

Brasília, 29 de junho de 2022.

Assunto: Manifestação de entidades da sociedade civil, com pedido de adiamento da audiência pública marcada para o dia 28 de junho de 2022 e revogação do documento “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento”.

À Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde,

Considerando a publicação do documento **“Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento”** e a realização de Audiência Pública para debatê-lo, marcada para 28 de junho de 2022, e, também, a possibilidade de apresentação de sugestões para modificações do citado documento, as entidades que subscrevem este documento vêm, por meio deste, inicialmente, **requerer a redesignação da audiência pública marcada para o dia 28 de junho de 2022, às 08:00 horas**, e, na sequência, **apontar os equívocos e ilegalidades do documento**, assim como apresentar **recomendações a serem seguidas pelo Ministério da Saúde** na elaboração de materiais a respeito de situações de abortamento.

O novo documento do Ministério da Saúde (MS) se propõe a apoiar os profissionais e serviços de saúde no tocante às abordagens atualizadas sobre acolhimento e atenção qualificada nos casos de abortamento, porém, pelos motivos expostos a seguir, a cartilha cumpre uma finalidade distinta: **a imposição de obstáculos à concretização do direito à saúde de mulheres, meninas e pessoas que gestam.**

Dessa forma, consideramos que, em atenção às evidências, à Constituição, às leis brasileiras e aos deveres ético-profissionais de saúde, **o documento deve ser revogado em caráter de urgência, sob pena de prejudicar o atendimento humanizado às pessoas em situação de abortamento, colocando em risco a saúde e a vida de meninas, mulheres e pessoas que gestam.** Nesse sentido, apresentamos as seguintes **recomendações**, no intuito de que sejam consideradas para a formulação de políticas públicas, incluindo documentos, que tratem do atendimento à saúde de mulheres e meninas nos casos de aborto.

RECOMENDAÇÃO N.º 1: Reconhecer que os abortos inseguros são uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e que, devido à criminalização, os dados oficiais de saúde pública são subnotificados, não podendo ser utilizados como indicativos da real magnitude do aborto no país.

Justificativa:

Inicialmente, está **incorreto** o trecho “As principais causas de morte materna no Brasil são hemorragia, hipertensão e infecção. Mortes por abortos respondem por um número pequeno, quando comparado à totalidade, sendo a quinta causa” (p. 7). Entre 2010 e 2020, o aborto foi a quarta maior causa de mortalidade materna, conforme dados do DATASUS, programa desenvolvido pelo próprio Governo Federal.¹ Outras pesquisas corroboram estes dados, como é o caso da investigação desenvolvida por Domingos e Merighi.² Atribuir o adjetivo “pequeno” para a posição de quarta maior causa de morte materna no país mostra o descompromisso da pasta com as mulheres, meninas e pessoas que gestam, além da incompatibilidade em relação aos dados disponíveis no DATASUS.

RECOMENDAÇÃO N.º 2: Reconhecer que uma gestão comprometida com os direitos das mulheres deve estar comprometida com o enfrentamento de todas as causas de mortalidade materna e que não há justificativa de saúde pública para não priorizar o aborto, tendo em vista que este representa a quarta causa de mortalidade materna, ou seja, está imediatamente após as causas consideradas pelo Ministério da Saúde no documento.

Justificativa:

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10br.def>. Acesso em 10 jun. 2022.

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

² DOMINGOS, Selisvane; MERIGHI, Miriam. O aborto como causa da mortalidade materna: um pensar para o cuidado em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 14, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wQ3L.CGPqXPjsLg8RdtPbWHx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

O trecho “Uma gestão que realmente queira diminuir a mortalidade materna precisa focar nas três principais causas para realmente resolver o problema. Não deve, dessa forma, ser pautada por causas ideológicas nem tentar inflar números para subsidiar ações políticas.” (p. 7) está **incorreto**, sendo necessária sua remoção. A cartilha deve ressaltar que uma gestão comprometida com a saúde das meninas, mulheres e pessoas que gestam deve focar em **todas as causas de mortalidade materna**. O fato de que o aborto, mesmo subnotificado, configura a quarta maior causa de mortalidade materna já é preocupante por si só.

Por isso, a pasta deve considerar que **há mortes por hemorragia, hipertensão e infecção, as 3 maiores causas, como decorrências de abortos inseguros não identificados ou do agravamento de condições prévias em que a interrupção da gestação deveria ter sido oportunizada**, conforme os dados do próprio Ministério da Saúde³.

RECOMENDAÇÃO Nº. 3: Reconhecer que o aborto realizado de maneira legal e segura é um procedimento de baixa complexidade, com risco de morte quase insignificante.

Justificativa:

A afirmação de que “O aborto realizado por médicos não é isento de riscos” (p. 7) é **tendenciosa** e está inserida de forma **descontextualizada** no documento. Sabe-se que nenhum procedimento de saúde é isento de riscos. No entanto, no caso específico do abortamento, as **"Diretrizes sobre cuidados no aborto"**, elaboradas e expedidas pela OMS em março deste ano, explicitamente afirmam que “o aborto é uma **intervenção de saúde segura e não complexa** que pode ser eficazmente gerida usando medicamentos ou um procedimento cirúrgico em vários contextos”.⁴ Neste sentido, as informações sobre os riscos do procedimento devem ser prestadas de forma fundamentada e completa.

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB/DEIDT/SVS). Boletim epidemiológico. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. Maio de 2020. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>.

Acesso em: 13 jun. 2022.

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes sobre cuidado no aborto: resumo. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>. Acesso em: 22 jun. 2022.

Assim, **sugere-se considerar** os seguintes dados: 1) o risco de morte associado ao parto é aproximadamente 14 vezes maior do que o de um aborto feito nas condições adequadas, de modo que o procedimento, quando realizado de forma legal e segura, apresenta risco quase insignificante, segundo os dados da OMS;⁵ 2) de acordo com o órgão, apenas de 2 a 5% das mulheres que realizam o aborto com medicamentos confiáveis podem precisar de intervenção médica posterior;⁶ 3) segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, cerca de 50% das mulheres que abortam na clandestinidade todos os anos precisam ser internadas com complicações decorrentes do procedimento.⁷

RECOMENDAÇÃO Nº. 4: Reconhecer que a garantia do aborto legal e seguro é compatível com os tratados internacionais de direitos humanos e que isso já foi reiterado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos e por órgãos de monitoramento de tratados dos quais o Brasil é signatário.

