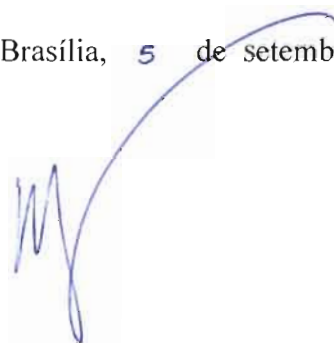


Mensagem nº 481

Senhor Presidente do Supremo Tribunal Federal,

Para instruir o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.581, tenho a honra de encaminhar a Vossa Excelência as informações em anexo, elaboradas pela Advocacia-Geral da União.

Brasília, 5 de setembro de 2016.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke that curves upwards to the right.

PROCESSO Nº 00688.000822/2016-84

ORIGEM: STF - Ofício nº 16181/2016, de 1º de setembro de 2016.

ASSUNTO: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581

Despacho do Advogado-Geral da União

Adoto, nos termos do Despacho do Consultor-Geral da União, para os fins e efeitos do art. 4º, inciso V, da Lei Complementar nº 73, de 10 de fevereiro de 1993, as anexas INFORMAÇÕES Nº **120** /2016/NUINP/CGU/AGU-ICNM, elaboradas pela Advogada da União Dra. IRMA CLÁUDIA DO NASCIMENTO MORAIS.

Brasília, 5 de setembro de 2016.


FÁBIO MEDINA OSÓRIO
Advogado-Geral da União



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO**

DESPACHO DO CONSULTOR-GERAL DA UNIÃO Nº 00624/2016

PROCESSO: 00688.000822/2016-84

ORIGEM: STF – Ofício nº 16181/2016, de 1º de setembro de 2016.

ASSUNTO: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581

Estou de acordo com as INFORMAÇÕES nº 120/2016/NUINP/CGU/AGU-
ICNM.

À elevada consideração de Sua Excelência o Senhor Advogado-Geral da União.

Brasília, 5 de setembro de 2016.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. G. Medeiros Carvalho', is written over the printed name.

PAULO GUSTAVO MEDEIROS CARVALHO

Consultor-Geral da União



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO**

INFORMAÇÕES N.º 120/2016/NUINP/CGU/AGU-ICNM
PROCESSO N.º 00688.000822/2016-84
AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE N.º 5581
REQUERENTE: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS -
ANADEP
RELATOR: MINISTRA CARMEN LÚCIA

Senhor Consultor-Geral da União,

Por meio do Ofício nº 16181/2016, o Supremo Tribunal Federal solicitou ao Exmo. Sr. Presidente da República a prestação de informações sobre o alegado na ação em epígrafe, no prazo de 5 (cinco) dias.

I - RELATÓRIO

2. Trata-se de ação direta de inconstitucionalidade, cumulada com arguição de descumprimento de preceito fundamental, com pedido de medida cautelar, proposta pela Associação Nacional de Defensores Públicos – ANADEP, contra atos normativos e administrativos do Poder Público relacionados com a prevenção e combate do vírus Zika.

3. Em relação à ação direta de inconstitucionalidade, questiona a ANADEP o disposto nos arts. 18, *caput* e §§ 2º e 3º da Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que

Renais

“Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977”.

4. A ANADEP alega que o limite de 3 anos para a concessão do benefício de prestação continuada às crianças vítimas de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, previsto no art. 18, *caput* da Lei nº 13.301, de 2016, violaria o art 1º, III, 3º, IV, 5º, *caput*, e 6º e 203 da Constituição Federal de 1988, motivo pelo qual entende necessário que seja dada interpretação conforme a Constituição para afastar esse prazo, bem como para estender a concessão do benefício para crianças portadoras de outras desordens neurológicas causadas pelo zika e independentemente da comprovação de miserabilidade.

5. Aduz ainda a ANADEP que o art. 18, § 2º, da Lei nº 13.301, de 2016, ao prever a concessão do benefício de prestação continuada após a cessação do gozo do salário maternidade pelo nascimento da criança vítima de microcefalia, violaria *“as determinações constitucionais de proteção à família e à criança (art. 203, I, CR), de amparo às crianças (art. 203, II, CR, de habilitação de pessoa com deficiência e de promoção de sua integração à vida comunitária (art. 203, IV, CR) e da garantia de um salário mínimo para pessoa com deficiência que necessitar (art. 203, V, CR)”*.

6. De outra parte, na arguição de descumprimento de preceito fundamental, a ANADEP busca atacar suposta omissão do Poder Público referente às políticas públicas implementadas para o enfrentamento do vírus Zika, na qual estaria inserida alegada omissão referente à possibilidade de interrupção da gravidez pela mulher grávida infectada pelo referido vírus.

7. Para a ANADEP, haveria omissão do Estado no tocante ao enfrentamento da epidemia do vírus Zika, motivo pelo qual requer que seja determinado ao Poder Público e, em especial, o Executivo Federal, a implementação de diversas políticas públicas, dentre elas: a garantia da realização de estimulação precoce em centros especializados de reabilitação em distância de até 50 km da residência do grupo familiar

2
Dra. Isis

com criança com microcefalia e outras sequelas, causadas pelo vírus zika; a disponibilização de material sobre o vírus zika em postos de saúde, escolas e na internet; a revisão do Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia, conforme diretrizes expedidas pela OMS e OPAS; e assistência médica às mulheres em idade reprodutiva, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade e distribuição de contraceptivos reversíveis de longa duração e repelente contra o mosquito vetor.

8. A requerente defende a possibilidade de interrupção da gravidez de mulheres infectadas pelo vírus Zika, que assim o desejem, para a proteção de sua saúde, como decorrência dos princípios da *“dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), da liberdade (autodeterminação pessoal e autonomia reprodutiva) e da proteção às integridades física e psicológica (art. 5º, caput, CF), da saúde e dos direitos reprodutivos da mulher (art. 6º e 226, §7º, CF)”*. motivo pelo qual pleiteia a declaração de *“inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gestação em relação à mulher que tiver sido infectada pelo vírus zika e optar pela mencionada medida é conduta tipificada nos artigos 124 e 126 do Código Penal ou; b) sucessivamente, declarando-se a interpretação conforme a Constituição do art. 128, I e II, do Código Penal julgando constitucional a interrupção da gestação de mulher que tiver sido infectada pelo vírus zika e optar pela mencionada medida, tendo em vista se tratar de causa de justificação específica, e por estar de acordo ainda com a justificação genérica dos arts. 23, I, e 24 do Código Penal, em função do estado de necessidade com perigo atual de dano à saúde provocado pela epidemia de zika e agravado pela negligência do Estado brasileiro na eliminação do vetor, as quais configuram hipóteses legítimas de interrupção da gravidez”*.

9. Em 1º/09/2016, a Relatora, Ministra Carmen Lúcia proferiu despacho adotando o rito do art. 10 da Lei nº 9.868, de 1999 e determinando a requisição de informações à Presidência da República, a serem prestadas em 5 (cinco) dias.

II - PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE ATIVA DA ANADEP. AUSÊNCIA DE PERTINÊNCIA TEMÁTICA.

10. Embora estejam relacionadas no art.103 da Constituição Federal entre os legitimados para propor ação direta de inconstitucionalidade, as confederações sindicais e as entidades de classe de âmbito nacional possuem legitimidade limitada, não universal para aludido desiderato. É que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal consagrou o requisito da pertinência temática como indispensável pressuposto de admissibilidade do controle abstrato de normas, quando suscitado pelas entidades referidas no inciso IX do art. 103 da Constituição Federal.

