleta de Vestígios nos casos de Violência Sexual.
- Elaboração de propostas de instrumentos de registro e notificação que possam substituir a necessidade de preenchimento de Declaração de Nascido Vivo (DNV), Declaração de Óbito (DO) nos casos de aborto induzido e fortalecer o sistema de notificação para fins de elaboração de política pública.
- Em relação a oferta de serviços de aborto previsto em lei no Brasil, o Ministério da Saúde reconhece que esta se encontra irregularmente distribuída no território nacional, com serviços majoritariamente nas regiões sul e sudeste, todos vinculados aos cuidados às vítimas de violência sexual e trabalha para uma reorganização destes serviços incorporando os permissivos legais e sua distribuição em diferentes regiões do território nacional.
- O Brasil é signatário de diversos acordos internacionais para garantia dos direitos humanos das meninas e mulheres, que incluem os direitos sexuais e reprodutivos. Todas as mulheres devem contar com serviços de abortamento qualificados, com atendimento seguro, acessível e humanizado.

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de garantir o acesso ao atendimento, como forma de garantir os direitos estabelecidos na legislação do país, através de políticas públicas qualificadas. É importante compreender também que a atenção ao aborto nos casos previstos em lei é somente um dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, que devem incluir uma gama de serviços: oferta de contraceptivos de boa qualidade, orientação multiprofissional, atenção às pessoas em situação de vulnerabilidade, dentre outros. Todos eles relação direta com a saúde materno-infantil, a necessidade de reduzir a mortalidade materno-infantil, e a proteção da vida das meninas e mulheres.

As medidas para fortalecer as políticas e os serviços relacionados ao abortamento devem ter como base as necessidades sanitárias e os direitos humanos das mulheres, uma compreensão rigorosa das leis sobre o tema e o contexto social, cultural e econômico dos serviços."

4. ENCAMINHAMENTOS ADMINISTRATIVOS

66. Com as presentes Informações, restituo os autos ao Apoio Administrativo para adoção das seguintes providências:

a) juntar a presente manifestação ao Sistema SEI e encaminhar os autos ao **Gabinete da Ministra de Estado da Saúde** para conhecimento e, se entender pertinente, expedir Ofício diretamente ao Exmo. Ministro Edson Fachin, Relator da ADPF nº 989, em trâmite perante o Supremo Tribunal Federal, em resposta ao Ofício eletrônico nº 11290/2023 (SEI nº 0035221161), daquela procedência, remetendo-lhe cópias dos seguintes documentos:

- i) NOTA TÉCNICA CONJUNTA;
- ii) da peça de INFORMAÇÕES n. 00059/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU e respectivo despacho de aprovação;
- iii) NOTA TÉCNICA Nº 46/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS (seq. 5; SEI nº 0035425527).
- iv) NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-DSMI/SAPS/MS (SEI nº 0028036551);

b) Arquivar o processo em epígrafe no Sistema *Sapiens* até ulterior manifestação.

Brasília, 12 de setembro de 2023.

LUIZA HOOD WANDERLEY
Advogada da União
Coordenadora-Geral de Contencioso Estratégico e Extrajudicial

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000113828202352 e da chave de acesso 86d4cc12



Documento assinado eletronicamente por LUIZA HOOD WANDERLEY, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1278435406 e chave de acesso 86d4cc12 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): LUIZA HOOD WANDERLEY, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br). Data e Hora: 13-09-2023 06:50. Número de Série: 51385880098497591760186147324. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO SSLv1.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DA CONSULTORIA JURÍDICA
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, 6º ANDAR, BRASÍLIA/DF, CEP 70058-900

DESPACHO n. 03717/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.113828/2023-52

INTERESSADA: Associação da Rede Unida e Outros

ASSUNTOS: ADPF 989. Pedido de informações pelo Supremo Tribunal Federal. Ofício eletrônico nº 11290/2023

1. **Aprovo** a peça de INFORMAÇÕES n. 00065/2023/CONJUR-MS/CGU/AGU, da lavra da Advogada da União Luiza Hood Wanderley, Coordenadora-Geral de Contencioso Estratégico e Extrajudicial.

2. Ao Apoio Administrativo desta Consultoria Jurídica, para que:

a) junte as presentes manifestações ao sistema SEI e encaminhe os autos virtuais ao **Gabinete da Ministra - GM/MS**, para ciência do opinativo, avaliação e, se de acordo, envio de ofício ao Supremo Tribunal Federal - STF, com cópia das presentes manifestações; e

b) em seguida, archive-se o processo em tela no sistema SAPIENS.

Brasília, 13 de setembro de 2023.

ALINE VELOSO DOS PASSOS
Advogada da União
Consultora Jurídica junto ao Ministério da Saúde

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000113828202352 e da chave de acesso 86d4cc12



Documento assinado eletronicamente por ALINE VELOSO DOS PASSOS, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1279143693 e chave de acesso 86d4cc12 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): ALINE VELOSO DOS PASSOS, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br). Data e Hora: 13-09-2023 10:49. Número de Série: 51385880098497591760186147324. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO SSLv1.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 37/2023-SAPS/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se do Ofício eletrônico nº 11290/2023 ([0035221161](#)), proveniente do Supremo Tribunal Federal por meio do qual solicita informações acerca dos fatos impugnados na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 989, com finalidade de solicitar informações atualizadas requeridas no(a) despacho/decisão do Ministro EDSON FACHIN, no prazo de 10 (dez) dias.

1.2. A ADPF 989 foi ajuizada pela Sociedade Brasileira de Bioética, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Rede Unida objetivando que seja reconhecido o estado de coisas inconstitucional do sistema de saúde pública brasileiro quanto à realização do aborto legal nos casos de gestação decorrentes de estupro.