Justificativa:

Outro **argumento enviesado** utilizado na cartilha diz respeito ao **respaldo legal e ético na atuação de profissionais de saúde nos serviços de aborto legal**. No lugar de fornecer instruções jurídicas seguras e adotar terminologias adequadas, o Ministério da Saúde se ocupou de **divulgar informações incorretas, irresponsáveis e tendenciosas**, que terão como resultado o receio dos profissionais e o desestímulo de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva fundamentadas por lei e incentivadas por políticas públicas sérias.

No trecho “Dentre esses documentos, 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). **O Ministério da Saúde omitiu a redação correta** do dispositivo do tratado de direitos humanos, que dispõe que “esse direito deve ser protegido pela lei e, **em geral**, desde o momento da concepção”. O emprego deste aposto - “em geral” -

⁵ RAYMOND, Elizabeth *et al.* The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and gynecology*, 2012.

⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7. Acesso em: 09 de junho de 2022.

⁷ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017.

decorre justamente da necessidade de esclarecimento de que, *na maioria dos casos*, protege-se o direito à vida desde a concepção, mas que, em condições excepcionais, tais quais as que conduzem à interrupção legal da gravidez, o dispositivo não se aplica.

Em razão disso, a **supressão intencional** do trecho gera uma **percepção equivocada** de que o abortamento não estaria resguardado em nenhuma hipótese legal, o que, além de ser uma informação inverídica, pode fomentar a recorrência a procedimentos inseguros de abortamento.

Ademais, importa ressaltar que o marcador “em geral” está em consonância com a própria jurisprudência do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, órgão regido pelo citado instrumento internacional. Isso porque seus dois órgãos internos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), consagraram o entendimento de que **o direito ao aborto não viola o art. 4º, inciso I do Pacto São José**, questão já superada desde a formulação desse documento internacional⁸, bem como repisada na jurisprudência da Corte.⁹¹⁰

Desse modo, **o MS deve considerar o inteiro teor do artigo**, bem como sua interpretação conferida pelos órgãos responsáveis, que consideram que o direito ao aborto não viola o art. 4º, inciso I do Pacto São José¹¹, e que as disposições contidas em tal instrumento internacional não implicam que o embrião seja tratado de maneira igual a uma pessoa, impedindo o acesso ao aborto dentro das hipóteses legais¹².

Outro trecho da cartilha que contém **informação falsa** é o que diz que “O Brasil é signatário de tratados que reconhecem o direito à vida como prioridade máxima” (p. 12) e “de acordos globais que recomendam a prevenção de abortos de qualquer forma” (p. 13). Na realidade, **os tratados internacionais recomendam a prevenção de abortos inseguros**,

⁸ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”). Julgado em: 28/11/2012. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf>. Acesso em 21 jun. 2022.

⁹ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Resolución n. 23/81: caso n. 2141. 1981. Disponível em: <http://www.cidh.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm> Acesso em 21 jun. 2022.

¹⁰ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”). Julgado em: 28/11/2012. Disponível em: [CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS \(corteidh.or.cr\)](http://www.corteidh.or.cr). Acesso em 21 jun. 2022.

¹¹ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Resolución n. 23/81: caso n. 2141. 1981. Disponível em: <<http://www.cidh.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm>>

¹² No Caso Artavia Murillo e Outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica, a CIDH entendeu que: a “concepção” não pode ser compreendida como um momento ou processo excludente do corpo da mulher, em vista de que um embrião não tem nenhuma possibilidade de sobrevivência se a implantação não acontecer. (Corte IDH. Caso Artavia Murillo e Outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica).

apenas, pois é dever dos Estados signatários o oferecimento de serviços de saúde seguros.¹³ Por exemplo, 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 da Criança recomendam **que o Brasil revise as suas leis que restringem o acesso ao aborto**, a fim de garantir o acesso de mulheres e meninas aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Inclusive, através da Recomendação Geral nº 33, o Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres recomenda que os Estados-parte revoguem a criminalização discriminatória por comportamentos que tão somente podem ser realizados por mulheres, como o aborto.¹⁴

RECOMENDAÇÃO Nº. 5: Reconhecer que, por força do entendimento firmado na ADPF 54, dos princípios gerais do direito penal e da decisão do Superior Tribunal de Justiça no REsp 1.476.888/GO, é legal a realização do aborto nos casos de todas as malformações incompatíveis com a vida, e não apenas a anencefalia, não devendo ser exigida autorização judicial para a realização do procedimento.

Justificativa:

A cartilha cometeu **equivoco** ao afirmar que “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: [...]. No ano de 2012, o Supremo Tribunal Federal, analisou a possibilidade de interrupção da gravidez de feto anencéfalo, [...]. A decisão, proferida pelo STF, em sede de Arguição de Preceito Fundamental, estabeleceu: 'Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. (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). 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.” (pp. 13-14).

¹³ Foram recomendações anunciadas na Assembléia Geral Extraordinária da ONU - Pequim + 5 Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o Século 21, Nova York/2000), na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo/1994 e na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim/1995.

¹⁴ CEDAW/C/CG/33. Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Recomendação Geral nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça. 3 de agosto de 2015. Disponível em: < [Spanish Text Processing Unit \(tisp.jus.br\)](http://www.unhcr.org/refugees/33.html)>. Acesso em: 22 jun. de 2022.

Na verdade, em termos jurídicos, **é possível aplicar a analogia para ampliar os casos de aborto legal**. O STF entendeu dessa forma em relação ao caso do feto anencéfalo, e pode haver o alargamento deste juízo para outros casos similares, porque a analogia é sim possível, desde que não implique em tratamento mais gravoso, ou seja, ao enrijecimento do tipo penal, o que justamente não é o caso em tela. Tanto é que **o Superior Tribunal de Justiça já aplicou analogia para permitir o aborto legal em quadros análogos à anencefalia** (REsp 1.476.888/GO). Não cabe dizer que não se admite qualquer interpretação da ADPF 54 no sentido de ampliar as possibilidades de aborto, pois isso implicaria um **tratamento jurídico diferenciado para a mesma situação (inviabilidade extrauterina)**.

