

**EXECELENTÍSSIMA SENHORA MINISTRA CARMEM
LUCIA DO COLENDO SUPREMO TRIBUNAL
FEDERAL - STF**

MINISTRA RELATORA ROSA WEBBER

AUTOS DA AÇÃO DE ARGUIÇÃO DE
DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL –
ADPF N. 442

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO**,
associação civil sem fins lucrativos, com foro na Avenida
Brigadeiro Luís Antônio nº 3421, conjunto nº 903, Jardim
Paulista, São Paulo, SP, regularmente inscrita no CNPJ/MF nº
34.102.657/0001-81, neste ato representada por seu presidente
Dr. César Eduardo Fernandes, nos autos da ADPF em
epígrafe, vem, *mui respeitosamente*, à presença desta Colenda
Suprema Corte, com fulcro dos artigos 7º, § 2º, da Lei
9.868/99, e 131, § 3º, do Regimento Interno do STF c/c na Lei
n. 9.882 de 1999, art. 6º, parágrafos 1º e 2º, e na Lei n. 9.868 de
1999, art. 7º, § 2º, postular **HABILITAÇÃO COMO AMICUS
CURIAE**, pelas razões de fato e de direito, a seguir delineadas.

1. REQUISITOS PARA ADMISSIBILIDADE: RELEVÂNCIA DA MATÉRIA E REPRESENTATIVIDADE DA FEBRASGO PARA O PEDIDO

O instituto de *amicus curiae*, reconhecido na legislação nacional de ações constitucionais pelas Leis n. 9.868 de 1999 e n. 9.882 de 1999, permite a intervenção de terceiros em casos de controle abstrato de constitucionalidade de modo a assistir o Supremo Tribunal Federal (STF) por meio de apresentação de informações relevantes e adicionais para o caso, democratizando, assim, debates constitucionais de grande relevância para a sociedade brasileira.

Dessa forma, a abertura procedimental possibilitada pelo *amicus curiae* caracteriza a Suprema Corte brasileira como instituição aberta à comunidade especializada no tema de debate constitucional, o que certamente pode enriquecer a qualidade argumentativa no caso e fortalecer a integridade jurisprudencial do STF.¹

A admissibilidade do presente pedido de admissão de intervenção no processo como *amicus curiae* está respaldada na análise conjunta da Lei 9.882 de 1999, que dispõe sobre o processo e julgamento da arguição de descumprimento de preceito fundamental, e da Lei 9.868 de 1999, sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação

¹ Cf. LEAL, Saul Tourinho. O amigo que a Suprema Corte precisa. Jota, 23.06.2016. Disponível em: <http://jota.uol.com.br/o-amigo-que-suprema-corte-precisa>. Acesso em: 30 de ago. de 2017.

declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal. O artigo 138 do Código de Processo Civil e o art. 7º, § 2º da Lei 9.868/1999 facultam ao relator da ação a admissão de pessoas naturais ou jurídicas, órgão ou entidade especializada, com representatividade adequada, como *amicus curiae*.

Conforme a jurisprudência desta Suprema Corte, os critérios para admissão de intervenção de terceiros como *amicus curiae* são a relevância da matéria em análise e a representatividade dos postulantes. A instituição postulante deve ser capaz, portanto, de oferecer informações importantes ao completo entendimento da controvérsia constitucional; no caso em questão, a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848 de 1940).² E, no caso específico da arguição de descumprimento de preceito fundamental, o art. 6º, §2º da Lei 9.882/1999 autoriza, a critério da relatora, a sustentação oral e juntada de memoriais.

Além da realização deste pedido de ingresso em momento oportuno, o presente pleito satisfaz os pressupostos exigidos em lei e consolidados por jurisprudência do STF para manifestação processual de instituições e associações da sociedade civil na qualidade de *amicus curiae*, devendo ser admitido, pelos motivos que serão apresentados a seguir.

² STF, RE 595.964, Rel. Min^a. Cármen Lúcia, DJe 16.02.2011 e STF, ADI 2.321-MC, Rel. Min. Celso de Mello, Tribunal Pleno, DJ 10.6.2005.

A relevância da matéria em debate na ADPF 442 pode ser entendida a partir de seu impacto na sociedade, sobretudo ao considerarmos as 503 mil mulheres que abortaram apenas no ano de 2015, e o fato de que **metade** das mulheres que realizaram um aborto **ilegal** necessitaram de internação médica; o que nos permite descrever o aborto como um fato da vida reprodutiva das mulheres e uma necessidade de saúde a ser levada a sério por profissionais e instituições – públicas e privadas – da saúde.³

Como será explicitado na tese defendida pela FEBRASGO, o aborto, quando realizado em condições seguras e recomendadas, é um procedimento de saúde que apresenta baixíssimos riscos à saúde da mulher e risco de morte quase insignificante.⁴

Entretanto, no contexto de ilegalidade causado pelos artigos 124 e 126 do Código Penal vigente, a realização de abortos em condições inseguras e raramente notificadas coloca em risco a vida das mulheres e dificulta a determinação exata de seus efeitos nas taxas de mortalidade materna do país; nos estudos

³ Dados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), realizada pela Universidade de Brasília e pela Anis – Instituto de Bioética, com financiamento do Ministério da Saúde e Fundo Elas. O valor de 503 mil mulheres é explicado da seguinte forma: “Em 2016 o total estimado de mulheres de 18 a 39 anos no Brasil, incluindo as vivendo em áreas rurais, era de 37.287.746. Extrapolando-se a partir das taxas de aborto de alfabetizadas urbanas (13%), o número de mulheres que, em 2016, já fez aborto ao menos uma vez, portanto, seria em torno de 4,7 milhões. Aplicando-se a taxa de aborto no último ano, o número de mulheres que o fizeram somente no ano de 2015 seria de aproximadamente 503 mil”. (DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em: 29 ago. 2017).

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>. Acesso em: 02 set. 2017.

mais recentes, entretanto, o aborto inseguro é estimado como causa de 8 a 18% das mortes maternas no mundo.⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como procedimento para encerrar uma gravidez não intencional realizada por pessoas que não possuem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não está em conformidade com os padrões médicos mínimos, ou ambos. Apesar de o aborto inseguro ser descrito pela Organização como uma das causas mais facilmente evitáveis de mortalidade materna, ele continua a ocorrer, especialmente em países em desenvolvimento, ocasionando morbimortalidade materna e impactos financeiros a sistemas de saúde públicos e às próprias mulheres. Para prevenção e erradicação do aborto inseguro, a OMS indica que governos devem aumentar as possibilidades de planejamento familiar e desenvolver políticas públicas de aborto seguro para mulheres.⁶

São evidentes as relevantes consequências que a decisão sobre a ADPF 442 teria no exercício do direito constitucional das

⁵ Os dados são apresentados pelo Guttmacher Institute, a partir das seguintes pesquisas publicadas nos últimos três anos: (i) Singh S, Darroch JE and Ashford LS, Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014, New York: Guttmacher Institute, 2014; (ii) Kassebaum NJ et al., Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, The Lancet, 2014, 384(9947):980–1004; (iii) Say L et al., Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, The Lancet Global Health, 2014, 2(6):e323–e333.: Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)> Acesso em 02 set. 2017.

⁶ World Health Organization. Unsafe abortion, authors. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241596121/en/. Acesso em 04 de set. de 2017.

mulheres à saúde, à dignidade, à igualdade e à vedação de tratamento cruel, degradante ou desumano.

Nesse sentido, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) compreende que a relevância da matéria está fortemente relacionada à atuação dos profissionais que atuam nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, por ser a medicina profissão ordenada pelo mandamento constitucional de proteção à saúde do ser humano.

Para atender à saúde das mulheres, sem qualquer tipo de discriminação, entendemos como fundamental o aprimoramento de conhecimentos, de modo ético, sobre procedimentos referentes à reprodução. Por ser esta uma das principais missões confiadas à FEBRASGO, temas relacionados ao procedimento de aborto são de extrema relevância a profissionais da medicina, em especial ginecologistas e obstetras.

Diante da relevância da matéria, os debates constitucionais balizadores da decisão devem incluir, perante a Suprema Corte, a participação qualificada de organizações da sociedade civil e conselhos profissionais que possam oferecer elementos sobre a realidade relacionada ao caso, contribuindo para a reflexão sobre as perguntas pelo justo na ação em questão. Mais especificamente, no caso da relação entre a criminalização do aborto, induzido e voluntário, e a saúde reprodutiva das mulheres, a FEBRASGO possui conhecimento e experiências

profissionais relevantes para informar a decisão da Suprema Corte, como demonstram os argumentos apresentados na segunda parte deste pedido.

Em relação à representatividade e legitimidade material da postulante, deve-se ressaltar que a FEBRASGO é uma instituição sem fins lucrativos que congrega, em todo o território nacional, as Associações Estaduais e do Distrito Federal e atua, desde 1959, no estudo, na divulgação e na defesa pessoal dos interesses profissionais nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia. Compõem as finalidades estatutárias da organização o patrocínio, a promoção, o apoio e o zelo pelo aperfeiçoamento técnico, científico e pelos aspectos profissionais e éticos da profissão de ginecologia e obstetrícia. Para o cumprimento destas e outras finalidades, a FEBRASGO possui a competência institucional de representar as Associações Federais junto às autoridades federais e internacionais.⁷

Ainda, como parte de suas atividades, a FEBRASGO promove Congressos Nacionais, Regionais e Internacionais sobre temas relacionados a ginecologia e obstetrícia, e é responsável pela incorporação do ensino de Ginecologia e Obstetrícia desde a Residência médica até a obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO).⁸

⁷ O estatuto social da FEBRASGO está disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/institucional/documentos-legais/estatuto-social>. Acesso em 04 set. 2017.

⁸ Informações que podem ser conferidas no Regimento da FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/institucional/documentos-legais/regimento-interno>. Acesso em 04 set. 2017.

Por meio de sua Coordenação de Educação Continuada, a FEBRASGO estabelece e atualiza normas e critérios técnico-científicos e éticos necessários para qualificar ginecologistas e obstetras em áreas especializadas. Supervisiona, ainda, a elaboração ou revisão de Manuais de Orientação das diversas áreas de conhecimento de ginecologia e obstetrícia.⁹

A FEBRASGO possui histórico de atuação em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com a Unicef para, por exemplo, produzir manuais de atenção a emergências maternas, redução de morte materna, assistência pré-natal e assistência ao abortamento.¹⁰ Temas relacionados à saúde reprodutiva das mulheres, incluindo o aborto realizado por procedimentos modernos de cuidado, possuem total pertinência com o saber especializado de médicos ginecologistas e obstetras, cuja formação é fortemente influenciada pela própria FEBRASGO.

Nesse sentido, a participação da instituição postulante visa informar o STF sobre o caráter técnico da atuação profissional em ginecologia e obstetrícia no que tange ao procedimento de aborto e à relação desses conhecimentos com os preceitos fundamentais objetos da ADPF 442: da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da não discriminação, da inviolabilidade

⁹ Cf. FEBRASGO. Manual de orientação, Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. (2009) e FEBRASGO. Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO. Rio de Janeiro, Revinter, 2000. 9913p.

¹⁰ Cf. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Urgências e Emergências Maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília, Ministério da Saúde/FEBRASGO, 2000. 118p. e BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília/DF, 2001. 199 p.

da vida, da liberdade, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, da saúde e do planejamento familiar de mulheres, adolescentes e meninas (Constituição Federal, art. 1º, incisos I e II; art. 3º, inciso IV; art. 5º, caput e incisos I, III; art. 6º, caput; art. 196; art. 226, § 7º).

Restam, portanto, comprovadas a legitimidade e o interesse da FEBRASGO, tanto por meio de suas finalidades institucionais e estatutárias, quanto pelo relevante trabalho de proteção da saúde reprodutiva das mulheres por meio da atuação profissional qualificada de médicos, especialmente no que tange à especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Defende-se, assim, a admissibilidade de ingresso da postulante na qualidade de *amicus curiae*.

2. DO MÉRITO:

2.1. O ABORTO SEGURO COMO PROCEDIMENTO DE SAÚDE DAS MULHERES

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO - fundada em 30 de outubro de 1959, na cidade de Belo Horizonte, no decorrer da XI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com personalidade jurídica de direito privado, constituída e organizada na forma deste estatuto, sem fins econômicos, congregando em todo o território nacional, as Associações Estaduais e do Distrito

Federal (em conjunto as “Associações Federadas”), que se dedicam ao estudo, divulgação e defesa pessoal dos interesses dos profissionais que atuam nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia.

Logo, a instituição requerente, por sua vez, demonstra ter inequívoco escopo estatutário e social para contribuir com a questão, objeto da presente demanda, representando seus associados, a saúde pública, a sociedade como todo e finalmente, toda a cadeia que organiza esse mecanismo concatenado, justamente por tais circunstâncias, pautados nos objetivos e legitimidade da requerente, escorada por suas norma máxima (estatuto), pede deferimento de ingresso nos autos na qualidade de *amicus curiae*, visando de forma pontificada, atuar e contribuir no tema do aborto como procedimento de saúde das mulheres: os aportes recentes da literatura médica e a criminalização do aborto e exercício da profissão médica: restrições injustas ao cuidado com a saúde.

Há uma trágica incoerência no cuidado à saúde das mulheres no mundo, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS): apesar dos avanços ocorridos nas últimas duas décadas com relação a evidências em saúde, tecnologias e argumentos de defesa dos direitos humanos, aproximadamente 22 milhões de abortos continuam a ser realizados de modo inseguro a cada

ano, resultando na morte de 47 mil mulheres e sequelas a 5 milhões delas.¹¹

Relatório recente sobre o investimento em serviços de saúde reprodutiva de regiões em desenvolvimento, incluindo a América Latina, demonstrou que a cada ano, mais de 3 milhões de mulheres com complicações de saúde após realização de abortos inseguros **não** recebem atendimento médico posterior ao procedimento.¹²

Conforme a OMS, a realidade atual marcada pela morbimortalidade e por danos à saúde das mulheres causados por abortos inseguros é encontrada em países em desenvolvimento, onde há pouca ou nenhuma disponibilidade de aborto induzido seguro. A atribuição do qualificador inseguro ao aborto ocorre em situações em que não é possível oferecer às mulheres a realização do procedimento por um profissional com habilidades necessárias e/ou em um ambiente em conformidade com os padrões mínimos de cuidado à saúde. Ou seja, o risco está associado a contexto exógeno ao procedimento médico do aborto em si.

A literatura médica apresenta diversos estados de saúde causados por abortos **inseguros**, alguns dos quais podem

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/8ueGuS>. Acesso em 10 de set. 2017.

¹² Cf. SINGH, Susheela; DARROCH, Jacqueline E.; ASHFORD, Lori S. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. New York: Guttmacher Institute, 2014. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>>. Acesso em: 06 set. 2017).

provocar até as mortes e sequelas descritas acima em números. Algumas das consequências do aborto inseguro podem ser: abortamento infectado¹³; hemorragias; intoxicação ou envenenamento por substâncias não aprovadas como medicamentos seguros para interrupção da gravidez; perfuração do útero, entre outras.¹⁴

A OMS estima que 20 a 30% dos abortos **inseguros** resultam em infecções na genitália interna superior e em infertilidade. E, com muita frequência, o abortamento infectado está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras.¹⁵

Recente estudo longitudinal realizado para entender a relação entre saúde mental das mulheres e aborto teve como principal achado de pesquisa o dado de que a negação de acesso ao procedimento do aborto pode ser inicialmente associada a danos psicológicos às mulheres. Os resultados não permitem concluir que restringir o acesso ao aborto poderia ser um cuidado à saúde das mulheres, com base na alegação de que a realização de um aborto prejudica a sua saúde mental.¹⁶

¹³ Cf. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

¹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion, authors. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003. 5th ed. Geneva, 2007.

¹⁵ Cf. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th edition. Geneva, Switzerland, 2004. Disponível em: . Acesso em 16 set 2017.

¹⁶ BIGGS M. ANTONIA, UPADHYAY UD, MCCULLOCH CE, FOSTER DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, 74(2) p.169-178, 2017.

Segundo a própria OMS, as mortes e danos permanentes causados por abortos inseguros podem ser facilmente evitáveis caso se garanta às mulheres a possibilidade de acesso à informação, de planejamento familiar, acesso ao aborto induzido seguro, legal e apoio médico suplementar se necessário.¹⁷

Mesmo nos casos de abortos espontâneos, há diversos diagnósticos clínicos que exigem a atuação médica para exame cuidadoso da mulher e tratamento, por meio dos processos de aborto medicamentoso e/ou cirúrgico. São casos descritos na literatura como abortamento inevitável, aquele em que a gestação não evoluirá; abortamento retido, quando o feto não possui vitalidade; e abortamento incompleto, nos casos em que geralmente há um quadro de sangramento, dor e eliminação de restos ovulares.¹⁸

Para casos de abortamento completo, o tratamento médico recomendado é expectante, verificação de tipo sanguíneo, oferecimento de analgésico e aconselhamento para planejamento reprodutivo. Há ainda, o caso de abortamento habitual, definido como a perda espontânea e consecutiva de 3 ou mais gestações antes de 20/22 semanas. Nestes casos,

¹⁷ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2ª ed., 2013.

¹⁸ Cf. FEBRASGO. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério, 2010.

recomenda-se que diante da ocorrência de duas perdas, já se permita pensar no diagnóstico e iniciar pesquisa médica.¹⁹

É claro, portanto, que as necessidades de saúde das mulheres não se reduzem aos casos em que elas, diante das permissões legais, optam por realizar o procedimento para interromper gravidez ou finalizar o abortamento já iniciado. No caso dos abortos com início espontâneo, a demora da finalização do processo pode causar dor extrema à mulher e provocar infecções severas.²⁰

Dessa forma, mulheres são diariamente atendidas por serviços médicos que realizam o procedimento de saúde comumente tratado como aborto, o que evidencia o caráter seguro e necessário do procedimento para a profissão médica.

O motivo da simplicidade da proposta da OMS, compartilhada pela FEBRASGO, para solução da incoerência trágica entre o conhecimento médico sobre o aborto e os riscos ainda provocados à vida das mulheres pelo aborto inseguro é desenvolvido nesta seção e se resume ao fato, comprovado por evidências científicas e pela prática médica, de que o aborto é

¹⁹ O abortamento completo é mais comum nas gestações com menos de oito semanas. Já o abortamento habitual configura-se com a perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION . Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/8ueGuS>. Acesso em 10 de set. 2017.

um procedimento seguro e essencial para salvar vidas e garantir o cuidado em saúde humano e digno às mulheres.

Os procedimentos atualmente recomendados pela Organização Mundial da Saúde são de baixa complexidade e descritos de modo pormenorizado em manuais da própria Organização e em manuais nacionais de referência para atendimento a procedimentos de abortos legais. A seguir, apresentamos dois dos principais métodos: o aborto medicamentoso, também conhecido como farmacológico, e a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).

No caso do aborto medicamentoso, trata-se, em termos simples, da utilização de fármacos para indução do aborto ou abreviação do abortamento em curso. O método recomendado pela OMS é o uso de mifepristone seguindo pelo uso de misoprostol. Enquanto o primeiro fármaco é sempre administrado oralmente, o segundo pode ser utilizado por diferentes vias.

A decisão médica pela forma de administração e dosagem do misoprostol e rota de uso dos dois fármacos depende, segundo a OMS, do número de semanas da gestação, mas o aborto medicamentoso é considerado pela Organização um método seguro e eficaz. Após 12 a 14 semanas de gestação, a OMS recomenda o aborto medicamentoso, com preferência ao uso combinado de mifepristone e misoprostol, ou cirúrgico; com

dosagens e rotas de uso diferentes do procedimento medicamentoso realizado com menos de 12 semanas.²¹

O protocolo afirma que o uso de mifepristone com o misoprostol é sumamente eficaz, seguro e confiável para os abortamentos antes das 9 semanas a partir da data da última menstruação. Os índices de eficácia são de até 98%. Aproximadamente, apenas 2% a 5% das mulheres tratadas com a combinação de mifepristone e misoprostol podem vir a necessitar intervenção médica suplementar para resolver caso de abortamento incompleto, finalizar uma gravidez que continuou ou controlar o sangramento.²²

O aborto medicamentoso evita uma intervenção cirúrgica e é recomendado para mulheres com má formação uterina, com miomas no útero, que tiveram prévias cirurgias cervicais ou, ainda, quando não podem ou não desejam realizar exame pélvico.²³

A OMS considera que o processo de aborto medicamentoso pode ser controlado pela mulher e, inclusive, realizado em casa quando a gravidez não atingiu as 9 semanas. Para este período gestacional, documento de orientação para a prática clínica de

²¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>. Acesso em: 02 set. 2017.

²² Para uma lista da série de referências científicas recentes que embasam o argumento da OMS, ver página 44 do Protocolo. Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2ª ed., 2013.

²³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>. Acesso em: 06 set. 2017.

aborto seguro recomenda a administração do mifepristone em consulta médica e a orientação para administração do misoprostol pela mulher em sua casa. O acompanhamento médico a todo o procedimento deve ser reservado a gestações que ultrapassaram a nona semana ou que apresentem qualquer tipo de complicação. Essa recomendação pode, segundo a OMS, aprimorar o exercício da privacidade e a aceitação dos serviços, em nada comprometendo a segurança do procedimento.²⁴

No Brasil, apenas o misoprostol é oferecido como opção de fármaco para o aborto medicamentoso, e integra a lista de 2017 da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), elaborada pelo Ministério da Saúde.²⁵ Assim, os médicos realizam o aborto medicamentoso apenas pela administração do uso de misoprostol, o qual também é reconhecido como um procedimento seguro e eficaz, embora o uso combinado com mifepristone seja a prática mais recomendada pela OMS, por reduzir a necessidade de acompanhamento médico **após** a utilização – apenas caso desejem, mulheres podem agendar uma consulta –, e, principalmente, por ser mais eficaz que o uso isolado do misoprostol. A recomendação mais aceita internacionalmente indica que esse procedimento medicamentoso apenas deve ser realizado no caso de não haver

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>. Acesso em: 06 set. 2017.

²⁵ A RENAME 2017 está disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf. Acesso em 12 de set. 2017.

disponibilidade de mifepristone, como ocorre atualmente no Brasil.²⁶

Além do aborto medicamentoso, a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) é outro procedimento recomendado pela OMS para um aborto seguro, o qual consiste em um procedimento cirúrgico de baixa complexidade. A AMIU é especialmente indicada até a 3^a semana de gestação, mas também pode ser realizada até a 14^a semana. Estudo realizado com 11.487 procedimentos de aspiração, protagonizados por enfermeiros e médicos estadunidenses, concluiu que em apenas 1,3% dos casos houve qualquer complicação clínica.²⁷

O aborto medicamentoso e a AMIU são considerados os procedimentos seguros e preferíveis à raspagem ou à curetagem. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde estabelece que nas gestações com menos de 12 semanas indica-se a AMIU, por ser mais segura e permitir o esvaziamento uterino mais célere. Apenas quando não for possível empregar essa técnica deve ser realizada a curetagem uterina, a qual é fortemente desaconselhada pela OMS.²⁸

²⁶ Esta é uma das fortes recomendações da OMS para abortamento medicamentoso, também conhecido como farmacológico. Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2^a ed., 2013. Disponível em: http://www.estadao.com.br/ext/especiais/2008/04/pesquisa_aborto.pdf. Acesso em 12 set. 2017.

²⁷ WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health, v. 103, n. 3, p. 454-461, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673521/pdf/AJPH.2012.301159.pdf>>. Acesso em 06 set. 2017.

²⁸ Cf. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma

A aspiração a vácuo intra-uterina é a técnica de escolha para a interrupção da gravidez com um máximo de 12 a 14 semanas de gestação. Este procedimento não deve completar-se mediante curetagem como procedimento de rotina. O método de dilatação e curetagem (D&C), se ainda for praticado, deverá ser substituído pela aspiração a vácuo (p. 2).²⁹

Estudo prospectivo realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (CO-HUSM) em gestantes de até 12 semanas, com diagnóstico de abortamento incompleto concluiu que a AMIU requer, ainda, menos tempo de permanência hospitalar, o que aumenta a efetividade do método e pode melhorar a qualidade do atendimento às pacientes.³⁰

De modo geral, diante da administração de misoprostol apenas e/ou da combinação desse medicamento com mifepristone à mulher grávida, ou da realização de AMIU, médicos devem oferecer o devido cuidado durante e após a interrupção da gravidez. Os protocolos de saúde da OMS enfatizam a importância do cuidado médico para oferecer informações confiáveis sobre os modos de administração dos medicamentos; métodos de redução ou medicação para dor; e possíveis contatos de serviço de saúde para atendê-la em caso de dúvidas,

técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

²⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2ª ed. 1.Aborto induzido. 2.Cuidado pré-natal. 3.Bem-estar materno. 4.Política de saúde. 5, 2013.

³⁰ Cf. Saciloto M.P, Konopka C.K., Velho M.T.C, Jobim F.C, Resener E.V., Muradás R.R., Nicolaou P.K. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, 2011; 33(10): 292-6.

preocupações ou complicações, ainda que essas sejam pouco frequentes.

Inclusive, a OMS recomenda que a todas as mulheres devem ser oferecidos medicamentos para aliviar a dor como parte da rotina, tanto para a realização de um abortamento farmacológico, quanto para um abortamento cirúrgico.³¹ Esta é uma das recomendações técnicas e clínicas associadas à proteção da dignidade da mulher diante da proibição de tortura ou ao tratamento desumano ou degradante em casos de abortamento, seja ele atualmente criminalizado ou não.

Segundo protocolos internacionais, os atendimentos médicos relacionados ao aborto devem envolver escuta e aconselhamento às mulheres sobre o contexto pessoal, familiar e necessidades de planejamento reprodutivo. Especialmente no contexto pós-aborto, uma mulher precisa ser orientada sobre cuidados com a reprodução, por exemplo, tempo de retorno da fertilidade após o abortamento; métodos de planejamento familiar existentes para uso imediato; cuidados relacionados à saúde sexual, dentre outros temas.³² A oferta de informações para cada mulher em seu contexto pós-aborto é uma forma de se evitar futuras gestações indesejadas, garantindo o acesso e uso

³¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2ª ed., 2013.

³²JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH/CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. Family Planning: a global handbook for providers. Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 2011. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/. Acesso em 17 set. 2017

de métodos contraceptivos, e, assim, a redução do número de abortos realizados.

Nos casos de abortamentos atualmente não criminalizados, protocolos internacionais e nacionais compelem médicos a devidamente informar as mulheres com relação aos procedimentos de saúde existentes e aconselhá-las a partir de uma análise de seus históricos clínicos, preferências e alternativas. A literatura e a prática médicas já utilizam, portanto, o aborto farmacológico e a AMIU como formas de cuidado com a saúde das mulheres e, não raro, para salvar a vida de suas pacientes.

O Código Penal de 1940, ao ignorar diversas outras situações em que as mulheres podem se confrontar com a necessidade de interromper uma gravidez, e ao menosprezar os graves efeitos do aborto inseguro, submete as mulheres a intensas violações ao seu direito à saúde.

A situação de ilegalidade, além de não impedir a busca pelo procedimento de aborto no mercado clandestino e inseguro, impõe graves riscos às mulheres, especialmente as mais precarizadas pela criminalização. Estudo localizado em dois hospitais públicos de Teresina com 30 adolescentes internadas após curetagem uterina descreveu que 94% das adolescentes provocaram o aborto a partir do uso de medicamentos ilegais – situação que as torna mais vulneráveis não apenas a

medicamentos de pouca qualidade, ou possivelmente prejudiciais à saúde, mas também as afasta dos serviços de saúde para aconselhamento médico prévio e posterior ao aborto sobre os melhores procedimentos de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.³³

A lei penal que criminaliza o procedimento médico do aborto está em desconformidade com as necessidades de saúde das mulheres e cria um estado de inconstitucionalidade ao não dispensar tratamento igualitário às mulheres no exercício de seus direitos à saúde, à integridade física e psíquica, à dignidade, à autonomia e à vedação da tortura ou de tratamento desumano ou degradante.

2.2. CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA

Como apresentado na seção anterior, a literatura médica recente define procedimentos como o aborto medicamentoso e a AMIU, realizados por profissionais com habilidades necessárias e/ou em ambiente em conformidade com os padrões de saúde mínimos, como **procedimentos médicos seguros**.

No entanto, para todas as mulheres que diariamente realizam abortos considerados ilegais pela atual legislação, médicos, sob o risco de serem criminalizados, não poderiam oferecer a elas as

³³ Cf. NUNES, Maria das Dores, MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. Cien Saude Coletiva, v. 18, n. 8, p. 2311-2318, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/15.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

informações apropriadas, tampouco auxiliá-las em suas necessidades de saúde e decisões reprodutivas. Em outras palavras, procedimentos comuns e seguros de saúde se transformam, no atual cenário da ilegalidade, em riscos à saúde e vida das mulheres.

Em um cenário de descriminalização do aborto induzido e voluntário, mulheres não apenas poderiam decidir pela realização do aborto em situações atualmente criminalizadas pelo Código Penal de 1940 – como decidiram 503 mil mulheres brasileiras em 2015³⁴ –, mas exerceriam seu direito à saúde de forma completamente diferente. Nesse cenário, médicos analisariam clinicamente essas mulheres e diagnosticariam as condições de saúde das pacientes, indicando, então, procedimentos adequados para cada caso.

Assim, defendemos que **não há sentido na criminalização do aborto, pois, ao falarmos de aborto seguro, endereçamos um procedimento de cuidado com a saúde das mulheres.** Esse argumento deve ser considerado no debate constitucional relacionado à controvérsia sobre a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal. Enquanto o Código Penal continuar a criminalizar o aborto, apenas não o fazendo diante das causas excludentes de ilicitude atualmente aceitas, médicos

³⁴ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em: 17 set. 2017.

não poderão exercer o dever de respeitar o direito à saúde de todas as mulheres.

Diante da criminalização do aborto, a liberdade e autonomia da mulher estão cerceadas, como também ocorre com o exercício da liberdade profissional médica de aplicar os métodos mais recomendados por protocolos internacionais de cuidado com a saúde. A legislação penal de 1940 impede que o médico se guie de fato pelas regras públicas de dever de cuidado com a saúde no exercício da profissão médica, pois obstrui a indicação do procedimento adequado, dados os avanços científicos, para uma mulher cuja vontade informada seja a de realizar um aborto.

O Código de Ética Médica determina que é vedado ao médico “deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”.³⁵ Caso o médico se encontre diante de paciente cujo exercício de autonomia e liberdade implica decidir privadamente pela realização da interrupção da gravidez, por quaisquer motivos, o médico não poderá cumprir o dever de indicar métodos de abortamento seguros e largamente utilizados no seu cotidiano profissional. A fragilização da relação médico-paciente nesses casos é uma das formas de abertura para violação do direito à saúde (art. 6º,

³⁵ A citação é do artigo 32 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n. 1931*, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 13 set. 2016).

Constituição Federal), pois é um dos elementos do contexto propício e danoso em que mulheres se submetem a abortos inseguros.

No aprendizado constitucional dos Estados Unidos com o tema do aborto, e principalmente no caso *Roe v. Wade*, argumenta-se que a relação médico-paciente estaria protegida justamente pela aplicação do direito à privacidade. Os debates desenvolvidos na Corte Suprema daquele país consideraram que a legislação do Texas à época violava o direito à liberdade profissional do exercício da medicina, a relação médico-paciente e o direito de pacientes à privacidade³⁶.

No Brasil, a Constituição Federal considera a saúde um direito fundamental, o que atribui deveres ao Estado e a profissionais do campo para garantia desse direito. Entendemos, assim, que os embates morais sobre o aborto não podem desobrigar o Estado de garantir o direito à saúde das mulheres, menos ainda levá-lo a criminalizar o cuidado médico no exercício desse dever constitucional.

Nesse sentido, entendemos que a manifestação de crenças morais sobre a reprodução devem se restringir ao espaço privado pelo exercício de autonomia e liberdade de cada mulher e de sua família. Para tanto, médicos devem estar protegidos

³⁶ UNITED STATES. Supreme Court. *Roe v. Wade*, 410 US 113. Washington, D.C., 22 jan. 1973. Disponível em: <<https://www.courtlistener.com/opinion/108713/roe-v-wade/>>. Acesso em: 12 set. 2017)

constitucionalmente na apresentação das informações necessárias para o exercício do direito ao planejamento familiar (art. 226, § 7º da Constituição Federal). E o procedimento de aborto deve estar disponível, de maneira segura e em conformidade com o conhecimento médico atual, a todas as mulheres que dele necessitarem, livres de qualquer tipo de estigma ou discriminação.

Finalmente, **a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442 está em conformidade com a argumentação desenvolvida nesta peça.** Questionamos a legitimidade da criminalização do aborto pelos artigos 124 e 126 do Código Penal (Decreto-Lei no 2.848/1940), uma vez que a aplicação dessa normativa penal restringe injustamente o acesso a um procedimento necessário à proteção da saúde das mulheres e obsta a mais correta atuação profissional médica segundo as avaliações clínicas e o respeito à autonomia de suas pacientes. No limite, a lei penal submete as mulheres à tortura de procedimentos clandestinos e inseguros, oferecidos por pessoas sem habilitação técnica, à revelia dos profissionais formados para zelar por sua saúde. A criminalização de um procedimento médico considerado necessário à saúde reprodutiva e de baixíssimo risco – seguidos os protocolos internacionais de saúde – não permite que médicos exerçam seus deveres éticos e constitucionais de defesa da saúde de mulheres, norteados pelos preceitos fundamentais da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da não discriminação, da

inviolabilidade da vida, da liberdade, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, da saúde e do planejamento familiar de mulheres, adolescentes e meninas (Constituição Federal, art. 1º, incisos I e II; art. 3º, inciso IV; art. 5º, caput e incisos I, III; art. 6º, caput; art. 196; art. 226, § 7º).

3. PEDIDOS

Por todo o exposto, a FEBRASGO, vem, perante essa Suprema Corte, apresentar o presente petitório na qualidade de “amicus curiae”, como modo de intervenção admissível em nosso ordenamento jurídico, tendo em vista o entendimento desta Egrégia Corte é no sentido de admitir a intervenção processual por terceiros, como fator de pluralização e legitimação do debate constitucional, e permite que terceiros intervenientes possam sustentar oralmente quando possuidores de elementos informativos possíveis e necessários ao auxílio dos julgadores na resolução da controvérsia, o que poderá ser muito bem exercido pela FEBRASGO, ao lume do “Art. 131 (...) “Admitida a intervenção de terceiros no processo de controle concentrado de constitucionalidade, fica-lhes facultado produzir sustentação oral, aplicando-se, quando for o caso, a regra do § 2º do artigo 132 deste Regimento.”, requer sejam deferidos os seguintes pedidos:

- a) que seja admitida na qualidade de *amicus curiae* nos autos da ADPF 442;
- b) que seja intimada de todos os atos do processo por meio de suas advogadas e representantes legais, xxxxxx, inscritas na OAB-UF xxxxx;
- c) que seja deferida a realização de sustentação oral na sessão de julgamento;
- d) subsidiariamente, que seja esta manifestação admitida como memorial.

No mérito, uma vez admitido seu ingresso na lide como *amicus curiae*, requer que a presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental seja julgada integralmente procedente, pelas razões acima expostas.

De São Paulo para Brasília, 08 de novembro de 2017.

Termos em que,
E.R.D.

Dr. Carlos Magno dos Reis Michaelis Junior
OAB/SP n.º 271.636