1.3. Os autos versam sobre Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF nº 989), requerida pela Sociedade Brasileira de Bioética, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Rede Unida, com o objetivo de que seja reconhecido o estado de coisas inconstitucional do sistema de saúde pública brasileiro quanto à realização do aborto legal nos casos de gestação decorrentes de estupro, alegando violação a preceitos fundamentais da Constituição da República e requer:

1.4. A concessão monocrática de medida cautelar, em sede de liminar (art. 5.º, § 1.º c/c § 3.º, da Lei n. 9.882/1999), inaudita altera parte, ad referendum, para determinar a imediata suspensão monocrática da Norma Técnica “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento” do Ministério da Saúde, até que se julgue definitivamente a presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, bem como determine que nenhum órgão público de saúde ou que faça as suas vezes impeça a realização de aborto nas hipóteses previstas em lei, tampouco restrinja a sua realização em qualquer critério de idade gestacional ou por mecanismos burocráticos ou empecilhos administrativos, tampouco condicione a exigências não previstas em lei, ou ainda deixe de prestar informações acerca do procedimento;

1.5. Independentemente da concessão da medida cautelar, no mérito, a procedência do pedido para, ao final:

a) A declaração de inconstitucionalidade de qualquer ato administrativo do Ministério da Saúde ou decisão judicial que restrinja às gestações de até 22 semanas a possibilidade de realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e pela ADPF 54;

b) A declaração de inconstitucionalidade da omissão do Ministério da Saúde por não fornecer informações adequadas em seus canais de comunicação oficiais ou de atendimento ao público sobre os procedimentos para a realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e pela ADPF 54;

c) A declaração de inconstitucionalidade de qualquer ação do Estado, especialmente do Ministério da Saúde e do Poder Judiciário, que implique em burocracia ou barreiras, tal como exigências não previstas em Lei, para a realização de aborto nas hipóteses previstas pelo Art. 128, I e II, do Código Penal e na ADPF 54.

1.6. A abertura de vista dos autos à Procuradoria-Geral da República, de acordo com o § 1.º do art. 103 da CF, para que se manifeste quanto ao mérito da presente ação;

1.7. A prioridade de inclusão na pauta de julgamento do Plenário deste E. STF, observando-se o art. 145, VIII, do Regimento Interno do STF.

2. ANÁLISE

Trata-se de posicionamento do Ministério da Saúde em relação à norma técnica denominada “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”, publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2022, objeto da ADPF 989. Inicialmente, cabe informar que o referido documento foi retirado da plataforma virtual do Ministério da Saúde pelos motivos que citamos a seguir.

O documento foi retirado dos sites oficiais do Ministério da Saúde, uma vez que parte significativa das orientações que o integram estão em desuso, não se justificando em 2022, utilizar recomendações que remetem aos anos 90 (primeiras sistematizações sobre o cuidado em aborto no Brasil) e até mesmo mantidas em documentos produzidos na primeira década dos anos 2000 quando a produção/circulação de conhecimento era muito mais restrita e limitada.

Em consonância com as evidências científicas atuais dispostas ao longo deste posicionamento, a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde em relação ao tema, e seus manuais e publicações mais recentes, assim como pelas manifestações de repúdio da Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil)^[1] e Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras^[2], o Ministério da Saúde discorre sobre os principais temas abordados pela Norma Técnica em questão, e argumenta acerca do posicionamento sobre o tema a partir de evidências científicas baseadas em referências nacionais e internacionais, se manifestando a partir dos seguintes pontos

Sobre questão conceitual:

Na introdução da Norma Técnica, assim como no conjunto de documentos produzidos à época, localiza-se o objetivo principal desqualificar a relevância temática, bem como sua recorrência e descaracterizar sua ocorrência como problema de saúde pública, por exemplo, utilizando o argumento de que “*mortes por aborto respondem a um número pequeno*” (2022, p.7). No entanto, dados dos Sistemas de Informação - SIM (mortalidade), SINASC (nascidos vivos) e SIH (Hospitalar) revelam que entre 2008 e 2015 ocorreram em média 200 mil internações por ano por procedimentos relacionados ao aborto. De 2006 a 2015, foram encontrados 770 óbitos maternos como causa básica aborto. A maior proporção dessas mortes ocorreu entre mulheres mais vulneráveis: pretas, indígenas, de baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sem companheiro^[3]. A maioria das mortes maternas são evitáveis e cabe ao Estado envidar esforços para que nenhuma menina ou mulher morra em decorrência de um aborto, independentemente se essa for a primeira, segunda, terceira, quarta ou quinta causa^[4]. Se uma única morte evitável ocorra, é interesse e preocupação do Ministério da Saúde.

O reforço do acesso a cuidados abrangentes no aborto no sistema de saúde é fundamental para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a boa saúde e o bem-estar (ODS3) e a igualdade de gênero (ODS5).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para que os países alcancem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente aqueles relacionados à equidade de gênero, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e redução das taxas de mortalidade materna, é fundamental que meninas e mulheres tenham acesso a cuidados de aborto baseados em evidências (que devem ser seguros, respeitosos e não discriminatórios)^[5].

Tendo em vista a necessidade de embasamento teórico em produção científica atualizada e amparo técnico e legal, fica evidenciada a aparente produção extemporânea que fere o rito adequado das produções de documentos do Ministério da Saúde. Neste sentido, os autores tentaram alargar os

limites constitucionais e garantir os princípios do “direito do nascituro” informando aos profissionais e serviços de saúde que o aborto estaria em discordância com os compromissos do Brasil, por exemplo, ao se tornar signatário do Pacto de São José da Costa Rica, especificamente no Artigo 4º, parágrafo 1, que estabelece toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida e que esse direito deve ser protegido por lei, em geral, desde a concepção. Os autores deliberadamente omitiram o termo em geral com o objetivo de suprimir ou apagar a possibilidade dos países signatários de reconhecer os permissivos legais para interrupção da gestação^[6].

Os autores amparam a Norma Técnica na Declaração do Consenso de Genebra sobre Saúde da Mulher e Fortalecimento da Família. No entanto, o Brasil saiu do referido consenso por considerar que o documento contém entendimento restritivo dos direitos sexuais e reprodutivos e do conceito de família e pode comprometer a plena implementação da legislação nacional sobre a matéria, incluídos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)^[7].

Por fim, os autores reafirmam que o Brasil seria signatário de diversos acordos internacionais que recomendam a “prevenção de abortos de qualquer forma para fortalecer famílias e crianças” (2022, p. 13) sem que exista documentação que ampare a afirmação.

A Norma Técnica diverge do que afirma a Organização Mundial de Saúde, segundo a qual a falta de acesso a cuidados de abortamento seguros, oportunos, acessíveis e respeitosos “representa um risco não apenas para o bem-estar físico, mas também para o bem-estar mental e social de mulheres e meninas”. Em consonância com a legislação de cada país, a frequência do aborto exige que os sistemas de saúde se adequem para garantir serviços de atendimento ao aborto, que ofereçam as informações adequadas sobre os casos em que as mulheres podem realizá-lo, assim como garantir o atendimento humanizado pré, durante e pós-abortamento.

A Estratégia Mundial de Saúde Reprodutiva da OMS, que procura acelerar os progressos rumo à consecução dos objetivos de desenvolvimento internacionais, identifica a eliminação do aborto inseguro como um mandato prioritário.