RECOMENDAÇÃO N.º. 6: Reconhecer que a expressão “aborto legal” é compatível com o tratamento dado ao aborto pelo ordenamento jurídico brasileiro nas hipóteses de violência sexual, risco à vida, anencefalia e outras malformações incompatíveis com a vida, uma vez que, nessas hipóteses, o aborto é realizado dentro da legalidade e assegurado pelas políticas públicas de saúde.

Justificativa:

Em continuidade, as afirmações “não existe aborto legal” e “Todo aborto é um crime, mas quando comprovadas as situações de excludente de ilicitude após investigação policial, ele deixa de ser punido, como a interrupção da gravidez por risco materno.” (p. 14) são absolutamente **incorretas** e soam como uma tentativa do MS de confundir sobre a licitude do procedimento realizado dentro das hipóteses legais. **Não há qualquer equívoco no termo “aborto legal”**. A terminologia é correta e bem aceita na comunidade científica e jurídica para se referir aos casos de aborto que são permitidos por lei.

A doutrina clássica do Direito Penal ensina ser crime o fato típico, ilícito e culpável. Logo, nenhum aborto realizado dentro de alguma das situações de excludente de ilicitude é crime, sendo, portanto, caso de aborto legal.

O Ministério da Saúde, de forma **irresponsável**, deixa de esclarecer que **em nenhuma hipótese de aborto legal deve haver investigação criminal**. Não há competência técnica ou legal das autoridades policiais para decidir sobre esses casos, que são respaldados por lei (art. 128 do CP) e jurisprudência (ADPF 54 do STF). O próprio documento do Ministério da

Saúde admite, na página 23, que “a punibilidade integra o conceito de crime e, nessa perspectiva, o crime seria, de plano, afastado”.

Especialmente nos abortos em caso de risco à pessoa que gesta, é flagrantemente inconstitucional que se exija investigação policial para autorização do procedimento. Não há competência técnica ou legal das autoridades policiais para decidir sobre esses casos. O argumento do trecho pode gerar **grave insegurança jurídica** aos profissionais, que temerão uma investigação sobre cada decisão de cuidado que tomem sobre as mulheres.

RECOMENDAÇÃO Nº. 7: Reconhecer que o acesso ao aborto legal para mulheres diagnosticadas com condições de risco à saúde deve ser facilitado, de modo que os profissionais devem sempre informar a presença do risco e respeitar a decisão das mulheres ante a possibilidade de interromper a gestação para a proteção de sua saúde e vida.

Justificativa:

É **inverídico** afirmar 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” (p. 15)”. Todas as hipóteses de aborto legal devem ser acolhidas porque implicam a preservação da saúde da pessoa que gesta. A informação correta é que **uma importante proporção das mortes maternas resultam de condições diagnosticáveis no início da gravidez**, diante das quais poderia ter sido ofertado o aborto como forma de salvar a vida da mulher.

A **consequência indesejável** da afirmação contida na cartilha é a **desinformação** dos profissionais da saúde, que promove o **receio de estar tomando uma conduta ilegal**, razão pela qual ginecologistas e obstetras não informam às suas pacientes que elas têm direito ao aborto legal, tendência percebida em um estudo realizado com associados à FEBRASGO.¹⁵

¹⁵ FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2004, v. 26, n. 2 [Acessado 22 Junho 2022], pp. 89-96. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bQdcwVJm4rymKPhKW8Xc6hx/?lang=pt#:~:text=Diante%20da%20gravidez%](https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bQdcwVJm4rymKPhKW8Xc6hx/?lang=pt#:~:text=Diante%20da%20gravidez%20)

RECOMENDAÇÃO N.º 8: Reconhecer que não há na Constituição e nas leis brasileiras equiparação do feto à pessoa humana e que a titularidade dos direitos fundamentais é condicionada ao nascimento com vida, como preceitua o Código Civil e já entendeu o Supremo Tribunal Federal.

Justificativa:

A afirmação contida na página 21 de que “[...] no ordenamento jurídico brasileiro, a vida intrauterina sempre recebeu proteção, cível e penal. No âmbito do Direito Civil, até mesmo os direitos patrimoniais do nascituro são assegurados. Não haveria lógica em garantir o direito ao patrimônio, sem assegurar o direito pressuposto, qual seja o direito a nascer” é **equivocada** e gera uma confusão de conceitos.

O raciocínio jurídico contido na legislação brasileira não é tão simplório. **“Embrião”, “feto” e “pessoa humana” são conceitos distintos e cada qual têm diferentes níveis de proteção legal.** O chamado nascituro recebe amparo patrimonial fictício, em suma, apenas para garantir a sucessão de bens e os alimentos gravídicos, o que não quer dizer que detenha personalidade civil, pois esta existe apenas a partir do nascimento com vida (art. 2º, Código Civil). Assim, na lei brasileira, há uma proteção gradual conferida ao feto, o que não é o mesmo que reconhecê-lo como uma pessoa titular de direitos fundamentais. Como já reconheceu o STF, no julgamento da ADI 3510, em 2008: “o embrião é o embrião, o feto é o feto e a pessoa humana é a pessoa humana”.

RECOMENDAÇÃO N.º 9: Esclarecer que o respeito ao sigilo profissional é a regra no atendimento de saúde às mulheres vítimas de violência e que a notificação externa é feita de forma anonimizada e consolidada, ressalvadas as hipóteses legais, e jamais pode ser utilizada como condição para o acesso ao aborto legal.

Justificativa:

[20indesejada%2C%2077,uma%20familiar%20na%20mesma%20situa%C3%A7%C3%A3o](#). Epub 07 Maio 2004. ISSN 1806-9339.

Está incompleta a informação veiculada na cartilha de que “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).

A informação completa é que os **dados sobre a violência sexual devem ser remetidas às autoridades policiais de maneira anonimizada e consolidada** (vide art. 3º da Lei nº 10.778/03, em conjunto com os arts. 14-D e 14 E da Portaria GM/MS nº 78/21). Ou seja, a lógica punitivista não está inserida na normativa, porque se preza pelo anonimato das vítimas como forma de protegê-las.