11 Para a caracterização desse requisito, exige-se a vinculação entre os fins institucionais da entidade autora e as normas impugnadas. Portanto, para serem legitimadas para a propositura de ações de controle concentrado, devem as entidades de classe demonstrar a existência de nexo entre os objetivos sociais da entidade-requerente e o alcance da norma impugnada, que deverá se dar pela via direta, sem mediações. Veja-se o entendimento da Suprema Corte:

Agravo regimental no agravo de instrumento. Legitimidade ativa para oferecimento de representação de inconstitucionalidade. Pertinência temática. Reconhecimento. Inteligência da norma do art. 230, § 2º, da Constituição Federal. 1. Esta Corte firmou entendimento no sentido de que as entidades de classe e as confederações sindicais somente poderão lançar mão das ações de controle concentrado quando tiverem em mira normas jurídicas que digam respeito aos interesses típicos da classe que representam. 2. O acórdão recorrido está em sintonia com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, que assegura a gratuidade em transportes públicos urbanos aos cidadãos que possuem mais de sessenta e cinco anos de idade. 3. Agravo regimental não provido. (AI 704192 AgR / RJ - RIO DE JANEIRO, Relator Ministro Dias Toffoli, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-121 DIVULG 20-06-2012 PUBLIC 21-06-2012)

12. No mesmo sentido, os acórdãos seguintes:

'ESTATUTO DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - OAB. ARTIGOS 1º, § 2º; 21, PARÁGRAFO ÚNICO; 22; 23; 24, § 3º; E 78 DA

LEI N. 8.906/1994. INTERVENÇÃO COMO LITISCONSÓRCIO PASSIVO DE SUBSECÇÕES DA OAB: INADMISSIBILIDADE. PERTINÊNCIA TEMÁTICA. ARTIGOS 22, 23 E 78: NÃOCONHECIMENTO DA AÇÃO. ART. 1º, § 2º: AUSÊNCIA DE OFENSA À CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA. ART. 21 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO: INTERPRETAÇÃO CONFORME À CONSTITUIÇÃO. ART. 24, § 3º: OFENSA À LIBERDADE CONTRATUAL. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE PARCIALMENTE PROCEDENTE. 1. A intervenção de terceiros em ação direta de inconstitucionalidade tem características distintas deste instituto nos processos subjetivos. Inadmissibilidade da intervenção de subsecções paulistas da Ordem dos Advogados do Brasil. Precedentes. 2. Ilegitimidade ativa da Confederação Nacional da Indústria - CNI, por ausência de pertinência temática, relativamente aos artigos 22, 23 e 78 da Lei n. 8.906/1994. Ausência de relação entre os objetivos institucionais da Autora e do conteúdo normativo dos dispositivos legais questionados. (...) 6. Ação direta de inconstitucionalidade conhecida em parte e, nessa parte, julgada parcialmente procedente para dar interpretação conforme ao art. 21 e seu parágrafo único e declarar a inconstitucionalidade do § 3º do art. 24, todos da Lei n. 8.906/1994' (ADI nº 1.194/DF, Tribunal Pleno, Relator o Ministro Maurício Corrêa, Relatora p/ Acórdão a Ministra Cármen Lúcia, DJe de 11/09/09).

'Agravamento regimental em ação direta de inconstitucionalidade. Confederação dos Servidores Públicos do Brasil e Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte. Ausência de pertinência temática. 1. Não há pertinência temática entre o objeto social da Confederação Nacional dos Servidores Públicos do Brasil, que se volta à defesa dos interesses dos servidores públicos civis, e os dispositivos impugnados, que versam sobre o regime de arrecadação denominado de 'Simples Nacional'. 2. Agravamento regimental a que se nega provimento' (ADI nº 3.906/DF-AgR, Tribunal Pleno, Relator o Ministro Menezes Direito, DJe de 05/09/08).

'CONSTITUCIONAL. EMENDA À CONSTITUIÇÃO ESTADUAL. DISCIPLINA A CONCESSÃO DE GRATUIDADE NO TRANSPORTE COLETIVO URBANO E RODOVIÁRIO INTERMUNICIPAL. ENTIDADE QUE REPRESENTA A CATEGORIA DOS POLICIAIS. PERTINÊNCIA TEMÁTICA APENAS QUANTO AO §2º DO ART. 229, COM A NOVA REDAÇÃO DA EMENDA. AUSÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO À GRATUIDADE. REGRA ESTADUAL QUE NÃO ATINGE O AUXÍLIOTRANSPORTE. FALTA DE PLAUSIBILIDADE DA PRETENSÃO. AÇÃO DIRETA CONHECIDA EM PARTE. LIMINAR INDEFERIDA' (ADI nº 2.349/ES-MC, Tribunal Pleno, Relator o Ministro Nelson Jobim, DJ de 24/08/01).

'Ação direta. Arguição de inconstitucionalidade do inciso VI do artigo 93 da Constituição Federal na redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/98. - Em se tratando de Mesa de Assembleia Legislativa - que não é daquelas entidades cuja legitimação ativa para propor ação direta de inconstitucionalidade lhe é conferida para a defesa da ordem jurídica em geral -, em nada lhe diz respeito, para sua competência ou para sofrer os seus efeitos, seja constitucional, ou não, o preceito ora impugnado que se adstringe à determinação da aposentadoria compulsória dos membros do Poder Judiciário, inclusive estadual, aos setenta anos de idade. E a pertinência temática é, segundo a orientação firme desta Corte, requisito de observância necessária para o cabimento da ação direta de inconstitucionalidade. - Ademais, não tendo sido atacado o artigo 93, VI, Constituição em sua redação originária, e que seria também inconstitucional pelos mesmos motivos que o seria na redação da Emenda Constitucional nº 20/98, não é de conhecer-se, também por esse fundamento, a presente ação, segundo o entendimento já firmado por esta Corte na ADIN 2.132. Ação direta não conhecida' (ADI nº 2.242/DF, Tribunal Pleno, Relator o Ministro Moreira Alves, DJ de 19/12/01)

13. O requisito da pertinência temática, nos processos objetivos de fiscalização constitucional, constitui-se em condição objetiva de legitimidade ativa *ad causam* para aqueles a quem a doutrina denomina "legitimados especiais" (Governadores de Estado e Mesas das Assembleias Estaduais, Confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional).

14. Nas palavras do Ministro Sepúlveda Pertence, exige-se uma "interseção do tema da norma impugnada com os fins institucionais da representação da categoria profissional que a entidade requerente congrega" (ADI-MC 3.472, Rel. Min. Sepúlveda Pertence). Observa-se que tal não ocorre no caso da Requerente (ANADEP).

15. Consoante dispõe seu estatuto, a requerente "*congrega Defensores e Defensoras Públicas do País, aposentados ou não, para a defesa de suas prerrogativas, direitos, interesses e livre exercício, pugnando pela concretização dos objetivos da Defensoria Pública enquanto Instituição de Estado permanente, independente e autônoma*".

16. No entanto, os atos impugnados não tratam de tema relacionado às carreiras da Defensoria Pública, tampouco de suas prerrogativas, direitos, interesses ou concretização de objetivos da própria instituição, mas sobre políticas públicas relacionadas ao combate à epidemia do vírus Zika, matéria que diz respeito a todos os cidadãos brasileiros, indistintamente.

17. Portanto, não se verifica na presente hipótese a necessária estreita relação entre o objeto do controle e a defesa dos direitos da classe representada pela entidade requerente. Por essa razão, a presente ADI não deve ser conhecida por ausência de legitimidade ativa *ad causam* da Requerente.

III - DA CONSTITUCIONALIDADE DA LEI 13.301, DE 2016. AUSÊNCIA DE OMISSÃO DO PODER PÚBLICO EM RELAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONCERNENTES AO ENFRENTAMENTO DO VÍRUS ZIKA E À MICROCEFALIA.

18. Conforme informações prestadas pela Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, a Febre do vírus Zika é uma doença causada por um vírus do gênero Flavivirus, família Flaviviridae, transmitida, principalmente, pelos mosquitos *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*. A circulação do vírus no Brasil foi confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do Município de Camaçari, Bahia. Em maio de 2015, foram confirmados casos por laboratórios situados em Natal, Sumaré, Campinas, Maceió e Belém. Atualmente, há registro de circulação do vírus Zika em todo o território nacional.