A intencionalidade da Norma Técnica em promover a desassistência ao abortamento voluntário no Brasil fica evidente quando destaca a informação de que “*Não existe aborto legal como é costumeiramente citado, inclusive em textos técnicos. O que existe é o aborto com excludente de ilicitude.*” (2022, p.14).

O termo “aborto legal” é indexado nos descritores da saúde desde 1964 (DeCS/MeSH) e tem como definição a “finalização de gestação em condições permitidas pela legislação local”^[8]. Sendo esse o caso para os três permissivos legais da legislação brasileira: gravidez decorrente de estupro, risco à vida da mulher e anencefalia fetal^[9].

Diferentemente do que afirmou o documento, a OMS, em suas diretrizes de 2022, recomenda a descriminalização do aborto por considerar que se trata de um cuidado em saúde e não uma questão criminal^[10].

O Ministério da Saúde, na atual gestão, não poderia ficar inerte diante de um documento que afirma, como posição técnico-científica, 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 materno.” (2022, p.14, grifo nosso).

O Ministério da Saúde acolhe a indignação das sociedades médicas e organizações da sociedade civil que repudiaram o documento produzido à época afirmando que “**ABORTO LEGAL NÃO É CRIME E AMEAÇAR MENINAS E MULHERES COM INVESTIGAÇÃO POLICIAL É TORTURA DO ESTADO**”^[11].

Pode ser identificado no documento a tentativa de criminalizar não somente as meninas e mulheres que necessitam de um aborto nos permissivos legais, mas também os profissionais de saúde que delas cuidam. O documento que se anuncia orientador de condutas, na verdade, constrói barreiras para o cuidado ao atrelar o processo de cuidado aos procedimentos e trâmites judiciais que também possuem papéis definidos, delegando aos policiais o procedimento de denúncia ou julgamento.

A afirmação de que a polícia investigará a vítima do estupro, ou a gestante com grave comorbidade materna em risco de morte, ou ainda, a gestante impactada emocionalmente e em sofrimento psíquico por um diagnóstico tão ominoso como de gestar um feto anencéfalo, foi considerada como grave violação dos direitos humanos das mulheres pelo Estado brasileiro, além de flagrante quebra do direito constitucional da intimidade, privacidade e do sigilo profissional^[12].

A referida Norma Técnica também intimida a população e os profissionais de saúde que atuam nos poucos serviços que acolhem as pessoas com direito ao aborto no Brasil considerando o cenário em que menos de 4% dos municípios brasileiros oferecem o aborto legal^[13].

A Norma Técnica em análise não mencionava o conceito de aborto induzido, que é a condição clínica que caracteriza o aborto legal. A omissão do conceito de aborto induzido no documento provoca uma confusão proposital com o termo “aborto espontâneo”. O que caracteriza o aborto induzido é a intencionalidade da interrupção da gravidez e não a viabilidade fetal^[14]. A definição Legal de aborto é a interrupção da gravidez anterior ao tempo compreendido entre a concepção e o início do trabalho de parto, o qual é o marco do fim da vida intrauterina^[15].

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o termo aborto inclui uma variedade de condições clínicas, que precisam ser definidas e diferenciadas:

- **aborto espontâneo** (pode ser classificado como completo ou incompleto): “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”^[16];

- **aborto induzido** (pode ser classificado como completo ou incompleto): “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”^[17];

- **aborto retido**: “falha da gravidez, morte fetal ou embrionária não expelida do útero por pelo menos oito semanas”^[18];

- **óbito fetal intrauterino**: “morte repentina do feto em qualquer ponto no tempo durante a gravidez”^[19].

O tempo gestacional e/ou peso fetal são elementos importantes do conceito de aborto espontâneo, esses elementos não estão presentes no conceito de aborto induzido, em que 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^[20].

De acordo com a OMS, abortos induzidos são diferentes de abortos espontâneos e de natimortos e, portanto, não há que se dizer sobre preenchimento de Declaração de Nascido Vivo ou Declaração de Óbito. Essa questão foi omitida na referida Norma Técnica, apesar das dificuldades dos profissionais com obrigatoriedade de emissão de preenchimento da declaração de óbito em casos de aborto induzido.

Sobre Procedimentos Técnicos:

Coleta de Vestígios:

A Norma Técnica apresentava a defesa da Portaria 2.561/2020^[21], revogada pela Portaria GM/MS 13 de 13 de Janeiro de 2023, que determinava a coleta de vestígios forenses para:

“Preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial ou aos peritos oficiais, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de confrontos genéticos que poderão levar à identificação do respectivo autor do crime...” (2022, p. 19) e ainda *“Com o objetivo de investigar o estupro e não o aborto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.561/2020, que determina a notificação dos estupros que ensejam interrupção de gravidez, com preservação de material para fins periciais.”* (2022, p.23).

A Norma Técnica foi elaborada em consonância com a Portaria 2.561/2020 assegurava a legitimidade de violações éticas ao estabelecer que todas as vítimas de estupro que demandassem a interrupção da gravidez estariam obrigadas a consentir na coleta de material biológico para investigação criminal. Ou seja, para acessar o direito ao aborto a pessoa deveria abdicar da autonomia de decidir sobre a coleta de seu material biológico.

Ainda a indicação da coleta de vestígios teria um obstáculo técnico pois a coleta de material biológico nas primeiras semanas de gravidez só se daria por meio do tratamento cirúrgico (aspiração manual intrauterina - AMIU), o que limitaria as opções terapêuticas, excluindo a possibilidade de um tratamento medicamentoso, menos intervencionista. Desse modo, para dar cumprimento a tal normativa, a vítima não poderia tomar decisões compartilhadas com a equipe de saúde sobre qual a técnica seria a mais adequada para o exercício de seu direito no tratamento para o aborto induzido.

A preservação do material biológico para fins forenses havia sido tratada em normativa anterior destacando a necessária articulação entre os órgãos periciais e da saúde, e definida a consolidação da cadeia de custódia^[22].

Telemedicina

Ao tratar da questão da ética profissional, os autores inserem a temática da Telemedicina e recorrem à estratégia do medo, desinformando e produzindo barreiras de acesso, principalmente para as vítimas de estupro. O texto desencoraja a realização do procedimento ancorado em informação falsa:

“... induzir o abortamento por telemedicina, utilizando-se de fármacos de controle especial, pode causar danos irreversíveis à mulher, uma vez que a imperícia por incapacidade técnica para realizar o procedimento em casa possibilita o perigo de advir um aborto incompleto, ruptura do útero, sangramento excessivo podendo levar a morte e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino. Esses fatores impõem, portanto, a internação da mulher em ambiente hospitalar até a finalização do processo.” (2022, p.29).