RECOMENDAÇÃO Nº. 10: Esclarecer que o sigilo profissional é a regra e os profissionais de saúde não podem notificar quaisquer crimes às autoridades competentes, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa.

Justificativa:

A única hipótese de notificação às autoridades sobre casos de violência sexual é pela **expressa requisição e consentimento da mulher vítima** (vide art. 3º da Lei nº 10.778/03, em conjunto com os arts. 14-D e 14-E da Portaria GM/MS nº 78/21). **A exposição dos dados da vítima configura o crime de violação ao sigilo profissional, tipificado no art. 154 do Código Penal e é uma infração ética segundo o artigo 74 do Código de Ética Médica.** Por isso é **inteiramente falsa** a informação da cartilha de que “[...] esses profissionais têm segurança jurídica para, atuando em conformidade com as diretrizes e princípios de seu código de ética, promoverem a notificação de quaisquer crimes às autoridades competentes.” (p. 17).

Portanto, da mesma forma, é **falsa** a informação contida na cartilha de que “Tal obrigatoriedade [Comunicar o fato à autoridade policial responsável] decorre da lei e não fere o direito à intimidade da paciente, visto que se trata de matéria de ordem pública, ou seja, constitui justa causa a comunicação à autoridade policial do fato ocorrido, cumprindo a disposição do art. 5º, X, da Constituição Federal e do art. 154 do Código Penal.” (p. 20).

RECOMENDAÇÃO N.º. 11: Esclarecer os limites do direito à objeção de consciência, nos termos do Código de Ética Médica.

Justificativa:

A cartilha afirma que “O médico tem o total direito de objeção de consciência para realizar um aborto. Isso não pode ocorrer se houver iminente risco de morte. Nas outras situações previstas em lei, o estabelecimento de saúde tem a obrigação de disponibilizar um médico sem objeção de consciência.” (p. 28). A informação é **incorreta**, pois, na realidade, a **objeção da consciência não é um direito absoluto, mas, sim, uma exceção**. O médico pode invocá-la, excetuadas a) as situações de ausência de outro médico, b) em caso de urgência ou emergência, ou c) quando sua recusa puder trazer danos à saúde do paciente (Código de Ética Médica, Cap. I, VII). Nessas hipóteses, a objeção de consciência não pode se sobrepor ao dever de cuidado médico, sob pena de, em caso de omissão, sofrer responsabilização civil e criminal pelas consequências advindas da omissão, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, §2º).

RECOMENDAÇÃO N.º. 12: Reconhecer que o procedimento de aborto por telemedicina pode ser realizado de forma legal e segura, de acordo com as evidências científicas recentes de saúde e as recomendações da OMS.

Justificativa:

Com relação ao serviço de saúde por telemedicina, o Ministério da Saúde veiculou **informação incorreta e contrária à lei** ao afirmar que “[...] o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez não se reduz ao atendimento remoto, visto que o abortamento envolve um plexo de ações de várias especialidades, contendo, inclusive, procedimento clínico, cuja realização por telemedicina não é autorizada e que deve – obrigatoriamente – ser acompanhado presencialmente por um médico no ambiente hospitalar, onde se tem todos os aparelhos e recursos para salvaguardar a mulher de eventuais

intercorrências decorrentes do procedimento em si ou da reação adversa dos medicamentos.” (p. 29).

O uso da telemedicina foi expressamente autorizado pela Lei nº 13.989/2020, em caráter emergencial durante a crise ocasionada pela pandemia da COVID-19, e pela Portaria nº 467/2020, sendo regulamentado pela GM/MS nº 1.348 de 2 de Junho de 2022 e pela Resolução CFM nº 2.314/2022. O aborto é um procedimento de saúde como qualquer outro e, na medida em que as técnicas e os recursos modernos permitem sua realização por telessaúde, com respaldo da Lei e da Resolução do CFM, não cabe ao Ministério da Saúde a competência institucional para afastar a aplicação de lei federal.

Ainda adicionou a cartilha: “[...] a fim de que se possa proteger a integridade física das mulheres e zelar pela promoção da vida, o Ministério da Saúde compreende ser ilegal, e, portanto, não recomendável, o abortamento via telessaúde.” (p. 30). E “[...] importante assinalar que a vítima de crime contra a liberdade sexual e de crime sexual contra vulnerável, previstos nos capítulos I e II do Título IV do Código Penal, encontra-se em estado de extrema vulnerabilidade, e induzir o abortamento por telemedicina, utilizando-se de fármacos de controle especial, pode causar danos irreversíveis à mulher, uma vez que a imperícia por incapacidade técnica para realizar o procedimento em casa possibilita o perigo de advir um aborto incompleto, ruptura do útero, sangramento excessivo podendo levar a morte e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino. Esses fatores impõem, portanto, a internação da mulher em ambiente hospitalar até a finalização do processo.” (p. 30)

No entanto, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) – que, contraditoriamente, é citada no próprio documento do MS como referência (página 49) –, ao tratar das doses de misoprostol recomendadas para o aborto medicamentoso, **recomenda a manutenção do aborto por telemedicina mesmo após a pandemia**, com especial ênfase aos países de renda média e baixa¹⁶, mesmo entendimento da OMS.

Deveria ter sido esclarecido que o aborto por telemedicina é um procedimento seguro, realizado sob supervisão técnica; portanto, não há sentido em se falar de “imperícia por incapacidade técnica”, pois os profissionais de diversas especialidades que atendem por telemedicina são os mesmos que atendem presencialmente, apenas estão mais acessíveis. Nessa

¹⁶ INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. Posicionamento de 18 de março de 2021. Disponível em: <[FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services | Figo](#)> . Acesso em: 21 de jun. de 2022.

linha, o aborto por telemedicina é recomendável precisamente por ser acessível¹⁷, o que é especialmente importante em contextos como o brasileiro, em que o acesso à saúde, embora previsto por lei, ainda é dificultoso para boa parte da população, em especial grupos em situação vulnerável, como as vítimas de violações sexuais.

RECOMENDAÇÃO N.º. 13: Não hierarquizar as diferentes possibilidades ante a gestação decorrente de violência sexual ao insinuar que a entrega à adoção seria preferível ao aborto legal, quando, na verdade, todas as opções devem ser igualmente ofertadas, evitando, assim, que as mulheres que buscam o aborto legal sofram qualquer tipo de pressão ou coerção.

