

EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EDSON FACHIN, RELATOR DA ADPF 989

A CLÍNICA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CLÍNICA UERJ DIREITOS (“Clínica” ou “UERJ Direitos”), com endereço a R. São Francisco Xavier, 524, 7º andar, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20550-013 (Doc. 1), vem, por seus advogados abaixo assinados (procuração em anexo), com fundamento no art. 7º, § 2º, da Lei nº 9.868/1999, bem como no art. 138, *caput*, do Novo Código de Processo Civil, requerer a sua admissão, na qualidade de **AMICUS CURIAE**, nos autos do processo em epígrafe, pelas razões e para os fins adiante expostos.

– I –

INTRODUÇÃO

1. No Brasil, é comum dizer-se que aborto é um tabu. Mas tabu, segundo os dicionários, é algo “*que tem caráter sagrado, sendo interdito a qualquer contato*”. Sob a ótica da laicidade e do Estado de Direito, já não seria admissível, em uma democracia, que temas fossem interditados em razão de seu caráter religioso. No entanto, o que ocorre quanto ao aborto é diverso e, possivelmente, ainda pior: manipula-se o sagrado, a convicção religiosa das pessoas, para formar uma retórica político-eleitoral perniciosa, que mina a democracia à custa dos direitos das mulheres. Nesse sentido, aborto não é um tema interdito; ao contrário, é fomentado por boa parte dos políticos – inclusive pelo atual mandatário da Presidência da República –,¹ para que entre no debate público justamente como peça sagrada, capaz de abater todas as demais.

2. **Esta instrumentalização do aborto para fins do debate político-eleitoral distorce fatos, alimenta pânicos morais e impede que discussões razoáveis sobre o assunto se estabeleçam.** Cria-se uma arma em favor de quem se apresenta

¹ Jair Bolsonaro já afirmou que “*enquanto for presidente, não haverá [aborto]*”. Cf. Redação Marie Claire. “[Bolsonaro sobre aborto no Brasil: ‘Enquanto eu for presidente, não haverá’](#)”. Marie Claire, 2020. Também chegou a editar, no Dia Internacional das Mulheres, decreto voltado à proteção da “*maternidade, desde a concepção*” e aos “*direitos da criança nascida e por nascer*” (Decreto nº 10.987, de 8 de Março de 2022). O próprio Ministério das Mulheres, aliás, foi transmutado em Ministério da Família, com forte atuação internacional para alinhamento do país a iniciativas antiaborto.

como “pró-vida” – afinal, quem poderia ser contrário a algo tão elementar e fundamental como a vida, ainda mais de um “bebê”? – e também uma armadilha para a implementação do direito à interrupção da gravidez assegurado, ainda que em hipóteses limitadas, desde 1940, bem como para o debate em torno da descriminalização mais ampla.

3. **A finalidade da ADPF nº 989 é, em última análise, reverter esse cenário, devolvendo o aborto para o campo das razões públicas, do debate laico e plural. O que se deve examinar na ação são direitos e políticas públicas, e não convicções religiosas e disputas eleitorais.** Fixada essa premissa, o julgamento da ADPF configura um caso fácil. Afinal, o seu objetivo não é discutir a importância do direito ao aborto em termos amplos e, conseqüentemente, a exigência constitucional de sua descriminalização – matéria em debate na ADPF nº 442, sob a relatoria da Min. Rosa Weber.

4. **O objeto da presente ação é outro: busca-se examinar as falhas na efetivação do aborto legal, ou seja, daquele já consagrado no ordenamento jurídico, diante de um conjunto de ações e omissões de responsabilidade estatal que, na prática, dificultam, quando não inviabilizam, seu exercício.**

5. Como se sabe, as três hipóteses de aborto autorizadas pelo ordenamento brasileiro são: (i) risco à vida da gestante (art. 128, I, do CP), (ii) gravidez decorrente de estupro (art. 128, II, do CP) e (iii) anencefalia fetal (decisão vinculante tomada na ADPF nº 54). Tais hipóteses envolvem o mais elevado grau de afetação aos direitos fundamentais das mulheres. Não à toa, são reconhecidas em praticamente todas as democracias do mundo² e são qualificadas, respectivamente, como: (i) aborto *necessário*, (ii) aborto *humanitário*, e (iii) aborto como *vedação à tortura* da gestante.

6. A obstaculização ou impedimento do exercício ao aborto nesses três casos configura, em um *primeiro plano*, violação à **legalidade** e à **segurança jurídica**, especialmente relevantes em matéria penal. Conforme se demonstrará adiante, as interpretações infundadas e ampliativas da proibição ao aborto realizadas pelo atual governo adicionam condicionantes à interrupção da gravidez que o próprio Código não estabeleceu, tampouco esta Suprema Corte fixou ao apreciar a ADPF nº 54.

² Relatórios de organizações de pesquisa e da própria ONU resumem a legislação de quase todos os países do mundo sobre o aborto, permitindo-se identificar quais proíbem a prática e em quais casos. Cf. ONU, Department of Economic and Social Affairs. “[Abortion Policies and Reproductive Health around the World](#)” – (ST/ESA/SER.A/343), 2014; e Institute Guttmacher. “[Abortion Legality Worldwide](#)”, dez. 2017.

7. Com isso, em vez de combater um histórico de já difícil implementação do direito ao aborto legal, estimula-se um ambiente de *desinformação jurídica* a respeito do tema, em que as próprias mulheres e os profissionais de saúde envolvidos não possuem segurança quanto às regras aplicáveis. Viver em um país em que não se sabe se determinada conduta constitui ou não crime – porque a permissão prevista a ela é, na prática, submetida a reduções e limitações que variam conforme a vontade do agente aplicador da lei – contraria a noção mais elementar de Estado de Direito, frustrando a previsibilidade e a clareza que seriam essenciais para legitimar a atuação punitiva do Estado.

8. Ainda, se o art. 128 do CP e a ADPF nº 54 afastam – seja via tipicidade, seja via ilicitude – a configuração do crime de aborto nos casos de risco à gestante, estupro ou anencefalia, não se pode reverter esse quadro, invocando o art. 124 do Código. Fazer isso seria dar prevalência normativa a um dos componentes delimitadores da criminalização, em prejuízo ao demais – algo que o Código Penal não fez. Seria modificar e desvirtuar elementos definidores do crime para se criar um delito distinto, mais amplo do que o estabelecido pelo legislador e este Supremo Tribunal Federal.

9. Nessa linha, também deve-se recordar que, no âmbito do Direito Penal, vige a lógica de *interpretação restritiva das regras criminalizadoras*. Desse modo, permitir que os contornos da definição do crime de aborto sejam manipulados e ampliados, ainda que pela via de redução do alcance das hipóteses de exclusão penal da conduta, ofende o art. 5º, XXXIX, da CF/1988. Afinal, se, como a Constituição estabelece, não há crime sem lei anterior que o defina, não pode ser crime aquilo que a própria lei penal e esta Suprema Corte expressamente ressalvaram da criminalização.

10. Em um *segundo plano*, a inefetividade do direito ao aborto legal, provocada por ações e omissões do próprio Estado brasileiro, viola os direitos das mulheres. Há ofensa à **autonomia**, de escolhas de vida e sobre o próprio corpo; à **saúde reprodutiva**, com potencial risco a outros aspectos da saúde da mulher e à sua própria vida; e à **igualdade de gênero**, com impacto em especial sobre mulheres negras e pobres, que são as que mais sofrem com a imposição ilícita de obstáculos à realização do aborto legal.

11. Afinal, dificultar ou impedir a interrupção de uma gravidez de risco à saúde da gestante, decorrente de estupro ou de feto anencefálico ofende os direitos das mulheres em aspectos tão centrais de sua humanidade que corresponde a uma negativa de sua condição de sujeitos de direito. É dizer às mulheres que suas vidas

importam menos do que o potencial humano presente no feto e que elas podem ser submetidas a condições de absoluto sofrimento psicológico em prol de um objetivo social de reprodução.³ Assim, a prática de *inefetivação* do direito legal ao aborto no Brasil, promovida pelo próprio Estado, corresponde, em última análise, à **negação da dignidade humana das mulheres**, e, sem dignidade, não há garantia de nada mais. Tudo o que já se conquistou fica sob suspeita.

12. Não à toa, em Relatório Especial sobre tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanas e degradantes, o Comitê Contra a Tortura da Organização das Nações Unidas afirmou que leis restritivas que negam o acesso ao aborto em casos de estupro, incesto, anomalia do feto ou para salvaguardar a vida ou a saúde da gestante violam o direito das mulheres de não serem submetidas à tortura ou maus tratos.⁴ Na mesma toada, o Comitê de Direitos Humanos da ONU já afirmou que, para proteger o direito à vida e outros tantos abarcados pelo Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, restrições no acesso ao aborto não podem “*colocar em risco as vidas de meninas e mulheres, submetê-las à dor ou sofrimento físico ou mental [...], nem discriminá-las ou arbitrariamente interferir em sua privacidade.*”⁵

13. Não obstante a importância do acesso ao aborto – especialmente nas hipóteses já legalizadas –, o conjunto de ações e omissões estatais abordado nesta ADPF deixa claro que, apesar das conquistas já obtidas, o corpo da mulher, sua autonomia e sua saúde, seu bem-estar e seus projetos de vida e felicidade seguem podendo ser

³ No cenário de *gravidez decorrente de estupro*, o aborto é garantido à vítima de violência sexual como forma de lhe privar de um possível grande sofrimento psicológico. Nesses casos, é provável e justificável que a gravidez seja encarada pela vítima como uma segunda violência, sendo intolerável para a gestante, que não consegue dissociar o trauma do estupro e do agressor da imagem do feto gestado em seu próprio corpo. Cf. Mykaella Cristina Antunes Nunes, Normanda Araujo de Moraes. “Estupro e gravidez: Relatos das vivências de mulheres antes e após o desfecho da gestação”. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 21, n. 4, p. 468-476, 2016. p. 473; e Jefferson Drezzet. “Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres”. *Revista Reprodução e Climatério*, v. 26, n. 3, p. 85-91, 2011, p. 89. Por sua vez, no que tange à hipótese da *anencefalia fetal*, o próprio Supremo Tribunal Federal, no âmbito da ADPF 54, ressaltou que obrigar a mulher a manter a gestação de feto anencefalo contra sua vontade é submetê-la à tortura psicológica. Já o Comitê Contra a Tortura da ONU, em Relatório Especial sobre tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos e degradantes, também considerou que leis restritivas que negam o acesso ao aborto em casos de estupro, incesto, anomalia do feto ou para salvaguardar a vida ou a saúde da gestante violam o direito das mulheres de não serem submetidas à tortura ou maus tratos. Cf. ONU. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/31/57, 2016, § 43.

⁴ Organização das Nações Unidas. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/31/57 (2016), parágrafo 43: “*Leis sobre o aborto altamente restritivas que o proibem até em casos de incesto, estupro, anomalia do feto ou para salvar a vida ou saúde da mulher violam os direitos das mulheres de estarem livres da tortura e tratamentos degradantes (A/HRC/22/53, CEDAW/C/OP.8/PHL/1).*” Tradução livre.

⁵ Organização das Nações Unidas. *CCPR/C/GC/36. Comentário Geral nº 36 (2018)*, parágrafo 8. Tradução livre.

instrumentalizados e violados. Dificultar o acesso ao aborto legal, admitido no Brasil apenas em casos extremos, é possivelmente a forma mais evidente de objetificação das mulheres por parte do Estado.

14. Por fim, cabe frisar o **recorte racial e de classe** que a violação de direitos das mulheres, demonstrada acima, apresenta. Com efeito, *mulheres brancas e de classe média e alta*, por vezes, conseguem acionar o sistema de justiça para enfrentar as barreiras impostas ao exercício de seu direito legal ao aborto. Mais frequentemente do que isso, conseguem recorrer a um aborto clandestino relativamente seguro do ponto de vista médico para exercer o direito que lhes foi negado, ainda que se mantenha grau considerável de risco jurídico e de saúde, além de estigma e dificuldades práticas variadas. *Mulheres negras e pobres*, no entanto, ficam completamente abandonadas à própria sorte, sujeitas ao uso de métodos abortivos extremamente inseguros, ao medo ainda maior de punição estatal, entre outros.⁶ Como cantava Elza Soares, a carne mais barata do mercado é a carne negra – a carne da mulher negra.⁷

15. Diante da multiplicidade de violações aos direitos fundamentais acima evocados, optou-se por dividir a exposição de mérito da presente ação em três seções. Na **primeira**, serão tratados **obstáculos usualmente impostos à prática do aborto legal no país**. A partir desse bloco de análise, será requerido que este Supremo Tribunal Federal reconheça como incompatível com a CRFB/1988 a imposição das seguintes condicionantes para acesso ao procedimento de aborto legal: (a) exigência de prévia apuração policial (boletim de ocorrência ou qualquer outro ato do tipo) ou autorização judicial; (b) exigência de que a gravidez se encontre abaixo de determinado limite de idade gestacional; e (c) exigência, como regra geral, de autorização dos pais ou representantes legais nos casos de gestante menor de idade.

16. Já na **segunda seção**, será tratada a **necessidade de invalidação do Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento**, editado em 2022 pelo Ministério da Saúde (“Manual de 2022”).⁸ Trata-se de verdadeira peça de desinformação, dotada de equívocos técnicos, omissões e

⁶ Como bem reconheceu esta Suprema Corte no âmbito do julgamento do HC nº 124.306, “[n]ão raro, mulheres pobres precisam recorrer a clínicas clandestinas sem qualquer infraestrutura médica ou a procedimentos precários e primitivos, que lhes oferecem elevados riscos de lesões, mutilações e óbito.”

⁷ Elza Soares. A carne. In: Elza Soares. *Do Cóccix até o Pescoço*. Salvador: Maianga Discos, 2002. Faixa 6. CD. Composição de Marcelo Yuka, Seu Jorge e Ulisses Cappelletti.

⁸ Ministério da Saúde. [Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento](#). Brasília, DF, 1ª edição revisada, 2022.

insinuações que expressam a intenção ilícita do atual governo federal de obstar o acesso ao aborto legal no país.

17. A urgência na invalidação do Manual não poderia ser maior. Afinal, não se trata de mera manifestação de opinião do atual governo, supostamente contida no âmbito da liberdade de expressão do presidente, mas sim da principal orientação técnica direcionada aos profissionais de saúde no que tange ao aborto legal.⁹ Embora não seja norma jurídica, o Manual é, indubitavelmente, ato emanado pelo Poder Público, responsável por pautar a atuação dos estabelecimentos de saúde, e cujos efeitos negativos sobre a garantia do aborto legal violam preceitos fundamentais da CF/1988.

18. Por fim, a **terceira e última seção** abordará a *insuficiência da infraestrutura informacional e de saúde* para garantia do direito ao aborto no país. Como decorrência dessa constatação, será sugerida a adoção de medidas *práticas de ampliação informacional sobre o aborto legal*, bem como a *apresentação de plano pelo Ministério da Saúde* para expansão dos serviços de saúde dedicados à prática, além de treinamento dos profissionais de saúde.

– II –

ADMISSÃO DA CLÍNICA UERJ DIREITOS COMO *AMICUS CURIAE*

19. A participação dos *amici curiae* no âmbito do processo constitucional se liga à promoção de dois objetivos de máxima importância. Além de fortalecer a legitimidade democrática da jurisdição constitucional, tornando-a mais plural e permeável aos influxos argumentativos provenientes da sociedade civil, o instituto permite que os magistrados tomem contato com novas razões e com diferentes pontos de vista, o que tende a enriquecer os debates judiciais. Abre-se à Corte a possibilidade de proferir decisão não apenas mais legítima, como também melhor e mais bem informada sobre o tema em discussão.¹⁰

⁹ Nos dizeres de seu editor-chefe e Secretário de Atenção Primária à Saúde, Raphael Câmara Me-deiros Parente, seria até mais do que uma simples orientação: “*A meu ver, [os profissionais de saúde] são obrigados a seguir o guia do ministério*”. Cf. Juliana Contaifer. “[‘Aborto ilegal não é questão de saúde pública’, diz secretário do Ministério da Saúde](#)”. Metrópoles, 25/06/2022.

¹⁰ Cf. Peter Häberle. *Hermenêutica constitucional: a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição – contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

20. Este próprio Supremo Tribunal Federal vem louvando o papel fundamental que a intervenção do *amicus curiae* exerce sobre a prestação jurisdicional, especialmente na seara constitucional. Afinal, como o Min. Gilmar Mendes já registrou em decisão, “*a participação de diferentes grupos em processos judiciais de grande significado para toda a sociedade cumpre uma função de integração extremamente relevante no Estado de Direito*”, pois, a partir da “*pluralidade de visões em permanente diálogo, este Supremo Tribunal Federal passa a contar com os benefícios decorrentes dos subsídios técnicos, implicações político-jurídicas e elementos de repercussão econômica*” apresentados pelos *amici curiae*.¹¹

21. Atenta a esses objetivos, a Lei n° 9.868/1999 disciplinou a intervenção dos *amici curiae* nas ADIs e nas ADCs, estabelecendo, em seu art. 7º, § 2º, dois requisitos para a sua admissão: (i) “*a relevância da matéria*” e (ii) “*a representatividade adequada*”.¹² Os dois requisitos estão presentes neste caso, justificando, dessa forma, a admissão da Clínica UERJ Direitos como *amicus curiae*.