19. Em novembro de 2015, diante do aumento do número de casos e do padrão clínico não habitual, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015.

20. O art. 18 da Lei nº 13.301, de 2016, assim dispõe:

Art. 18. Fará jus ao benefício de prestação continuada temporário, a que se refere o art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, pelo prazo

máximo de três anos, na condição de pessoa com deficiência, a criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti.

§ 1o (VETADO).

§ 2o O benefício será concedido após a cessação do gozo do salário-maternidade originado pelo nascimento da criança vítima de microcefalia.

§ 3o A licença-maternidade prevista no art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, será de cento e oitenta dias no caso das mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti, assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade previsto no art. 71 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991.

§ 4o O disposto no § 3o aplica-se, no que couber, à segurada especial, contribuinte individual, facultativa e trabalhadora avulsa.

§ 5o O montante da multa prevista no art. 8o da Lei no 13.254, de 13 de janeiro de 2016, destinado à União, poderá ser utilizado nas ações previstas neste artigo.

21. Com efeito, o art. 18, da Lei nº 13.301, de 2016 concede à criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti a concessão do benefício de prestação continuada temporário, a que se refere o art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, pelo prazo máximo de três anos, na condição de pessoa com deficiência, o que entende-se não deve ser considerado como um limite como alega a requerente, na medida em que, considerando-se a gravidade da doença em questão, havendo a apresentação de alguma deficiência por esta criança após o prazo em decorrência das suas sequelas, nada impede que venha a ser pleiteado o recebimento do benefício na qualidade de deficiente, atendidos os requisitos previstos no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

22. A propósito, o art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, prevê o seguinte:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria

manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1o Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2o Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 3o Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

*§ 4o **O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória.** (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)*

§ 5o A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 6o A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o § 2o, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 7o Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 1998)

§ 8o A renda familiar mensal a que se refere o § 3o deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 1998)

§ 9º Os rendimentos decorrentes de estágio supervisionado e de aprendizagem não serão computados para os fins de cálculo da renda familiar per capita a que se refere o § 3º deste artigo. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 10. Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 11. Para concessão do benefício de que trata o caput deste artigo, poderão ser utilizados outros elementos probatórios da condição de miserabilidade do grupo familiar e da situação de vulnerabilidade, conforme regulamento. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

23. Ressalta-se que o art. 20, § 4º estabelece que **“O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória”**, vedação apenas repetida no art. 18, § 3º da Lei nº 13.301, de 2016.

24. Dessa forma, não se visualiza a inconstitucionalidade do art. 18, da Lei nº 13.301, de 2016, alegada pela requerente.

25. Ademais, como informou a CONJUR/MS, em 28 de novembro de 2015 foi confirmada, sob o ponto de vista científico, a relação entre o vírus zika e o surto de microcefalia. A Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde traçou um panorama das ações públicas adotadas para o enfrentamento ao Vírus Zika no Brasil:

a) instalação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, previsto na Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, para investigação e resposta à alteração do padrão epidemiológico de microcefalias no Brasil;

b) convocação, no dia 04 de dezembro de 2015, do Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, conforme regulamenta o Decreto de 6 de dezembro de 2010, em que foi apresentado o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia e discutido de que forma os órgãos que compõe o Grupo Executivo Interministerial poderiam colaborar com o desenvolvimento das ações;

c) divulgação do Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências, em 05 de dezembro de 2015, organizado em três eixos: “Mobilização e Combate ao mosquito”, “Cuidado a pessoas” e “Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa”¹;

d) instituição da Sala Nacional de Coordenação e Controle para o enfrentamento da dengue, do vírus Chikungunya e do Zika Vírus, por meio do Decreto nº 8.612 de 21 de dezembro de 2015², com os objetivos de: definir diretrizes para intensificar a mobilização e o combate ao mosquito Aedes aegypti em todo território nacional, coordenar as ações dos órgãos federais de disponibilização de recursos humanos, insumos, equipamentos e apoio técnico e logístico, em articulação com órgãos estaduais, distritais, municipais e entes privados envolvidos; monitorar os procedimentos adotados para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito Aedes aegypti e apoiar e acompanhar a instalação das Salas Estaduais, Distrital e Municipais de Coordenação e Controle;

e) apoio às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, objetivando a investigação de casos suspeitos de microcefalia, por meio da equipe de Resposta Rápida às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde, composta por técnicos especializados nas áreas de vigilância e profissionais do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde;

f) publicação da Portaria nº 2.162, de 23 de dezembro de 2015, que “Autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Componente de Vigilância em Saúde de recurso financeiro para implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle de epidemias mediante situação de emergência”;

g) elaboração de cartilha contendo orientações à população sobre o vírus Zika³;

¹ http://portalsaude.saude.gov.br/images/campanhas/dengue2015/Broadside_Microcefalia_20x28_V2.pdf

² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2015/Decreto/D8612.htm.

³ <http://intranet2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/06/150710foldercartilhazika.pdf>.

h) criação de hot site⁴, publicado no dia 22 de dezembro de 2015, com a finalidade de esclarecer as dúvidas da população sobre os recentes casos de microcefalia relacionados ao vírus Zika e ao combate ao mosquito *Aedes aegypti*;

i) elaboração de cursos para capacitação da força de trabalho da área da saúde sobre o tema;

j) investimento em pesquisas para o fortalecimento da capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisas prioritários, ampliação e avaliação de resultados da utilização de novas tecnologias de controle vetorial em complemento à atividade de rotina e fortalecimento da capacidade de diagnóstico laboratorial para a infecção pelo vírus Zika;

k) investimento em ações para fortalecimento da atenção à saúde das gestantes e crianças, ampliação da cobertura para os exames de tomografia, ampliação e qualificação da triagem neonatal e das ações de reabilitação e estimulação precoce;

l) publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que considera a Febre pelo vírus Zika como doença de notificação compulsória.

26. Consoante demonstrado pela CONJUR/MS, não cabe falar em omissão do Poder Público, apresentando o Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, resposta adequada e comprometida com os direitos fundamentais da população afetada pelo vírus Zika, notadamente crianças e mulheres socialmente vulneráveis.

27. Há que se destacar o ineditismo da situação decorrente do vírus Zika e da ocorrência de microcefalia associada, o que se expressa na decretação da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por meio da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015.

28. Tal situação impôs desafios significativos para o SUS, como a reestruturação de serviços, a realização de pesquisas, a capacitação de profissionais de

⁴ <http://combateaedes.saude.gov.br>.

saúde. ou seja. uma série de novas demandas, o que implica em comprometimento dos gestores do SUS. além da disponibilização de recursos públicos. tendo para tanto. a União. em conjunto com os Estados e os Municípios. destacado valores de seu orçamento com vistas a assegurar a implantação de medidas efetivas no enfrentamento do vírus Zika e no cuidado com a questão da microcefalia.

29. Por oportuno, destacam-se abaixo algumas das políticas públicas específicas de enfrentamento ao Vírus Zika e resposta à ocorrência de microcefalia. mencionadas pela CONJUR/MS.

a) Do Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central.

30. O Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central⁵, tem como objetivo principal descrever o padrão epidemiológico de ocorrência de microcefalias e/ou alterações do sistema nervoso central relacionadas às infecções congênicas no território nacional.

31. Desta forma, a sua contribuição para o alcance das ações necessárias para uma análise adequada da emergência e o fornecimento de subsídios para a tomada de decisão dos gestores de saúde se consubstancia principalmente: na garantia do Registro de Eventos em Saúde Pública de todos os casos de microcefalia, para que a Atenção à Saúde possa identificar e acompanhar os que apresentam sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, independente da causa da microcefalia: a identificação entre os casos notificados, daqueles que apresentam alterações típicas sugestivas de infecção congênita (calcificações, alterações nos ventrículos cerebrais etc.), para que a Vigilância em Saúde possa monitorar o padrão epidemiológico dos casos de microcefalia relacionadas às infecções congênicas; a investigação dos casos notificados no Registro de Eventos em Saúde Pública de infecções congênicas pelo vírus Zika e STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex); a descrição das características das complicações relacionadas à infecção pelo vírus Zika.

⁵ <http://combateacdes.saude.gov.br/images/saladesituacao/MicrocefaliaProtocolodevigilanciaeresposta10mar201618h.pdf>.

na gestação e no pós-parto; a orientação das medidas de prevenção e controle disponíveis; e a elaboração e divulgação de informações epidemiológicas.

32. Além disso, vale salientar os seguintes aspectos:

- o Protocolo foi elaborado com o objetivo de prover aos profissionais de saúde e às áreas técnicas de vigilância em saúde informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância de microcefalias e/ou alterações do sistema nervoso central sugestivas de infecção congênita em todo território nacional.

- as informações e as recomendações apresentadas no Protocolo foram fundamentadas e estabelecidas a partir das discussões conduzidas pelas Áreas Técnicas do Ministério da Saúde do Brasil e especialistas de diversas áreas da medicina, epidemiologia, estatística, geografia e laboratorial, além de representantes das Secretarias de Saúde de Estados e Municípios afetados:

- o Protocolo documenta as evidências acumuladas a partir das investigações realizadas desde outubro de 2015, quando o Ministério da Saúde recebeu as primeiras notificações da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Essas evidências passam pelo reconhecimento da relação entre a presença do vírus e a ocorrência de microcefalias e óbitos, a comprovação de que o vírus atravessa a barreira placentária, a identificação do vírus Zika em natimortos e recém-nascidos com microcefalia e/ou outras malformações do Sistema Nervoso Central, dentre outras, destacando-se que esse reconhecimento foi inédito na literatura nacional e internacional e só foi possível pelo empenho de médicos, pesquisadores e instituições de todo o Brasil que se uniram em prol de um objetivo comum que é a elucidação da causa da ocorrência dessas microcefalias.

- são apresentadas, no protocolo, novas definições de caso para vigilância de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central sugestivas de infecção congênita, que foram elaboradas, de forma consensuada, com representantes de Sociedades Científicas Médicas, outras instituições e especialistas convidados. Tais definições também estão em consonância com as recomendações da Organização

Mundial da Saúde para avaliação de recém-nascidos com microcefalia no contexto da infecção pelo vírus Zika:

- as definições de caso para vigilância apresentadas no Protocolo são utilizadas em todo o território nacional, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A padronização dessas definições permite a consolidação das notificações para levantamento da situação epidemiológica em nível nacional;

- as definições de caso definidas no protocolo subsidiam o registro dos casos no Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP-Microcefalia), compondo um banco de dados nacional, utilizado pelas equipes de vigilância e assistência à saúde nas três esferas de gestão do SUS, permitindo também o avanço no conhecimento a respeito da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika.

b) Políticas preventivas efetivas.

33. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, assentou que compete à direção nacional do SUS, a coordenação da vigilância epidemiológica; à direção estadual, coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e à direção municipal, a execução de serviços.

34. Nessa esteira, o processo de descentralização das ações de controle de doenças foi efetivado no final de 1989 e as ações que antes eram executadas pela esfera federal passaram a ser de responsabilidade dos Estados e Municípios.

35. A Portaria nº 1378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, estabelece as responsabilidades e competências dos Municípios, Estados e União na execução das ações de vigilância em saúde, dentre elas as ações de prevenção e controle do vetor *Aedes aegypti* e das doenças por ele transmitidas.

36. De acordo com o disposto na referida Portaria, cabe ao Ministério da Saúde diversas ações, dentre elas, a gestão do sistema nacional de informações em vigilância em saúde, o financiamento das ações com repasses regulares fundo a fundo, a normalização dos diversos programas e assessorias a Estados e municípios.

37. A Política Nacional para prevenção contra as infecções transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como a Dengue, febre Chikungunya e Zika, está instituída desde 2002 e se encontra formalizada por meio do Programa Nacional de Controle da Dengue.

38. Este tem como base o desenvolvimento de dez componentes de ação: 1) Vigilância epidemiológica, 2) Combate ao vetor, 3) Assistência ao paciente, 4) Integração com a atenção básica, 5) Ações de saneamento ambiental, 6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, 7) Capacitação de recursos humano, 8) Legislação de apoio, 9) Sustentação político social e 10) Acompanhamento e avaliação.

39. O Programa Nacional de Controle da Dengue é um programa de amplitude nacional, no qual os Estados e os Municípios são os executores das diversas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em 2009 foi editada as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle da Dengue que detalham a execução de quatro componentes do Programa, relativos à vigilância epidemiológica, ao combate ao vetor, à assistência aos pacientes e às ações de comunicação e mobilização social que devem ser executados pelos gestores do SUS. Estas diretrizes foram construídas com o envolvimento de todas as esferas de governo e detalham as responsabilidades de cada gestor do SUS.

40. Importante considerar que o único elo vulnerável na cadeia de transmissão da dengue, chikungunya e Zika vírus é o mosquito *Aedes aegypti*, e nesse sentido, ações de combate ao vetor são essenciais para o controle dessas doenças. Assim, as atividades de visitas em domicílios e em pontos considerados estratégicos (ferro velhos, borracharias, reciclagens, etc.) são de fundamental importância para o monitoramento e a busca por focos do vetor, com a aplicação de larvicidas, e orientações à população quanto à manutenção do ambiente doméstico livre de potenciais criadouros.

41. As ações de visitas domiciliares são realizadas de maneira rotineira a cada dois meses com a inspeção minuciosa do imóvel em busca de criadouros passíveis de criação do mosquito. Estas ações são rotineiras e são essenciais para eliminação do vetor e controle dessas doenças. Saliente-se que até o dia 30 de junho de 2016, data de encerramento do 4º ciclo de visitação, que teve duração de dois meses, de 1 de maio a

30 de junho. a Sala Nacional de Coordenação e Controle informa que foram realizadas 52.036.673 visitas a imóveis com o objetivo de identificar e eliminar focos, realizar tratamento mecânico ou químico de possíveis criadouros e orientar a população sobre as formas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

42. Esse quantitativo de visitas corresponde a 77,55% dos imóveis constantes do CNEFE/IBGE. As visitas resultaram em 43.837.404 (84,24%) imóveis inspecionados (ou trabalhados), 8.199.269 (15,76%) imóveis fechados e/ou com o acesso recusado ao imóvel, conforme as informações disponibilizadas no Informe nº 16 de 15 de julho de 2016. Considerou-se que, com um índice de 77,5% de imóveis visitados, o ciclo apresentou um resultado positivo. Também observou-se uma redução no número de imóveis com focos do total de imóveis trabalhados de 3,37% no primeiro ciclo para 2,09% no final do quarto ciclo, o que demonstra a importância das ações de visitas domiciliares.

43. Nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2016, realizou-se a Reunião Internacional para Avaliação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil. A reunião foi promovida pelo Ministério da Saúde, com apoio da representação brasileira da Organização PanAmericana da Saúde, em Brasília. O objetivo da Reunião foi avaliar novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti*, com base em evidências de seus resultados e potencial para utilização em escala ampliada.

44. Na reunião, evidenciou-se a necessidade da adoção de um conjunto de estratégias, que perpassam o fortalecimento das atividades já estabelecidas no Programa Nacional de Controle de Dengue, incluindo a realização de visitas domiciliares, ações de educação e supressão de criadouros, acrescidas por novas tecnologias, complementares às atividades já estabelecidas ou que com elas tenham sinergia⁶.

45. Ressalta-se ainda que o Programa Saúde na Escola incorporou em suas atribuições a ação de saúde ambiental com foco ao combate do *Aedes*. Foi realizada uma publicação com as experiências de combate ao mosquito *Aedes* pelos municípios

⁶ <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/05/2016-012---Relatorio-reuniao-especialistasAedes-publica---o.pdf>

brasileiros, no mês de abril, disponibilizada no site do programa, sendo ainda realizada a divulgação de ações de combate ao mosquito via facebook do programa.

46. Destaca-se a criação e implantação do Aplicativo RS Contra Aedes para a população em geral, desenvolvido por: Núcleo de Telessaúde RS, SES/RS, e SISQUALIS. O aplicativo faz parte da campanha #RSContraAedes e permite ao usuário denunciar possíveis focos do mosquito e montar uma lista personalizada dos locais em sua casa que podem se tornar focos do *Aedes aegypti*.

47. Faz parte também da campanha o Aplicativo RS Contra Aedes para Agentes de saúde, que serve como sistema de captura de dados para as campanhas de enfrentamento do mosquito e as doenças por ele transmitidas, contando com as seguintes funcionalidades: registro georreferenciado em tempo real de todas visitas domiciliares para identificação, eliminação e/ou tratamento dos focos do mosquito, assim como de orientação da população, especialmente as gestantes; visualização no GoogleMaps de quantos agentes de saúde, a cada momento, estão realizando visitas de combate ao mosquito; produção dos relatórios sobre resultado das visitas, alimentando com informações e indicadores a Sala Nacional de Coordenação e Controle do Combate ao *Aedes aegypti*; capacidade de alimentar as planilhas de compilação de dados do Ministério da Saúde, bem como o monitoramento diário georreferenciado da produção de visitas e informações educativas sobre o mosquito e as doenças transmitidas.

48. Foram ainda desenvolvidos outros dispositivos com o intuito de prevenir a infecção pelo vírus Zika, tais como o aplicativo Observatório do Aedes (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), que consiste no projeto que possibilita a população denunciar a suspeita de focos e casos de Dengue, Zika e Chikungunya de forma georreferenciada; o Sistema de Denúncias Online/Móvel, que permite a população denunciar, através de um mapa os locais com focos do mosquito e informar casos suspeitos da doença; o Sistema de Registro Vetorial, por meio do qual os agentes de endemias registram suas atividades de campo e visita domiciliar; o Sistema de Gestão, mediante tal dispositivo o gestor acessa mais rapidamente às informações para poder planejar o combate ao vetor de transmissão da doença de forma mais eficiente e, por

fim, o Módulo de Alarmes, que propicia a criação de planos de contingência que são apresentados automaticamente para os gestores de acordo com a avaliação e constatação das denúncias.

c) Do Plano Nacional de enfrentamento à microcefalia:

49. Consoante mencionado, em 11 de novembro de 2015, houve a edição da edição da Portaria nº 1.813/GM/MS, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e estabelece o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública como mecanismo de gestão nacional coordenada de resposta à emergência no âmbito nacional.

50. Em prosseguimento, o Ministério da Saúde assentou um conjunto de ações de enfrentamento à microcefalia, descritas no Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. O Plano envolve 19 órgãos e entidades, e entre eles o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e o Ministério da Educação. No âmbito do Ministério da Saúde, urge assinalar que todas as Áreas da Secretaria de Atenção à Saúde estão mobilizadas em prol do apoio e do desenvolvimento das ações constantes do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.

51. Como parte do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o Ministério da Saúde, após identificar e reconhecer a relação entre o vírus da Zika e as ocorrências de microcefalia, desenvolveu um conjunto de ações, divididas em 3 eixos: Mobilização e Combate ao mosquito, Cuidado e Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa.

52. As ações previstas no Plano foram pactuadas pelo conjunto de órgãos envolvidos juntamente com a Casa Civil e a Presidência da República e começaram a ser desenvolvidas ainda em novembro de 2015, logo após confirmada a emergência em saúde pública e a associação do vírus da Zika com as ocorrências de microcefalia.

53. Como parte do plano desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foram realizadas algumas ações em apoio aos Estados e Municípios para qualificar o atendimento à saúde, de modo a abarcar o diagnóstico e o acompanhamento e

encaminhamento mais adequado para a atenção integral de cada criança e sua família, de acordo com as suas especificidades. Desse modo, foram realizadas as seguintes ações:

i) elaboração dos seguintes materiais técnicos:

- protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia (publicado em janeiro de 2016) e Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de Microcefalia.

- em fase de conclusão: Manual para Famílias e Cuidadores para estimulação precoce, Guia para profissionais de Atenção Básica.

- em fase de editoração: 09 vídeos para apoiar as famílias e os serviços no cuidado, desenvolvimento e estimulação precoce das crianças com Microcefalia.

ii) ações de educação:

- qualificação de profissionais para a resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, de acordo com a Portaria nº de 11 de janeiro de 2016, editada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação.

- Estratégia de Interação Virtual, intitulada Comunidade de práticas: "Conversando sobre o Aedes" disponível para os Profissionais de saúde e população em geral: interação e compartilhamento de experiências bem sucedidas;

- Criação da rede de "Centros Colaboradores": espaços de formação de profissionais de saúde para atuar no enfrentamento a epidemia de microcefalia associada ao Zika e agravos relacionados a infecção por Zika, Dengue, Chikungunya;

- Oferta do Curso de Capacitação em Estimulação Precoce e o Curso “Zika: abordagem clínica na Atenção Básica” e módulo educacional auto instrucional em EAD: “Atualização no combate vetorial ao *Aedes aegypti*”; e

- Organização do apoio do Telessaúde, para apoio aos profissionais no atendimento das crianças com microcefalia, sendo que já foram realizadas 5.541 tele consultorias até o março de 2016.

iii) apoio aos Estados e Municípios:

- Realizadas 18 visitas técnicas no período entre 16 de fevereiro e 11 de março de 2016 em todos os Estados da região Nordeste e aos Estados do TO, MT, MS, GO, ES e MG. Nestas visitas, foram identificados, os seguintes pontos críticos: as informações acerca do atendimento às crianças com microcefalia ainda eram bastante frágeis e requerendo alinhamento entre vigilância e assistência para melhor acompanhamento dos casos; centralização do cuidado em serviços de atenção especializada nas capitais; necessidade de orientação para inclusão imediata da criança na estimulação precoce, mesmo sem confirmação via exame de imagem.

54. Foram realizadas Videoconferências a partir do dia 07 de janeiro de 2016, com as coordenações de Saúde da Criança, da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde dos 26 Estados e o DF e das capitais, com objetivo de promover a celeridade das medidas de prevenção e de cuidado e apoio à organização de redes e definições de fluxos assistenciais.

55. Após o desenvolvimento desse conjunto de ações, ainda percebeu-se a existência de um grande número de crianças que não estavam sendo localizadas ou que o acesso aos serviços de saúde não estava garantido para realização do diagnóstico e do cuidado necessário às suas necessidades.

56. Dessa forma, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pela identificação das crianças e suas famílias que haviam sido notificadas no Registro de

Eventos em Saúde Pública até então, realizando-se uma busca ativa das famílias de crianças notificadas como suspeitas pela Ouvidoria do SUS – 196. Foram realizadas mais de 12 mil ligações sendo que aproximadamente 40% das famílias foram encontradas e responderam a um questionário que apoiou o Ministério da Saúde a definir as estratégias a serem desenvolvidas.

57. Por fim, destaca-se ainda o Projeto Piloto de Tele diagnóstico no Estado da Paraíba, destinado à realização do exame de Ultrassonografia Transfontanela, para ampliar o acesso ao procedimento auxiliando serviços sem médico laudador.

d) Da estratégia de ação rápida para o fortalecimento da atenção à saúde e da proteção social de crianças com microcefalia.

58. A CONJUR/MS destacou ainda a publicação da Instrução Operacional Conjunta nº 01/SNAS/MDS e SAS/MS, em fevereiro de 2016, que estabelece procedimentos e rotinas conjuntas de atenção às famílias no âmbito do Sistema Único de Assistência Social e do SUS quanto ao enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti* e ao cuidado integral das famílias com casos de microcefalia, como primeiro instrumento conjunto para embasar a estratégia de ação rápida para o fortalecimento da atenção à saúde e da proteção social de crianças com microcefalia.

59. Tal estratégia foi instituída a partir da necessidade de esclarecer os casos suspeitos de microcefalia e garantir o acesso assistencial a exames, consultas e tratamentos especializados, bem como o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento na Atenção Básica à Saúde, trazendo às crianças e às famílias o conforto que um diagnóstico definitivo e uma atenção humanizada e continuada do cuidado em saúde e na assistência social, adequada às necessidades de cada criança e sua família, por meio da edição da Portaria Interministerial no 405, de 15 de março de 2016, destinando recursos financeiros federais adicionais aos já disponíveis nos tetos financeiros de Estados e de Municípios de média e alta complexidade no formato de incentivo.

60. O público alvo inicial da estratégia foram 4.976 crianças envolvendo um montante de R\$ 10,9 milhões.

61. Seu objetivo principal foi o de esclarecer, no menor tempo e com o menor desgaste físico e mental das crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientar a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico conclusivo ou excluído. São ainda objetivos específicos da estratégia: identificar e localizar os casos suspeitos de microcefalia notificados como “em investigação” e “investigados e confirmados”; prover a confirmação ou exclusão diagnóstica dos casos notificados como em investigação; prover a assistência adequada para todos os casos com diagnóstico definido, na puericultura, estimulação precoce e atenção especializada neurológica, oftalmológica, auditiva e outras necessárias, conforme os protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e prover o apoio e a proteção social às crianças microcéfalas e suas famílias.

62. A Instrução Operacional Conjunta nº 02/SNAS/MDS e SAS/MS foi adotada em março de 2016, com vistas a orientar, operacionalmente e de forma complementar à Portaria Interministerial nº 405, de 2016, os gestores do SUS e do Sistema Único de Assistência Social para o desenvolvimento das ações necessárias visando à implementação da Estratégia de Ação Rápida e o alcance de seus objetivos.

63. A CONJUR/MS ressalta a importância da Estratégia de Ação Rápida para apoiar os Estados na organização de uma resposta mais eficiente na organização da rede assistencial para dar acesso às crianças suspeitas ao diagnóstico e ao melhor encaminhamento.

64. Em relação à sua operacionalização, informa a CONJUR/MS que após cuidadoso acompanhamento e monitoramento, evidenciou-se que o incentivo proposto pela Portaria Interministerial nº 405, de 2013, foi um importante instrumento para localização de crianças e realização de mutirões visando realizar seu diagnóstico, impactando positivamente no resultado de crianças com conclusão diagnóstica bem como na organização do componente assistencial, salientando a CONJUR/MS que:

“Sendo assim, quanto à realização eficiente de diagnósticos, as planilhas enviadas semanalmente pelos Estados demonstram um avanço significativo nos resultados, foram esclarecidos os diagnósticos de 5.724 crianças. Assim, com base no acompanhamento realizado junto aos Estados, atualmente, foram identificadas 8.218 crianças, sendo que destas, 5.724 já tem seu diagnóstico esclarecido (...) e 2.494 ainda permanecem em investigação. Ainda, foram acompanhadas pela atenção especializada, para realização do diagnóstico completo e/ou para o acompanhamento especializado, 4.521 crianças. Mães e crianças que permanecem com vínculo na atenção básica e no acompanhamento pela puericultura somam 3.711 crianças. Ainda, os estados registraram que 1.788 crianças estão vinculadas a algum serviço para a estimulação precoce e 1.067 famílias estão sendo atendidas pela assistência social. Ainda, de acordo com a informação do Informe Epidemiológico no 41, observamos que 6.201 casos já foram esclarecidos (confirmados ou descartados), sendo 4.344 descartados e 1.857 confirmados para microcefalia. Ao se observar a evolução do número de casos notificados entre o início da Estratégia de Ação Rápida e os dados atuais, nota-se o aumento de 3.014 novos casos notificados, resultando assim, num total de 68% de casos com diagnóstico esclarecido. Com foco nos Municípios, 60 apresentam mais de 4 crianças confirmadas para microcefalia, e que se somados totalizam 983 crianças, sendo a maior concentração na região Nordeste.”

e) Da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres:

65. Informa a CONJUR/MS que o Ministério da Saúde orienta a atenção em saúde sexual e reprodutiva, com ações que envolvam homens e mulheres adultos, adolescentes e jovens, e reconheçam os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, e a atenção ao pré-natal e puerpério, com foque na qualidade do cuidado, acolhimento e escuta qualificada.

66. As equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família têm papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva, pois, a partir do conhecimento dos diferentes contextos e necessidades de saúde das pessoas, essas equipes planejam e executam suas ações.

67. Dessa forma, as equipes de saúde devem reforçar as ações de oferta e a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos para a população e o acompanhamento das mulheres que estão em idade fértil, considerando a corresponsabilização do homem pelo planejamento reprodutivo, devendo haver a informação pelos profissionais da saúde, de mulheres ou casais que desejam ter filhos, sobre sua saúde sexual e reprodutiva, de forma a evitar a infecção pelo vírus Zika.

68. Dentre as principais ações das equipes de saúde no âmbito da atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva, destaca a CONJUR/MS as seguintes:

- Realização de ações de educação em saúde com mulheres e homens adultos, jovens, adolescentes e idosos garantindo a oferta de informações e promoção da saúde sexual e reprodutiva da população:

- Ampliação do acesso dos homens adultos e adolescentes aos serviços de saúde, especialmente estimulando sua participação nas ações de planejamento reprodutivo, pois o homem exerce papel importante tanto na escolha quanto no uso de algum método contraceptivo, independente de ser ele ou sua parceira que faça uso do mesmo:

- Disponibilização de orientações e informações e garantia de acesso aos métodos contraceptivos, que são distribuídos pelo Ministério da Saúde, para todos os municípios brasileiros, para disponibilização gratuita nas Unidades Básicas de Saúde. São eles: preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intrauterino com cobre (DIU T Cu), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula.

- Ressaltar a importância do uso de preservativos não só como método contraceptivo, mas também para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV/aids.

- Garantia do acesso ao teste rápido de gravidez para detecção precoce da gravidez e início do acompanhamento pré-natal em tempo oportuno ou oferta de métodos contraceptivos, no caso de teste negativo;

- Oferta de Teste Rápido de Sífilis e HIV e diagnóstico e tratamento de IST/HIV/Aids em tempo oportuno;

- Identificação de situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência(AE). Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada devem ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE;

- Oferta de aconselhamento préconcepcional, para orientação e informação às mulheres que desejam engravidar sobre a atual situação dos casos de alterações no sistema nervoso central das crianças e sua relação com o vírus Zika, além de reforçar a necessidade de combate ao vetor (o mosquito *Aedes aegypti*), prevenção à picada de mosquitos e medidas de proteção individual: utilização de telas em janelas e portas, uso de roupas compridas – calças e blusas – sempre que possível e, usar roupas que deixem áreas do corpo expostas, uso de repelente.

69. A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva vai além da oferta de métodos e técnicas para a concepção e contracepção e envolve também a disponibilização de orientações e informações, respeitando a autonomia e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

70. Informa ainda a CONJUR/MS que:

“45. Com o objetivo de oportunizar o acesso aos métodos contraceptivos para aquelas mulheres que se encontram no período pós-parto ou pós-

abortamento e que desejam evitar uma nova gravidez, o Ministério da Saúde orienta a implementação da anticoncepção pós-parto e pós-abortamento, com a disponibilização de contraceptivos injetável mensal, injetável trimestral e Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU T Cu) para os estabelecimentos hospitalares de saúde públicos, filantrópicos e universitários que tenham interesse e pessoal capacitado para a inclusão da anticoncepção pós-parto e pósabortamento no cuidado prestado.

46. O Ministério da Saúde também está reorganizando o fluxo de solicitação e distribuição dos métodos contraceptivos para os Estados e Municípios com o objetivo de contribuir com a qualificação da programação ascendente, considerando dados de prevalência de uso de cada método contraceptivo da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006, Manual do Planejamento Familiar para Gestores de 2002, dados demográficos locais e estoques dos departamentos de assistência farmacêutica informados no primeiro semestre de 2016. Da mesma forma, também tem incentivado o uso e disponibilização do preservativo feminino, como um método seguro e eficaz de prevenção de IST e da gravidez indesejada.

47. Considerando os relatos existentes na literatura sobre a transmissão sexual do vírus Zika, assim como a identificação de partículas virais em sêmen de indivíduos com sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo vírus Zika, o Ministério da Saúde reforça a orientação de utilização de preservativos masculinos e femininos pela população, em especial as gestantes e suas parcerias, em todas as relações sexuais.”

f) Da atenção ao pré-natal:

71. Nesse ponto, destaca a CONJUR/MS o papel do agente comunitário de saúde, o qual, durante o período gestacional, deverá realizar visitas domiciliares com maior periodicidade em sua área de abrangência, buscando com isso intensificar a orientação, identificar precocemente condições que tornam vulnerável a saúde da mulher e da criança e aprimorar o vínculo de confiança entre si e a gestante.

72. Ressalta ainda a CONJUR/MS a informação quanto à integração entre a Atenção Básica e o Sisprenatal quanto à distribuição dos repelentes, objetivando-se a extensão da identificação das gestantes integrantes do Programa Bolsa Família. Com efeito, a CGAN, o DATASUS e a Coordenação Geral de Saúde da Mulher realizaram no 1º semestre/2016 a integração do Sisprenatal com o Programa, possibilitando um grande aumento na identificação de gestantes, de 50,44% em 2015 para 76,7% em 2016. um aumento de 124.908 gestantes identificadas. Informa a CONJUR/MS que *“No mesmo sentido, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, juntamente com a Secretaria Executiva, o Departamento de Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Vigilância em Saúde, dentre outros, participa da ação de aquisição e distribuição de repelentes para as gestantes do Programa. Atualmente, o processo encontra-se em fase de aquisição”*.

73. A articulação com a rede de assistência social local também é de suma importância para eliminar as barreiras sociais e econômicas que impedem o acompanhamento pré-natal dessas mulheres, informando a CONJUR/MS, em acréscimo, que:

“51. Tendo em vista o atual conhecimento acerca da fisiopatologia da infecção pelo vírus Zika, não há razões para que se altere a rotina de acompanhamento pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, e as gestações não são consideradas, por essa causa isolada, como sendo de alto risco. Igualmente, o pré-natal de gestantes portadoras do vírus Zika é considerado pré-natal de baixo risco, desde que não haja afecções de outra natureza que comprometam o quadro de saúde da gestante ou do feto. Deste modo, a Rede de Atenção Básica está organizada de modo a proceder em sua realização como se dá na rotina destes serviços. Alguns dispositivos já estão disponíveis para orientação das equipes, por exemplo, os Cadernos de Atenção Básica nº 32, “Pré-Natal de Baixo risco”, nº 26, “Saúde Sexual e Reprodutiva”, CAB nº 33, “Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento”.

(...)

54. No caso de diagnóstico de infecção pelo vírus Zika durante a gestação ou caso tenha sido realizada ultrassonografia obstétrica que apresente achado sugestivo para microcefalia ou alteração no sistema nervoso central do feto, a equipe de saúde acolhe a gestante e sua família, por meio de uma escuta qualificada, sem julgamento nem preconceitos, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e assegurando o acompanhamento psicológico e da assistência social, se necessário. As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio clínico dos profissionais de Saúde Mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou de outros profissionais de Saúde Mental do Município. As equipes de Consultório na Rua auxiliam na identificação de gestantes e acionar os outros pontos da rede de atenção à saúde para esse apoio. 55. Também é importante a adequada identificação de vulnerabilidade social e o encaminhamento para acolhimento e atendimento da mulher em um Centro de Referência de Assistência Social. 56. No ano de 2016, o Ministério da Saúde produziu e distribuiu 3.192.737 cadernetas da gestante para todos os Municípios, que incluem informações sobre a prevenção de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, registro de infecção exantemática durante o pré-natal, registro de tratamento da sífilis e pré-natal do parceiro, entre outros. O quantitativo de cadernetas encaminhadas correspondeu à estimativa de gestantes de cada Município (nascidos vivos 2013 + 10%). Ressalta-se que a Caderneta é um importante instrumento para o registro das informações de acompanhamento da gestação e deve ser parte fundamental do processo de trabalho no SUS, mediante sua utilização em todas as consultas do pré-natal. Juntamente com as cadernetas foram enviadas fichas perinatais que podem ser anexadas ao prontuário das gestantes, como espelho do cartão de pré-natal.”

g) Da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência e dos centros especializados em reabilitação:

74. As ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

75. Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir, dentre outros, diagnóstico e avaliação funcional da deficiência; estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento; orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado; reavaliação periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo; promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado; buscar articulação com serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência; e ofertar, sempre que disponível, o transporte sanitário às famílias e usuários que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos.

76. Em janeiro de 2016, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes de Estimulação Precoce com o objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado e a estimulação precoce de crianças, entre zero e 3 anos de idade, principalmente em casos de alterações decorrentes da Síndrome Congênita do Vírus Zika.

77. Tais orientações dirigem-se aos profissionais da Atenção Básica (unidades básicas de saúde, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido, e Centros Especializados em Reabilitação). O material foi recentemente atualizado e será impresso e distribuído aos

diversos serviços da rede SUS, bem como outras instituições como Universidades e Conselhos Profissionais.

78. Em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi lançado em março de 2016 o módulo educacional da Estimulação Precoce com o objetivo de capacitar 7.525 profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas Ocupacionais, psicólogos). 13.490 fizeram a matrícula e 2.617 já concluíram. O Ministério também oferta curso à distância para Qualificação em Triagem Ocular para médicos. Até agosto, 761 se matricularam e 553 já finalizaram o curso.

79. Quanto aos Centros Especializados em Reabilitação, o Brasil tem 1.541 serviços de reabilitação, sendo 139 Centros Especializados em Reabilitação. Desses, 781 realizam estimulação precoce de crianças entre 0 a 3 anos nascidas com microcefalia com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Desde dezembro de 2015, já foram habilitados 14 novos Centros Especializados em Reabilitação, e há ainda a previsão de habilitação de 68 novos Centros Especializados em Reabilitação em 2016, dos quais 16 são obras financiadas pelo Ministério da Saúde em fase de conclusão.

h) Da divulgação de informações sobre o vírus Zika:

80. Informa a CONJUR/MS sobre a Criação do Portal do DAB contendo informações desde o combate ao vetor *Aedes aegypti*, até orientações para o desenvolvimento das crianças.

81. Na Comunidade de Práticas, tem-se ainda Plataforma colaborativa voltada para os trabalhadores e gestores do SUS, que permite que os participantes dialoguem com as experiências de outros espalhados pelo Brasil, estimulando a interação e o acesso ao que acontece no SUS, além de valorizar a prática e a aprendizagem do trabalhador, promovendo, assim, a Educação Permanente em saúde. A Plataforma dispõe de ambientes que permitem a interação e o compartilhamento de experiências, como Relatos de Experiência e Comunidades de Práticas.

82. O Ministério da Saúde oferece AINDA suporte clínico e atividades educacionais sobre Aedes, Zika, Dengue, Chikungunya e microcefalia pelo Programa

Teles Saúde Brasil Redes. Nas atividades educacionais ministradas a distância por meio de tecnologias de informação e comunicação, produzidas e ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde, registram-se as atividades em Teleeducação no combate ao Aedes Aegypti Dengue, Chikungunya, Zika e microcefalia: de novembro de 2015 a 31/08/2016 – 268 atividades com 17.530 participações.

83. Foi ainda instituído Grupo de Interesse Especial sobre Aedes, Zika, Dengue, Chikungunya e microcefalia, com o escopo de proporcionar o compartilhamento de informações e boas práticas de cuidado, vigilância, pesquisa e combate vetorial ao Aedes aegypti, mobilizando profissionais e gestores do SUS, comunidade universitária e hospitais de ensino do país na perspectiva de qualificar o enfrentamento a situação de emergência pública que o país está atravessando. As reuniões ocorrem periodicamente ou por demanda dos interessados, através de ferramentas de webconferência.

i) Da capacitação de profissionais de saúde acerca da temática:

84. No que tange à adoção de medidas que visem qualificar profissionais de saúde para lidar com o vírus Zika, o Ministério da Saúde está em vias de instituir a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas RENEZIKA, que tem por objetivo a integração de gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a implantação de ações e políticas para o enfrentamento da infecção pelo vírus Zika e doenças correlatas no âmbito local, regional e nacional.

85. Ainda, foi formado o Grupo de Interesse Especial “Enfrentamento ao Aedes aegypti e doenças causadas pelo vetor SIG – ZDC”, composto pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e Rede Universitário de Telemedicina, para enfrentamento aos agravos relacionados ao Zika, Dengue e Chikungunya. A primeira atividade realizada no dia 10 de maio de 2016 envolveu mais de 50 pessoas. E, para dar continuidade a tais atividades que visam à elaboração de diretrizes para o cuidado especializado de crianças com microcefalia e outras alterações no sistema nervoso central, esta iniciativa será integrada a RENEZIKA.

86. Além disso, o Ministério da Saúde realizou ainda diversas ações de capacitação: “Atualização no combate vetorial ao *Aedes aegypti*”; “Zika: Abordagem clínica na atenção básica” “Manejo Clínico da Chikungunya” “Programa de Estimulação Precoce”, “A importância do Brincar e da Participação Familiar para o Desenvolvimento Infantil”, “Qualificação em triagem ocular neonatal”, mediante parcerias parcerias com a Secretaria do Estado da Paraíba e ONG Círculo do Coração, a Rede de Cardiologia Pediátrica e Capacitação em Perinatalogia da Paraíba (RCP) e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Núcleo do Telessaúde do RN/PB).

87. Dessa forma, observe-se que o SUS adotou políticas, programas e ações de saúde comprometidos com o direito à saúde da população, particularmente de grupos socialmente vulneráveis. Como ressaltado, as medidas de reabilitação são prioritárias no caso de neonatos com microcefalia, como as realizadas pelos Centros Especializados em Reabilitação; há um amplo programa de capacitação de profissionais de saúde quanto ao tema e a divulgação de informações mediante dispositivos variados, bem como a distribuição de contraceptivos, não havendo amparo à alegação de ocorrência de omissão do Estado quanto à adoção de políticas públicas de saúde concernentes ao vírus Zika e à microcefalia.

IV - DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS CONSIGNADAS E MONTANTES FINANCEIROS REPASSADOS A ENTES DA FEDERAÇÃO OU APLICADOS DIRETAMENTE EM AÇÕES DE COMBATE AO VÍRUS ZIKA E À ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

88. No que toca à demonstração dos recursos federais dispendidos em políticas públicas, registre-se a publicação da Portaria nº 2.162, de 23 de dezembro de 2015, que “autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Componente de Vigilância em Saúde de recurso financeiro para implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle de epidemias mediante situação de emergência”.

89. Conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que “regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento

das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária", os recursos repassados na forma Piso Fixo de Vigilância em Saúde compõem-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde. Tais recursos destinam-se à execução de ações de vigilância em saúde, relacionadas às ações de vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e do trabalhador, a vigilância da situação de saúde, bem como as demais ações descritas na Portaria GM/MS nº. 1.378, de 2013, incluindo ações relacionadas ao controle da Dengue, Chikungunya e vírus Zika.

90. Em cumprimento aos requisitos previstos na Lei nº 12.944, de 17 de junho de 2014, que "altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias", a partir da competência de outubro de 2015, foram publicadas portarias que autorizam o repasse dos valores de recursos federais relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde; a Assistência Financeira Complementar da União para cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes de Combate às Endemias e ao Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação do Agentes de Combate às Endemias.

91. Ademais, destaca-se a Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social SUAS, a Estratégia de Ação Rápida para o fortalecimento da atenção à saúde e da proteção social de crianças com microcefalia, que prevê um montante de R\$ 10,9 milhões.

V - DA INTERPRETAÇÃO DOS ARTS. 124 E 126, DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. DIREITO À VIDA

92. Em relação à pretensão da requerente de que seja declarada a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gestação em relação à grávida infectada pelo vírus Zika é conduta tipificada nos arts. 124 e 126. do

Código Penal. vale a pena transcrever o exposto pelo Exmo. Sr. Advogado-Geral da União neste autos:

“Como se sabe, o direito à vida é um direito primordial, que serve de base para os demais direitos fundamentais. Sua proteção envolve a definição do momento em que surge tal direito; vale dizer, portanto, ser necessário definir a partir de que momento uma pessoa pode ser considerada detentora desse direito

No que tange à definição do início da vida, essa Suprema Corte possui o entendimento, consonante com a legislação pátria, de que tal direito inicia-se com a concepção (cf. ADI nº 3510, Relator atual o Ministro Roberto Barroso). Todavia, nesse mesmo precedente, que discutia as pesquisas com células-tronco embrionárias, restou assentado que, na particularidade de o embrião in vitro ser inviável, não possuindo qualquer potencialidade de vida, estaria autorizada a sua utilização para pesquisas¹⁰.

A discussão sobre a potencialidade de vida foi aprofundada por ocasião do julgamento da ADPF nº 54¹¹, que tinha por objeto a possibilidade de antecipação do parto ou o aborto de fetos anencéfalos. A esse respeito, orientou-se essa Corte Suprema no sentido de que o feto sem potencialidade de vida não pode ser tutelado pelo tipo penal que protege a vida.

(...)

No presente caso, diversamente dos precedentes ora invocados, não se verifica a inviabilidade do embrião ou do feto cuja mãe tenha sido infectada pelo vírus Zika, mas a possibilidade de danos neurológicos e impedimentos corporais, conforme reconhece a própria autora (fls. 75/76 da petição inicial): (...)

Percebe-se, assim, que a autorização da interrupção da gestação, em tal hipótese, seria frontalmente violadora ao direito à vida, uma vez que, embora uma criança cuja mãe tenha sido infectada pelo vírus Zika durante a gestação possa apresentar danos neurológicos e limitações corporais severas, sua vida é viável e merece ser resguardada diante da garantia constitucional insculpida no caput do artigo 5º da Carta de 1988.”

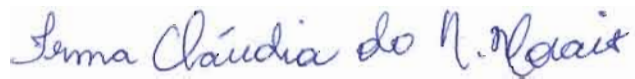
VI. CONCLUSÃO

93. Assim, pelas razões acima expostas, entende-se que as alegações da autora carecem de fundamento, motivo pelo qual merece improcedência o pedido apresentado na presente ação.

94. São essas, Senhor Consultor-Geral da União, as considerações apresentadas a partir dos subsídios oferecidos pela Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, os quais sugere-se sejam apresentados ao Colendo Supremo Tribunal Federal, a título de informações no processo de Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581.

À consideração superior.

Brasília-DF, 05 de setembro de 2016



Irma Cláudia do Nascimento Moraes
Advogada da União