Justificativa:

A cartilha traz argumentos **tendenciosos e inverídicos** ao afirmar que “Há quem discorra sobre a entrega legal ou voluntária, em regra, apresentam o programa como uma alternativa aos crimes de infanticídio, abandono de recém-nascido e aborto, apenas e tão somente quando praticado fora das hipóteses permitidas. Uma leitura desatenta poderia levar à conclusão de que, quando o aborto é autorizado, a gestante não poderia lançar mão dessa alternativa legal. Porém, se assim fosse, estar-se-ia diante de uma obrigação de abortar, o que poderia caracterizar um crime contra a autonomia da mulher. Na verdade, essa alternativa de entregar o bebê para adoção tem o fim de preservar a vida do feto, independentemente das circunstâncias em que ocorra a gestação.” (p. 26).

Não existe qualquer obrigação de abortar, e nunca existiu esse entendimento. Essa conduta configura, inclusive, crime; a informação verdadeira é que ninguém pode ser submetido a qualquer procedimento de saúde contra a sua vontade. O acesso ao aborto legal é um direito que tutela a saúde, a integridade física e psicológica e a autonomia da mulher ou menina.

Historicamente, o próprio Ministério da Saúde buscou evitar a hierarquização entre as alternativas disponíveis para a mulher vítima de violência sexual, buscando oferecer as

¹⁷ UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas no Brasil. Teleconsulta pode auxiliar mulheres no acesso à saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia. Publicado em 29 de maio de 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/teleconsulta-pode-auxiliar-mulheres-no-acesso-a-saude-sexual-e-reprodutiva-durante-pandemia/>>. Acesso em 21 de jun. 2022.

opções conforme a **escolha exclusiva e esclarecida da mulher**: a realização do aborto ou a entrega legal ou voluntária ou a maternidade.

A opção da entrega da criança para adoção é argumento que tenta dissuadir a escolha sobre o aborto, mas esconde a realidade das crianças em acolhimento institucional e que esperam anos para serem integradas a uma família: existem 4.161 crianças e adolescentes disponíveis para a adoção no Brasil, em contrapartida a 32.862 pretendentes disponíveis, segundo os dados do Painel de Acompanhamento do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento, do Conselho Nacional de Justiça. As preferências dos candidatos a adotantes excluem a maioria dessas crianças.¹⁸

RECOMENDAÇÃO Nº. 14: Evidenciar que o papel do profissional ante o processo de tomada de decisão da mulher é de apoiá-la e fornecer informações imparciais, relevantes e precisas, baseando-se estritamente naquilo que é relevante para a saúde da mulher e se distanciando de preferências e valores pessoais ou qualquer forma de pressão.

Justificativa:

Sobre a importância do acolhimento e orientação a mulheres em situação de abortamento, a cartilha dispõe, na página 33, que “Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a.” Contudo, tal afirmação é **tendenciosa**, pois não deixa claro o que significa ser um facilitador do processo de tomada de decisão. Em vez disso, sabe-se que a equipe de profissionais envolvidos no atendimento a situações de aborto deve prover orientações baseadas nas melhores evidências e práticas, de forma imparcial, estando preparada para apoiar a mulher qualquer que seja sua decisão.

Em continuidade, o trecho que dispõe que “Cabe aos profissionais de saúde mental e serviço social: [...] Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a auto estima; Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do

¹⁸ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Painel de Acompanhamento. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento. Disponível em: <[Visão Geral \(cnj.jus.br\)](https://www.cnj.jus.br/visao-geral)>. Acesso em 21 jun. 2022.

abortamento no relacionamento com o parceiro; Conversar sobre gravidez, menstruação, planejamento familiar” (p. 33-34) é igualmente **tendencioso** e não deixa claro de que forma essa abordagem se relaciona com o procedimento de saúde que é o aborto. É dever dos profissionais respeitar a autonomia, privacidade e individualidade de meninas e mulheres, em especial em temas de foro íntimo.

RECOMENDAÇÃO N.º. 15: Não fundamentar recomendações de saúde em eventos anedóticos e casos isolados, sem corroboração de estudos sistemáticos e metodologicamente adequados.

Justificativa:

No quinto capítulo do documento, o Ministério da Saúde usa o evento anedótico do “bebê de menor peso que sobreviveu nasceu com 212g em Cingapura” (p. 38), sugerindo, assim, que haveria viabilidade fetal a partir deste peso e, portanto, limitação ao aborto legal. Além de **não conter qualquer referência ao exemplo mencionado**, sabe-se que **recomendações de saúde não devem se pautar em casos isolados, e sim em estudos sistemáticos e metodologicamente adequados**. Direitos garantidos em lei devem ser implementados por instituições e equipes de saúde, que agem com base em evidências científicas fundamentadas.

RECOMENDAÇÃO N.º. 16: Reconhecer que o termo “feticídio” não é um termo clínico e apropriado para tratar do aborto induzido e que a indução do óbito fetal - termo tecnicamente correto - é parte do procedimento possível para a realização do aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos de violência sexual, como já reconheceu a Febrasgo.

Justificativa:

No quarto parágrafo da página 37, a cartilha afirma que “o abortamento com excludente de ilicitude feito por médico não deve ser precedido de feticídio, principalmente nos casos em que houver viabilidade fetal” (p. 37), e continua, alegando que “sempre que houver viabilidade fetal, deve ser assegurada toda a tecnologia médica disponível para tentar permitir a chance de sobrevivência após o nascimento” (p. 37). Tais afirmações são flagrantemente **falsas**.

O termo “feticídio”, em primeiro lugar, não é um termo clínico, tampouco apropriado para tratar de aborto induzido. É um equívoco conceitual grave que apenas reforça o estigma e os julgamentos morais sobre o tema.