A posição adotada pelo Ministério da Saúde estava em desacordo com as recomendações da OMS citadas como referência ao final do próprio documento. Para a OMS, o aborto até a 12ª semana da gravidez pode ser autoadministrado pela mulher e a oferta do serviço de telemedicina para o aborto induzido é seguro, eficaz e pode ser ofertado nesse período gestacional^[23].

A literatura da área aponta um conjunto de evidências que atestam a segurança e a eficácia do aborto medicamentoso em regime de tratamento domiciliar, com orientações por equipe de saúde qualificada^[24] ^[25].

O assessoramento por profissionais de saúde em casos de aborto medicamentoso também ocorre em outros países, que demonstram a partir das experiências internacionais, como podem ser eficazes e exitosas para o sistema de saúde, políticas que aliam economia em saúde, garantia do direito das mulheres e assessoramento profissional. O aborto medicamentoso com autoadministração após consulta de acompanhamento profissional ocorre em países como Estados Unidos^[26], Alemanha^[27], Inglaterra^[28], França^[29], Índia^[30], México, Colômbia^[30], Uruguai^[31] e Argentina^[32].

Os principais erros identificados em que são alarmados os riscos do aborto medicamentoso em nota de repúdio já citada, merecem ser revisitados:

a) sobre o “risco de aborto incompleto”: com o esquema de tratamento disponível atualmente no Brasil (com misoprostol), a cada 100 mulheres submetidas ao tratamento, cinco podem ter o diagnóstico de aborto incompleto.^[33] Nesse caso, o tratamento complementar pode ser: conduta expectante, continuar o tratamento com misoprostol ou completar o tratamento com aspiração manual intrauterina ou elétrica^[34];

b) sobre o “risco de sangramento excessivo”: segundo dados de ensaio clínico que estudou o uso do misoprostol para o aborto induzido, a cada 100 mil mulheres tratadas, 40 necessitarão retornar ao hospital devido ao sangramento e apenas três terão diagnóstico de sangramento excessivo^[35];

c) sobre o “risco de ruptura uterina”: a ruptura uterina no primeiro trimestre da gravidez é um evento raríssimo. Uma revisão sistemática da literatura publicada em 2020 identificou 76 casos no mundo, dos quais apenas dois tinham antecedente de tratamento farmacológico para o aborto induzido. Nenhum caso de ruptura uterina foi identificado em outro estudo com mais de 50 mil mulheres tratadas em regime domiciliar para o aborto induzido^[36];

d) sobre o “risco de morte”: em um estudo epidemiológico descritivo realizado nos Estados Unidos sobre a mortalidade relacionada ao aborto induzido em 10 anos, a taxa de mortes foi de 0,7 a cada 100 mil procedimentos realizados.^[37]

Esse risco é aumentado exponencialmente em 38% a cada semana de idade gestacional, o que quer dizer que o atraso na assistência à mulher que tem direito ao aborto pode acarretar em maiores riscos à sua saúde^[38].

O atraso no acesso aos serviços de aborto legal pode explicar o número alarmante de duas mortes em menos de 13 mil procedimentos registrados nos últimos sete anos (considerando uma média anual de 1.800 abortos legais registrados no Sistema oficial do Ministério da Saúde^[39].

Outra explicação pode ser a orientação contida no próprio documento analisado que dificulta aos serviços condições para prover um cuidado pautado nas evidências científicas mais atuais. Estudo demonstrou que 95% dos procedimentos utilizados para o tratamento do aborto (espontâneo, incompleto ou induzido) foram realizados por curetagem uterina^[40] - Destaca-se que a curetagem é considerada um tratamento obsoleto, proscrito pela OMS há vários anos^[41] e, recomendado no documento em análise.

e) sobre o risco do “efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino”: esses “possíveis efeitos psicológicos” não são descritos na literatura científica, mas não seriam diferentes dos efeitos do tratamento medicamentoso em regime de internação hospitalar. Em pesquisa realizada na Inglaterra durante a pandemia de COVID-19, a partir de mais de 2.400 mulheres entrevistadas que receberam o tratamento medicamentoso em casa, por telemedicina, 96% disseram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com o tratamento e 80% teriam escolhido o tratamento por telemedicina novamente, mesmo em um contexto sem as restrições impostas pela pandemia.^[42]

Limite de Tempo Gestacional

Ao tratar sobre aborto espontâneo e aborto induzido no mesmo documento, os autores construíram uma transposição artificial que induz os profissionais ao erro de considerar que o código penal brasileiro estabelece limites de idade gestacional para a realização do aborto legal, o que é inverídico e não condiz com o atual ordenamento jurídico sobre o tema. O documento reforça um posicionamento que incentiva a adoção de barreiras organizacionais no acesso ao aborto legal, especialmente nos casos de gravidez com idade gestacional superior a 22 semanas. Este posicionamento fica evidente na elaboração da seguinte narrativa:

“sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da prematuridade e, portanto, alcança o limite da viabilidade fetal, a

manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada.” (2022, p.38)

Na ausência de limite de idade gestacional estabelecido no Código Penal para o aborto induzido, os autores do documento ancoram as diretrizes do aborto espontâneo em uma suposta contraindicação que se revela falsa na própria análise do documento, ao se referir à tabela de indicação do medicamento da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), na página 48 da Norma Técnica. A tabela da FIGO reproduzida no documento do Ministério da Saúde de 2022 deixa em evidência a possibilidade e indicação técnica para a indução do aborto em tempos gestacionais acima de 22 semanas.

Desta forma, a Norma Técnica impõe às vítimas de violência sexual que buscam os serviços de saúde com gravidezes mais avançadas (acima de 22 semanas) a obrigatoriedade manter a gravidez até o termo para posterior doação. Essa recomendação representa uma grave violação de direitos humanos, com caracterização de tratamento desumano e degradante pelo Estado, já explicitado em tratados internacionais da ONU.^[43]

Estabelecer um limite de tempo gestacional ausente na legislação brasileira impedindo o acesso ao aborto legal, produziu casos como o da menina capixaba de 10 anos em 2020, amplamente divulgado na imprensa, que foi perseguida e teve o acesso ao aborto legal negado nos serviços de saúde de referência de seu estado.^[44] A referida Norma Técnica reforça a vulnerabilidade tanto das pessoas que demandam os cuidados necessários ao aborto legal, quanto aos profissionais de saúde que buscam atendê-las. A OMS também reforça que negar às meninas e mulheres aspectos essenciais dos cuidados médicos nos casos de aborto, como acolhimento, gestão da dor ou gestão de aborto incompleto como punição é uma violação dos direitos humanos.^[45]

Indução de Assistolia Fetal

A confusão entre aborto espontâneo e aborto induzido mediado pelo argumento equivocado da viabilidade fetal também foi utilizada para desencorajar a utilização do procedimento de indução de assistolia fetal:

“O abortamento com excludente de ilicitude feito por médico não deve ser precedido de feticídio, principalmente nos casos em que houver viabilidade fetal, já que os estudos não mostram qualquer vantagem no procedimento.” (2022, p. 37)

O estudo brasileiro a que se refere a norma foi realizado com mulheres em situação de aborto induzido por malformações fetais incompatíveis com a vida e o desfecho estudado foi o tempo de indução do aborto.^[46] Existem estudos apontam que a indução de assistolia fetal não modifica substancialmente o cenário da duração entre o início da indução e a expulsão fetal.^[47] Entretanto, a referida Norma Técnica analisada não considera a responsabilidade do Estado em realizar técnicas que sejam benéficas às mulheres, com fim de promover maior conforto emocional para as pessoas que buscam os serviços de aborto, ou menor conflito emocional e/ou ético para os profissionais de saúde.

A recomendação de assistolia fetal nestes casos, também é posição das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e suas sub-especialidades, como por exemplo a *Society of Family Planning* (EUA)^[48] e o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG)^[49] (Inglaterra) recomendam que as induções medicamentosas em idades gestacionais mais avançadas sejam precedidas da indução de assistolia fetal por trazer benefícios emocionais, legais e éticos relacionados ao impedimento da expulsão fetal com sinais transitórios de vida. Destaca-se que a recomendação de indução de assistolia fetal em gravidezes acima de 21 semanas e 6 dias do RCOG é mencionada no documento do *National Institute for Health and Care Excellence* - NICE – citado na Norma Técnica em análise. A própria OMS orienta e recomenda a técnica da indução de assistolia fetal para abortos induzidos em tempos gestacionais avançados como uma técnica que produz cuidado em saúde.^[50]

Aborto Medicamentoso

O documento descreve erroneamente o intervalo entre as doses de misoprostol recomendadas para o tratamento do aborto induzido, em contradição, inclusive, com a tabela reproduzida da FIGO (2022, p.48) e mencionada acima. O intervalo adequado entre as doses de misoprostol é de 3 horas^[51].

“A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada seis horas mostra elevada taxa de sucesso. No Brasil, o misoprostol é uma medicação de uso exclusivo hospitalar.” (2022, p.47).

O tratamento medicamentoso para aborto induzido “padrão ouro” é a combinação mifepristona e misoprostol, já que apresenta maior taxa de sucesso (aproximadamente 98%)^[52], quando comparada ao regime com misoprostol isolado (taxa de sucesso de aproximadamente 85%)^[53]. O documento do Ministério da Saúde não considera recomendação da OMS sobre a mifepristona, ainda que ela não esteja disponível no Brasil atualmente. O medicamento em questão consta na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS desde 2005^[54], e aumenta a eficácia e segurança do procedimento^[55].

Ao reforçar que o Misoprostol é um medicamento de uso restrito aos hospitais, o documento omite a informação de que o Brasil é o único país da América da Latina^[56] e um dos únicos no mundo a restringir o uso do misoprostol aos hospitais^[57] ^[58]. As restrições impostas pelas regulamentações brasileiras têm dificuldades para o cadastro de hospitais e para a aquisição do medicamento pelas maternidades: menos de 25% dos mais de 4.000 estabelecimentos com leitos obstétricos recebem o misoprostol^[59].

O misoprostol é também empregado como tratamento para outras condições médicas além da interrupção da gestação, como para indução de parto e no tratamento e prevenção de hemorragias obstétricas. A regulamentação excessiva e as restrições ao seu acesso podem criar consideráveis entraves para a prestação adequada de cuidados de saúde também outros contextos que envolvem atenção obstétrica.

Curetagem Uterina

A curetagem uterina é um método ultrapassado e deixou de ser recomendado pela OMS há mais de 10 anos,^[60] devendo ser substituída pela aspiração manual intrauterina (AMIU)/aspiração elétrica ou pelo tratamento medicamentoso, quando a AMIU não está disponível^[61]. No entanto, identifica-se a informação desatualizada:

“A conduta cirúrgica inclui a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina. [...] A perfuração uterina e a infecção são outras possíveis complicações cirúrgicas.” (2022, p. 49)

O documento omite que complicações sérias que requerem internação após um aborto induzido por AMIU são raras (menos do que 0,1%) e que complicações que não requerem internação (infecção, laceração do colo uterino, perfuração uterina, por exemplo) ocorrem em menos de 1% dos procedimentos^[62].

Imunoglobulina anti-D

Há mais de 10 anos, a OMS recomendava a diminuição da dose de imunoglobulina anti-D para 50 mcg em gravidezes com menos de 12 semanas e não recomendava a determinação do fator Rh e a prescrição de imunoglobulina anti-D como rotina em gravidezes com menos de nove semanas^[63]. Em seu mais recente documento, a OMS não recomenda a administração de imunoglobulina anti-D em gravidezes com menos de 12 semanas^[64].

Diferentemente, os autores da Norma Técnica erram ao orientar a prescrição, conforme citado abaixo:

“Recomenda-se a prescrição da imunoglobulina anti-D, na dose de 300 mcg, independentemente da idade gestacional, nos casos de abortamento.” (2022, p. 49)

Indicação e início do método contraceptivo

A Norma Técnica analisada possui informação enganosa até mesmo para a indicação de método contraceptivo:

“No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento. O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.” (2022, p. 59)

Métodos de contracepção (dispositivos intrauterinos, implantes, hormonais orais ou injetáveis) podem ser iniciados no primeiro dia do tratamento medicamentoso ou cirúrgico^[65] e em qualquer dia do ciclo menstrual (não apenas até o 5º dia ou logo depois da menstruação), desde que haja certeza de que a pessoa não esteja grávida.

Essa abordagem é conhecida como contracepção de início rápido e tem a vantagem de reduzir o tempo durante o qual a pessoa possa estar em risco de uma gravidez não planejada por estar sem uso de algum método contraceptivo e evita barreiras e custos relacionados à necessidade de retornar para iniciar um método que requer presença no serviço de saúde.

Quando o método contraceptivo é iniciado fora dos primeiros dias do ciclo menstrual, um método adicional (preservativos ou abstinência) deve ser indicado por dois a nove dias (sete dias para a maioria dos métodos)^[66].

Direito ao aborto em caso de risco à vida da gestante

Uma a cada três mortes maternas são decorrentes de causas obstétricas indiretas, ou seja, por doenças maternas graves. As mortes maternas de causas obstétricas indiretas resultam de doenças preexistentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Essas foram responsáveis por 29% das mortes maternas no período de 1996 a 2018. Nesse período, destacaram-se as mortes por doenças do aparelho circulatório e respiratório, por AIDS e por doenças infecciosas e parasitárias.^[67]

Em 2019, apesar da razão de mortalidade materna no Brasil estar em declínio, esse número já era considerado inaceitável: 58 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2021, com a pandemia da COVID-19, a Razão de Mortalidade Materna chegou a 107 mortes a cada 100 mil nascidos vivos.^[68] No entanto, o documento minimiza a situação ao sugerir a limitação da indicação do aborto terapêutico a uma situação *“in extremis”*:

“É importante ressaltar que as condições que realmente colocam em risco a vida da mulher que justifiquem um aborto são poucas, não cabendo um alargamento sem motivos técnicos”. (2022, p.15)

Orientações neste sentido podem resultar na adoção do aborto enquanto tratamento somente em condições clínicas agravadas, quando a decisão para interromper a gestação já não consegue salvar a vida da gestante^[69]. Em outro trecho, o documento destaca a obrigatoriedade da atuação médica para proceder ao aborto em caso de *“risco iminente à vida”*, vinculando equivocadamente a iminência de situação de perigo à ideia de *“risco de vida para a gestante”*, estabelecida em dispositivo legal, como única hipótese para realização do procedimento. O aborto terapêutico também deve ser adotado diante da certeza de que o desenvolvimento da gravidez poderá provocar a morte da gestante.

Objeção de Consciência

A Norma Técnica em questão omite que o médico não pode recusar-se a cumprir seu dever profissional em relação ao aborto legal, nos casos em que não há outro médico que possa prestar o cuidado e sua recusa trazer danos à saúde da paciente:

“O médico tem o total direito de objeção de consciência para realizar um aborto. Isso não pode ocorrer se houver iminente risco de morte. Nas outras situações previstas em lei, o estabelecimento de saúde tem a obrigação de disponibilizar um médico sem objeção de consciência.” (2022, p. 28)

Segundo o Código de Ética Médica brasileiro, “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” (cap. I, art. VII).^[70] Pode-se apreender que a objeção de consciência não é um direito absoluto ou total, como quer fazer entender o documento do Ministério da Saúde.

Entre ginecologistas e obstetras, a alegação de objeção de consciência para o cuidado ao aborto pode ser ainda mais grave, já que o aborto é o segundo procedimento obstétrico mais prevalente na vida profissional desses especialistas. Para a FIGO, “o dever primário de consciência de ginecologistas-obstetras [...] é, em todos os momentos, tratar ou beneficiar e prevenir prejuízos a pacientes pelas quais são responsáveis. Qualquer objeção de consciência ao tratamento da paciente é secundária a esse dever”^[71].

A própria OMS, em suas diretrizes mais recentes (citadas no documento do Ministério da Saúde), afirma que a objeção de consciência se torna indefensável se constituir uma barreira para o acesso ao aborto.^[72]

O Ministério da Saúde destaca a inexistência de hipótese de objeção de consciência institucionalizada, por compreender que é dever do estado e das instituições de saúde cumprir a Lei e garantir o direito ao aborto legal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Para que o direito à saúde seja efetivado, a OMS sinaliza a necessidade de avançar em direção à realização progressiva dos direitos humanos de acordo com a legislação de cada país.

Adicionalmente, informa-se que a Organização Mundial de Saúde publicou no ano de 2022 uma atualização das diretrizes que versam sobre o aborto, com recomendações sobre a não restrição do direito ao acesso e ao cuidado em aborto baseado na idade gestacional; o direito de decisão da gestante; e a garantia de cuidado integral nos diversos pontos de atenção, as quais estão sendo consideradas para a reestruturação das novas normas técnicas sobre a temática.

[1] — A Rede Médica pelo Direito de Decidir - Global Doctors for Choice/Brasil é vinculada à rede internacional de médicos articulados em mais de 25 países ao redor do mundo, comprometidos com a defesa dos direitos humanos e com a prestação de cuidados médicos da mais alta qualidade fundamentados na ciência. Por meio da defesa de políticas públicas e práticas médicas baseadas em evidências, a rede se esforça para proteger e expandir o acesso a cuidados abrangentes em saúde sexual e reprodutiva para meninas e mulheres.

[2] — A Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras é pessoa jurídica de direito privado, constituída na forma de associação, sem fins lucrativos ou econômicos, político-partidários e religiosos, que tem como objetivo social a defesa dos direitos reprodutivos das mulheres. A rede atua por meio do fortalecimento de organizações da sociedade civil e movimentos sociais, com ações de advocacy, pesquisa e formação.

[3] — Cardoso, B.B., Vieira, F.M.D.S.B., Saraceni, V. (2020). Abortion in Brazil: what do the official data say? Cad Saude Publica. 36 Suppl 1(Suppl 1):e00188718.

[4] — FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020. Rio de Janeiro, 08 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>.

[5] — Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN-13: 978-92-4-003948-3 ISBN-10: 978-92-4-003949

[6] — <https://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>

[7] — https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/desligamento-do-brasil-do-consenso-de-genebra

[8] — Para acessar a definição na base de dados latinoamericana (Biblioteca Virtual em Saúde): https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=31&filter=ths_termall&q=aborto%20legal.

Para acessar a definição na base de dados norte-americana (National Library of Medicine): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=legal+abortion>

[9] — Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Código Penal. Brasília, 1940.

[10] — World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[11] — Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil), Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. ABORTO É CUIDADO EM SAÚDE E NÃO UMA QUESTÃO CRIMINAL: Nota de repúdio à nova publicação do Ministério da Saúde sobre abortamento.

[12] — Ibid.

[13] — Jacobs, M.G, Boing, A.C. (2021). What do the national data say about the supply and performance of legal abortions in Brazil in 2019? Cad. Saúde Pública. 37(12):e00085321.

[14] — World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases 11th Revision (2022). The global standard for diagnostic health information.

[15] — Bitencourt CR. Tratado de direito penal – parte especial: dos crimes contra a pessoa. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v.2.

[16] — 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>. Acesso: 09 jun 2022.

[17] — 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%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1517114528>. Acesso: 10 set 2023 .

[18] — 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%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f721991699>. Acesso: 09 jun 2022.

[19] — 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/505744734>. Acesso: 09 jun 2022.

[20] — Ibid.

[21] — Revogada pela Portaria GM/MS 13 de 13 de janeiro de 2023.

[22] — Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica. Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2015.l

[23] — World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[24] — Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. BJOG. 2019 Aug;126(9):1094-1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684.

[25] — Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, et al Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis BMJ Sexual & Reproductive Health 2021;47:238-245.

[26] — AIKEN, Abigail R.A. et al. Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population-based study. ARTICLES | VOLUME 10, 100200, JUNE 2022. DOI:

10.1016/j.lana.2022.100200.

[27] WHO, Self-management of medical abortion via telemedicine in Germany.2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/self-management-of-medical-abortion-via-telemedicine-in-germany>. Acesso em: 11/09/2023.

[28] Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, et al Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2021;47:238-245.

[29] VAZQUEZ QUESADA, Lucía et al. Abortion Self-Care: A Forward-Looking Solution To Inequitable Access. In: FOCUS ON ABORTION: VIEWPOINT, Volume 46, Supplement 1, 2020

[30] GONZALEZ-Q, Adriana I; MORENO-L, Diva J; GRASS-C, David E. Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud, Bucaramanga*, v. 53, e500, Dec. 2021. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072021000100500&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2023. Epub Apr 01, 2021. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21013>.

[31] FIOL, Verónica et al. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 134, Issue S1, August 2016, Pages S12-S15. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.06.006.

[32] ARIZA NAVARRETE, Sonia et al. Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo IVE-ILE: actualización 2022. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022. Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga. ISBN 978-950-38-0314-

[33] von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9;369(9577):1938-46. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60914-3.

[34] World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO, 2023.

[35] von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9;369(9577):1938-46. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60914-3.

[36] Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG*. 2021 Aug;128(9):1464-1474. doi: 10.1111/1471-0528.16668.

[37] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*;103(4):729-37. doi: 10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60.

[38] Ibid.

[39] <http://tabnet.datasus.gov.br/>

[40] Cardoso BB, Vieira FMDSB, Saraceni V, (2020), op. cit. not. 1.

[41] World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. Geneva: WHO, 2012. ISBN 978 92 4 154843 4.

[42] Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG*. 2021 Aug;128(9):1464-1474. doi: 10.1111/1471-0528.16668.

[43] “The Human Rights Committee explicitly stated that breaches of article 7 of the International Covenant on Civil and Political Rights include forced abortion, as well as denial of access to safe abortions to women who have become pregnant as a result of rape and raised concerns about obstacles to abortion where it is legal.” (United

Nations, General Assembly. Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 2013)

[44] Falcão M, Vivas F. PGR apura se ministra Damares tentou impedir aborto de menina de 10 anos no ES. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/11/09/pg-r-apura-se-ministra-damares-tentou-impedir-aborto-de-menina-de-10-anos-no-es.ghtml>. Acesso: 12 jun 2022.

Damares diz que menina de dez anos estuprada deveria ter feito cesárea. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/09/18/damares-diz-que-menina-de-10-anos-estuprada-deveria-ter-feito-cesarea.htm>. Acesso: 12 jun 2022.

[45] World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO, 2023

[46] Silva LV, Cecatti JG, Pinto e Silva JL, Amaral E, Barini R. Fetocide does not modify duration of labor induction in cases of medical termination of pregnancy. *Fetal Diagn Ther*. 2008;23(3):192-7. doi: 10.1159/000116740.

[47] Diedrich J, Drey E; Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion. *Contraception*. 2010 Jun;81(6):462-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.018.

[48] Ibid,

[49] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). Termination of Pregnancy of Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales. London: RCOG.

[50] World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: WHO, 2023.

[51] Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, Kapp N, Castleman L, Kim C, Ho PC, Visser GHA. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(3):363-366. doi: 10.1002/ijgo.12181.

World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[52] Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG*. 2021 Aug;128(9):1464-1474. doi: 10.1111/1471-0528.16668.

[53] von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9;369(9577):1938-46. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60914-3.

[54] World Health Organization (WHO). WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2005 (including the 14th model list of essential medicines). 14th. Geneva, WHO, 2006. ISBN 92 4 120933 X. ISSN 0512-3054.

[55] Organização Mundial de Saúde (OMS). Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Tradução: Sílvia Piñeyro Trias. OMS, 2013. ISBN 978-92-4-854843-7

[56] Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro – CLACAI, Peru, 2017. Disponível em: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1000>.

[57] Sneeringer RK, Billings DL, Ganatra B, Baird TL. Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: a review of the literature. *J Public Health Policy*. 2012 May;33(2):218-29. doi: 10.1057/jphp.2012.11.

[58] Rede Médica pelo Direito de Decidir (2022). Coletânea: Aborto seguro pelo direito de decidir. Disponível em: <https://cebes.org.br/coletanea-notas-e-posicionamentos-direito-de-decidir-sobre-o-direito-a-saude-sexual-e-reprodutiva/28752/>. Acesso: 11 jun 2022.

[59] Morel J, Machado T. A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento de mulheres. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-22/restricao-da-anvisa-impede-acesso-a-tratamento-recomendado-internacionalmente-para-saude-da-mulher.html>. Acesso: 11 jun 2022.

[60] World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guideline for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO, 2012. ISBN 978 92 4 154843 4.

[61] World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[62] World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guideline for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO, 2012. ISBN 978 92 4 154843 4.

[63] Ibid.

[64] World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[65] World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO, 2022. License: CC BY-CC-SA 3.0 IGO.

[66] Ibid.

[67] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 20. Vol. 51. Maio 2020. Brasília, 2020.

[68] Gandra A. Brasil teve, em 2021, 107 mortes de mães a cada 100 mil nascimentos. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-teve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos>. Acesso: 12 jun 2022.

[69] Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil), Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. ABORTO É CUIDADO EM SAÚDE E NÃO UMA QUESTÃO CRIMINAL: Nota de repúdio à nova publicação do Ministério da Saúde sobre abortamento.

[70] Conselho Federal de Medicina (CFM). CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019.

[71] THE FIGO COMMITTEE FOR THE STUDY OF ETHICAL ASPECTS OF HUMAN REPRODUCTION AND WOMEN'S HEALTH. Ethical issues in obstetrics and gynecology. London: FIGO, 2012.

[72] World Health Organization (WHO) 2022, op. cit. not. 5.

3. CONCLUSÃO

Indica-se a revogação do documento “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” publicado pelo Ministério da Saúde, em 2022, por conter erros conceituais, condutas obsoletas e recomendações equivocadas, sem respaldo de evidências científicas. As recomendações da referida Norma Técnica vulnerabilizam meninas e mulheres que precisam acessar os serviços de aborto legal no país e trazem insegurança aos profissionais de saúde que prestam este cuidado, gerando uma atmosfera de medo e intimidação a indivíduos devidamente amparados pelas hipóteses legais e ordenamentos internacionais.

As diretrizes do documento analisado induzem os profissionais à realização de práticas obsoletas e contrárias à legislação vigente, não obstante contribuem para a adoção de barreiras burocráticas nos serviços de saúde que dificultam o acesso ao aborto legal para todas as brasileiras, inclusive menores de 14 anos e mulheres em situação de gestação desejada, mas em risco de morte decorrente dela.

É necessária a construção de uma política ampla em relação ao cuidado em abortamento legal que atenda às necessidades das mulheres, esteja em acordo com a legislação e ofereça segurança aos profissionais de saúde.

A elaboração de Nota Técnica que substitua a analisada está em processo de elaboração e tem caminhado no sentido de incorporar as discussões com representantes da sociedade civil organizada que lutam em defesa dos direitos humanos de meninas e mulheres e das entidades de pesquisa que são referência para o tema para que haja consenso e legitimidade em torno de uma temática reconhecidamente sensível para a sociedade brasileira. Outras ações/encaminhamentos foram conduzidos por essa gestão:

- Participação em reunião presencial no “Encontro dos serviços brasileiros de aborto legal: Aborto legal em gravidezes avançadas – desafios para o acesso no Brasil” em de abril de 2023.

- Participação em reunião remota do Fórum Intersetorial de Serviços Brasileiros de Aborto previsto em lei.

- Realização de reunião no Ministério da Saúde com representantes do Fórum Intersetorial de Serviços Brasileiros de Aborto previsto em lei, pesquisadores de diferentes universidades e representantes de organizações da rede feminista.

- Constituição do GT interno entre Secretarias de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para subsidiar as ações necessárias sobre o tema e que será conduzido pela SAES.

- Construção, com especialistas, de proposta de nova Nota Técnica sobre o cuidado em Aborto norteado por princípios que, juntos, contribuirão para um cuidado integral, com disponibilidade dos serviços e para uma atenção ao aborto de qualidade, baseada nos direitos humanos e nas evidências científicas.

- Levantamento de necessidades de estudos para a incorporação de insumos, medicamentos e tecnologias para o cuidado nos casos de aborto.

- Avaliação sobre a necessidade de revisão da Nota Técnica Interministerial, de 2015, que orienta e normatiza o Registro de Informações e Coleta de Vestígios nos casos de Violência Sexual.

- Elaboração de propostas de instrumentos de registro e notificação que possam substituir a necessidade de preenchimento de Declaração de Nascido Vivo (DNV), Declaração de Óbito (DO) nos casos de aborto induzido e fortalecer o sistema de notificação para fins de elaboração de política pública.

- Em relação a oferta de serviços de aborto previsto em lei no Brasil, o Ministério da Saúde reconhece que esta se encontra irregularmente distribuída no território nacional, com serviços majoritariamente nas regiões sul e sudeste, todos vinculados aos cuidados às vítimas de violência sexual e trabalha para uma reorganização destes serviços incorporando os permissivos legais e sua distribuição em diferentes regiões do território nacional.

- O Brasil é signatário de diversos acordos internacionais para garantia dos direitos humanos das meninas e mulheres, que incluem os direitos sexuais e reprodutivos. Todas as mulheres devem contar com serviços de abortamento qualificados, com atendimento seguro, acessível e humanizado.

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de garantir o acesso ao atendimento, como forma de garantir os direitos estabelecidos na legislação do país, através de políticas públicas qualificadas. É importante compreender também que a atenção ao aborto nos casos previstos em lei é somente um dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, que devem incluir uma gama de serviços: oferta de contraceptivos de boa qualidade, orientação multiprofissional, atenção às pessoas em situação de vulnerabilidade, dentre outros. Todos eles relação direta com a saúde materno-infantil, a necessidade de reduzir a mortalidade materno-infantil, e a proteção da vida das meninas e mulheres.

As medidas para fortalecer as políticas e os serviços relacionados ao abortamento devem ter como base as necessidades sanitárias e os direitos humanos das mulheres, uma compreensão rigorosa das leis sobre o tema e o contexto social, cultural e econômico dos serviços.

Por fim, revoga-se a Nota Técnica nº 1/2022-DSMI/SAPS/MS ([0028036551](#)).

NÉSIO FERNANDES

Secretário de Atenção Primária à Saúde

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 14/09/2023, às 10:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 14/09/2023, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0036003071** e o código CRC **1ECA1FDB**.

Referência: Processo nº 25000.113828/2023-52

SEI nº 0036003071

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Criado por [caroline.osilva](#), versão 4 por [vitor.silva](#) em 14/09/2023 09:41:15.

ENC: Notificação: Comunicação (117929 - Informações processuais - PROJU)

PROTOCOLO JUDICIAL <Protocolojudicial@stf.jus.br>

Qui, 14/09/2023 18:20

Para:Aline Menezes de Lima <aline.m.lima@stf.jus.br>

De: stfcidadao@milldesk.com <stfcidadao@milldesk.com>

Enviada em: quinta-feira, 14 de setembro de 2023 16:06

Para: PROTOCOLO JUDICIAL <Protocolojudicial@stf.jus.br>

Assunto: Notificação: Comunicação (117929 - Informações processuais - PROJU)

Olá!

Esta é uma mensagem sobre uma manifestação registrada na Central do Cidadão do STF:

Remetente: Central do Cidadão

Mensagem:

Prezados,

Encaminhamos para análise e providências. Acompanha três anexos.

Solicitamos a gentileza de acusar o recebimento deste, informando o número de petição gerado.

Número da manifestação: 117929

Assunto: Informações processuais - PROJU

Descrição da manifestação:

FÍCIO Nº 2361/2023/DATDOF/CGAEST/GM/MS

A Sua Excelência o Senhor

Edson Fachin

Ministro do Supremo Tribunal Federal

Assunto: Atualização de informações - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 989.

Referência: Caso responda este Ofício, favor mencionar o Processo nº 25000.113828/2023-52.

Detalhes da solicitação:

E-mail: edvaldo@saude.gov.br

Nome (*): EDVALDO LOPES GESTEIRA

CPF (*): 25620134172

Seu relacionamento com o STF (*): Membro, servidor ou colaborador de outro órgão

[INFORMAÇÕES 00065-2023-CONJUR-MS-CGU-AGU.pdf](#)
[NOTA TÉCNICA CONJUNTA 37-2023-SAPS-SAES-MS.pdf](#)

Atenciosamente