22. Por um lado, **a matéria é extremamente relevante**, pois se trata de ação constitucional que envolve diretamente as medidas necessárias ao cumprimento das hipóteses de aborto *legal*, isto é, aquelas *já autorizadas pelo direito brasileiro*. Se a impossibilidade de o direito posto se concretizar na realidade já é, por si só, problema relevante para a vigência do Estado Democrático de Direito, essa condição ganha ainda mais relevo quando se trata de garantir um direito tão fundamental como o direito ao aborto em casos de estupro, risco à vida da gestante ou feto anencefálico. Não à toa, as duas primeiras hipóteses são também conhecidas, respectivamente, por aborto “*necessário*” e “*humanitário*”. Estão em jogo, além da própria legalidade e segurança jurídica, **a vida, a saúde e a dignidade das mulheres**, em seu sentido mais elementar.

23. Por outro lado, **a representatividade da Clínica UERJ Direitos** está configurada. Trata-se de projeto de extensão integrado pelo corpo discente e docente da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Direito da UERJ, que atua fornecendo instrumentos teóricos e práticos para a promoção e defesa dos direitos fundamentais no Brasil, a partir de um diálogo entre a comunidade acadêmica e a sociedade civil. A iniciativa se insere no compromisso histórico da UERJ com a defesa e a promoção dos direitos fundamentais e com a construção de um ambiente

¹¹ STF, ADI n° 2.548, Decisão Monocrática, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJ 24.10.2005.

¹² O mesmo se extrai do art. 138, caput, do Código de Processo Civil, que previu, como requisitos para a regular intervenção desses sujeitos processuais, “*a relevância da matéria, a especificidade do tema objeto da demanda ou a repercussão social da controvérsia*” e “*a representatividade adequada*”.

acadêmico plural e democrático, tendo na sua bem-sucedida experiência com as ações afirmativas um exemplo emblemático nesse sentido.

24. Suas *finalidades institucionais* (Doc. 1) são, entre outras: contribuir para a ampliação da proteção aos direitos fundamentais no Brasil; apoiar a sociedade civil em ações relacionadas aos direitos fundamentais, mediante a prestação de assessoria jurídica especializada em litígios estratégicos; e proporcionar aos alunos da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Direito da UERJ vivência prática em atividades jurídicas relativas à proteção de direitos fundamentais.

25. Aliás, foi no sentido de avançar seus objetivos institucionais que **a UERJ Direitos participou da audiência pública sobre aborto, convocada pela Min. Rosa Weber no âmbito da ADPF nº 442**, por meio da manifestação de sua advogada Cristina Telles (doc. 2). Além disso, a Clínica também tem atuado em diversas causas relevantes e de expressão nacional que tramitam perante este eg. STF, seja por meio da representação dos autores em ações de controle em conjunto com partidos políticos e entidades de direitos humanos, seja por meio de sua participação via *amicus curiae*. Nos casos de representação dos autores, se destacam a **ADPF nº 347**, na qual foi reconhecida o Estado de Coisas Inconstitucional do sistema prisional brasileiro e a **ADPF 709**, em que se reconheceu as falhas e omissões no combate à epidemia do novo coronavírus entre os povos indígenas brasileiros. Na representação de *amici curiae*, dentre muitas, cita-se, por exemplo, a **ADPF nº 742**, que trata das omissões do governo federal no enfrentamento da COVID nas comunidades quilombolas, **ADI nº 4.439**, em que se discutiu o ensino religioso nas escolas públicas, a **ADPF 828**, que trata da suspensão de despejos e remoções coletivas durante a pandemia, e a **ADI nº 6.362**, cujo tema foi a requisição de bens para enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do coronavírus de 2019.

26. Como se vê, estão presentes os requisitos para a admissão da Clínica UERJ Direitos como *amicus curiae* na ADPF nº 989.

– III –

CABIMENTO DA ADPF 989

III.1 A ADMISSIBILIDADE DA ADPF

27. Os requisitos de admissibilidade de arguição de descumprimento de preceito fundamental, previstos na Lei nº 9.882/1999, estão presentes na ADPF nº 989.

São eles: **(i)** a presença de lesão ou ameaça de lesão a preceito fundamental, **(ii)** causada por ato do Poder Público, e **(iii)** a inexistência de outro instrumento apto a sanar essa lesão ou ameaça (subsidiariedade). Senão, vejamos.

28. Não há definição legal para a locução “preceito fundamental”. Existe, todavia, sólido consenso doutrinário e jurisprudencial no sentido de que, nessa categoria, figuram os princípios, os direitos e as garantias fundamentais.¹³ Nesse sentido, conforme já se adiantou, tem-se que o caso em exame envolve violações diretas a uma série de direitos que consistem em verdadeiros preceitos fundamentais, tais como os **direitos à vida, à saúde e à dignidade humana de mulheres, inclusive quando adolescentes e crianças.**

29. Ademais, sabe-se que a ADPF não se volta apenas contra normas jurídicas, podendo também questionar atos, comportamentos e práticas estatais de outra natureza, comissivos ou omissivos.¹⁴ Conforme se depreende da inicial, há um **conjunto de ações e omissões de diferentes agentes e instituições públicas que impede o efetivo gozo do direito ao aborto nos termos em que já estabelecido pelo Código Penal.** Não há, por exemplo, estrutura médico-hospitalar adequada para atender as mulheres que desejam ou precisam realizar o aborto legal; e falta produção e divulgação de informações corretas sobre o tema, tanto do ponto de vista jurídico quanto de saúde, o que enseja insegurança e medo nas gestantes e nos profissionais que as atendem.

30. Tem-se ainda, sobretudo nos últimos anos, atuação estatal comissiva no sentido de dificultar ou inviabilizar a fruição do direito ao aborto legal, como ocorreu, por exemplo, por meio da edição do informe “*Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento*”, no qual se sugere, dentre outras inverdades, que o aborto decorrente de estupro não pode ser realizado após a 22ª semana de gravidez.

31. Por fim, está presente o requisito da subsidiariedade, previsto no art. 4º, § 1º, da Lei nº 9.882/1999, uma vez que não há, na esfera do controle concentrado de constitucionalidade, outro mecanismo processual capaz de solucionar as inconstitucionalidades subjacentes ao caso. Com efeito, **não há qualquer remédio processual no âmbito da jurisdição constitucional concentrada que permita o questionamento global das práticas estatais ora impugnadas,** muito menos o

¹³ Cf. Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 1267-1269; e Luís Roberto Barroso. *O Controle de Constitucionalidade no Direito Brasileiro: exposição sistemática da doutrina e análise crítica da jurisprudência*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 562-563.

¹⁴ Cf., e.g., STF, ADPF nº 347-MC, Tribunal Pleno, Rel. Marco Aurélio, DJe 19/02/2016.

equacionamento das gravíssimas lesões a preceito constitucional apontadas. Também não há, no arsenal das demais ações judiciais ou medidas extrajudiciais existentes, qualquer instrumento que possibilite o tratamento adequado e eficaz de tais lesões, haja vista caracterizarem-se justamente por sua amplitude e multiplicidade de agentes.

III.2 A LEGITIMIDADE ATIVA DOS ARGUMENTES

32. Os requisitos para justificar a legitimidade ativa dos Arguentes estão plenamente atendidos. De um lado, em petição de *aditamento à inicial* (eDoc 29), requereu-se a **inclusão do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) no polo ativo desta ação**. Por se tratar de *partido político com representação no Congresso Nacional*, nos termos do art. 103, VIII da CF/88, cuida-se de *legitimado universal*, segundo a jurisprudência desta eg. Suprema Corte. Assim, não procede qualquer alegação de ilegitimidade.

33. De outro lado, porém, **também as outras Arguentes preenchem os requisitos para a propositura de ação de controle concentrado**. Tradicionalmente, o STF exige, para as entidades de classe de âmbito nacional previstas no art. 103, IX, CF/88, três requisitos qualificativos: (i) a *delimitação subjetiva* da associação, (ii) o *caráter nacional*, e (iii) a *vinculação temática* entre os objetivos institucionais da postulante e a norma objeto de sindicância.¹⁵

34. No entanto, o STF tem empreendido recente **evolução na sua jurisprudência**, com o intuito de facilitar o acesso ao controle concentrado por “entidades de classe” que não se resumam àquelas representativas de pessoas que desempenham a mesma atividade econômica ou profissional.

35. Com efeito, na **ADI 4.406**, o Plenário defendeu que “[a] *interpretação de entidade de classe deve, pois, ser ampla, a fim de abarcar outras configurações associativas que ultrapassem o conceito de categoria empresarial, corporativa ou profissional*”, em razão da “*superação da limitação à configuração de entidade de classe apenas quando verificado o ‘objetivo institucional classista’*”, a ensejar a “*ampliação da interpretação da legitimidade das associações de classe*”.¹⁶

¹⁵ Por todas, cf. STF, Plenário, ADI 5.418, Rel. Min. Dias Toffoli, julg. 11/03/2021, DJe 25/05/2021.

¹⁶ STF, Plenário, ADI 4.406, Rel. Min. Rosa Weber, julg. 18/10/2019, DJe 04/11/2019.

36. No mesmo sentido, na **ADPF 709**, esta eg. Corte assentou a legitimidade ativa da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB. Em julgamento histórico, o voto condutor do Min. Roberto Barroso – acompanhado de forma unânime pelo Plenário quanto ao ponto – assinalou que deve se entender por **classe** “*o conjunto de pessoas ligadas por uma mesma atividade econômica, profissional ou, ainda, pela defesa de interesses de grupos vulneráveis e/ou minoritários cujos membros as integrem*”.¹⁷ O mesmo ocorreu na ADPF 742, em relação à CONAQ, que representa as comunidades quilombolas. Como se vê, há inegável processo de **abertura** do acesso ao controle concentrado para entidades da sociedade civil, cujo objetivo é facilitar a **proteção dos direitos fundamentais de grupos vulneráveis**.

37. E, neste caso, é disso que se trata. Afinal, a **SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA**, a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA**, o **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE** e a **ASSOCIAÇÃO DA REDE UNIDA** são, todas, entidades que agregam instituições de ensino, acadêmicos e profissionais comprometidos com a saúde coletiva, com *atuação nacional*. Ademais, a *pertinência temática* é evidente, uma vez que o objeto da presente ação diz respeito, de maneira direta, à atuação profissional dos filiados no campo da saúde pública.¹⁸ Tratando-se de entidades de classe que objetivam a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e inclusivo, não há dúvida alguma quanto ao vínculo entre sua atuação e a garantia do aborto legal. Logo, dentro da perspectiva de flexibilização do acesso ao controle concentrado, há mais essa razão para reconhecer a legitimidade *ad causam* das entidades arguentes.

¹⁷ STF, Plenário, ADPF 709, Rel. Min. Barroso, julg. 05/08/2020, DJe 07/10/2020. Em sentido semelhante: STF, decisão monocrática, ADPF 527, rel. Min. Luís Roberto Barroso, j. 02/07/2018; e STF, decisão monocrática, ADI 5.291, rel. Min. Marco Aurélio, j. 06/05/2015.

¹⁸ A mesma lógica foi utilizada por esta Corte no julgamento da **ADPF 54**, em que o Ministro Marco Aurélio reconheceu a legitimidade da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS, porque “[i]ncumbe-lhe defender os membros da categoria profissional que se dedicam à área da saúde e que estariam sujeitos a constrangimentos de toda a ordem, inclusive de natureza penal”. Aqui, portanto, semelhante racionalidade se aplica. Cf. STF, ADPF 54-MC, decisão monocrática, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 01/07/2004, DJ 02/08/2004.

– IV –

**CARACTERIZAÇÃO DA PRESENTE ADPF COMO LITÍGIO ESTRUTURAL:
EXIGÊNCIA DE ADAPTAÇÕES PROCESSUAIS PARA A ADEQUADA TUTELA DOS
DIREITOS EM JOGO**

38. A situação enfrentada por esta ADPF envolve um esforço de imposição, pela jurisdição constitucional, de medidas que busquem reverter um quadro de sistemático descumprimento do direito ao aborto nas hipóteses já previstas no ordenamento brasileiro. Não se pugna pelo alargamento dessas hipóteses; busca-se apenas garantir que as autorizações legais, já existentes, sejam efetivamente cumpridas.

39. Em casos que “*dependem da alteração de uma política pública que se revelou omissa na proteção dos grupos vulneráveis*” – para usar a expressão do il. Min. Edson Fachin –, tem-se a configuração dos chamados **processos estruturais**.¹⁹ Na síntese do Min. Marco Aurélio, em voto proferido na ADPF nº 347, em tais litígios há o “*concerto institucional*” para o “*conserto do quadro inconstitucional*”, com intuito de produzir um efeito desbloqueador, por meio de ordens flexíveis e sob monitoramento e supervisão da Suprema Corte. Isso porque, segundo o Ministro, nesses casos, “*são necessárias outras políticas públicas ou correção daquelas que não alcançam os objetivos desejados, alocação de recursos orçamentários, ajustes nos arranjos institucionais e nas próprias instituições, novas interpretações e aplicações das leis penais, enfim, um amplo conjunto de mudanças estruturais, envolvida uma pluralidade de autoridades públicas*”.²⁰

40. Nesses contextos, é natural que a atuação jurisdicional se dê por meio de processos dialógicos e dinâmicos, com a adoção de *medidas flexíveis e atípicas* comparativamente ao processo constitucional “tradicional”. As decisões estruturantes, em regra, estabelecem metas para a superação do problema que pretendem resolver, definindo aspectos gerais de como esse objetivo deve ser alcançado. E, em

¹⁹ STF, ADPF 742-ED, decisão monocrática, Rel. Min. Edson Fachin, j. 26/05/2021, DJe 01/06/2021

²⁰ STF, Plenário, ADPF 347-MC, Rel. Min. Marco Aurélio, julg. 09/09/2015, DJe 19/02/2016. Como argumentou o Ministro, o papel do STF é “*retirar as autoridades públicas do estado de letargia, provocar a formulação de novas políticas públicas, aumentar a deliberação política e social sobre a matéria e monitorar o sucesso da implementação das providências escolhidas, assegurando, assim, a efetividade prática das soluções propostas. Ordens flexíveis sob monitoramento previnem a supremacia judicial e, ao mesmo tempo, promovem a integração institucional cogitada pelo ministro Gilmar Mendes, formuladas que são no marco de um constitucionalismo cooperativo*”.

geral, é somente após a conjugação de decisões subseqüentes que as medidas são efetivamente implementadas e os resultados, alcançados.²¹

41. Por essa razão, **os pedidos apresentados na ADPF nº 989 apresentam certa flexibilidade procedimental, característica necessária ao efetivo equacionamento da situação descrita na inicial.** Como aponta Edilson Vitorelli, “*no processo estrutural, a postulação deve ser interpretada como a abertura de um debate no caminho da solução de um problema, não como um requerimento específico, de providências determinadas*”. Para o autor, é admissível “*a elaboração de um pedido inicial aberto, que estabeleça as diretrizes da reforma estrutural e, daí por diante, o pedido vá sendo reajustado, na medida em que as características do litígio fiquem mais claras*”.²²

42. Nessa linha, deve-se compreender que os pedidos apresentados pelos arguentes, para que pudessem conduzir à superação da atual inviabilidade fática do aborto legal, congregam a necessidade de atuação em múltiplas frentes. Assim, justamente por se tratar de litígio estrutural, as requisições formuladas são flexíveis e amplas. Postulou-se, por exemplo, a declaração de inconstitucionalidade de *qualquer* ato administrativo ou decisão judicial que “*restringa 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*” e 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*”. Também foi requisitada 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*”. Em sede cautelar, também se postulou “*a suspensão monocrática da Nota Técnica ‘Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento’ do Ministério da Saúde*”.

43. A extensão de tais pedidos encontra-se plenamente de acordo com a dinâmica dos litígios estruturais. **E é dentro desse amplo marco estabelecido pelos Arguentes que, nos itens seguintes, a Clínica UERJ Direitos buscará detalhar medidas capazes de contribuir para a solução da controvérsia apresentada ao**

²¹ Cf., sobre o tema, Freddie Didier Jr., Hermes Zaneti Jr., Rafael Alexandria de Oliveira. “Notas sobre as decisões estruturantes”. In: Sergio Cruz Arenhart, Marco Félix Jobim (orgs.). *Processos estruturais*. Salvador: JusPodivm, 2017.

²² Edilson Vitorelli. *Processo Civil Estrutural: Teoria e Prática*. 2ª ed., Salvador: JusPodivm, 2021, p. 316-317 e 319.

Tribunal. Não se trata de ampliação dos limites da demanda. O que se almeja é apenas realizar uma análise mais minuciosa, de modo a extrair medidas que já constam nas providências requisitadas pelos Arguentes – medidas estas que podem e devem constar da solução adotada por es

– V –

MÉRITO DA ADPF 989

V.1: OBSTÁCULOS INCONSTITUCIONAIS AO ABORTO LEGAL

(a) Exigência inconstitucional de prévia apuração policial (boletim de ocorrência ou qualquer outro ato do tipo) ou autorização judicial

44. A dificuldade prática de implementação do aborto legal é um problema antigo, que não tem como ser examinado de maneira segregada do processo mais amplo e também lento de consolidação e efetivação dos direitos das mulheres e da igualdade de gênero. Embora a garantia do aborto em caso de estupro, por exemplo, já conste do ordenamento brasileiro desde 1940, à época não se considerava criminosa a violência sexual cometida na constância do casamento: tratavam-se os casos como exercício regular de direito do marido em relação à esposa.

45. Foi somente durante a vigência da CF/1988 e já sob sua influência que a política pública de acesso ao aborto legal começou a avançar de maneira mais significativa, destacando-se, nesse sentido, a primeira edição da Normas Técnicas “*Atenção Humanizada ao Abortamento*” e “*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*” em 1999 e 2005, respectivamente. Esta última foi a primeira a expressamente afirmar que a realização do aborto, nas hipóteses previstas na lei brasileira, não está condicionada à apresentação de nenhum documento legal por parte da mulher e que a sua narrativa sobre a violência deve ter credibilidade ética e jurídica.²³

²³ Essa lógica foi mantida na segunda edição do documento – Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento*: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p. 18: “O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos, e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento”. O documento cita, ainda, a Norma Técnica “*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*” que, desde a sua segunda edição, expressamente estabelece não ser necessária a apresentação de Boletim de Ocorrência para a submissão de vítimas de estupro ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS.

46. Um dos objetivos do Ministério da Saúde com a publicação desses documentos foi, justamente, deixar claro que a afirmação da mulher quanto à ocorrência do estupro deve ser suficiente para lhe garantir o direito ao aborto. Diretriz como essa se fazia necessária em cenário no qual parte predominante dos serviços de saúde exigia – sem amparo legal – a apresentação de Registro de Ocorrência, laudo técnico do IML ou autorização judicial para acesso ao procedimento de aborto.

47. As normas, no entanto, não foram devidamente divulgadas, nem conseguiram construir, de fato, uma rede ampla e bem treinada de profissionais de saúde para atendimento às mulheres. Com isso, a garantia do aborto legal vinha avançando apenas a passos lentos. De acordo com pesquisa realizada pelos sociólogos Débora Diniz, Alberto Pereira Madeiro e Cristiano Rosas, no ano de 2012, apenas 13,7% dos médicos obstetras confiavam na palavra da mulher sobre o estupro para lhe garantir o acesso ao aborto legal sem exigir outros documentos. Dos 1.690 médicos entrevistados, 44.1% exigiam ao menos um documento legal para garantir o acesso ao procedimento, como registro de ocorrência (18,7%), autorização judicial (9,5%), opinião médica externa (9,3%), ou autorização dos comitês institucionais de ética (6,6%). Para 37% dos médicos, a mulher deveria apresentar dois ou mais documentos para poder realizar o aborto legal.²⁴

48. Outra pesquisa realizada por Débora Diniz e Alberto Madeiro nos anos de 2013 a 2015, demonstrou que, das 37 instituições que realizavam o aborto legal, 14% ainda exigiam o Boletim de Ocorrência, 8% demandavam também laudo do IML, 8% requisitavam alvará judicial, 11% parecer do Comitê de Ética institucional e, por fim, 8% exigiam despacho do Ministério Público – tudo em contrariedade ao Código Penal e às diretrizes do Ministério da Saúde.²⁵

49. Em levantamento ainda mais recente, a ONG Artigo 19 verificou que, em 2019, dos 76 serviços de aborto legal que confirmaram via telefone a oferta do procedimento, 16 deles (21%) afirmaram que era necessário apresentar o Registro de Ocorrência da agressão sexual para ter acesso ao procedimento.²⁶ O percentual é maior do que o verificado em 2013 a 2015, comprovando, mais uma vez, o retrocesso que a gestão do presidente Jair Bolsonaro trouxe ao tema do aborto no país.

²⁴ Débora Diniz, Alberto Madeiro e Cristiano Rosa. “Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil”. *Reprod Health Matters*, v. 22, n. 43, p. 141-148.

²⁵ Débora Diniz e Alberto Pereira Madeiro. “Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016, p. 566.

²⁶ Daniela Matos, Eliane Barros e Julia Rocha. *Acesso à informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde*. ARTIGO 19: São Paulo, 2019, p. 26.

50. Nesse sentido, cabe destacar o seguinte trecho do Manual de *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*, de 2022: “[t]odo 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”.²⁷ Tal afirmação, além de erroneamente enfatizar a suposta ilicitude do procedimento, dá a entender que o acesso ao aborto depende de prévia investigação policial que comprove o enquadramento do caso nas hipóteses do art. 128 do CP – exigência que não encontra respaldo no ordenamento jurídico brasileiro e vulnerabiliza ainda mais as mulheres que procuram concretizar seu direito à interrupção da gestação.

51. Embora em outros trechos o Manual reconheça a dificuldade, senão impossibilidade fática, de se concluir uma investigação policial ou processo judicial durante o tempo de uma gestação e chegue até a afirmar que “*com o passar do tempo*” as exigências de boletim de ocorrência e autorização judicial “*foram sendo mitigadas*”, a ênfase inicial à configuração de todo e qualquer aborto como crime tem incontornável peso simbólico e prático.

52. Transmite-se aos profissionais de saúde a ideia de que todo aborto deve ser investigado, para que se comprove que a causa autorizativa de sua prática esteve, mesmo, presente. Ainda que a investigação prévia possa ser *mitigada*, alguma investigação posterior deve haver, o que, por si só, gera um clima de medo e insegurança jurídica, contribuindo para que médicos se recusem a realizar – sem aval policial ou judicial – procedimentos que correspondem a direitos da mulher.

53. Nessa mesma linha, vale mencionar que o Manual de 2022 aborda de maneira absolutamente tendenciosa a exigência legal de notificação, pelos profissionais de saúde, dos casos de violência sexual às autoridades policiais. Conforme será analisado no item V.2.b desta petição, o documento omite a garantia de sigilo da identidade da vítima, prevista no art. 3º, parágrafo único, da Lei nº 10.778/2003, e procura reforçar a ideia (equivocada) de que todo e qualquer aborto é tema de polícia, contribuindo, assim, para o receio dos profissionais envolvidos em virem a ser penalmente responsabilizados.

54. Feitas essas considerações de escopo mais amplo, passa-se a examinar o **impacto das usuais exigências de prévia apuração policial ou autorização judicial** em cada uma das três hipóteses de aborto legal.

²⁷ Ministério da Saúde. *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*: norma técnica. 1ª. Ed, 2022, p. 15.

55. Nos casos de *risco à vida da mulher* e de *gestação de feto com anencefalia*, a exigência de investigação policial ou autorização judicial para comprovar a suposta “excludente de ilicitude”, além de ilegal, apresenta irrazoabilidade flagrante. Afinal, as autoridades policiais e judiciais sequer possuem competência técnica para aferir as circunstâncias subjacentes a esses casos.

56. As autoridades do sistema policial e de justiça, portanto, em nada agregariam, por si mesmas, na avaliação feita pelos profissionais de saúde que estariam prestando atendimento à gestante. Seu envolvimento ocasionaria demora injustificada para o exercício de um direito previsto em lei, prolongando tanto os riscos à vida da mulher como o sofrimento psicológico atrelado à manutenção de uma gravidez de feto anencefálico que não se deseje manter.

57. Já no que tange às *gestações decorrentes de agressão sexual*, há, entre outros, violação à proporcionalidade em sentido estrito, na medida em que o suposto benefício no combate a casos de alegação fraudulenta de estupro certamente não superaria os danos causados pela submissão das gestantes a esse tipo de procedimento. Nesse sentido, cabe ressaltar que não há qualquer evidência fática que sinalize uma prática recorrente de simulação de casos de estupro pelas mulheres, menos ainda de utilização de falsa alegação de estupro para buscar acesso ao aborto. Ao contrário, os dados sobre violência sexual denotam que estupros são muito subnotificados no Brasil, e não falsamente notificados em excesso, inclusive em razão do estigma associado às vítimas desse tipo de crime.²⁸

58. Ademais, aborto é um ato passível de ser praticado, ainda que de forma insegura, na privacidade da casa das gestantes ou ainda em clínicas clandestinas voltadas especificamente a isso. Assim, mesmo que o risco de ser obrigada a submeter-se a uma investigação policial prévia não existisse, dificilmente as mulheres optariam por se expor a um hospital e alegar um falso estupro, haja vista a chance, que continuaria a existir, de algum profissional suspeitar de algo e denunciá-la.

59. Imaginar que as mulheres prefeririam vir a público dizer que foram estupradas e postular um aborto para, em contrapartida, obter uma suposta segurança médica na realização do procedimento é ignorar, ainda, os níveis brutais de violência

²⁸ Sobre o tema, cf. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. “[Anuário de Segurança Pública 2022](#)”; “[Violência sexual contra mulheres em 2021](#)” e “[Violência contra crianças e adolescentes \(2019-2021\)](#)”.

obstétrica que existem no país²⁹, que tornam qualquer ambiente médico, sobretudo ginecológico, um local de medo para as mulheres.

60. Se, de um lado, a exigência ilícita de investigação policial prévia tende a afetar pouco ou nada a realização de abortos fora das hipóteses permitidas em lei; de outro, a medida viola gravemente direitos de mulheres estupradas. *Em primeiro lugar*, porque a exigência em questão transmite a mensagem de que o Estado não confia na palavra da mulher, o que contribui para a subnotificação dos casos de estupro e a sensação de insegurança e impotência que marcam a experiência de mulheres vítimas de violência sexual.

61. *Em segundo lugar*, a medida contamina o ambiente médico – que deveria ser pautado pelo acolhimento, cuidado e confiança – com a lógica de investigação e punição típica das delegacias de polícia. Nos casos de crimes sexuais contra mulheres, essa lógica policial – que entra nos hospitais – é especialmente nefasta, pois permeada de preconceitos que fazem com que não apenas se duvide da palavra da vítima, mas se questione o que ela fez para atrair ou “merecer” o estupro, entre outros absurdos tragicamente comuns e violentos.

62. Ao se deslocar a atenção da saúde para o crime, as mulheres não se sentem seguras para buscar o que seria um direito delas. Assim, **em vez de combater supostos casos de falsa alegação de estupro, a exigência de investigação policial prévia ocasiona o afastamento das mulheres verdadeiramente estupradas do sistema de saúde**. Elas não confiam que serão bem atendidas, nem que não serão recriminadas. E, com isso, acabam muitas vezes preferindo a prática de aborto clandestino, ainda que mais insegura do ponto de vista médico.

63. *Em terceiro lugar*, a notificação do estupro às autoridades policiais como condicionante do acesso ao aborto legal afasta da rede protetiva de saúde as mulheres e meninas que não queiram denunciar formalmente a agressão sofrida. E essa é uma escolha comum, notadamente nos casos de estupros praticado por pessoa próxima à vítima – que são cerca de 80% do total³⁰ – ou pelo receio que as gestantes

²⁹ O Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, da UERJ, indica, com base em diferentes pesquisas, que as estimativas de violência obstétrica no país variam de 18,3% a 44,3% do total de atendimentos realizados (cf. Tatiana Henriques. “[Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil](#)”. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 22/02/2021). Já a Fiocruz aponta para 30% de incidência na rede privada e 45% na rede pública (cf. Fiocruz. “[Nascer no Brasil 2](#)”, 2022)

³⁰ Conforme registrou-se no Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022, “[d]iferentemente do previsto no imaginário social da população, a violência sexual no Brasil é, na maioria das vezes, um crime perpetrado por algum conhecido da vítima, parente, colega ou mesmo o parceiro íntimo: 8 em cada 10 casos registrados no ano passado foram de autoria de um conhecido, considerando os registros em que esta informação estava disponível. O fato de o autor ser conhecido da vítima dá uma camada a mais de violência e de complexidade ao crime cometido: a denúncia se torna um desafio ainda maior para as vítimas” (Samira Bueno et al. “Uma

podem legitimamente possuir de sofrer represálias do agressor.³¹ Naturalmente, caso seja de vontade da mulher denunciar, cabe aos profissionais de saúde auxiliarem-na nesse procedimento, mas nunca a forçar a isso.

64. Em reforço aos argumentos acima expostos, vale destacar que a Organização Mundial da Saúde rechaça expressamente a imposição de barreiras administrativas ou judiciais ao procedimento de aborto no caso de mulheres grávidas em decorrência de estupro. Veja-se:

3.3.5.5 Necessidades especiais no caso de mulheres vítimas de estupro: [...] As normas e padrões [...] não devem impor procedimentos administrativos nem judiciais desnecessários, tais como obrigar a mulher a denunciar ou a identificar o estuprador. [...] É preciso que sejam prestados serviços rápidos de abortamento seguro com base na denúncia da mulher e não exigir evidências forenses ou perícia policial. Os requisitos administrativos devem ser minimizados e devem ser estabelecidos protocolos claros, tanto para a polícia quanto para os prestadores de serviços de saúde, pois isso facilitará a derivação e o acesso ao serviço.³²

[...] [L]egislações baseadas em legalizar o aborto apenas em certas situações (“*grounds-based approach*”) têm impactos negativos em mulheres que buscam o aborto após serem vítimas de estupro. Essas mulheres são frequentemente subjugadas à questionamentos, à atrasos prolongados e à processos burocráticos devido a exigências como reportar o crime para a polícia ou a necessidade de uma autorização judicial, ainda que seja contrária à normativa de direitos humanos impor a notificação do crime ou exigir procedimentos burocráticos como pré-requisito para o acesso ao aborto. Mesmo em países nos quais a legislação afirma que a narrativa da mulher quanto ao estupro deva ser suficiente, profissionais dos serviços de saúde podem requerer documentos ou autorização (i. e. autorização judicial ou o registro de ocorrência).³³

65. Como se vê, nas três hipóteses de aborto permitidas pelo ordenamento brasileiro, **a exigência de prévia apuração policial ou autorização judicial, para fins de comprovação de “excludente de ilicitude”, conforme indicado no Manual do Ministério da Saúde, é medida desproporcional que viola, entre outros**

década e mais de meio milhão de vítimas da violência sexual”. In: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022](#), p. 188).

³¹ Na mesma linha, o relatório do Disque Direitos Humanos de 2019 demonstrou que 73% dos casos de violência sexual registrados aconteceram na casa da vítima ou do agressor. Cf. Equipe da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH). [Disque Direitos Humanos: Relatório 2019](#), p. 60.

³² Organização Mundial da Saúde. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*, 2ª edição, 2013. p. 69. Grifos nossos.

³³ Organização Mundial da Saúde. *Abortion Care Guideline*, 2022, p. 27. Tradução livre. Grifos nossos.

preceitos fundamentais, a legalidade, a segurança jurídica, a autonomia, os direitos reprodutivos e a intimidade da mulher. Mesmo quando o procedimento não desestimula por completo as mulheres a buscarem o aborto legal, certamente adia a efetivação desse direito, causando riscos à saúde da gestante e sofrimento psicológico.

66. Nem se diga que as exigências em questão se justificariam para conferir proteção jurídica aos profissionais de saúde envolvidos. *A uma*, porque, conforme aqui já assinalado, não se pode prejudicar o direito das mulheres que verdadeiramente fazem jus ao aborto em nome de um suposto propósito de combate a casos de fraude – que sequer são relevantes do ponto de vista numérico e, portanto, de construção de política pública. *A duas*, porque, se os médicos forem induzidos a erro na avaliação do caso apresentado a eles, incorrerão em erro de tipo, ficando isentos de punição (art. 20, § 1º do CP).

67. A Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* de 2005/2012, inclusive, reconhecia expressamente esse fato, buscando contribuir para a segurança jurídica dos profissionais de saúde:

O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, Art. 20, § 1º).

68. Já o novo Manual do Ministério da Saúde age em sentido oposto: não menciona a figura do erro do tipo, induz os profissionais a acharem que é necessário comprovar-se a excludente de ilicitude autorizativa do aborto previamente à sua realização e os conduz a notificarem a polícia a respeito dos casos sem preservação do sigilo da vítima, imposto pela Lei nº 10.778/2 – tema que será objeto do item V.2.b desta peça.

(b) Limite de idade gestacional para realização do aborto

69. A lei brasileira não impõe qualquer limitação de idade gestacional à realização do aborto, uma vez que o autoriza apenas em casos bastante graves. Apesar disso, na prática, muitos profissionais de saúde e até do sistema de justiça, ao examinar pedidos de aborto, consideram haver um prazo máximo para a medida e negam o direito ao aborto caso este tenha sido ultrapassado.

70. Agravando esse cenário de arbitrariedades, o Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento, editado em 2022, endossou expressamente a praxe inconstitucional de limitação temporal ao aborto legal, afirmando que “*não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias*”. Para a atual gestão do Ministério da Saúde, “[n]esses 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*”.

71. Tais afirmações são falsas. De acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, é perfeitamente viável e seguro realizar o procedimento de aborto em gestações acima de 22 semanas.³⁴ Assim, cabe à legislação de cada país escolher estipular ou não limites temporais à interrupção voluntária da gestação. E isso não foi feito no caso brasileiro, porque, como assinalado, as hipóteses em que se admite o aborto aqui são já bastante excepcionais e graves.

72. Vale esclarecer que o parâmetro de 22 semanas existe do ponto de vista médico e é utilizado em documentos dessa natureza, nacionais e internacionais,³⁵ porém com sentido e propósito totalmente diverso do indicado pelo atual Ministério da Saúde brasileiro. Em suma, as 22 semanas são uma diretriz médica para saber como tratar problemas surgidos durante a gestação que possam levar à necessidade de alguma intervenção que ocasione a retirada do feto: até esse marco, o protocolo é tratar esses problemas como aborto natural; e, depois dele, como parto prematuro, ainda que possa não resultar em nascimento com vida. Isso não significa, porém, que não possa haver aborto *não* natural após 22 semanas. Não há impedimento ou inviabilidade médica quanto a isso, tampouco óbice jurídico imposto pela lei brasileira.

73. Feitas essas colocações gerais, passa-se a analisar, em ordem crescente de incidência, os impactos da imposição – casuística e ilícita – de limite temporal para

³⁴ Organização Mundial da Saúde. *Clinical practice handbook for safe abortions*, 2014, p. 23; Jessica L. Morris et al. “FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 138, n. 3, 2017, p. 363-366.

³⁵ A própria Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, cuja última atualização ocorreu em 2012, deixava isso claro. Recente nota da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia reiterou a orientação, esclarecendo que o marco de 22 semanas se aplica para fins de avaliação de abortos naturais, e não induzidos. Cf. FEBRASGO. “[Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável](#)”, 22/06/2022.

a realização do aborto em cada uma das três hipóteses de interrupção voluntária da gravidez autorizadas pela lei brasileira.

74. Nos casos de *risco à vida da mulher*, não deve haver dúvidas quanto ao seu direito de interromper a gestação independentemente da idade gestacional. Afinal, qualquer orientação que escolha proteger o feto em formação – que, por óbvio, detém valor jurídico menor do que o de uma pessoa formada – em detrimento da própria vida da gestante é inconstitucional e discriminatória. Além de violar o direito à vida da mulher, a priorização do feto, nesses casos, reforça a despersonalização do corpo feminino, tratando-o como mera máquina reprodutora. A mensagem passada é a de que a morte de meninas ou mulheres grávidas não importa diante da necessidade de se preservar seu “dever biológico” de reprodutora.

75. No que tange à hipótese de *anencefalia fetal*, o diagnóstico somente é possível a partir da 12^a semana de gestação,³⁶ sendo, portanto, comum que se descubra a malformação fetal em idades gestacionais mais avançadas. A própria Norma Técnica “*Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos*”, editada pelo Ministério da Saúde em 2014, informa não só a viabilidade do aborto em gestações superiores a 27 semanas, mas também os melhores métodos para realizá-lo nesse período. Assim, condicionar o acesso ao procedimento a uma idade gestacional mínima significaria esvaziar a decisão tomada por esta Suprema Corte na ADPF n^o 54, obrigando a manutenção de uma gestação sem viabilidade extrauterina, o que este eg. Tribunal já reconheceu ser condição análoga à tortura.

76. Chega-se, então, às *gestações decorrentes de estupro*, que são as mais afetadas pela imposição de limite gestacional como óbice ao aborto legal. Conforme já pontuado nesta petição, o Estado e a sociedade brasileira de modo geral desconfiam das mulheres. Trágica e paradoxalmente, no entanto, muitas vezes, tudo o que as vítimas de violência sexual têm a oferecer como prova do fato ocorrido é sua própria palavra, pois o crime se dá, com frequência, a portas fechadas, sem testemunhas ao redor ou marcas de agressão no corpo.³⁷

³⁶ Ministério da Saúde. *Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos*: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 20

³⁷ Confira-se fala do médico Jefferson Drezetti, coordenador do Serviço de Atenção a Vítimas de Violência Sexual do Hospital Pérola Byington (SP): “*Não dá para encontrar danos físicos na maioria dos casos, os estupros são praticados sob grave ameaça. Nesses casos, marcas de violência física simplesmente não existem. De 10 mil mulheres e adolescentes atendidas pelo serviço do Pérola Byington, apenas 11% apresentavam traumas físicos. Em 90% dos casos, elas não tinham nenhuma marca no corpo e, em 95%, nem sequer marcas nos genitais*” (Instituto Patrícia Galvão. “[Dossiê Violência contra as Mulheres – Violência sexual](#)”, 2015.

77. Soma-se a isso a “política da suspeição” levada a cabo por muitas equipes médicas, as quais exigem, frequentemente, a prévia apuração do caso.³⁸ Tais exigências atrasam a possibilidade de realização do procedimento, enquanto a gestação, naturalmente, avança, ultrapassando o prazo de 22 semanas ou outro qualquer que, por ignorância ou má-fé, tenha sido adotado como limite no local de atendimento à gestante. Com isso, completa-se um ciclo em que o mau atendimento inicial à mulher, motivado pela desconfiança em relação à alegação de estupro, leva ao adiamento do aborto; e, ao final, a má compreensão do Direito vigente no país, legitimada por Manual do próprio Ministério da Saúde, acaba por inviabilizar por completo o acesso a esse direito.

78. Mas não é só. Vítimas de violência sexual carregam forte estigma e julgamentos morais consigo, o que as paralisa no momento de buscarem ajuda. Muitas optam por não denunciar o crime porque temem ser julgadas, maltratadas e sentem vergonha do ocorrido. Esse fator também é determinante para a demora na sua busca por cuidados médicos. Com medo de serem desacreditadas e humilhadas, muitas meninas e mulheres hesitam buscar os estabelecimentos de saúde para realizar o aborto.

79. Esse receio de julgamentos e descrédito das instituições que deveriam garantir sua segurança e seu bem-estar não é infundado. Pesquisas demonstraram que, mesmo dentro dos serviços de referência indicados pelo SUS para a realização do aborto legal, não há preparo das equipes médicas para garantir atendimento humanizado e em consonância com as melhores práticas de saúde. Pelo contrário, o regime de suspeição em torno da narrativa da vítima de estupro conduz os profissionais a analisarem seu corpo, sua fala e seu modo de se portar para concluir se a ela deve ser ou não garantido o acesso ao aborto.

80. Nessa análise, predomina o imaginário social discriminatório de que vítimas de violência sexual não bebem, não vão a festas, não podem sofrer a violência por parte de seu próprio cônjuge ou companheiro e devem apresentar marcas evidentes da agressão. Assim, é prática comum entre os profissionais de saúde da área realizar perguntas vexatórias e comentários humilhantes às vítimas de violência sexual.³⁹

³⁸ Como bem salientaram Débora Diniz, Vanessa Canabarro, Miryam Mastrella e Alberto Pereira, “tão importante quanto a vigilância penal, o estatuto ambíguo dos serviços pressiona os profissionais de saúde a se manterem sob vigilância para a moral que descreve suas práticas de assistência como imorais. É nessa duplicidade de guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto que as práticas de inquérito pela verdade do estupro surgem no encontro dos profissionais com as mulheres” (“A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil”. *Revista Bioética*, v. 22, n. 2, 2014, p. 294).

³⁹ Essa prática foi bem captada por Débora Diniz *et al* em trechos de entrevistas, nas quais as vítimas contaram que: “[...] o que me marcou muito foi uma menina de 11 anos grávida que ela engravidou e o profissional de

81. Relatório produzido pela *International Women's Health Coalition* constata que profissionais atuantes nos serviços de aborto legal buscam dissuadir a vítima de violência de realizar o procedimento, citando como exemplo o caso de uma adolescente de 15 anos, grávida por ter sido estuprada. A adolescente procurou o serviço de aborto legal no Hospital Universitário de Pernambuco, estabelecimento de saúde referência no atendimento de vítimas de violência sexual, de acordo com o SUS. Após ser internada, a equipe médica adiou o tratamento por 5 dias, assediando-a com perguntas do tipo: “*Você tem certeza de que quer isso?*”; “*Já pensou direito a respeito do assunto?*”, além de comentários na linha de “*as mulheres não tomam cuidado quando fazem sexo e depois querem vir aqui abortar*”.⁴⁰

82. Essa atuação das equipes médicas é reflexo de um país no qual 58,5% das pessoas concordam total ou parcialmente com a afirmação de que “*se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros*”.⁴¹ Ou seja, ao tratar do abuso sexual como um problema de comportamento da vítima, duvidando de sua narrativa e minimizando a agressão, grande parte da população contribui para que meninas e mulheres sofram a dor da violência em silêncio e hesitem no momento de buscar ajuda profissional.

83. Por outro lado, se levarmos em conta que o estupro é uma violência com forte recorte etário – 61,3% das vítimas têm no máximo 13 anos⁴² – e com alta recorrência intrafamiliar – 83% dos estupros de crianças e adolescentes são perpetrados por conhecidos das vítimas e 60% destes crimes ocorrem em suas próprias residências –,⁴³ fatores como dependência em relação aos agressores, coação e medo de retaliações em casa explicam a demora ou receio das vítimas em buscar ajuda.

84. Além disso, por não conhecerem ainda o seu próprio corpo e, frequentemente, não entenderem que foram vítimas de violência sexual, meninas de 10 a 13 anos normalmente demoram a descobrir que estão grávidas. Por vezes, isso só

saúde do plantão e do outro plantão no final de semana não realizaram o aborto porque a menina não teria sido agredida fisicamente no ato sexual, então não era estupro. O pessoal do plantão, dois plantões seguidos, se recusou a fazer porque achava que ela gostara, a menina era safadinha” e que “[q]uando é adolescente, quando a paciente tem algum estilete, tem uma tatuagem, usa piercing ou tem alguma questão, assim, sei lá, um paradigma mais liberal, eu acho que complica mais a situação” (A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Op. Cit., p. 296).

⁴⁰ Michelle Truong e Susan Y. Wood. *Unconscionable: when providers deny abortion care*. International Women's Health Coalition, 2018, p. 12.

⁴¹ IPEA. [Sistema de Indicadores de Percepção Social: tolerância social à violência contra as mulheres](#). Brasília: Ipea, 2014, p. 22.

⁴² Fórum Brasileiro de Segurança Pública, *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022*, p. 16 e 190.

⁴³ Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021*, p. 219.

ocorre quando há crescimento já acentuado da barriga. Não fosse bastante, a gestação, no caso delas, é de risco, o que torna a imposição do limite temporal não apenas ilícita, desproporcional e cruel, mas um elemento de ameaça à sua saúde e até à sua vida.

85. Por fim, vale ressaltar que a escassez do número de serviços médicos que realizam o aborto legal e a falta de informações públicas sobre o procedimento são elementos chave de uma política estatal que, quando não inviabiliza por completo o acesso ao procedimento, contribui para a demora com a qual ele é realizado. É dizer: a *via crucis* enfrentada por meninas e mulheres para conseguir chegar até os serviços de aborto legal também é responsável pelo estágio gestacional avançado de muitas delas.

86. Como se demonstrará melhor no item V.3, a infraestrutura de aborto legal é precária e mal distribuída.⁴⁴ A quantidade ínfima de serviços, distribuídos de forma desigual, produz um cenário no qual 4 a cada 5 mulheres que precisaram do aborto previsto em lei e viviam em municípios sem a oferta do serviço (e são 96,4% de todos os municípios nessa situação) deixaram de acessá-lo – ou seja, tiveram de manter uma gravidez que não desejavam quando a lei lhes permitiria interrompê-la, ou recorreram a métodos clandestinos de aborto, com todos os riscos associados a esse tipo de atividade.⁴⁵

87. Se, como visto, várias meninas e mulheres não conseguem concretizar seu direito ao aborto legal por não terem condições financeiras, autonomia familiar nem tempo – sob pena de perderem seus empregos, por exemplo – para viajar a outros municípios ou até estados, certamente, há muitos casos em que essas dificuldades “atrasam” a chegada das gestantes até os serviços de saúde. **Recusar o aborto legal porque a gravidez teria ultrapassado o marco ilegal de 22 semanas seria, portanto, penalizar a vítima de violência doméstica pelas falhas do próprio Estado em fornecer uma rede capilarizada e bem estruturada de apoio a essas mulheres.**

⁴⁴ Cf. ARTIGO19. *Mapa Aborto Legal* – “[Seguem realizando aborto legal](#)”. São apenas 42 unidades de saúde que seguem realizando aborto legal de acordo com contato telefônico realizado entre 27 de abril e 7 de maio de 2020. A estrutura que já era insuficiente piorou durante a pandemia de Covid-19. Em 2019, das 176 instituições cadastradas pelo Ministério da Saúde, 76 de fato ofertavam o serviço. Agora, são apenas 42. Ademais, os serviços de aborto legal se localizam em apenas 3,6% dos municípios, sendo 40,5% deles localizados na Região Sudeste e 77,5% em municípios com IDH-M alto ou muito alto (cf. Marina Gasino Jacobs e Crispim Alexandra Boing. “O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, 2021, p. 5).

⁴⁵ Marina Gasino Jacobs e Crispim Alexandra Boing. “O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?”. *Op. cit.*, p. 8.

88. Além da ausência de estrutura, falta divulgação. Não há informações cruciais sobre o aborto legal nas principais páginas públicas do país: 20 dos 27 Estados não informavam as situações em que o aborto é legal, e apenas 2 informavam nos sites de seus órgãos de saúde a lista dos estabelecimentos que realizam o procedimento.⁴⁶ Também não há uma lista atualizada e unificada do Ministério da Saúde que apresente todos os estabelecimentos de saúde pública que realizam o procedimento. Essa omissão *deliberada* de informações sobre o aborto legal contribui para que, em alguns casos, meninas e mulheres apenas saibam que possuem o direito a abortar – e, mais concretamente, como e onde poderiam tentar exercê-lo – quando a gravidez se encontra em estágio avançado.

89. Por todo o exposto, resta claro que a imposição de limite de idade gestacional para a realização do aborto em suas hipóteses legais não só cria restrição ao procedimento que não se encontra prevista em lei, violando a legalidade e a segurança jurídica, como também se mostra extremamente perversa na prática, ensejando ofensas múltiplas a direitos fundamentais das mulheres.

(c) Exigência, como regra geral, de autorização dos pais ou representante legais nos casos de gestante menor de idade

90. O art. 128, II, do Código Penal prevê que o aborto em caso de estupro demanda o consentimento dos representantes legais da gestante, quando esta for incapaz. Não aborda, por outro lado, os casos de desacordo entre a opinião da menina/adolescente e sua família e/ou de suspeita de envolvimento desta última na violência sexual praticada. A praxe, diante desse quadro normativo, tem sido de exigência da autorização parental como regra.

91. A Norma Técnica “*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*”, de 1999, e reeditada em 2005 e 2012, buscou mitigar essa realidade, afirmando que a “*ausência dos pais ou responsável não deve impedir o atendimento pela equipe de saúde em nenhuma consulta. Todos os esclarecimentos e riscos sobre aborto legal devem ser fornecidos à adolescente*”.⁴⁷ Previu-se, ademais, a possibilidade de a adolescente apresentar outra pessoa maior e capaz para acompanhá-la durante o procedimento.

⁴⁶ Bárbara Paes, Ester Borges, Julia Rocha. *Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil*. ARTICLE 19: São Paulo, 2018.

⁴⁷ Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 73.

92. Nada obstante, a Norma ensejava algumas dúvidas. Em certo trecho, afastava expressamente a obrigação da presença dos pais nos casos de aborto por risco de vida iminente da gestante ou violência sexual;⁴⁸ em outro, porém, indicava que, “*onde a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não deseja, e estes não estejam envolvidos na violência sexual, deve ser buscada a via judicial, através do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude*”.⁴⁹

93. Em vez de sanar tais contradições, o Manual de 2022 agravou o quadro de insegurança jurídica, violando expressamente direitos de gestantes menores de idade. Por um lado, o documento repete os trechos das Normas Técnicas anteriores que estabeleciam que as mulheres menores de 18 anos necessitam de autorização dos pais/responsáveis legais para poder realizar o aborto legal, sendo que: (i) entre os 16 e os 18 anos, devem ser *assistidas* pelos pais, os quais consentem *com* a gestante; e, (ii) antes dos 16 anos, serão *representadas* pelos pais, que se manifestam *pela* gestante.

94. Por outro lado, o Manual de 2022 nada diz quanto à possibilidade de a menor de idade se apresentar aos serviços de saúde com outra pessoa adulta, que não seus pais; de ter sido violentada por algum parente; ou ainda de desejar abortar e seus pais discordarem. O documento é enfático, todavia, ao afirmar que “*sempre que a mulher adulta ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram*”.⁵⁰

95. Ao assim abordar a matéria, o Manual, além de camuflar projeto político-ideológico contrário ao aborto legal, vai de encontro a **avanços normativos** realizados tanto no âmbito nacional, com o advento da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), quanto internacional, com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Em suma, o modelo tutelar, que vigorou em quase todo o século XX, foi substituído, a partir da década de 1989,

⁴⁸ “Quando houver indicação de um procedimento invasivo, como no caso do aborto, torna-se necessária a presença de um dos pais ou do responsável, excluindo-se as situações de urgência, quando há risco de vida iminente, e em casos de violência sexual. Tal procedimento deve estar rigorosamente dentro das normas do Ministério da Saúde para a realização do aborto legal” (Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Op. Cit., p. 72-73).

⁴⁹ *Ibidem*, p. 73.

⁵⁰ Ministério da Saúde. *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento: norma técnica*. 1ª. Ed, 2022, p. 20-21.

pelo modelo de *autonomia progressiva* das crianças e adolescentes, dando-se centralidade à proteção de seus direitos, conforme seus melhores interesses – e não a livre critério de seus pais ou representantes legais.

96. A transformação conceitual e paradigmática referida acima não se fez refletir, ainda, em todos os diplomas do ordenamento brasileiro, que demandam, assim, leitura atualizada à luz da CF/1988, do ECA e da citada Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. O Código Civil de 2002, por exemplo, decorre de projeto de lei da década de 1970, anterior a essas mudanças, e, por isso mesmo, manteve-se ancorado nos institutos da representação e da assistência, como ferramentas de exercício do *pátrio poder* e superação da suposta incapacidade, apriorística e abstrata dos menores de idade em reger seus próprios interesses.⁵¹

97. Em distanciamento histórico ainda maior, o Código Penal de 1940 exige, como visto, a autorização dos pais ou representantes legais, para que gestantes menores de idade, vítimas de estupro, possam abortar. A lógica é totalmente contrária ao modelo contemporâneo de tutela da infância e adolescência, ignorando, ainda, a constatação fática de que, muitas vezes, são os próprios pais que praticam ou anuem com a violência sofrida pela criança ou adolescente.

98. Cabe destacar, nesse sentido, três pilares do novo modelo de proteção das crianças e adolescentes: (i) o *princípio do melhor interesse*, que busca submeter a atuação dos responsáveis legais aos limites impostos pela garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes, afastando-se a visão paternalista que atribuía ao Estado e às famílias definir o que seria melhor para elas;⁵² (ii) o *princípio da autonomia progressiva*, segundo o qual menores de idade são aptos a concretizar seus direitos de acordo com a evolução de suas capacidades, as quais devem ser exercidas com orientações e instruções – e não imposições – das famílias;⁵³ e, (iii) por fim, o *direito de participação e oitiva*, que garante aos menores de idade o direito de expressar suas opiniões sobre assuntos que os afetem e o dever das autoridades de considerarem tais opiniões.⁵⁴

⁵² O artigo 3º da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 estabelece que todas as decisões relativas à criança, sejam elas de instituições públicas ou privadas, “*devem considerar primordialmente o melhor interesse da criança*”.

⁵³ O art. 5º da Convenção introduz o princípio da autonomia progressiva, ao prever que os responsáveis legais devem conferir orientações adequadas às crianças e adolescentes para que exerçam seus direitos “*de acordo com a sua capacidade de evolução*”.

⁵⁴ O art. 227 da CF/88 estabelece que é dever do Estado, da sociedade e da família assegurar todos os direitos fundamentais das crianças com prioridade absoluta. Por sua vez, o art. 28, §1º do ECA, ao tratar da colocação em famílias substitutas, fixa que “[s]empre que possível, a criança ou o adolescente será previamente ouvido

99. Diante desse novo panorama jurídico, diversos países já alteraram entendimentos e modificaram suas legislações de modo a reconhecer, **às adolescentes menores de idade, capacidade decisória no que tange a escolhas no âmbito de seus direitos sexuais e reprodutivos.**

100. Na **Argentina**, por exemplo, com a entrada em vigor do Código Civil de 2014 e da Lei de Proteção Integral (Lei nº 26.061), definiu-se que, a partir dos dezesseis anos, o adolescente deverá ser considerado como se adulto fosse para todas as decisões atinentes ao cuidado com seu próprio corpo; entre treze e dezesseis anos, deverá ter autonomia para decidir sobre tratamentos que não sejam invasivos nem comprometam seu estado de saúde ou coloquem em risco sua integridade física. Nos casos de procedimentos de risco, o adolescente deverá prestar seu consentimento com a assistência de seus progenitores. No entanto, o conflito entre ambos se resolverá de acordo com o interesse superior da criança e com base em opinião médica a respeito das consequências de se realizar ou não o procedimento. Contudo, tais categorias não são estanques e o próprio dispositivo ressalva que *“a pessoa menor de idade que conta com idade e grau de maturidade suficiente poderá exercer por si os atos que lhe são permitidos pelo ordenamento jurídico”*.⁵⁵

101. Por sua vez, a **Corte Constitucional da Colômbia**, há mais de uma década, entende que meninas menores de 14 anos podem consentir autonomamente com a realização do aborto nos casos previstos em lei. Com efeito, a Corte assentou, em 2006, que meninas menores de idade são titulares plenas do direito ao livre desenvolvimento de sua personalidade, possuindo, assim, capacidade para consentir sobre tratamentos e intervenções em seu corpo que afetem seu desenvolvimento sexual e reprodutivo. Veja-se, a propósito, trecho da sentença:

A jurisprudência constitucional tem reconhecido nos menores de idade a titularidade do direito ao livre desenvolvimento de sua personalidade e a possibilidade de consentir com tratamentos e intervenções sobre seu corpo, ainda que tenham caráter altamente invasivo. Nessa toada, discorda-se que critérios de caráter meramente objetivo, como a idade, sejam os únicos determinantes para estabelecer o alcance do consentimento livremente formulado por menores para autorizar tratamentos e intervenções em seu corpo. [...] Nessa perspectiva, uma medida de proteção que afaste a relevância jurídica do consentimento do menor, como faz o art. 123 do Código Penal, resulta inconstitucional

por equipe interprofissional, respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida, e terá sua opinião devidamente considerada”.

⁵⁵ Lei nº 26.061, artículo 26: *“Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad: La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico [...]”*.

porque anula totalmente o livre desenvolvimento da personalidade, da autonomia, e da dignidade dos menores. Adicionalmente, esta medida de proteção se revela contraproducente e não seria idônea para conseguir o propósito perseguido, naqueles eventos que seja necessário praticar um aborto para garantir a vida ou a saúde da menor grávida.⁵⁶

102. Em caso diverso, julgado em 2009, a Corte Constitucional da Colômbia corroborou a inconstitucionalidade de medidas que impeçam “*as meninas menores de 14 anos em estado de gravidez de exteriorizar livremente seu consentimento para efetuar a interrupção voluntária da gravidez, quando seus genitores ou representantes legais não estão de acordo com a interrupção*” e que exijam a autorização por parte de familiares.⁵⁷

103. Em consonância com tais entendimentos, a **Suprema Corte do México** recentemente reconheceu que o direito das adolescentes de solicitar, por si mesmas, a interrupção da gestação, quando esta provém de violência sexual, deriva “*do seu direito de desfrutar do mais alto nível possível de saúde, em função do princípio da autonomia progressiva, que lhes garante a possibilidade de decidir se submeter ou não a intervenções e tratamentos médicos, sem autorização do pai ou da mãe ou tutor*”.⁵⁸

104. Nesse mesmo sentido, a **Suprema Corte dos Estados Unidos** estabeleceu, já em 1983, a inconstitucionalidade de medidas legislativas que impusessem a necessidade de consentimento dos pais ou responsáveis legais para que meninas menores de 15 anos pudessem acessar o procedimento de aborto. A Corte entendeu que nem todas as meninas de 15 anos são imaturas para decidir sobre o procedimento de forma autônoma e que, em certos casos, este se faz necessária para protegê-las, devendo ser realizado ainda que não haja autorização parental.⁵⁹

105. Conclui-se, dessa forma, que, à luz de uma visão atualizada sobre os direitos das crianças e adolescentes, que leve a sério sua autonomia progressiva e o princípio de busca pelo seu melhor interesse, o acesso ao aborto legal – *i.e.*, nos casos de risco de vida, gravidez decorrente de estupro ou anencefalia fetal – constitui direito existencial da própria gestante, que deve ser considerado nos casos de divergência entre a sua vontade e a de seus pais – as quais, infelizmente, são muitas.

⁵⁶ Corte Constitucional da Colômbia, Sentença C-355/2006.

⁵⁷ Corte Constitucional da Colômbia, Sentença T-697/2016.

⁵⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Controversia constitucional 45/2016.

⁵⁹ City of Akron v. Akron Center for Reproductive Health, 462 U.S. 416 (1983).

106. Diante do exposto, requer-se a declaração parcial de inconstitucionalidade, sem redução de texto, do art. 128, inciso II do Código Penal, bem como complementação ao acórdão proferido na ADPF nº 54, para excluir a necessidade, como regra, de consentimento dos pais ou representantes legais no caso de meninas menores de idade, sendo que:

- (i) no caso de adolescentes entre 16 e 18 anos, a escolha deve poder ser feita por ela própria, garantindo-se apenas a oitiva ou o aconselhamento por parte do pais ou representantes legais;
- (ii) no caso de menores de 16 anos, havendo grau de maturidade suficiente para exprimir consentimento informado, também se deve garantir a tomada de decisão pela própria gestante, assegurada somente a oitiva ou o aconselhamento dos pais ou representantes legais;
- (iii) no caso de menores de 16 anos, sem grau de maturidade para exprimir consentimento informado, os pais ou representantes legais devem ser chamados a tomar a decisão; caso os pais ou representantes legais não autorizem a realização do procedimento embora a menina menor tenha manifestado vontade em realizá-lo, o Estado deve substituir-se à manifestação destes em processo administrativo ou judicial que deve tramitar com absoluta prioridade;
- (iv) em qualquer caso, a suspeita de abuso sexual por parte dos pais, dos representantes legais ou ainda de familiares ou amigos de qualquer deles deve levar à substituição da manifestação – seja aconselhativa, seja decisória – destes pela manifestação do Estado, nos moldes do item “(iii)” acima;
- (v) em qualquer caso, se a criança ou adolescente procurar as autoridades estatais com o intuito de realizar o aborto e alegar temer o envolvimento de seus pais ou representantes legais, o Estado deve substituir-se à manifestação destes, nos moldes do item “(iii)” acima;
- (vi) em qualquer caso, as decisões devem ser tomadas levando-se em conta o melhor interesse de criança ou adolescente gestante, em especial a caracterização de qualquer gravidez abaixo dos 14 anos como um fator de alto risco à saúde da gestante.⁶⁰

⁶⁰ Cf. Sociedade Brasileira de Pediatria. “[Guia prático de atualização – Prevenção da gravidez na adolescência](#)”. Departamento Científico de Adolescência, n. 11, jan. 2019. No mesmo sentido, a “[Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável](#)”, da FEBRASGO, aponta que “[n]a infância e na puberdade, a menina ainda não concluiu seu processo de maturidade cognitiva, psicossocial e biológica. Diante de uma gravidez, essa condição de imaturidade biológica da

107. Passa-se, agora, ao segundo bloco deste item, referente à necessária invalidação do Manual de 2022 do Ministério da Saúde.

V.2: COMBATE À DESINFORMAÇÃO PRATICADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE: INVALIDAÇÃO DO MANUAL DE 2022

108. Como já mencionado, neste ano de 2022, o Ministério da Saúde editou o *Manual de Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento*. A pretexto de orientar os profissionais de saúde sobre o aborto legal, o documento apresenta equívocos técnicos, insinuações e omissões que visam a dificultar o acesso ao procedimento no país.

109. Vários itens ou trechos desinformativos do Manual já foram destacados nesta petição, ao se tratar das inconstitucionais exigências de (i) apuração policial ou autorização judicial prévia ao aborto, (ii) limitação temporal da gestação, e (iii) autorização dos pais, no caso de gestantes menores de idade, como regra geral. Neste novo capítulo da peça, pretende-se abordar o documento de forma mais direta e, ao mesmo tempo, ampla, a fim de se demonstrar que seus erros são tantos e tão espalhados que se faz necessária sua invalidação completa.

110. Em curto prazo, no âmbito da apreciação das cautelares devidas nesta ADPF, sugere-se que sejam “represtinadas” as *Normas Técnicas Atenção Humanizada ao Abortamento e Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, a não ser nos pontos em que tais normas conflitam com os pedidos formulados abaixo. No médio prazo, o Ministério Saúde deve ser instado a elaborar novo documento, sanando os vícios do Manual editado neste ano.

(a) “Todo aborto é um crime”

111. O Manual de 2022 cria, com base em uma abordagem jurídica tendenciosa do artigo 128 do CP e da ADPF 54, o simbolismo de que não existe aborto legal no Brasil. Passa, com isso, a mensagem de que a mulher que quer realizar o aborto nas

adolescência precoce traz como consequência uma maior taxa de complicações obstétricas, tais como anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, parto prematuro e partos distócicos. As taxas de mortalidade materna entre as gestantes menores do que 14 anos chegam a ser 5 vezes maiores do que entre gestantes entre 20-24 anos”.

hipóteses legais é uma criminosa – assim como serão criminosos os profissionais de saúde que a atenderem.

112. Na página 14, afirma-se expressamente que “[n]ão existe aborto ‘legal’ como é costumeiramente citado, inclusive em textos técnicos” e que só existiria “aborto com excludente de ilicitude”. Conclui-se, mais à frente no texto, que “[t]odo 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”.⁶¹

113. Conforme já exposto no item V.1.a desta petição, a forma como o documento coloca a questão é juridicamente equivocada e acaba por desinformar profissionais de saúde, gestantes e a população em geral.

114. Se o próprio Direito Penal autoriza uma conduta – como o faz no art. 128 e na ADPF nº 54 –, não há tipicidade conglobante, porque a conduta não é antinormativa.⁶² Mesmo que se superasse a etapa da tipicidade, a hipótese permaneceria sendo de ausência de crime, uma vez que este exige a configuração de um fato típico, ilícito e culpável, e, indubitavelmente, o ordenamento brasileiro excluiu ao menos a ilicitude da prática do aborto em casos de risco à gestante, estupro ou anencefalia fatal.

115. O equívoco cometido no Manual não é fruto de imperícia, mas da vontade consciente do atual governo federal de minar o acesso ao aborto legal no país. Não faltam, como já citado nesta petição, manifestações do Presidente da República, bem como normas e atos concretos de política interna e externa do governo federal que expressam essa finalidade. O Manual ora examinado possui, todavia, especial importância, por se tratar de documento, em tese, técnico e voltado especificamente

⁶¹ Veja-se também: “No Brasil, de acordo com a legislação em vigor desde 1940, o crime de aborto não é punido apenas em três hipóteses, previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal:[...] “A decisão, proferida pelo STF, em sede de Arguição de Preceito Fundamental, estabeleceu: “Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencefalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. (ADPF 54, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Tribunal Pleno, julgado em 12/04/2012, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-080 DIVULG 29-04- 2013 PUBLIC 30-04-2013 RTJ VOL-00226-01 PP-00011)” (p. 13-14). Tal decisão, todavia, como pode ser observado, é restritiva, na medida em que não admite qualquer interpretação no sentido de ampliar as possibilidades de aborto.” As hipóteses previstas no artigo 128 do CP são bastante amplas, especialmente no caso de risco de vida para a mulher: no caso de estupro ou de qualquer risco de vida para a mulher, seja a que título for (doença, acidente, gravidez de risco ou qualquer fator superveniente) dão à mulher o direito ao aborto, sem que isso configure crime. Além disso, no caso da anencefalia seria possível ampliar as hipóteses do aborto no caso de inviabilidade de vida extrauterina, que foi uma das fortes razões de decidir desse STF na ADPF 54.

⁶² Eugenio Raúl Zaffaroni, José Henrique Pierangeli. *Manual de direito penal brasileiro*: volume 1: parte geral. Vol. I. 9. ed., Revista dos Tribunais, 2011, p. 393-401.

à orientação de profissionais de saúde que estão na linha de frente no atendimento às gestantes.

116. Trata-se, nesse sentido, do ápice normativo da política antifeminista encabeçada pelo governo federal, sendo de se especular se o momento de sua edição não se relaciona com a já citada instrumentalização política do aborto para fins eleitorais. Coloca-se o assunto no debate público de maneira distorcida e sensacionalista, na busca por votos de um eleitorado sensível a pânico morais.

117. Com efeito, o Manual de 2022 institui uma espécie de primazia da persecução penal em desfavor da dignidade e dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual.⁶³ Após apresentar tabela repleta de contradições internas, em que são selecionados e descontextualizados trechos de normas de diferentes graus hierárquicos, o documento enfatiza mudanças recentes ocorridas na legislação brasileira, notadamente a qualificação do crime de estupro como delito de ação penal pública incondicionada. Afirma, a partir daí, que tais mudanças buscaram avançar no “*combate aos crimes sexuais e contra vida*” e “*garantir aos profissionais de saúde segurança jurídica para sua plena atuação*” (p. 19). E concluí asseverando que a obrigatoriedade de notificação dos casos de aborto, pelos profissionais de saúde, “*decorre de lei e não fere o direito à intimidade da paciente*”.

118. Os equívocos e distorções são muitos. *Em primeiro lugar*, a transformação do crime de aborto em delito de ação penal pública incondicionada não altera o dever ético e jurídico dos profissionais de saúde de guardarem sigilo em relação aos dados que obtêm de seus pacientes. A garantia de **sigilo médico** (arts. 73 e 74 do Código de Ética Médica c/c art. 154 do CP) é fundamental para que as pessoas possam confiar nos profissionais de saúde que as atendem, bem como para dar segurança a esses profissionais de que podem e devem atender qualquer indivíduo, independentemente de seu possível histórico criminoso. Saúde, afinal, é um direito de todos, não podendo ser afastado ainda que em nome de um propósito persecutório penal legítimo. O Direito Penal autoriza o Estado a investigar e buscar punir um criminoso, mas não a limitar, por vias indiretas, o seu acesso a atendimento médico que, para ser bem exercido, depende de confiança mútua paciente-profissional.

⁶³ “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. Importante consignar que essa iniciativa não objetiva verificar se a mulher faltou com a verdade ao noticiar ter engravidado em relação sexual forçada, mas fazer com que o aparato repressivo crie condições para identificar e punir o agressor” (p. 23).

119. É em vista disso que o art. 207 do Código de Processo Penal estabelece que pessoas que devem, em razão de sua profissão, manter sigilo das informações sabidas sobre determinado fato, não podem ser chamadas a testemunhar sobre ele. Tal regra aplica-se há décadas para os mais variados crimes, inclusive os de ação penal pública incondicionada. Não há nada na hipótese em discussão que justifique uma flexibilização do sigilo médico. Em outras palavras, a nova configuração jurídica do crime de estupro não justifica a postura incentivada pelo Manual do Ministério da Saúde.

120. *Em segundo lugar*, na construção da política pública de aborto, **o investigado deveria ser o estuprador, e não a gestante**. Mas fica claro, pela leitura do documento ministerial acima referido, que o objetivo da política desenhada no Manual de 2022 é induzir os profissionais de saúde a atuarem no “*combate aos crimes sexuais e contra vida*” – sendo a locução “contra a vida” utilizada para tratar justamente do aborto e do possível crime cometido pela gestante que alegaria um estupro não ocorrido.

121. Não bastasse, portanto, levar os profissionais de saúde a acharem que podem e devem notificar os casos de estupro relatados pelas mulheres que buscam ajuda médica, o Manual os leva a adotar também **postura inquisitorial** em relação a elas – verdadeiros delegados de jaleco que, em vez de acolher as pacientes, as questionam e as submetem à seara policial.

122. *Em terceiro e último lugar*, por inúmeras razões, mulheres vítimas de violência sexual podem preferir não denunciar formalmente o crime. A título de exemplo, o mau atendimento que recebem do Estado as desestimula a buscarem os serviços de justiça; os preconceitos e o estigma atrelados a esse tipo de crime fazem com que, muitas vezes, tenham vergonha de expor o ocorrido; e o receio de serem perseguidas pelo agressor, que frequentemente é alguém de seu círculo familiar ou de convívio próximo, as amedronta.

123. Transformar essa realidade, dando condições para que as vítimas se sintam seguras em denunciar o estuprador, é algo importante, mas que não pode ser obtido à força, pela imposição de uma nova agressão à autonomia dessas mulheres. Nesse sentido, a Lei nº 10.778/2003 estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher nos serviços de saúde, mas também assegura que a regra geral é a notificação *desidentificada*, servindo ao propósito de coleta de dados estatísticos (art. 3º, parágrafo único) – modelo bastante distinto do descrito no Manual ministerial.

124. Caberia até uma revisão da Lei nº 10.778/2003 para reduzir a extensão das exceções que atualmente legitimam a notificação identificada dos casos de violência sexual por parte dos profissionais de saúde. Independentemente dessa discussão, porém, fato é que o Manual editado pelo Ministério da Saúde em 2022 piora significativamente a situação das mulheres, ao induzir a notificação identificada como regra, violando, adicionalmente, a legalidade e a segurança jurídica.

(c) Abordagem tendenciosa e equivocada de normativos internacionais e referência ao “Consenso de Genebra”

125. Outro equívoco flagrante do Manual consiste na citação de atos normativos internacionais como fundamento para a proteção de um alegado direito à vida do feto, que configuraria elemento jurídico legitimador de restrições ao aborto legal no Brasil. Em suma, os atos citados (i) são mal e tendenciosamente interpretados pelo Ministério da Saúde, que os lê de maneira diversa da adotada pelas próprias cortes e órgãos internacionais pertinentes; ou (ii) sequer configuram norma jurídica internacional, sendo mera declaração política, adotada sem as formalidades devidas pelo chefe do Executivo Federal.

126. Ilustrando a afirmação acima, o Manual afirma que “[o] *Brasil é signatário de tratados que reconhecem o direito à vida como prioridade máxima*” (p. 21) e que “*recomendam a prevenção de abortos*” (p. 12). Dentre tais tratados, “*destaca-se o Pacto de São José da Costa Rica, o qual, em seu artigo 4º, alínea 1, prevê expressamente a proteção ao direito à vida desde a concepção. O Pacto de São José da Costa Rica foi internalizado em 1992, por meio do Decreto Presidencial nº 678/1992.*” (p. 12).

127. Acontece que nenhum tratado assinado pelo Brasil sustenta tais assertivas. A própria Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), ao interpretar o Pacto de São José da Costa Rica no caso *Artavia Murillo e outros v. Costa Rica*, entendeu que a proteção do direito à vida inclui adotar as medidas necessárias para garantia de uma vida *digna*, o que não seria possível com a limitação a direitos reprodutivos abordada no caso então examinado.⁶⁴

⁶⁴ Corte IDH. Caso *Artavia Murillo e outros* (“Fecundação *In Vitro*”) v. Costa Rica. [Sentença de 28 de novembro de 2012](#). Inclusive, a decisão reverteu o pronunciamento da Sala Constitucional da Costa Rica, que declarou a inconstitucionalidade do Decreto Executivo nº 24.029-S, do Estado da Costa Rica, de 3 de fevereiro de 1995, que previa o direito reprodutivo à fertilização *in vitro*.

128. Ao contrário do que defende o Ministério da Saúde, os documentos de direito internacional adotados pelo Brasil não recomendam a prevenção de qualquer aborto. Buscam, isto sim, assegurar e evitar a prática de abortos inseguros, nas hipóteses autorizadas pelo direito interno.⁶⁵ Relatórios e comentários gerais de órgãos de monitoramento sobre o cumprimento de tratados dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e a Convenção sobre os Direitos das Crianças, recomendam, inclusive, que o país revise as leis que restringem o acesso ao abortamento, a fim de eliminar discriminações de gênero, especialmente em relação ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, à vida e à saúde.⁶⁶

129. Relativamente, outra vez, ao Pacto de São José da Costa Rica, tanto a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) quanto a Corte IDH, que tem a última palavra sobre a interpretação da referida convenção e cuja competência foi reconhecida pelo Brasil por meio do Decreto nº 4.463/2002, entendem que o direito ao aborto não viola o artigo 4º, I, do Pacto, tampouco a Declaração Americana dos Direitos do Homem⁶⁷.

130. Por fim, é digna de nota a alusão feita, no Manual de 2022, à “*Declaração de Consenso de Genebra*”.⁶⁸ Elaborado com o objetivo de negar a existência de um direito humano internacional ao aborto, o documento ancora-se, entre outros, na defesa da família e na ideia de que a proteção às mulheres envolveria uma proibição ampla ao aborto. Isso porque, de acordo com o Manual, o procedimento seria uma prática sempre traumatizante e indesejável, da qual as mulheres se arrependeriam, vindo, inclusive, a sofrer de depressão ou tendências suicidas após sua realização.

⁶⁵ Nesse sentido, pode-se citar: (i) Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo, Cap. VIII. Cairo, 1994; e (ii) Parágrafo 106 (k) da Plataforma Mundial de Ação de Pequim. Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995.

⁶⁶ Confira-se: (i) Nações Unidas. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. [57ª Sessão. 10 a 28 de fevereiro de 2014](#); (ii) Nações Unidas. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. [Recomendação Geral nº 35](#) sobre violência baseada em gênero contra a mulher (atualização da Recomendação Geral nº 19). 14 jul. 2017; (iii) Nações Unidas. Comitê dos Direitos da Criança. [Observação Geral nº 20](#) (2016) sobre a efetividade dos direitos da criança durante a adolescência. 6 dez. 2016; (iv) Nações Unidas. Comitê de Direitos Humanos. [Observação Geral nº 36 sobre o artigo 6º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos](#), relativo ao direito à vida.

⁶⁷ Cf. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. [Resolução nº 23/81](#). Caso nº 2141. 1981; Corte IDH. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação *In Vitro*”) v. Costa Rica. Sentença de 28 de novembro de 2012. A questão era relevante, porque se tratava, como já dito, de caso de fecundação *in vitro*. A Corte também decidiu que a proteção era descabida, uma vez que um embrião não tem nenhuma viabilidade de vida se a implantação não acontecer.

⁶⁸ Cf. [Declaração de Consenso de Genebra](#).

131. Não é preciso sequer muito esforço de pesquisa para verificar que não há dados que sustentem tais afirmações.⁶⁹ Não à toa os signatários do autodenominado Consenso são países pessimamente avaliados em termos de igualdade de gênero e em índices de qualidade democrática, como Hungria, Polônia, Rússia, Arábia Saudita, Líbia, Egito, Iraque e Uganda. Os Estados Unidos chegaram a participar da empreitada antiaborto no governo Trump, mas a adesão foi revertida no início da gestão do Presidente Joe Biden.

132. Não bastasse as evidentes falhas de conteúdo, o documento em questão não possui normatividade nem validade jurídica. *A uma*, porque não configura tratado nem convenção de direito internacional. Não observou o trâmite regular para formalização, nem do ponto de vista externo, nem interno, sendo mera declaração política manifestada, no caso brasileiro, pelo chefe do Executivo Federal. *A duas*, porque contraria todo o bloco de convenções e de tratados de direitos humanos já incorporados pelo Brasil (*e.g.* Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, Convenção sobre os Direitos das Crianças, Convenção Americana de Direitos Humanos etc.), além da própria CF/1988.

133. Trata-se, como dito acima, de um panfleto político que, longe de dar fundamento normativo ao Manual de 2022 do Ministério da Saúde, evidencia sua finalidade espúria – e também política – de endosso à retórica antifeminista, característica da gestão do Presidente Jair Bolsonaro.

⁶⁹ A decisão por realizar um aborto e o procedimento em si certamente são experiências que podem ser difíceis para as mulheres. No entanto, estudos e pesquisas demonstram que não há comprovada conexão causal entre a realização de abortos e danos à saúde mental das mulheres. Em especial, não há qualquer evidência que sequer correlacione validamente abortos e suicídios (MGH Center for Women's Mental Health. "[Abortion Does Not Increase Women's Risk for Suicide](#)", 18/02/2020). Muitas vezes, o estupro ou a precariedade socioeconômica que motiva a decisão pelo aborto é que gera danos psicológicos às mulheres, persistentes mesmo após a realização do procedimento, mas que não são por este causados (Julia R. Steinberg *et al.* The association between first abortion and first-time non-fatal suicide attempt: a longitudinal cohort study of Danish population registries. *The Lancet Psychiatry*, v. 6, n. 12, p. 1.031-1.038, 2019). Os dados existentes sobre o tema são firmes em identificar que, ao contrário do que faz crer o Consenso de Genebra, danos psicológicos podem ser causados pelas lá negativa de acesso ao aborto ou pelas restrições legais ou práticas que atrasam ou colocam em suspeita sua realização (Zara Abrams. "[The facts about abortion and mental health](#)". *American Psychological Association*, v. 53, 23/06/2022). Por fim, em um regime político que leve a sério a autonomia das mulheres, não caberia ao Estado reduzir a liberdade de escolha delas em razão de uma possível reação negativa que parte das gestantes poderia vir a ter após a realização de um aborto. Haveria meios bem menos onerosos à autonomia de lidar com esses riscos, que, volta-se a dizer, sequer podem ser entendidos como efeito causal do aborto.

(d) Abordagem equivocada e tendenciosa da permissão para aborto em caso de risco à gestante

134. A previsão de aborto em caso de risco à gestante é prevista na legislação brasileira em redação bastante limitada: “*se não há outro meio de salvar a vida da gestante*”. Em vista disso, seria possível, em tese, sustentar que casos de risco à saúde da mulher, mesmo que graves, não legitimariam a prática do aborto no país.

135. Trata-se, todavia, de interpretação equivocada do texto legal, entre outros motivos porque a evolução da medicina permite, atualmente, meios de salvamento de vida impensáveis em 1940, quando editado o Código Penal. Vários desses meios, no entanto, podem acarretar graves prejuízos à saúde e à qualidade de vida da gestante. Vale dizer: consegue-se assegurar sobrevida à mulher, mas não necessariamente uma vida com o padrão de saúde e bem-estar anterior à gestação.

136. Considerando esse avanço da medicina, a concepção contemporânea de saúde e de vida, e a primazia que os direitos fundamentais da gestante devem possuir em relação à proteção ao potencial de vida externado pelo feto, a legislação mais recente da maior parte das democracias do mundo utiliza expressões como “risco à saúde da gestante” como causa legitimadora da prática do aborto.⁷⁰ E é perfeitamente possível, mediante interpretação, atualizar-se o sentido do CP brasileiro para assegurar o direito ao aborto no país sempre que houver **risco à vida saudável da gestante**.

137. O Manual de 2022, no entanto, além de não encampar essa melhor interpretação do CP, externa, possivelmente, a pior leitura possível da norma, que busca restringir o acesso ao aborto mais até do que a literalidade (ahistórica e assistemática) do Código permitiria.

138. Do ponto de vista procedimental, o documento exige requisitos ilegais e irrazoáveis para que se proceda ao aborto nesses casos. Menciona, por exemplo, a presença de dois médicos que atestem, por escrito, a condição de risco da mulher, sendo um deles especialista na área da doença que motiva a interrupção – algo totalmente irrealista diante da precária infraestrutura médica da maior parte dos municípios brasileiros, e o acesso assimétrico aos serviços médicos, ligado a fatores econômicos e raciais.

⁷⁰ Cf. *City of Akron v. Akron Center for Reproductive Health*, 462 U.S. 416 (1983).

139. Já do ponto de vista substantivo, o Manual afirma que as condições de saúde devem “*realmente*” colocar em risco a vida da mulher e que “*são poucas* [essas situações], *não cabendo um alargamento sem motivos técnicos*”. Apresenta, ainda, um rol de doenças que, embora não indicado como taxativo, é tendencioso, na medida em que deixa de fora situações muito comuns de risco à gestante, induzindo os profissionais de saúde a acharem que estas não seriam aptas a justificar a prática do aborto.⁷¹

140. Em contraposição a essa interpretação reducionista e equivocada do governo federal brasileiro, a Organização Mundial da Saúde⁷² e a literatura médica defendem que o aborto faça parte da atenção primária à saúde, devendo ser incluído como um procedimento ambulatorial, a ser ofertado e realizado, sempre que possível, já pelo médico de família.⁷³

141. Ademais, é espantoso que o rol apresentado no Manual não inclua a hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia e eclâmpsia),⁷⁴ que constitui, segundo o próprio documento, uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (p. 7). Na mesma linha, chama a atenção que gestações de meninas menores de 16 anos não tenham sido citadas como fator de risco. Sequer o subgrupo de gestações de crianças menores de 14 anos ou com a primeira menstruação há menos de dois anos da gravidez, considerado de *alto risco* pela Sociedade Brasileira de Pediatria,⁷⁵ foi mencionado. A título de ilustração dos riscos envolvidos, meninas de até 14 anos têm 5 vezes mais chances de morrer em decorrência de uma gestação do que uma

⁷¹ “Deve-se lembrar, ainda, de que a interrupção da gravidez para salvar a vida da gestante não requer autorização judicial, pois se trata de uma decisão médica com a participação da gestante. Para a interrupção da gravidez por risco de morte da mulher, é recomendável que dois médicos atestem, por escrito, a condição de risco da mulher que justifica a interrupção. É desejável, ainda, que um dos médicos seja especialista na área da doença que motiva a interrupção. Também é necessário o termo de consentimento assinado pela mulher no qual ela declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gravidez ou concorda com a decisão do aborto. 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. Importante dizer que essa avaliação sempre deve ser feita por médicos especialistas” (p. 15).

⁷² Organização Mundial da Saúde (OMS). [Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde](#). 2. ed. Genebra: OMS, 2013.

⁷³ Cf. Melanie Noël Maia. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, 2021, p. 2.727; Camila Giugliani et al. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, 2019, p. 1.791.

⁷⁴ No Brasil, de 2010 a 2017, a partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornecido pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), utilizado pelo Ministério da Saúde, ocorreram 8.992 mortes por causas obstétricas. A pré-eclâmpsia ocupa a segunda posição, com 942 destes óbitos (10,48%), sendo ultrapassada apenas pela eclâmpsia com 1264 (14,06%). Os dados demonstram que a hipertensão gestacional é a maior causa de morte materna durante a gestação. Cf. Tayná Bernardino Gomes et al. Pré-eclâmpsia: importante causa de óbitos maternos no Brasil entre os anos de 2010-2017. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 10, out. 2020, p. 75.496-75.510.

⁷⁵ Cf. Sociedade Brasileira de Pediatria. “[Guia prático de atualização – Prevenção da gravidez na adolescência](#)”. Departamento Científico de Adolescência, n. 11, jan. 2019.

mulher adulta, além de sofrerem incidência maior de comorbidades gestacionais, como anemia e diabetes gestacional.⁷⁶

142. É como se o Ministério da Saúde quisesse dizer que apenas quando a mulher estiver à beira da morte poderia se cogitar da realização de um aborto para salvá-la, ignorando por completo condições de saúde comprovadamente de risco e que levam a percentuais altíssimos de mortalidade materna. Para o atual governo, a gestação deve ser levada a termo ainda que a mulher corra risco altíssimo de falecer logo depois, por complicações da hipertensão gestacional, por exemplo.

143. Nos casos de violência sexual contra menores de idade, que correspondem a cerca de 76,5% de todos os estupros praticados no país, a impressão é de que o Manual quis não apenas dificultar a realização do aborto com fundamento na violência sexual em si – conforme visto em itens anteriores desta petição – como impedir que a interrupção da gravidez pudesse ser realizada com fundamento no risco à vida da gestante. A finalidade é fechar as portas do aborto legal às adolescentes e meninas estupradas, como se a manutenção da gravidez por elas pudesse curá-las do mal sofrido. Ou simplesmente como se a vida delas não importasse, diante do suposto “fim maior” de incentivo à reprodução social.

(e) Abordagem equivocada e tendenciosa da objeção de consciência

144. A objeção de consciência é um tema de grande importância na regulação do aborto, sobretudo em países de população majoritariamente cristã, em que uma quantidade considerável de profissionais de saúde não se sente confortável em realizar o procedimento por convicção religiosa. Seria desejável, portanto, que, dada a ausência de lei sobre o tema no Brasil, o Ministério da Saúde orientasse os médicos e demais agentes, buscando definir parâmetros para um modelo de equilíbrio entre os direitos dos profissionais que se opõe, intimamente, ao aborto e o também inafastável direito das mulheres de realizarem esse procedimento nos casos autorizados pelo ordenamento brasileiro.

145. Em alguma medida, isso foi feito por meio da Norma Técnica “*Atenção Humanizada ao Abortamento*”, que previa a obrigação de o médico objetor informar a gestante sobre seus direitos e encaminhá-la a outro profissional de saúde para que pudesse ter seu acesso ao aborto garantido. O documento estabelecia, ainda,

⁷⁶ Cf. FEBRASGO. “[Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável](#)”, 22/06/2022.

que a objeção de consciência não poderia prevalecer nos casos em que as mulheres estivessem em risco de vida ou naqueles em que houvesse risco de dano pela demora na realização do procedimento. Veja-se:

Não cabe objeção de consciência:

- a) em caso de necessidade de abortamento por *risco de vida* para a mulher;
- b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e *quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a)*;
- c) no atendimento de *complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência*.

Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º). [grifos acrescentados]

146. A Norma de 2011 destacava, ademais, ser “*dever do Estado manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento*”, sob pena de “*responsabilização pessoal e/ou institucional*”.

147. Em 2022, no entanto, esse **cenário normativo infralegal mudou**. O novo Manual elaborado pelo Ministério da Saúde propositadamente utiliza a maior parte do espaço dedicado ao tema da objeção de consciência para enfatizar o direito dos médicos de agirem com autonomia e recusarem-se a praticar procedimentos que, embora lícitos, sejam contrários à sua consciência. Na sequência, afirma que esses profissionais possuem o dever de realizar a aborto apenas dentro dos limites da lei, o que é uma obviedade cuja inserção no texto serve apenas ao propósito de fomentar o clima de medo, vigilância e perseguição em torno daqueles que praticam o aborto.

148. Cabe frisar: o novo Manual, em capítulo dedicado ao tema da objeção de consciência, em vez de alertar os médicos para os riscos de incorrerem em crime caso não prestem atendimento mínimo às gestantes, os alerta para os riscos de praticarem o aborto fora dos contornos legais. Médicos que se recusam, por motivos de consciência pessoal, a realizar qualquer aborto são alertados pelo Ministério da Saúde de que podem ser presos se praticarem o ato fora das hipóteses autorizativas da lei, e não de que podem ser responsabilizados se deixarem de fornecer orientação e encaminhamento médico às gestantes.

149. Os direitos destas, aliás, são quase que inteiramente ignorados nesse capítulo do Manual, que apenas prevê a inaplicabilidade da objeção de consciência em caso de risco de vida da mulher. O documento não menciona a possibilidade de não

haver outro profissional presente; não alerta sobre os riscos de danos à saúde da gestante caso se atrase o procedimento, nem prevê situação comum na qual a mulher se apresenta ao hospital já com complicações decorrentes de um aborto inseguro tentado, hipóteses previstas na Norma de 2011 como legitimadoras da realização do aborto, a despeito da objeção de consciência do médico.

150. Outra vez, desconsidera-se que as mulheres não possuem apenas direito de sobreviver, mas de terem uma vida saudável e digna. A omissão é especialmente grave ao se recordar que há poucos profissionais treinados para realizar o procedimento de aborto no país e poucas instituições de saúde com escala de pessoal com margem para substituição, em tempo razoável, de um médico objeitor por outro.

(f) Abordagem equivocada e tendenciosa do aborto medicamentoso e afirmação de uma alegada ilicitude no atendimento das gestantes por telemedicina

151. O aborto medicamentoso ou farmacológico é, via de regra, a forma mais segura e simples de interrupção de gestações que estejam em fase inicial, podendo vir a ser adequado até durante segundo trimestre de gravidez.⁷⁷ O procedimento é reconhecido pela OMS e faz parte da política pública de saúde de vários países, contribuindo relevantemente para a redução das complicações após o aborto e para a diminuição da mortalidade materna de maneira geral.⁷⁸

152. Mais recentemente, em razão da pandemia da COVID-19, o uso de telemedicina associado à prescrição dos medicamentos pertinentes revelou-se, em diversos países, ferramenta bem-sucedida para garantia do acesso ao aborto, sem exposição das gestantes aos riscos de contaminação pelo coronavírus.⁷⁹ No Reino Unido, por exemplo, estuda-se manter o protocolo de atendimento *on-line* e envio

⁷⁷ Há diversas publicações especializadas nesse sentido, cabendo destacar: Organização Mundial da Saúde. *Abortion Care Guideline*, 2022; Organização Mundial da Saúde. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*, 2ª edição, 2013; Instituto Guttmacher. “[Medication Abortion](#)”, fev. 2021.

⁷⁸ Regina Maria Barbosa e Margareth Arilha. A experiência brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, v. 1, n. 2, 1993, p. 8.

⁷⁹ Tratando não apenas do cenário da pandemia, mas também de restrições politicamente motivadas ao aborto nos EUA, previamente à reversão do precedente *Roe v. Wade* em junho de 2022, veja-se pesquisa que comprovou a alta segurança e efetividade do aborto medicamentoso, mesmo quando prescrito via telemedicina: Abigail R. A. Aiken *et al.* Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study, *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, jun. 2022.

dos medicamentos às mulheres, gratuitamente pelos correios, mesmo após o término das principais restrições associadas à COVID-19, tamanhas foram a segurança e a efetividade da política pública.⁸⁰

153. O Brasil foi um dos primeiros países em que fármacos foram utilizados para a realização de abortos, ainda nos anos 1980.⁸¹ Poucos anos depois, no entanto, iniciou-se uma forte reação ao aborto medicamentoso, colocando o país na contra-mão do mundo democrático. Com efeito, desde 1998, o principal remédio utilizado para esse fim passou a ser caracterizado, pela ANVISA, como “*substância sujeita a controle especial*”, cuja venda em farmácias se tornou proibida.⁸² O fármaco, até hoje, só pode ser vendido a hospitais credenciados junto à própria ANVISA, mediante procedimento bastante burocrático, que dificulta a aquisição até mesmo pelas instituições de saúde.

154. Em 2006, em resoluções ilícitas e violadoras, entre outros, do direito à liberdade de expressão e informação, a ANVISA proibiu até mesmo a divulgação de dados sobre medicamentos abortivos⁸³ – nada obstante sua segurança e eficácia, bem como a existência de protocolo de uso parametrizado dos remédios pelo próprio Ministério da Saúde, ainda que com previsão de administração somente em ambiente hospitalar.

155. Isso tudo levou ao desinteresse das indústrias farmacêuticas em produzirem os medicamentos abortivos no Brasil, gerando, com frequência, cenários de desabastecimento mesmo nos hospitais credenciados pela ANVISA.⁸⁴ No mercado paralelo, todavia, traficantes vendem pílulas supostamente abortivas a preços exorbitantes e sem controle algum, sem orientação das gestantes acerca da forma e

⁸⁰ Denis Campbell. “[England abortion ‘pills by post’ scheme to be scrapped in September. Change in law during Covid pandemic has allowed women to take pills without visiting clinic or hospital](#)”. *The Guardian*, 24 fev. 2022.

⁸¹ Regina Maria Barbosa e Margareth Arilha. A experiência brasileira com o Cytotec. *Op. Cit.*

⁸² Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

⁸³ A Resolução nº 911, de 24 de março de 2006, tem por objetivo: “*Determinar a suspensão em todo território nacional das publicidades veiculadas por meio de fóruns de discussões, murais de recados e sítios na Internet (anexo 1), dos medicamentos a base de Misoprostol divulgados com denominações tais como Cytotec, Citotec e Prostokos, bem como materiais e equipamentos indicados para fins abortivos, uma vez que esses medicamentos que estão sendo anunciados não são registrados na ANVISA e/ou bem como não podem ser divulgados ao público leigo por serem de venda sob prescrição médica.*” Já a Resolução nº 1.050, de 6 de abril de 2006, visa a: “*Determinar a suspensão em todo território nacional das publicidades veiculadas por meio de fóruns de discussões, murais de recados e sítios na Internet (anexo 1), dos medicamentos a base de MISOPROSTOL divulgados com denominações tais como CYTOTEC, CITOTEC E PROSTOKOS, bem como materiais e equipamentos indicados para práticas abortivas*”.

⁸⁴ Jennifer Morel, Thaine Machado. “[A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento das mulheres](#)”. *El País*, 22/02/2020.

dosagem de administração dos fármacos ou sobre o que fazer em caso de complicação – em mais uma evidência da situação de insegurança criada pelo próprio Estado brasileiro em torno do exercício do aborto legal.

156. Nota-se, assim, uma escalada na violação dos direitos das mulheres no que tange ao aborto medicamentoso:

- (i) Não há acesso à informação de qualidade, nem é possível comprar os fármacos com simples prescrição médica retida em farmácia. É quase como se o aborto medicamentoso não existisse ou não pudesse ser discutido. É o tabu dentro do tabu, criado para escamotear a maneira mais segura e eficaz de abortamento para grande parte das mulheres, sobretudo na fase inicial de gravidez.
- (ii) Exige-se, para utilização dos medicamentos abortivos, que a gestante vá até um hospital e ali permaneça para a administração das doses prescritas. Como, usualmente, são duas ou mais doses, com horas de intervalo entre elas, acaba se fazendo necessária a internação da mulher. Do ponto de vista médico, é um despropósito: bastaria que a gestante repousasse em sua casa e fosse alertada a comparecer ao hospital em caso de algum desconforto. ANVISA e Ministério da Saúde, contudo, preferem dificultar o aborto medicamentoso a qualquer custo, sujeitando as grávidas a riscos desnecessários de infecção hospitalar e todos os demais usuários do sistema de saúde ao desperdício de leitos e recursos públicos.
- (iii) Por fim, a política refratária ao aborto medicamentoso gera as relatadas situações de desabastecimento ou dificuldade de aquisição dos remédios pelos hospitais, tornando o Brasil um país em que mulheres têm acesso ao aborto apenas em casos extremos. Mesmo nesses casos, elas enfrentam grandes dificuldades para exercer seu direito, o que já leva boa parte delas para a clandestinidade; e, mesmo quando conseguem acesso ao aborto legal, veem-se obrigadas a interromper a gravidez por métodos mais invasivos e perigosos do que seria necessário, pois faltam informações, insumos e vontade política de viabilizar o aborto farmacológico. Ainda acerca da escassez de medicamentos abortivos no Brasil, cabe destacar que esses possuem outros fins terapêuticos reconhecidos, muitos deles relacionados à saúde da mulher. São, por exemplo, úteis para controle de hemorragia pós-parto, que é uma das

principais causas de mortalidade materna no país.⁸⁵ Assim, o desabastecimento desses produtos gera danos que extrapolam aqueles impostos às gestantes que possuem direito legal ao aborto.

157. Esse cenário de cumuladas violações a direitos, nefasto por si só, foi **agravado com o advento do Manual de 2022**. Em síntese, o documento não menciona que o aborto medicamentoso pode e deve ser a opção prioritária de interrupção legal de gestações em muitos casos, por se mostrar seguro, eficaz e menos invasivo do que métodos cirúrgicos ou de manipulação uterina. Ao contrário disso, o documento induz os profissionais de saúde a acreditarem que a opção farmacológica deve ser subsidiária, ao afirmar que “*pacientes com contraindicação cirúrgica ou que desejam evitar manipulação uterina optam pelo uso de medicamentos*”. Veja-se, a título de contraste, o tratamento que a Norma Técnica de 2015 dava ao mesmo tema:

Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre com as condições estabelecidas pela lei, pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro como no segundo trimestre da gestação

[...] As drogas utilizadas para interrupção da gravidez não devem ser usadas nos casos de conhecida intolerância. *Nos casos de gestação molar, não devem ser primeira opção e somente devem ser usadas excepcionalmente e sob estrita vigilância.* Para mulheres portadoras de distúrbios da coagulação, incluindo uso de anticoagulantes, e entre as cardiopatas graves, deve-se manter vigilância rigorosa durante o uso das drogas. No abortamento de segundo trimestre, mantêm-se as mesmas condições assinaladas para o primeiro trimestre, acrescidas da presença de cicatriz uterina. [grifos acrescentados]

158. O Manual discorre longamente sobre a suposta ilegalidade do uso da telemedicina para suporte às gestantes que procuram serviços de aborto legal no Brasil. Argumenta, nesse sentido, que as mulheres vítimas de violência sexual demandam atendimento multidisciplinar, ignorando, ao que parece, tanto o fato de que há possibilidade de aborto legal em hipóteses diversas do estupro, bem como a viabilidade de atendimento psicossocial também por via remota, autorizada pelos conselhos competentes durante a pandemia da COVID-19.⁸⁶

⁸⁵ Sophia de Araújo Libâno Costa *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021, p. 6.

⁸⁶ Conselho Federal de Psicologia. Resolução n° 4, de 26 de março de 2020: “*Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19*”.

159. Ainda na tentativa de justificar a vedação ao uso da telemedicina, o documento do Ministério da Saúde (i) supervaloriza os riscos associados ao aborto medicamentoso; (ii) ignora os riscos que as gestantes correm tendo de se expor a ambiente médico-hospitalar; e (iii) deixa implícito o receio de se facilitar a divulgação de informações quanto ao uso dos fármacos abortivos durante a pandemia e, posteriormente, não se conseguir reverter o quadro.

160. Conclui-se, dessa forma, que a preocupação do Ministério, ao elaborar item específico do Manual sobre telemedicina, não foi proteger os direitos das mulheres em um cenário de pandemia, mas sim reforçar as barreiras que já existiam em relação ao aborto medicamentoso no país, tanto em termos de acesso a informações como aos fármacos em si.

V.3: GARANTIA DE INFRAESTRUTURA INFORMACIONAL E DE SAÚDE

161. Conforme já brevemente relatado, pesquisa realizada pela organização não-governamental de direitos humanos Artigo 19 analisou, em 2018, as informações disponíveis sobre direitos sexuais e reprodutivos da mulher – com destaque para o aborto legal – nos sites do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde dos 26 estados e do Distrito Federal e dos órgãos municipais de saúde das 26 capitais.⁸⁷ A conclusão foi no sentido de que inexistem informações cruciais sobre o procedimento nas principais páginas públicas do país.

162. Dos órgãos de saúde dos 26 Estados e do Distrito Federal, 20 **não informam em quais situações o aborto é legal**. Quatro apresentam informações incompletas, mencionando, em geral, apenas possibilidade de abortamento em caso de estupro. Somente três órgãos de saúde estaduais comunicam, em seus respectivos sites – por meio de links para portarias e para notícias – todas as situações em que o aborto é legal no país.

163. Em relação aos órgãos de saúde dos municípios das capitais, 22 das 26 cidades analisadas não informam as hipóteses nas quais o aborto é legal. Duas trazem informações parciais e apenas Palmas, por meio de uma reportagem desatualizada de 2011, informa todos os três cenários nos quais se permite a realização do procedimento.⁸⁸

⁸⁷ Bárbara Paes, Ester Borges, Julia Rocha. *Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil*. ARTICLE 19: São Paulo, 2018.

⁸⁸ Bárbara Paes *et al.* *Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil*, *Op. cit.*, p. 17.

164. O Ministério da Saúde, a seu turno, não apresenta mais em seu site as Normas Técnicas “*Atenção Humanizada ao Abortamento*” e “*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*”, que vinham auxiliando na regulação e orientação da matéria. No lugar, foi elaborado, conforme visto, o “*Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*”, repleto de equívocos, omissões e insinuações. É verdade que, após ter sido severamente criticado por frases como “todo aborto é crime”, o Manual perdeu destaque nas publicações ministeriais. No entanto, ainda é a principal regulação do tema editada pela atual gestão do governo federal e muito mais atrapalha do que ajuda na veiculação de informações sobre o tema.

165. Acentua-se, com isso, um quadro em que grande parte das brasileiras não conhece ou não confia no direito ao aborto legal e repetem a trajetória da jovem H, descrita em entrevista ao Jornal Extra. H foi estuprada por três homens aos 21 anos e manteve a gestação decorrente da violência por não saber que o aborto, nesses casos, seria não apenas lícito como um direito seu, a ser fornecido pelo Estado.

166. Outra jovem, também ouvida pelo Jornal, foi estuprada em 2015 pelo então namorado e dois amigos. Após superar os primeiros dias de choque e trauma causados pelo crime, ela procurou uma advogada, que a aconselhou, porém, ao aborto clandestino, sob o argumento de que os hospitais públicos iriam exigir comprovação da violência sexual, algo difícil de se obter, sobretudo passadas já muitas horas do crime⁸⁹.

167. Ainda como manifestação da deficiência informacional existente quanto ao aborto legal, 25 Estados não publicam **lista de unidades hospitalares que oferecem o serviço**, e somente 6 capitais possuem essa informação disponível.⁹⁰ Apenas 6 órgãos estaduais de saúde e 7 municipais divulgam contatos de telefone ou e-mail para dúvidas e mais informações sobre o tema.⁹¹

168. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde é o único *site* público em que consta lista completa dos estabelecimentos de saúde disponíveis para o aborto legal. No entanto, conforme destacado

⁹⁰ Bárbara Paes *et al.* *Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil*, *Op. cit.*, p. 18.

⁹¹ *Ibidem*, p 17.

abaixo, nem todos os hospitais listados de fato prestam o serviço, e eles são, de todo modo, poucos, mal distribuídos e, sob muitos aspectos, precários.⁹²

169. Com efeito, há apenas 176 instituições cadastradas no CNES como locais que realizam o aborto nas hipóteses permitidas pelo ordenamento jurídico brasileiro. De acordo com pesquisa realizada em 2019, desse total, apenas 76 de fato ofertavam o serviço e, dentre elas, **somente 16 o faziam em todas as hipóteses legais e possuíam serviços especializados para o atendimento, com enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos**. O número de instituições em funcionamento durante a pandemia Covid-19 caiu, chegando a apenas 42, sendo que não se sabe, ainda, quantas de fato, conseguiram atender as gestantes e em quais condições.⁹³

170. Durante a pesquisa acima mencionada, as estudosas que buscaram as instituições, fazendo-se passar por gestantes em busca de informações, constataram o fornecimento de dados equivocados e tratamento, por vezes, agressivo por parte dos profissionais que, em tese, deveriam atender, esclarecer e acolher as mulheres. Foram ouvidas frases como: “*Deus me livre!*”, “*claro que não faz aborto*”, “*aborto é crime e aqui não defendemos direitos humanos para bandido*” e “*nenhum médico realizará o procedimento*”.⁹⁴

171. Além de precária, a estrutura para realização do aborto legal é **regionalmente concentrada**. As clínicas ou hospitais credenciados situam-se em apenas 3,6% dos municípios brasileiros, sendo 40,5% deles localizados na Região Sudeste e 77,5% em municípios com IDH-M alto ou muito alto.⁹⁵ Para piorar o quadro, mesmo aqueles que são credenciados como estabelecimentos de referência não apresentam pessoal em quantidade e com o treinamento adequado para a prestação do serviço.

172. A pesquisa acima referida demonstrou, também, conforme já assinalado, a **incapacidade dessas instituições em, muitas vezes, prestarem informações corretas sobre o aborto legal**. Frequentemente, não souberam responder se há limite de tempo gestacional para a realização do procedimento e; em 16 hospitais, alegaram ser necessária a apresentação de Boletim de Ocorrência da violência sexual.

⁹² Daniela Matos, Eliane Barros, Julia Rocha. *Acesso a informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde*. ARTICLE 19: São Paulo, 2019, p. 10.

⁹³ ARTIGO19. *Mapa Aborto Legal – “Seguem realizando aborto legal”*. São 42 unidades de saúde que seguem realizando aborto legal de acordo com contato telefônico realizado entre 27 de abril e 7 de maio de 2020.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 29

⁹⁵ Marina Gasino Jacobs e Crispim Alexandra Boing. “O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?”, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 12, 2021, p. 5.

173. Pesquisa complementar realizada recentemente pela UniRio, relativa aos anos de 2020 e 2021, confirma que o abortamento legal é desencorajado em vários dos hospitais cadastrados.⁹⁶ A postura dos profissionais que atendem as mulheres foi classificada pelas pesquisadoras como “*não acolhedora*”, “*demonstrando muitos deles desconhecimento e receio em passar as informações quanto à realização do procedimento*”.⁹⁷ Outro ponto relevante corroborado pelo trabalho da UniRio diz respeito à “*deficiência no atendimento telefônico das unidades de saúde*”.⁹⁸

174. O estudo apontou, ainda, que “*o acesso aos serviços de saúde e à informação de qualidade não atinge igualmente todas as mulheres*” e que a “*gestante em situação de maior vulnerabilidade terá maior propensão a passar por imposição institucional, que pode, muitas das vezes, ser contrária à preservação da sua saúde, sobretudo sobre a realização de aborto*”.⁹⁹ Também concluiu que “*há uma barreira ao acesso de informações indispensáveis àquelas que necessitam do procedimento de aborto legal, que, como fruto, deixam-lhes a permanente desinformação, a qual vem a prolongar os seus sofrimentos em busca de, apenas, o exercício dos seus direitos*”. Uma das soluções apontadas foi “*a disponibilização, pelos órgãos públicos, de informações básicas de onde e como acessar ao direito à realização do aborto previsto legalmente e de forma segura*”.

175. A respeito especificamente do **aborto medicamentoso**, trabalho realizado em 2020 constatou que os próprios médicos têm formação deficiente na matéria. Ao responderam questionário com perguntas relativamente simples acerca do tema, residentes regularmente inscritos nos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia de vinte e um hospitais de ensino do país tiveram desempenho insatisfatório: apenas 40,8% deles acertaram 70% ou mais das questões. Somente um terço soube responder corretamente acerca das doses recomendadas da medicação.

176. Nessa linha, requer-se que, no âmbito desta ADPF, sejam determinadas medidas, cautelares e definitivas, voltadas à superação da deficitária infraestrutura médica e informacional relacionado ao aborto legal, conforme detalhado no item abaixo, em que consolidados todos os pedidos da presente petição.

⁹⁶ Eliane Vieira Lacerda Almeida, Lara Ribeiro Pereira Carneiro, Lorena Medeiros Toscano de Brito, Maria Inês Lopa Ruivo, Raoni Alves. “*Não posso passar essa informação*”: o direito ao aborto legal no Brasil. X Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2021.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 12.

⁹⁸ *Idem*.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 13.

– VI –
CONCLUSÃO

177. Ante o exposto, a Clínica de Direitos Fundamentais da UERJ requer sua admissão no feito como *amicus curiae*, para exercer todas as faculdades processuais correspondentes, como apresentação de manifestações e memoriais, participação em eventuais audiências públicas e sustentação oral por ocasião da sessão de julgamento.

178. Ademais, postula que a ADPF nº 989 seja conhecida para, no mérito, ser julgado integralmente procedente seu pedido. Considerando-se que ação expressa litígio de natureza estrutural, requer-se sejam adotadas as seguintes medidas – todas elas integralmente contempladas nos pedidos formulados pelos Arguentes na inicial.

1. Em sede de cautelar:

I. Em conformidade com o pedido cautelar formulado pelos Arguentes, que postulam a não imposição de exigências “*não previstas em lei*” à realização do aborto legal, ou que restrinjam o procedimento “*em qualquer critério de idade gestacional ou por mecanismos burocráticos ou empecilhos administrativos*”, requer-se a declaração parcial de inconstitucionalidade, sem redução de texto, do art. 128, incisos I e II do CP, bem como complementação ao acórdão proferido na ADPF nº 54, para reconhecer-se como incompatível com a CRFB/1988 a imposição das seguintes condicionantes para acesso ao procedimento de aborto legal:

- a) exigência de prévia apuração policial (boletim de ocorrência ou qualquer outro ato do tipo) ou autorização judicial;
- b) exigência de que a gravidez se encontre abaixo de determinado limite de idade gestacional; e
- c) exigência, como regra geral, de autorização dos pais ou representantes legais nos casos de gestante menor de idade, a qual deve ser substituída pelos seguintes parâmetros:
 - c.1) no caso de adolescentes entre 16 e 18 anos, a escolha deve poder ser feita por ela própria, garantindo-se apenas a oitiva ou o aconselhamento por parte dos pais ou representantes legais;

- c.2)** no caso de meninas menores de 16 anos, havendo grau de maturidade suficiente para exprimir consentimento informado, também se deve garantir a tomada de decisão pela própria gestante, assegurada somente a oitiva ou o aconselhamento dos pais ou representantes legais;
- c.3)** no caso de meninas menores de 16 anos, sem grau de maturidade para exprimir consentimento informado, os pais ou representantes legais devem ser chamados a tomar a decisão; caso os pais ou representantes legais não autorizem a realização do procedimento embora a menina menor tenha manifestado vontade em realizá-lo, o Estado deve substituir-se à manifestação destes em processo administrativo ou judicial que deve tramitar com absoluta prioridade;
- c.4)** em qualquer caso, a suspeita de abuso sexual por parte dos pais, dos representantes legais ou ainda de familiares ou amigos de qualquer deles deve levar à substituição da manifestação – seja aconselhativa, seja decisória – destes pela manifestação do Estado, nos moldes do item “c.3” acima;
- c.5)** em qualquer caso, se a criança ou adolescente procurar as autoridades estatais com o intuito de realizar o aborto e alegar temer o envolvimento de seus pais ou representantes legais, o Estado deve substituir-se à manifestação destes, nos moldes do item “c.3” acima;
- c.6)** em qualquer caso, as decisões devem ser tomadas levando-se em conta o melhor interesse de criança ou adolescente gestante, em especial a caracterização de qualquer gravidez abaixo dos 14 anos como um fator de alto risco à saúde da gestante.

II. Em conformidade com o pedido cautelar formulado pelos Arguentes, que postulam a invalidação do Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento, requer-se a declaração de inconstitucionalidade do referido documento, determinando-se a aplicação, em todo o sistema público e privado de saúde, em sua substituição:

- a)** das Normas Técnicas “Atenção Humanizada ao Abortamento” e “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, elaboradas pelo próprio Ministério da Saúde e atualizadas, pela última vez, respectivamente em 2011 e 2012, e
- b)** das diretrizes fixadas por este Supremo Tribunal Federal no âmbito das ADPFs nº 54 e 989.

III. Em conformidade com o pedido cautelar formulado pelos Arguentes, que postulam a retirada de óbices indevidos à realização do aborto legal e a interrupção de veiculação de informações equivocadas sobre o tema, requer-se a divulgação no site do Ministério da Saúde e de todas as secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde dos seguintes dados:

- a) hipóteses de aborto legal, com *link* para acesso ao Código Penal, às ADPFs nº 54 e 989, bem como às Notas Técnicas “*Atenção Humanizada ao Abortamento*” e “*Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*”;
- b) lista de locais habilitados a realizar o aborto.

IV. Realização, pelo Ministério da Saúde, de ampla campanha de divulgação na rede pública e privada de saúde, da decisão tomada nesta ADPF nº 989, com treinamento dos profissionais de saúde acerca dos aspectos jurídicos, médicos e psicossociais do aborto legal.

V. Realização, pelas instituições do sistema policial e de justiça – a saber: polícias, Ministério Público, Defensoria, Advocacia pública e privada e Judiciário –, de ampla campanha de divulgação da decisão tomada nesta ADPF nº 989, com treinamento dos profissionais envolvidos, ainda que potencialmente, em casos relacionados à temática do aborto legal ou, por proximidade, à violência sexual.

2. Em sede de julgamento “definitivo”:

VI. Em conformidade com os pedidos “A”, “B” e “C”¹⁰⁰ formulados pelas Arguentes, requer-se a confirmação das medidas cautelares, no que cabível.

VII. Em conformidade com os pedidos B e C formulados pelos Arguentes, que requerem o reconhecimento da inconstitucionalidade de qualquer omissão ou ação estatal que gere desinformação ou imponha barreiras indevidas para a prática do

¹⁰⁰ “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.”

aborto legal, considerando que o pedido demandará, para sua execução, a articulação de diferentes instituições, requer-se a determinação de que o Ministério da Saúde organize e apresente, no prazo máximo de três meses, plano nacional para enfrentamento das questões abordadas nesta ADPF nº 989, contemplando necessariamente:

Do ponto de vista procedimental:

- a) Oitiva das secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde;
- b) Abertura de consulta pública, para coleta de contribuições da sociedade civil e demais órgãos públicos possivelmente interessados;
- c) Oitiva da ANVISA no que diz respeito ao aborto medicamentoso.

Do ponto de vista material:


- d) Elaboração de nova Norma Técnica ou a atualização da Norma “*Atenção Humanizada ao Abortamento*”, contemplando orientações gerais sobre o aborto, dos pontos de vista médico, psicossocial e jurídico.
- e) Ampliação dos locais habilitados para a realização do aborto legal seguindo critérios demográficos e geográficos que viabilizem o acesso do direito em todo o país, sem ônus excessivos de deslocamento e tempo às gestantes;
- f) Programas de contínuo treinamento dos profissionais de saúde e, em parceria com as respectivas instituições, dos profissionais dos sistemas policial e de justiça, englobando os aspectos médico, psicossocial e jurídico do aborto, em linha com as cautelares IV e V *supra*;
- g) Revisão, em conjunto com a ANVISA, das regras atinentes ao aborto medicamentoso, à luz das diretrizes da OMS;
- h) Programa de aquisição periódica de medicamentos abortivos reconhecidos pela ANVISA, para que sejam distribuídos pelo SUS a todos os hospitais habilitados e eventualmente às farmácias que venham a ser autorizadas a comercializá-los;
- i) Campanhas periódicas de divulgação de informações sobre o aborto legal ao público em geral, com manutenção dos principais dados nos sites do Ministério da Saúde e secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde, em linha com o previsto na cautelar III acima.

VIII. Deliberação, por este Supremo Tribunal Federal, do Plano Nacional apresentado pelo Ministério da Saúde, a fim de homologá-lo ou impor medidas alternativas ou complementares às ali previstas, podendo, para tanto, solicitar auxílio de entidades públicas ou privadas que julgar pertinentes.


IX. Monitoramento da implementação do Plano Nacional, em processo público e transparente, aberto à participação colaborativa da sociedade civil.

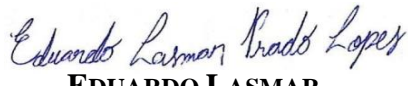
Pede deferimento.


Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2022.


CRISTINA TELLES
OAB/RJ nº 166.362


ANNA LUIZA RUBIANO
OAB/RJ nº 239.072


DANIEL SARMENTO
OAB/RJ nº 73.032


EDUARDO LASMAR
OAB/RJ nº 189.700


EDUARDO ADAMI
OAB/RJ nº 240.370