Além disso, o documento não traz a definição clínica de “aborto induzido”, ou seja, a perda intencional de gravidez intrauterina por meio medicamentoso ou cirúrgico (Classificação Internacional de Doenças - CID 11 da OMS). A Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), ao elencar diferentes métodos para a realização do aborto, é expressa no sentido de que, para a escolha do método a ser utilizado no caso do aborto devem ser considerados “1) a disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde; 2) a capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método; 3) as condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher”. A FEBRASGO, no documento “Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica” (2021), inclui a indução de óbito fetal como parte do procedimento possível para a realização do aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos de violência sexual.¹⁹

Os profissionais que escolherem tratar o aborto legal da forma como consta no documento do Ministério da Saúde estarão cometendo erro técnico, clínico e ético. Além de incorreta, trata-se de uma abordagem vexatória e estigmatizante.

RECOMENDAÇÃO N.º. 17: Reconhecer que não há referência na lei brasileira a limite de idade gestacional para a realização do aborto legal, que as evidências apontam para a segurança do procedimento de aborto mesmo em idades gestacionais avançadas e que o Ministério da Saúde já publicou documentos com orientações sobre o procedimento até as 27 semanas ou mais.

Justificativa:

Às páginas 38 e 39, a cartilha afirma que “sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da prematuridade e,

¹⁹ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. Febrasgo Position Statement, n. 4. abr. 2021. Acesso em 10 jun. 2022. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2022

portanto, alcança o limite da viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada.” Novamente, o documento traz **argumentos falsos**, visto que na lei brasileira **não há limitação de idade gestacional à realização do aborto legal**, não cabendo ao MS criar restrições não previstas em lei, sob pena de gerar omissão de socorro.

Sob o ponto de vista médico, diversas são as diretrizes de sociedades de especialistas e da OMS que atestam a **segurança do aborto em gravidezes acima de 24 semanas**.²⁰ Até mesmo o próprio documento da FIGO, em destaque na página 48 da cartilha, deixa claro que a interrupção da gravidez pode acontecer em qualquer momento. Assim, dentro dos permissivos legais, o determinante para a tomada de decisão sobre o aborto não é a idade gestacional, mas, sim, aquilo que é o mais adequado para aquela mulher ou menina.

Mais adiante, a cartilha do MS traz **argumento tendencioso** ao afirmar que “o período mais precoce desse estágio [sic] com a tecnologia atual, inicia-se a partir da 22 semana gestacional e é denominado de periviabilidade. O nascimento de um ser humano a partir dessa época é conceituada como parto prematuro e não mais como abortamento.” (p. 38) Há, aqui, confusão conceitual grave, visto que a periviabilidade não tem relação com o tema do aborto induzido, mas, sim, com riscos de prematuridade. A compreensão equivocada desses conceitos revela o teor ideológico explícito do documento.

A cartilha também argumenta haver suposta razão conceitual científica no critério limitador temporal estabelecido pelo Ministério da Saúde, uma vez que se estaria estabelecendo “a diferenciação do abortamento para o parto prematuro” (p. 41) e se evitando deixar “margens para o desamparo às vítimas de violência sexual que ultrapassaram as 22 semanas de gestação”. Contudo, o suposto embasamento médico usado pelo Ministério da Saúde é fundado em artigos que tratam somente dos riscos da prematuridade, não se relacionando com o tema do aborto induzido, o que torna **falso o argumento** utilizado pela cartilha.

No mesmo parágrafo, afirma-se que, “[...] como já foi abordado, ao passar das 23 semanas gestacionais, inicia-se o processo de um parto prematuro onde não cabe o amparo legal

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical management of abortion. Geneva: WHO, 2018; SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). SOGC Clinical Practice Guideline no. 360- Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(6):750–783; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Abortion care. London, 2019. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Practice Bulletin number 135: Second-trimester abortion. Obstet Gynecol 2013;121(6):1394-1406.

que prevê a eliminação da vida intrauterina por meio da destruição do produto da concepção nos casos de violência sexual, já que, pelo seu tempo de desenvolvimento, já se daria no parto prematuro de um embrião em desenvolvimento; em razão disso, estariam resguardados pelo reconhecimento da dignidade da pessoa humana e, portanto, serem merecedores de proteção jurídica assim como asseguradas pelas disposições da Constituição da República.” (p. 41) Novamente, é preciso frisar que a lei brasileira não impõe qualquer limitação de idade gestacional para a realização do aborto, o que torna **falsas as premissas utilizadas pelo Ministério da Saúde**.

O que determina a possibilidade de aborto legal não é a idade gestacional, mas o preenchimento de uma das hipóteses autorizadas pelo direito brasileiro. Deve-se destacar que, nos casos de malformações incompatíveis com a vida, geralmente o diagnóstico somente é possível em idades gestacionais mais avançadas, e isso não impede o acesso ao aborto. Há na norma técnica “Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos” a indicação de métodos para realizar a interrupção segura da gestação até 27 semanas ou mais. As técnicas de saúde modernas permitem a realização segura do aborto do primeiro ao terceiro trimestre.²¹

RECOMENDAÇÃO N.º. 18: Reconhecer que o estresse e outros sentimentos negativos muitas vezes associados ao aborto podem advir do estigma e do medo do julgamento moral que recaem sobre o tema e que a ocorrência de sentimentos positivos após o procedimento é constatada por organizações internacionais de saúde e pela literatura médica.

Justificativa:

À página 50, argumenta-se que “O aborto geralmente é um evento estressante para as mulheres e seus parceiros”. A **afirmação é tendenciosa, pois omite que uma grande parcela do estresse em uma situação de aborto é consequência do estigma e dos julgamentos morais que recaem sobre o tema.**

²¹ DOMMERGUES, Marc; BENACHI, Alexandra; BENIFLA, Jean-Louis; NOETTES, Richard des; DUMEZ, Yves. The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 106, abr. 1999, p. 297-303. Acesso em 1 jul. 2021.

É isso que identificaram os pesquisadores da American Psychological Association.²² Eles descobriram que, para a maioria das mulheres que fazem um aborto, o momento de maior angústia se limita àquele imediatamente antes do procedimento. Depois, é frequente que estas descrevam sentimentos de alívio. Para os autores, fatores como religiosidade, crenças pessoais e a criação do estigma de que o parceiro, a família ou a comunidade irá condenar a mulher que optou pelo aborto é que constituem fatores-chaves para resultados negativos no tocante à saúde mental. Cada pessoa reagirá de forma distinta ao procedimento, o que não significa dizer que o aborto traz prejuízos à saúde mental daquela que a ele se submete.

Por outro lado, quando se tratam de abortos espontâneos de gestações desejadas, é preciso, seguramente, atentar para todas as repercussões de saúde resultantes e oferecer o acolhimento integral às demandas emocionais e de saúde mental das mulheres.

RECOMENDAÇÃO Nº. 19: Consolidar informações sobre cada um dos tipos de aborto (por decisão da mulher, legal ou clandestino, e espontâneo), de forma sistematizada, clara e facilitada para os profissionais de saúde.

Justificativa:

As recomendações desta seção **são incompatíveis com os casos em que a mulher decide pelo aborto previsto em lei ou mesmo o aborto espontâneo.** Em relação ao aborto em caso de violência sexual, seguir recomendações relacionadas à contracepção (p. 57) implicaria a culpabilização das mulheres pela gestação e pelas consequências da violência sexual, causando uma nova violência. Nos casos de aborto por risco à vida e anencefalia tampouco há aplicabilidade, considerando que se tratam de circunstâncias de saúde imprevisíveis e a gestação pode ser desejada pela mulher.

RECOMENDAÇÃO Nº. 20: Recomendar o atendimento humanizado e acolhedor, que é incompatível com afirmações discriminatórias sobre as situações que levam as mulheres a recorrerem a um aborto.

²² AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, Task Force on Mental Health and Abortion, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion, 2008. Disponível em: <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>. Acesso em 2 jul. 2021.

Justificativa:

Não há qualquer estudo científico ou fundamento normativo para afirmar, tal qual na página 57, que “a mulher em situação de abortamento, muitas vezes, não está preocupada com o risco de nova gravidez e não usa métodos anticoncepcionais espontaneamente” e que “o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato”. Esta afirmação contém a pressuposição de que as mulheres que passaram por um aborto são negligentes ao não usar métodos contraceptivos espontaneamente, o que é equivocado e discriminatório, principalmente porque há inúmeros fatores que levam a uma nova gestação indesejada (uso incorreto de contraceptivos ou mesmo a falta de acesso aos métodos mais adequados às suas necessidades). Tratar de forma humanizada e acolher as mulheres significa prestar-lhes informações livres de julgamentos ou coerção moral, uma obrigação que a pasta lamentavelmente falha em cumprir no novo documento.

Essas afirmações desconsideram todo o contexto de vida da mulher, ao qual a equipe de saúde deve estar atenta para prestar-lhe todas as informações necessárias para uma tomada de decisão segura e informada sobre planejamento familiar e contracepção, se esse for o desejo dela. Essa é a única forma de evitar um novo aborto.

Recomenda-se a retirada de trechos contidos nas páginas 57 a 59, por seu caráter discriminatório e pela abordagem moralizadora sobre a sexualidade e a reprodução, além de incompatíveis com um tratamento humanizado para situações de abortamento, em especial no atendimento de meninas e mulheres vítimas de violência sexual²³.

RECOMENDAÇÃO Nº. 21: Priorizar o atendimento humanizado e acolhedor, sem quaisquer afirmações que induzam profissionais de saúde a acreditarem que é necessário distinguir um aborto espontâneo de um aborto provocado, uma vez que isso é clinicamente inviável e pode fazer com que a mulher se sinta investigada; bem como os levem a fornecer, em qualquer caso, orientações sobre uma nova gravidez,

²³ O Decreto nº 7.958/2013 dispõe sobre o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Em seu artigo 2º, o Decreto prevê que o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do SUS deverá observar, entre outras, as seguintes diretrizes: II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à vítima; IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

baseados tão somente na pressuposição discriminatória de que a mulher poderá desejar ter filhos futuramente, ainda que ela não tenha manifestado interesse.

Justificativa:

A Pasta comete um grande equívoco ao sugerir que as equipes de saúde devem distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado (p. 59). Evidências indicam que um aborto induzido é clinicamente indistinguível do aborto provocado, por isso, os serviços de saúde não devem ser incentivados ou levados a crer que essa análise deve ser feita, sob pena de iniciar uma investigação sobre qualquer mulher em idade reprodutiva que procure o serviço após um aborto ou sangramento na gestação²⁴. Uma mulher tem o direito a decidir sobre ter ou não filhos independente de ter passado por episódios de aborto. Experiências pessoais, compreensões de mundo baseadas em preconceitos ou em percepções infundadas não devem ter lugar na elaboração e implementação de políticas públicas.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto acima, com fundamento nos normativos legais e melhores evidências de saúde, por meio das organizações aqui nomeadas, recomenda-se ao Ilmo. Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Raphael Câmara:

- 1) Inicialmente, que seja redesignada a audiência marcada para o dia 28 de junho de 2022 às 15:00 horas, no auditório Emílio Ribas, para data posterior, visando a devida divulgação e ampla participação da sociedade civil, tendo em vista que a data extremamente próxima e o formato presencial prejudicam a participação social, necessária à realização da audiência pública. O pedido se justifica em razão do aviso da audiência ter sido publicado no Diário Oficial da União em 21 de junho de 2022, apenas seis dias antes da sua realização, com informe de transmissão apenas online e sem qualquer possibilidade de participação virtual;
- 2) Que seja publicizada a possibilidade de ampla participação da sociedade civil na audiência pública, com sua realização em formato

²⁴ HARRIS, Lisa H.; GROSSMAN, Daniel. Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *New England Journal Of Medicine*, N. Eng, v. 382, n. 11, p. 1029-1040, 12 mar. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1908412>>. Acesso em 13 jun. 2022.

híbrido - presencial e virtual -, mediante expedição de convites para representantes de entidades médicas, conselhos de psicologia e serviço social, professores com expertise na área em debate, associações de pacientes, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organizações Não Governamentais que trabalham com os direitos das mulheres, OAB e Defensorias Públicas;

3) Que seja suspenso, de forma imediata, a divulgação por qualquer meio, incluindo digital e/ou impresso, do documento “ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO”, uma vez que as informações e recomendações incompletas, distorcidas e equivocadas constantes do documento colocam em risco o atendimento humanizado de saúde e contrariam flagrantemente a Constituição Federal, leis brasileiras, tratados de direitos humanos, recomendações de organizações nacionais e internacionais de saúde e as evidências científicas.

Assinam esta manifestação:

- 1. Cravinas - Clínica de Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB)**
- 2. Anis - Instituto de Bioética**
- 3. Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) - Universidade de Pernambuco (UPE)**
- 4. Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)**
- 5. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)**
- 6. Grupo Curumim Gestação e Parto**
- 7. Associação das Advogadas pela Igualdade de Gênero, Raça e Etnia (AAIG)**
- 8. Observatório de Direitos Humanos do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)**
- 9. CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação**
- 10. Católicas pelo Direito de Decidir**

11. **Cunhã Coletivo Feminista**
12. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**
13. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**
14. **Casa Marielle Franco Brasil**
15. **Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Gênero Diversidades e Inclusão (NeGeDI) do Instituto Federal do Paraná (IFPR)**
16. **Ginecosofia Brasil**
17. **Relatoria Nacional de Direitos Humanos da Plataforma de Direitos Humanos Dhesca**
18. **Instituto Prios de Políticas Públicas e Direitos**
19. **Grupo de Pesquisa e extensão da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Loucura e Cidadania (LouCid)**
20. **Clínica Feminista na Perspectiva da Interseccionalidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**
21. **Grupo de Pesquisa Direito, Discriminação de Gênero e Igualdade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)**
22. **Laboratório de Direitos Humanos (LADIH) da Faculdade Nacional de Direito (FND) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)**
23. **Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESMeG) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**
24. **Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Sexualidade, Corporalidades e Direitos da Universidade Federal do Tocantins (UFT)**
25. **Clínica Jurídica de Inovação Pedagógica da Universidade Federal de Roraima (CJIP/UFRR)**
26. **Observatório da Mulher**
27. **Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade Federal de Minas Gerais (NEPEM/UFMG)**
28. **Coletivo Maín**
29. **Coletivo Feminista Peitamos**

30. Rede Nacional Feminista Antiproibicionista (ReNFA)
31. Frente Catarinense de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto
32. Fórum Latino Americano de Antropologia do Direito
33. Coletivo das Mulheres de Monte Alto
34. Projeto Vivas
35. Faculdade de Saúde Pública - USP
36. Coletivo Jaraguá
37. Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Paraná (UFPR)
38. União de Mulheres do Município de São Paulo
39. Promotoras Legais Populares de São Paulo
40. REDEH - Rede de Desenvolvimento Humano
41. AMA - Articulação de Mulheres do Amazonas
42. Rede Nacional de Promotoras Legais Populares
43. Fòs Feminista
44. Avante Educação e Mobilização Social
45. Projeto Vez e Voz: Educação Popular na Prevenção e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas nas Escolas do DF e Entorno
46. Instituto Árvores Vivas para Conservação e Cultura Ambiental
47. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS)
48. Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CdH/UFMG)
49. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ Brasil)
50. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, Núcleo do Ceará (RNP+/CE)
51. Coletivo Viveração (PR)
52. Roda de Conversa I=I (PR)

53. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV AIDS no Amazonas - RNP+Amazonas
54. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
55. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras
56. Instituto Maternidade Consciente
57. Intervezes - Coletivo Brasil de Comunicação Social
58. Associação Juízes para a Democracia - AJD
59. Coletiva Mulheres Defensoras Públicas do Brasil
60. Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS (ANAIDS)
61. Associação de Gays e Amigos de Nova Iguaçu, Mesquita e RJ (AGANIM-RJ)
62. Movimento O Povo e o SUS
63. Associação Mulheres Evangélicas pela Igualdade de Gênero (EIG)
64. 8M/SC
65. Think Olga
66. Marcha Mundial das Mulheres (MMM)
67. Fórum de Mulheres do Espírito Santo
68. ICW Brasil
69. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS no Espírito Santo
70. Laboratório de Pesquisa e Avaliação Qualitativa em Saúde (CE)
71. União Brasileira de Mulheres (UBM)
72. Laboratório de Estudos Etnográficos e Antropologia do Direito (LAET/UNIFAP)
73. Grupo de Pesquisa Direitos Sociais, Cultura e Cidadania - UNIFAP
74. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Antropologia Visual, da Imagem e do Som, Linguagens, Memória e Identidades (NAIMI/UNIFAP)
75. Centro de Promoção da Defesa dos Direitos Humanos Pe. Josimo

76. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)
77. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais Direitos Reprodutivos - Regional Rio de Janeiro (RFS/RJ)
78. Grupo de Pesquisa Gênero, Reprodução e Justiça (RepGen) (Fiocruz/UFBA/UFRJ)
79. Promotoras Legais Populares do Distrito Federal e Entorno
80. Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC
81. Sociedade Brasileira de Bioética
82. Laboratório de Estudos e Pesquisas Feministas em Saúde Mental, Cultura e Psicanálise (LabEFem/CFCH-UFAC)
83. Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 9º Região - São Paulo
84. Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero
85. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Mulheres (NEPEM/UnB)
86. Themis - Gênero Justiça e Direitos Humanos
87. Confederação das Mulheres do Brasil (CMB)
88. Sindipetro ES
89. Instituto Cultural Barong
90. Studio de Arte Social Adriana Bertini
91. Instituto do Luto Parental
92. Rede de Assistentes Sociais pelo Direito de Decidir
93. Coletiva Feminista do PSOL/RJ
94. Resistência Feminista (Rio de Janeiro)
95. Redes da Maré
96. Coletivo de Mulheres Chá das Marias
97. Conselho Regional de Serviço Social da 1ª Região (CRESS/PA)
98. Milhas Pela Vida das Mulheres
99. Nosso Instituto

100. Instituto Renascer Mulher
101. Liga Brasileira de Lésbicas
102. Setorial Nacional de Mulheres do PSOL
103. Grupo de Estudos sobre o Aborto - GEA
104. Conselho Regional de Serviço Social 17ª Região (Espírito Santo)
105. Grupo Marias de Extensão e Pesquisa em Gênero, Educação Popular e Acesso à Justiça - UFPB
106. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP)
107. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
108. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)
109. Movimento de Mulheres Olga Benário
110. Instituto Pluralis
111. Instituto Agali Awamu
112. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos