

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA MINISTRA PRESIDENTE DO
EXCELSO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS (ANADEP), pessoa jurídica de direito privado, sob a forma de Associação sem fins lucrativos, endereço eletrônico secretaria@anadep.org.br, inscrita no CNPJ nº 03.763.804/0001-30, devidamente registrada no Cartório do 1º Ofício do Registro Civil das Pessoas Jurídicas de Brasília (DF) sob o nº 00072836, sucessora da Federação Nacional de Defensores Públicos, criada em 3 de julho de 1984, com sede na SCS Quadra 01, Bloco M, Edifício Gilberto Salomão, Conjunto 1301, Asa Sul, Brasília (DF), CEP: 70.305-900, neste ato representada, na forma do art. 27, VI, do Estatuto Social (anexo 1), pelo seu Presidente Joaquim Gonzaga de Araújo Neto, Defensor Público Estadual, casado, inscrito no CPF/MF nº. 529.690.613-68 (anexo 2: atas de eleição e de posse), vem, *mui* respeitosamente, perante Vossa Excelência, através de seus advogados ao final assinados, legalmente constituídos por instrumento procuratório em anexo (anexo 3), com fundamento nos artigos. 101, I, 'a', e 102, § 1º, da Constituição República, propor

**AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE CUMULADA COM ARGUIÇÃO DE
DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL,**

com pedido de Medida Cautelar

em face de atos normativos e administrativos do Poder Público nacional (Congresso Nacional e Governo Federal e especialmente a Presidência da República) pela violação de preceitos fundamentais, conforme será demonstrado abaixo.

Ementa da inicial. Legitimidade da ANADEP para propor as duas ações, com fundamento no artigo 2º de seu Estatuto: *atuar, nacional e internacionalmente, em proteção e defesa de toda a pessoa ou grupo que esteja em situação de vulnerabilidade.*

Pareceres técnicos comprovam a deficiência nos serviços públicos disponibilizados pelo Estado brasileiro para a prevenção e combate ao vírus zika.

Interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, e do § 3º, da Lei Federal nº. 13.301/2016.

Declaração de nulidade com redução de texto do § 2º, do artigo 18, da Lei Federal nº. 13.301/2016.

Violações aos seguintes preceitos fundamentais: dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CR), livre desenvolvimento da personalidade, direitos à liberdade e às integridades física e psicológica (art. 5º, *caput*, CR), direito à informação (art. 5º, XIV, da CR), proteção à infância e à maternidade (art. 6º, da CR), direito à saúde e da prevenção de doenças (arts. 6º, 196 e 198, II, da CR), direito à seguridade social (art. 203, da CR), direito ao planejamento familiar e de liberdade reprodutiva (art. 226, §7º, da CR) e direito à proteção das pessoas com deficiência (art. 227, *caput*, §1º, II, da CR).

Interpretação conforme a Constituição dos artigos 124, 126 e 128 do Código Penal.

Implementação de políticas públicas cientificamente adequadas para o combate eficaz da epidemia,

conforme pareceres técnicos de organismos nacionais e internacionais.

Medidas cautelares requeridas: o afastamento do limite de 3 anos para pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC); a sua concessão para vítimas de microcefalia E de outras desordens neurológicas causadas pela síndrome congênita do zika; o afastamento do óbice para o pagamento cumulado do mesmo benefício com o salário-maternidade; a sustação dos inquéritos policiais, dos processos em andamento e sustação das prisões em flagrante que envolvam a interrupção da gravidez quando houver comprovação de infecção da gestante pelo vírus zika, até o julgamento definitivo; interpretação conforme a Constituição dos arts. 23, 24, 124, 126 e 128, CP; e adoção de políticas públicas emergenciais recomendadas por organismos nacionais e internacionais.

I. NOTA PRÉVIA

I.I. A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA E A EVIDÊNCIA MÉDICA QUE COMPROVA A SUA CONEXÃO COM A MICROCEFALIA E OUTRAS DESORDENS NEUROLÓGICAS

01. A epidemia do vírus zika tem se espalhado rapidamente. **Em 03 de agosto de 2016**, 68 países e territórios registravam transmissão do vírus por mosquitos, sendo que 51 deles experimentavam um surto pela primeira vez.¹

02. A infecção pelo vírus em questão é conhecida por causar dor de cabeça, febre baixa, dores leves nas articulações, manchas vermelhas na pele, coceira e vermelhidão nos olhos. Quando da descoberta do vírus zika, na década de 1940,

¹ World Health Organization (WHO). Zika virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome: situation report. 4 August 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/4-august-2016/en/>. Acesso em 06/08/2016.

considerou-se a doença leve, de baixo risco ao ser humano.² No entanto, inúmeros casos de malformações e de complicações neurológicas fetais, as quais se encontram associadas à infecção de mulheres grávidas pelo vírus, foram constatados, sendo declarada **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2016.**³

03. Instalou-se, então, uma corrida científica internacional para investigar **se o vírus zika seria causador das malformações e desordens neurológicas fetais ou se se trataria apenas de uma coincidência ainda não explicada.**⁴ A publicação diária de novos estudos sobre o tema em diversos periódicos internacionais permitiu o acúmulo de importantes evidências científicas.⁵

04. O primeiro estudo médico a identificar o DNA do vírus zika em um feto decorreu do caso de uma mulher europeia que viveu no Rio Grande do Norte por alguns anos. Ela engravidou em fevereiro de 2015 e teve uma infecção viral então não identificada, aos três meses de gestação, depois diagnosticada como tendo sido pelo vírus zika. **Ao retornar à Europa, com sete meses de gravidez, novas ultrassonografias mostraram anomalias fetais graves com retardo de crescimento intrauterino,**

² Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika virus. Symptoms. Disponível em: <https://www.cdc.gov/zika/symptoms/symptoms.html>. Acesso em 09/08/2016.

³ World Health Organization (WHO). WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. 1 Feb. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>. Acesso em 28/07/2016.

⁴ Vogel G. A race to explain Brazil's spike in birth defects: evidence points toward the fast-spreading Zika virus as the cause of microcephaly. Science (80-). 2016;351(6269):110–1. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/351/6269/110.full>. Acesso em 28/07/2016.

⁵ Cauchemez, S, Besnard, M, Bompard, P et al. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013–15: a retrospective study. *Lancet*. 2016 (published online March 15). Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00651-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00651-6/abstract). Acesso em 28/07/2016.

calcificações intracranianas e microcefalia, o que levou à inviabilidade fetal e à antecipação do parto.⁶

05. Assim, em fevereiro de 2016, e inicialmente, ao anunciar a emergência global de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde fez menção à “possível associação entre microcefalia e outras desordens neurológicas e o vírus zika”⁷ e, dois meses depois, **em 07 de abril de 2016**, a organização afirmou que **“baseado em um corpo crescente de estudos preliminares, há consenso científico de que o vírus zika causa a microcefalia e a síndrome de Guillain-Barré”**.⁸

06. Para além da picada do mosquito vetor (*Aedes aegypti*) e da transmissão vertical (da mulher para o feto no útero), **a investigação científica também já identificou outras formas de transmissão do vírus zika, como pela via sexual**⁹. Investigam-se, também, as possibilidades de transmissão por transfusão de sangue, com casos já reportados no Brasil, mas ainda não confirmados¹⁰ e por aleitamento materno¹¹, mas ainda sem casos registrados.

⁶ Mlakar J, Korva M, Tul N, et al. Zika virus associated with microcephaly. N Engl J Med. N Engl J Med 2016; 374:951-958. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600651>. Acesso em 28/07/2016.

⁷ Ver nota de rodapé n. 2. Tradução livre. Acesso em 28/07/2016.

⁸ World Health Organization (WHO). Zika virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome: situation report. 7 April 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204961/1/zikasitrep_7Apr2016_eng.pdf?ua=1. Acesso em 28/07/2016.

⁹ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika and sexual transmission. August 2, 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/sexual-transmission.html>. Acesso em 06/08/2016.

¹⁰ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika and blood transfusion. July 29, 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/blood-transfusion.html>. Acesso em 06/08/2016.

¹¹ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika transmission and risks. July 25, 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/>. Acesso em 06/08/2016.

07. O início das notícias e dos estudos científicos sobre as malformações e desordens neurológicas causadas pelo vírus zika foi marcado pela menção frequente à microcefalia, caracterizada pelo tamanho reduzido da cabeça do recém-nascido, que pode gerar problemas de desenvolvimento. No entanto, a microcefalia isolada não é o diagnóstico adequado para descrever as consequências do vírus. O primeiro estudo a identificar a presença do vírus zika no líquido amniótico de duas mulheres grávidas de fetos com microcefalia **já constatou** que os fetos **apresentavam outras complicações, como calcificações intracranianas**.¹² Estudo de pesquisadoras da Sociedade Brasileira de Medicina Genética, publicado em janeiro de 2016, **analisou 35 casos de bebês com microcefalia associada ao vírus zika**, nascidos no País entre agosto e outubro de 2015, **concluindo-se que, em mais de 70% deles, a microcefalia era severa** e, em mais da metade, havia pelo menos mais uma anomalia cerebral.¹³

08. Portanto, as malformações e complicações neurológicas identificadas têm características mais complexas que a microcefalia isolada e incluem, por exemplo, **comprometimentos auditivos e visuais, dilatação dos ventrículos cerebrais, calcificações intracranianas, artrogripose e restrição de crescimento intrauterino**, podendo resultar em morte fetal.¹⁴ Assim, a microcefalia é apenas um sinal evidente à notificação perinatal da condição que tem sido denominada pela comunidade

¹² Oliveira Melo, Adriana *et al.* Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47:6–7. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.15831/epdf>. Acesso em 28/07/2016.

¹³ Schuler-Faccini, Lavinia *et al.* Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly — Brazil, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, January 29, 2016, Vol. 65, No. 3. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>. Acesso em 28/07/2016.

¹⁴ Ministério da Saúde. Informe epidemiológico nº 38 – Semana Epidemiológica (SE) 31/2016 (31/07/2016 a 06/08/2016) – Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/informe_microcefalia_epidemiologico38.pdf. Acesso em 06/08/2016.

Segundo os dados do boletim epidemiológico n. 38, 389 dos 8.890 casos notificados de microcefalia e/ou outras alterações do sistema nervoso central evoluíram para óbito fetal ou neonatal até 23 de julho de 2016. Desses 389 óbitos fetais ou neonatais notificados, 122 foram confirmados para microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central sugestivos de infecção congênita e 198 permanecem em investigação.

científica de síndrome congênita do zika.¹⁵ Nos termos do parecer da Dra. Laura Rodrigues (doc. 4):

As descrições da síndrome são muito consistentes: **morte fetal, anormalidades do cérebro com ou sem microcefalia, déficit visual e auditivo.** As lesões neurológicas, investigadas através de imagem radiológica do cérebro, indicam que as lesões são predominantemente no córtex (responsável por memória, atenção, percepção, pensamento, linguagem, consciência, alerta); no recém-nascido, se manifestam com irritabilidade e choro muito frequente, falta de contato visual, hipertonía e espasmos infantis. Uma consequência mais rara da hipertonía, ainda durante a gravidez, é que os membros podem não se desenvolver regularmente, e, ao nascimento, podem estar deslocados (artrogripose e displasia da articulação do quadril). Nas imagens radiológicas do cérebro são comuns calcificações corticais e subcorticais (em que os neurônios são substituídos por material calcificado), com giros simplificados (lissencefalia, paquigiria, atrofia cortical), hipoplasia do tronco cerebral, hipoplasia do cerebelo, mielinização atrasada e ventriculomegalia.

Os achados de pesquisa foram descritos em neonatos ao nascimento ou logo após o nascimento. **Como em outras síndromes congênicas é esperado que crianças aparentemente sem alterações ao nascimento desenvolvam sintomas no decorrer da infância, e crianças com anomalias ao nascimento podem desenvolver novas complicações.** Como a epidemia de síndrome congênita do Zika é muito recente, a informação sobre a história natural é ainda muito limitada. O

¹⁵ Brasil, Patrícia *et al.* Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro – Preliminary Report. *The New England Journal of Medicine*, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1602412>. Acesso em 28/07/2016.
Miranda-Filho, Demócrito de Barros, *et al.* Initial Description Of The Presumed Congenital Zika Syndrome. *American Journal Of Public Health* 106.4 (2016): 598-600. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/ref/10.2105/AJPH.2016.303115>. Acesso em 28/07/2016.
Chan, Jasper *et al.* Zika fever and congenital Zika syndrome: An unexpected emerging arboviral disease. *Journal of Infection* (2016) 72, 507-524. Disponível em: [http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(16\)00061-X/abstract](http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(16)00061-X/abstract). Acesso em 28/07/2016.
Costa, Frederico *et al.* Emergence of Congenital Zika Syndrome: Viewpoint From the Front Lines. *Ann Intern Med*. 2016; 164(10):689-691. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2498549>. Acesso em 28/07/2016.
Artigo de Thomaz Gollop, professor de genética médica da Universidade de São Paulo (USP), no Estado de S. Paulo: <http://alias.estadao.com.br/noticias/geral,a-microcefalia-nao-e-uma-so,10000016140>. Acesso em 28/07/2016.

conhecimento sobre a evolução das crianças com a síndrome só será completo quando as crianças sobreviventes ficarem mais velhas. Algumas crianças têm sido observadas sistematicamente, e a seguir relato informações que provêm de entrevistas com médicos e não foram ainda publicadas na literatura científica.

Os fatores mais marcantes são, mais uma vez, neurológicos, e incluem uma frequência crescente de epilepsia e de dificuldades em alimentação (disfagia) que podem requerer alimentação por sonda, com o risco aumentado de pneumonia por aspiração; atraso – que pode ser muito severo – no desenvolvimento motor e cognitivo; diagnóstico tardio de deficiência visual e auditiva. A irritabilidade das crianças, com choro extremamente frequente, pode requerer medicação. Já foram descritos achados de recém-nascidos aparentemente sem alterações, porém com calcificações cerebrais. **Em semelhança a outras síndromes de infecções congênitas, espera-se que crianças aparentemente sem alterações ao nascimento mostrem atraso de desenvolvimento motor e cognitivo.**

09. Especificamente, no Brasil, desde outubro de 2015 tem sido informado um aumento no número de recém-nascidos com singularidades neurológicas congênitas associadas com a epidemia do vírus zika. Segundo o informe epidemiológico do Ministério da Saúde nº. 38¹⁶, **até 06 de agosto de 2016, havia 8.890 casos notificados para microcefalia e/ou outras alterações do sistema nervoso central,** segundo as definições vigentes no Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), na Versão 2.1/2016, do Ministério da Saúde.¹⁷

¹⁶ Ver nota de rodapé n. 14.

¹⁷ Ministério da Saúde. Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigil--ncia-resposta-versao2.1.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

10. Dentre os casos notificados, **1.806 casos** (incluindo recém-nascidos, natimortos, abortamentos e fetos) já estão confirmados para microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central sugestivos de infecção congênita e, **em 282** desses, provas do vírus zika foram encontradas por critério laboratorial específico (técnica do PCR e sorologia). Contudo, há, ainda, 2.978 sob investigação e 4.106 casos descartados.

11. A população sob maior risco nesta epidemia é de mulheres pobres e nordestinas, tendo em vista que, entre os recém-nascidos com sinais indicativos da síndrome congênita do zika, **mais de 60% são filhos de mulheres de Pernambuco, da Bahia, da Paraíba, do Maranhão e do Ceará.**¹⁸ Elas vivem em áreas com condições de saneamento precárias e com acesso irregular à água potável, que contribuem para a proliferação de doenças transmitidas por mosquitos, **possuindo escasso acesso à informação e aos serviços de saúde.**

12. Durante a gravidez, **são submetidas a intenso sofrimento psicológico**, já que não têm como saber especificamente como o vírus zika pode afetar a gravidez e sua própria saúde. **São mulheres que não têm meios econômicos para cuidar de crianças potencialmente afetadas pela nova doença e, que, muitas vezes abandonadas pelos companheiros, têm que enfrentar sozinhas e sem políticas sociais adequadas e efetivas as necessidades de cuidado de crianças afetadas pelo vírus zika.**¹⁹

¹⁸ Ver nota de rodapé n. 14.

¹⁹ Para saber mais sobre a cobertura jornalística da situação de desamparo de mulheres grávidas afetadas pelo vírus zika:

O Globo: <http://oglobo.globo.com/brasil/zika-agrava-abandono-de-mulheres-no-nordeste-18680859>

Uol: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/02/17/quando-soube-da-microcefalia-gravida-de-18-anos-foi-abandonada-pelo-marido.htm>. Acesso em 28/07/2016.

O Estado de S. Paulo: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,homens-abandonam-maes-de-bebes-com-microcefalia-em-pe,10000014877>. Acesso em 28/07/2016.

13. No mês de maio de 2016, a Organização Mundial da Saúde publicou recomendações de proteção para atletas e turistas olímpicos, incluindo-se: **a)** a utilização de repelentes e de roupas que cubram todo o corpo, com o intuito de evitar picadas de mosquitos; **b)** dar preferência a ambientes com ar-condicionado; **c)** evitar circular por áreas empobrecidas, sem água encanada e com saneamento precário e; **d)** usar camisinha em relações sexuais ou abster-se sexualmente durante a estadia no Brasil e por mais oito semanas depois de retorno ao país de origem.²⁰ Dias depois, um grupo internacional de 150 médicos, cientistas e especialistas em saúde pública, doenças infectocontagiosas e bioética endereçou uma carta aberta à Organização Mundial da Saúde, pedindo o adiamento ou deslocamento das Olimpíadas para outro país, em função da epidemia do zika.

14. O grupo argumentou que, mesmo com risco individual baixo de infecção pelo vírus, **cada pessoa infectada adquiriria o potencial de propagar a linhagem do vírus que circula no país** – e que causa a síndrome congênita – **para outros lugares**.²¹

I.II. RESPOSTA DO ESTADO BRASILEIRO À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E INDIVIDUAIS. FLAGRANTE INSUFICIÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENTIVAS E PROTETIVAS.

01. O Estado brasileiro, tomado por uma inédita e grave epidemia, teve uma resposta tardia e absolutamente insuficiente à epidemia do vírus zika. Em primeiro

²⁰ World Health Organization (WHO). Zika virus and the Olympic and Paralympic Games Rio 2016. 12 May 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-olympics/en/>. Acesso em 28/07/2016.

²¹ Attaran, Amir *et al.* Open Letter to Dr. Margaret Chan, Director-General, WHO - Copied to the International Olympic Committee. Maio 2016. Disponível em: <http://www.gannett-cdn.com/usatoday/editorial/sports/olympics/zika-olympics-open-letter.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

lugar, no final de 2015, o **Ministério da Saúde do Brasil** sofreu críticas ao sugerir que as mulheres deveriam evitar a gravidez. Sublinhe-se: em vez de enfrentar adequadamente a epidemia, o Estado brasileiro optou por recomendar evitar a gravidez.

02. Pior, deve-se registrar que, apesar desse equívoco de política de saúde do Ministério da Saúde, a realidade brasileira é composta pela notória dificuldade **de acesso a contraceptivos, especialmente à população pobre, e pela falta de políticas públicas sobre educação sexual integral e planejamento familiar**.²²

03. **Atualmente, a resposta estatal à epidemia é amparada em quatro documentos principais e na Lei Federal nº. 13.301/2016:**

- a) o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), que apresenta as definições operacionais de casos para a vigilância epidemiológica no tema (anexo 5);²³
- b) Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus, que também traz diretrizes para o sistema de vigilância (anexo 6);²⁴
- c) Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central, que apresenta diretrizes para profissionais de saúde atuando em ações de prevenção da infecção pelo vírus zika, em saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres grávidas e

²² 'Sexo é para amadores, gravidez é para profissionais', diz ministro da Saúde. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sexo-e-para-amadores-gravidez-e-para-profissionais-diz-ministro-da-saude,10000002325>. Acesso em 28/07/2016.

²³ Ver nota de rodapé n. 18.

²⁴ Ministério da Saúde. Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika vírus. Dezembro 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/Protocolo-Unidades-Sentinela-Zika-v--rus.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

puérperas e em assistência aos bebês nascidos com microcefalia (anexo 7);²⁵

d) e as Diretrizes para Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, que orienta equipes multiprofissionais para o cuidado de crianças com microcefalia (anexo 8);²⁶

e) além da Lei Federal nº. 13.301/2016, que fixa medidas de vigilância e regulamenta o Benefício de Prestação Continuada Temporário (anexo 9).²⁷

04. Especialmente nesta Ação Concentrada de Constitucionalidade, são relevantes **os arts. 1º e 18 da Lei Federal nº. 13.301/2016, verbis:**

Art. 1º Na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se:

²⁵ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Março 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/29/Protocolo-SAS-versao-3.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

²⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Janeiro 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

²⁷ Brasil. Lei n. 13.301, de 27 de junho de 2016. 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. Diário Oficial da União, 28 jun. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13301.htm. Acesso em 28/07/2016.

I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade;

II - realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais;

III - realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão;

IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IV do § 1º, entende-se por:

I - imóvel em situação de abandono: aquele que demonstre flagrante ausência prolongada de utilização verificada por suas características físicas, por sinais de inexistência de conservação, pelo relato de moradores da área ou por outros indícios que evidenciem a sua não utilização;

II - ausência: a impossibilidade de localização de pessoa que possa permitir o acesso ao imóvel na hipótese de duas visitas devidamente comunicadas, em dias e períodos alternados, dentro do intervalo de dez dias;

III - recusa: negativa ou impedimento de acesso do agente público ao imóvel.

§ 3º São ainda medidas fundamentais para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput:

I - obediência aos critérios de diagnóstico estabelecidos pelas normas técnicas vigentes, aperfeiçoamento dos sistemas de informação, notificação, investigação e divulgação de dados e indicadores;

II - universalização do acesso à água potável e ao esgotamento sanitário;

III - incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas e à incorporação de novas tecnologias de vigilância em saúde;

IV - permissão da incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves mediante

aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida.

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.

05. Dentre esses documentos, o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia é o principal para a garantia de direitos de mulheres e crianças afetadas pela epidemia. Ele é objeto de análise detalhada em parecer realizado pela *Global Health and Justice Partnership* da Universidade de Yale (anexo 10).

06. Embora mencione a importância do planejamento familiar e reprodutivo nesse contexto, o Protocolo se limita a resumir as políticas vigentes de distribuição de contraceptivos – que conforme será abordado adiante, são insuficientes para o contexto da epidemia. Ainda, não há orientação quanto ao acesso ao teste ou

diagnóstico clínico de vírus zika, que é demanda básica para mulheres vivendo uma gestação em tempos de epidemia em áreas de riscos. E, por fim, não há especialização de políticas ou propositura de ações de urgência para a população já afetada. **Trata-se de uma repetição de marcos normativos, descomprometida com as necessidades urgentes de mulheres vitimadas pela epidemia.**

07. A entidade não-governamental Anis – Instituto de Bioética realizou consultas sobre ações emergenciais direcionadas a mulheres grávidas no cenário da epidemia, endereçadas aos Ministérios da Saúde (MS) e do Desenvolvimento Social (MDS) e às Secretarias de Políticas para Mulheres (SPM) e de Direitos Humanos (SDH), por meio do Sistema de Acesso à Informação (e-SIC). As respostas foram recebidas entre os meses de fevereiro e março de 2016 (anexo 11). **Esse cenário de omissão não se modificou.**

08. Em resposta à consulta a SDH afirmou não ter medidas específicas em curso. O MS e a SPM repetiram trechos dos documentos já citados, especialmente do Protocolo de Atenção à Saúde e das Diretrizes de Estimulação Precoce. A SPM chega a mencionar que “O Governo Brasileiro está liberando um salário mínimo para mães de filhos com microcefalia, é um benefício que existe há mais de 20 anos, o Benefício de Proteção Continuada (BPC)”. **Mesmo com a promulgação da Lei Federal nº. 13.301/2016, observa-se uma regulamentação insuficiente para enfrentar o contexto do vírus zika.**

09. Também em resposta à consulta, o MDS faz menção à Instrução Normativa Conjunta com o MS que busca estabelecer rotinas de atenção às famílias afetadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social

(SUAS). Isto também em nada inova no marco de políticas sociais, apenas reforça a necessidade de que sejam observadas.

10. Como se observa, ao passo que houve certo reconhecimento e a criação de alguns mecanismos de identificação e tratamento do zika e suas consequências, **é flagrante a ausência de políticas sociais especializadas, em especial as de caráter urgente, para proteção e garantia de direitos das famílias vitimadas pela epidemia do zika.** As iniciativas governamentais tão somente criaram protocolos sobre políticas públicas e instituições já existentes.

11. Esta é uma forma inadequada de lidar com uma epidemia de grande porte, com consequências catastróficas à saúde da população, e potencial de tornar-se pandemia. **Primeiro**, pois muitas das políticas públicas de acesso geral à saúde e à seguridade social não atingem a população mais pobre e em maior risco de infecção do zika. **Segundo**, porque prevê medidas sem a dotação de qualquer orçamento para sua efetivação. Isto faz com que as poucas medidas criadas pelo Estado para enfrentamento da tragédia sanitária do zika padeçam de incontornável inefetividade, tornando-se, em termos práticos, políticas públicas abstratas e populistas.

I.III. SÍNTESE DAS NORMAS E ATOS ADMINISTRATIVOS EDITADOS EM RESPOSTA À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA.

01. A primeira medida concentrada contra a epidemia do vírus zika foi a Portaria nº. 3, de 11/01/2016, do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde). Essa Portaria instituiu os Centros Colaboradores para qualificação de profissionais de saúde em ações relativas à ocorrência de microcefalia

relacionada à infecção pelo vírus zika. Tais Centros foram criados, substancialmente, para dar apoio ao Ministério da Saúde na capacitação de pessoal para lidar com esses casos peculiares de microcefalia (312).²⁸

02. A seguir, foi criada, pela Secretaria de Atenção à Saúde, a Instrução Operacional Conjunta MS-MDS nº. 1, expedida em 25/02/2016, na qual se apontou que **“o Brasil está enfrentando uma grave emergência em saúde pública em virtude do aumento do número de casos de microcefalia, possivelmente associados ao vírus Zika”** (anexo 13).²⁹

03. Essa Instrução estipulou dois eixos de ação, quais sejam: **a)** prevenção e **b)** acolhida, cuidado e proteção social, com vistas a oferecer suporte às famílias, especialmente gestantes e bebês. As determinações da referida Instrução, entretanto, basicamente adotam políticas de saúde já existentes e implementadas, como por meio das Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

04. Já a Portaria Interministerial nº. 405, de 15/03/2016, do Ministério da Saúde, fixou a “Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia”, a qual previu, como objetivo geral,

²⁸ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n. 3, de 11 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a implantação de Centros Colaboradores em processos de qualificação de profissionais no plano de resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. *Diário Oficial da União*, 12 jan. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=12/01/2016>. Acesso em 28/07/2016.

²⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrução Operacional Conjunta MS-MDS n. 1, de 25 de fevereiro de 2016. *Diário Oficial da União*, 11 abr. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=11/04/2016>. Acesso em 28/07/2016.

“esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia” (anexo 14).³⁰

05. Essa Portaria Interministerial nº. 405 foi a única política pública que previu certa dotação orçamentária para implementação das políticas previstas. Conforme o anexo da Portaria, foi disponibilizado orçamento para busca ativa de casos notificados de microcefalia, dividida em duas parcelas. O total de recursos disponibilizados foi de R\$ 10.947.200,00 (dez milhões, novecentos e quarenta e sete mil e duzentos reais).

06. Ocorre que a “Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia” teria vigência até 31/05/2016, tendo sido prorrogada por apenas mais sessenta dias (anexo 15).³¹ **Assim, referida portaria expirou em 1º de agosto de 2016. Mas a epidemia de zika e os casos de microcefalia a ela associados continuam a surgir no país.**

07. Após, foi editada a Instrução Operacional Conjunta MS-MDS nº. 2, de 31/03/2016, com o intuito de regulamentar a “Estratégia de Ação Rápida” nos âmbitos

³⁰ Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 405, de 15 de março de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (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. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=27&data=16/03/2016>. Acesso em 28/07/2016.

³¹ Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.115, de 03 de junho de 2016. Prorroga os prazos estabelecidos na Portaria Interministerial MS/MDS no 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (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. Diário Oficial da União, 06 jun. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=06/06/2016>. Acesso em 28/07/2016.

a) do Sistema Único de Saúde (SUS), para identificar e realizar avaliação clínica, inclusive com laudo médico circunstanciado para instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e **b)** do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), buscando fixar alguma colaboração com o SUS na busca ativa de crianças com suspeitas da síndrome neurológica do zika e suas famílias, e prover-lhes a proteção social por meio de serviços e benefícios socioassistenciais (anexo 16).³²

08. Esta Instrução Operacional, de forma bastante incipiente, reconheceu a necessidade de criação de algumas políticas públicas específicas à epidemia do vírus zika: **a)** reconhece, no processo de investigação de diagnósticos, a necessidade de garantia de hospedagem e transporte sanitário para crianças e famílias encaminhadas a Tratamento Fora de Domicílio (TFD); **b)** propõe forma simplificada de concessão do Benefício de Proteção Continuada (BPC), com uso de “laudo médico circunstanciado” com modelo próprio e que deve ser concedido por certos estabelecimentos de saúde, de modo a concentrar em um único espaço a avaliação diagnóstica da síndrome e a produção de laudo necessário para acesso aos benefícios sociais.

09. Esse marco reconheceu a necessidade de que a família que já tenha diagnóstico confirmado receba atendimento local ou auxílio para se deslocar regularmente para a estimulação precoce da criança diagnosticada com a síndrome neurológica do zika, além de outros atendimentos de saúde. Ainda, neste marco regulatório, foi reconhecida a estrita necessidade de se facilitar o acesso das famílias vitimadas pelo zika ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Por sua vez, o art. 18, caput, da Lei Federal nº. 13.301/2016, sem a adequada interpretação conforme a

³² Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrução Operacional Conjunta MS-MDS n. 2, de 31 de março de 2016. Diário Oficial da União, 11 abr. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=11/04/2016>. Acesso em 28/07/2016.

Constituição, bem como seu parágrafo 2º, na forma como redigido (sem declaração parcial de nulidade que se proporá adiante), **a)** restringe inconstitucionalmente o recebimento do BPC para somente três anos, **b)** beneficia somente crianças com microcefalia e não com outras desordens identificadas como sinais da síndrome congênita do zika e **c)** impede o recebimento do benefício de forma concomitante com o salário-maternidade.

10. Por sua vez, dois problemas constitutivos se apresentam na “Estratégia de Ação Rápida”. **Primeiro**, ela tão somente atende os casos de suspeita ou confirmação do tipo específico de microcefalia. Isto é, apenas atua na população que já foi vitimada pelo zika. E, **segundo**, ela apresenta prazo e alcance extremamente curtos de vigência, deixando ao desamparo a população que já sofre com as consequências da epidemia.

11. Além disso, a dotação orçamentária de cerca de dez milhões de reais para todo o território nacional é absolutamente insuficiente para a proteção de necessidade e direitos diante de uma epidemia de tamanha gravidade, risco e efeitos à população. Igualmente, a forma pela qual foi distribuído territorialmente o orçamento (levando-se em conta somente os casos investigados e confirmados de microcefalia) remeteu valores irrisórios a inúmeros estados, tais como o Paraná (R\$ 4.400,00) e Santa Catarina (R\$ 2.200,00).³³ O valor repassado por pessoa foi somente de R\$ 2.200,00, valor esse incompatível com o combate a uma epidemia de grande escala que gera consequências irreparáveis durante a gestação.

12. Deve-se apontar que, a despeito do art. 8º da Portaria Interministerial nº 405 prever mecanismo de monitoramento dos resultados da “Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças

³³ Ver nota de rodapé n. 30.

com Microcefalia”, não existem avaliações institucionais que demonstrem a efetividade ou o sucesso destas iniciativas. De outro lado, de acordo com os pareceres juntados nesta presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, elaborados por grupos acadêmicos como o Global Health Justice Partnership (GHJP) (anexo 9), bem como da autoria de especialistas em saúde pública e políticas sociais, como a Profa. Dra. Ilana Löwy (anexo 17) e o Dr. Fernando Gaiger Silveira (anexo 18), há insuficiência nos serviços públicos disponibilizados pelo Estado brasileiro para a prevenção e cuidado aos efeitos ao vírus zika. **Os referidos Pareceres demonstram que, principalmente, a população mais vulnerável e economicamente hipossuficiente é prejudicada pela falha e ausência de políticas sociais.**

13. Registra-se também que a regulação das políticas públicas, no contexto de epidemia do vírus zika, previsto no art. 1º, Lei Federal nº. 13.301/2016 previu de forma inconstitucional a adoção facultativa de medidas necessárias, conforme se verá abaixo.

II. PRELIMINARMENTE

II.I. LEGITIMAÇÃO ATIVA DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS (ANADEP). PREVISÃO LEGAL (LEI Nº 9.868/99, ART. 2º, IX, E LEI Nº 9.882/1999, ART. 2º, I), CONSTITUCIONAL (CR, ART. 103, IX) E ESTATUTÁRIA (ESTATUTO SOCIAL, ART. 2º, II E VIII). PERTINÊNCIA TEMÁTICA.

01. A legitimidade ativa da ANADEP tem fundamento no art. 2º, IX, da Lei nº. 9.868/99 para propositura de ADI e no art. 2º, I, da Lei nº 9.882/1999 em relação à ADPF. Ainda nos termos do art. 103, da CR:

Art. 103. Podem propor a ação direta de inconstitucionalidade e a ação declaratória de constitucionalidade: (...)

IX - confederação sindical ou **entidade de classe de âmbito nacional**.

02. Esse é o caso da Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep) por se tratar de entidade de classe de âmbito nacional, a qual congrega Defensores Públicos de todo o País, **em 26 estados da Federação**, conforme se observa na ata de posse da Direção (anexo 2). O Estatuto da entidade prevê, expressamente, “**promover ações visando o controle de constitucionalidade**, dentre elas a **Ação Direta de Constitucionalidade**, a Ação Declaratória de Constitucionalidade, a **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**, o controle difuso e concentrado (mandado de segurança coletivo e *habeas data*) e as ações coletivas” (Estatuto Social, art. 2º, VIII) (grifos da peticionante).

03. Também, os membros da requerente são Defensores Públicos em pleno exercício de suas funções e prerrogativas constitucionais, aos quais incumbe, “como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, **a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados**, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal” (CR, art. 134). **Nesse sentido, serão os Defensores Públicos de todo território nacional que realizarão a defesa das mulheres e crianças acometidas pelo vírus zika e suas consequências, já que, em sua maioria, tratam-se de pessoas vulneráveis e hipossuficientes economicamente.** Segundo dados da Secretaria Executiva de Assistência Social do Estado de Pernambuco, que é a unidade da federação com o maior número de casos da síndrome congênita do zika, 70% da população afetada no estado encontra-se em situação de extrema pobreza.³⁴ As Defensorias da União e do

³⁴ Pernambuco. Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude. Seminário debate a microcefalia sob a ótica da assistência social. 25 fev. 2016. Disponível em:

Estado de Pernambuco estão atuando em parceria para oferecer mutirões de atendimento às demandas de famílias afetadas.³⁵

04. Por sua vez, o art. 2º do Estatuto da requerente estabelece, entre as finalidades associativas, a de “**atuar**, nacional e internacionalmente, **em proteção** e defesa de toda a pessoa ou grupo que esteja em situação **de vulnerabilidade**”. Desse modo, estão presentes os requisitos necessários à sua legitimidade quanto à pertinência temática. Nas palavras do Ministro Luís Roberto Barroso em obra doutrinária, a pertinência temática:

mais se aproxima do conceito processual que identifica o interesse em agir: é preciso que haja uma relação lógica entre a questão versada na lei ou ato normativo a ser impugnado e os objetivos sociais da entidade requerente. Vale dizer: a norma contestada deverá repercutir direta ou indiretamente sobre a atividade profissional ou econômica da classe envolvida, ainda que só parte dela seja atingida.³⁶

05. **Em primeiro lugar**, as omissões do Estado brasileiro em relação à epidemia do vírus zika, assim como a regulamentação normativa equivocada, na perspectiva social e constitucional, da Lei Federal nº. 13.301/2016, impõem aos Defensores Públicos a atuação por meio da defesa judicial e extrajudicial dos direitos das mulheres e das crianças em situação de vulnerabilidade, sendo aquelas afetadas pelo zika majoritariamente hipossuficiente e necessitadas. Desse modo, **há repercussão direta no trabalho executado pelos associados da legitimada ativa**.

<<http://www.pe.gov.br/blog/2016/02/25/seminario-debate-a-microcefalia-sob-a-otica-da-assistencia-social/>>. Acesso em 08/08/2016.

³⁵ Pita, Marina. Apenas uma em cada 4 crianças afetadas pela síndrome congênita do zika conseguiu o BPC. Agência Patrícia Galvão, 23 jun. 2016. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/direitos-sexuais-e-reprodutivos/apenas-uma-em-cada-4-criancas-afetadas-pela-sindrome-congenita-do-zika-conseguiu-o-bpc/>>. Acesso em 08/08/2016.

³⁶ Barroso, Luís Roberto. *O controle de constitucionalidade no direito brasileiro*. 6ª edição. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 194.

06. **Ainda**, existe expressa previsão no Estatuto Social para proposição de Ação Constitucional Concentrada e para atuação em benefício das pessoas em situação de vulnerabilidade pela ANADEP. Nesse sentido é a jurisprudência desta Suprema Corte: **“A pertinência temática decorre do cotejo entre os objetivos das Associações contidos em seus estatutos e o conteúdo da lei impugnada”** (STF, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 4912, Relator Min. Edson Fachin, Data de Julgamento: 11/05/2016, Data de Publicação: DJ 24/05/2016).

07. Observa-se relevante a crítica doutrinária do Ministro Gilmar Ferreira Mendes sobre o requisito da pertinência temática: **“A relação de pertinência envolve inequívoca restrição ao direito de propositura**, que, tratando-se de processo de natureza objetiva, dificilmente poderia ser formulada até mesmo pelo legislador ordinário”.³⁷ **Desse modo, no mínimo, impõe-se uma visão constitucionalmente adequada do citado instituto.**

08. **Assim**, a pertinência temática não significa exclusivamente a existência de interesse patrimonial direto de entidade de classe afrontada por ato do Poder Público. Por sua vez, a hermenêutica constitucionalmente adequada compreende preenchida a relação de pertinência quando **a)** o ato comissivo ou omissivo possui relação lógica com os objetivos sociais da Associação Nacional e **b)** os citados atos repercutem direta ou indiretamente sobre a atividade profissional de seus membros.

09. Este Excelso Supremo Tribunal possui jurisprudência consolidada sobre a necessidade de pluralização da interpretação constitucional, a qual restará violada se

³⁷ Meirelles, Hely Lopes; Wald, Arnold; Mendes, Gilmar Ferreira. *Mandado de segurança e ações constitucionais*. 33ª ed. São Paulo: Malheiros. 2010, p. 399.

adotada concepção constitucionalmente equivocada dos contornos do requisito da pertinência temática:

a própria concepção de limitação do poder, ínsita ao sistema de freios e contrapesos, milita em favor de uma pluralização dos intérpretes, e não de um monopólio, do sentido da Constituição, concretizando a ideia de “sociedade aberta aos intérpretes da constituição” . Segundo o Peter Häberle, artífice da tese, “no processo de interpretação constitucional estão potencialmente vinculados todos os órgãos estatais, todas as potências públicas, todos os cidadãos e grupos, não sendo possível estabelecer-se um elenco cerrado ou fixado *numerus clausus* de intérpretes da Constituição. (...) quem vive a norma acaba por interpretá-la ou pelo menos por cointerpretá-la.” (HÄBERLE, Peter. *Hermenêutica Constitucional: a sociedade aberta aos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997, p. 13). A interpretação e a concretização da Constituição, seguindo essa premissa, não podem ficar adstritas às Cortes, mas, em especial, **devem ser realizadas por meio de interações e diálogos entre os diversos atores da sociedade** (STF, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 5105, Relator Min. Luiz Fux, Data de Julgamento: 01/10/2015, Data de Publicação: DJ 06/03/2016, grifos da peticionante).

10. Após a demonstração da legitimidade ativa, passa-se à comprovação do cabimento desta Ação Direta de Inconstitucionalidade e desta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental apresentadas de forma cumulada.

II.II. POSSIBILIDADE DE CUMULAÇÃO DE AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE COM ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL.

01. Há nesta Ação de Controle de Constitucionalidade Concentrada cumulação objetiva de Ação Direta de Inconstitucionalidade e de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental.

02. **Em primeiro lugar**, os cinco pedidos apresentados nesta Ação **versam sobre a epidemia do vírus zika no Brasil**, sendo quatro pleitos típicos de ADPF e um de ADI. São pedidos e demandas compatíveis nos âmbitos lógico e jurídico, sendo relevante a análise no mesmo processo destes pleitos, pois a causa de pedir relaciona-os de forma nítida e o ideal de coerência milita também em favor de um enfrentamento conjunto dos pedidos e das demandas.

03. Outro não é o entendimento desta Suprema Corte:

Assento de plano a admissibilidade da cumulação de ações de controle concentrado de constitucionalidade. Há ao menos duas razões.

Em primeiro lugar, a cumulação de ações é não só compatível como também **adequada à promoção dos fins a que se destina** o processo objetivo de fiscalização abstrata de constitucionalidade, vocacionado que é “à defesa, em tese, da harmonia do sistema constitucional” (ADI-MC nº 1.434, rel. Min. Celso de Mello, Tribunal Pleno, julgado em 29/08/1996, DJ de 22-11- 1996). (...).

Em segundo lugar, destaco que **a cumulação objetiva de demandas** consubstancia categoria própria à teoria geral do processo; **qualquer processo que seja**, independente de adjetivação. Enquanto instrumento, o processo existe para viabilizar finalidades materiais que lhes são externas. Ora, a cumulação objetiva apenas fortalece tal aptidão na medida em que permite o enfrentamento judicial coerente, célere e eficiente de questões minimamente relacionadas entre si. Não seria legítimo que o processo de controle abstrato fosse diferente.

(STF, Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 5.316, Relator Min. Luiz Fux, Julgamento: 21/05/2015, Data da Publicação: DJ 06/08/2015, g.n.).

04. Desse modo, far-se-á primeiro a apresentação dos critérios específicos de cabimento da Ação Direta de Inconstitucionalidade e depois da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental.

III. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE

III. A. ATO NORMATIVO ATACADO PELA ADI: LEI Nº. 13.301/2016, ART. 18, CAPUT, §§ 2º E 3º. PARÂMETRO DE CONTROLE.

01. É cabível Ação Direta de Inconstitucionalidade contra lei ou ato normativo federal, segundo o art. 102, I, 'a', da Constituição. A lei que é objeto desta ação é a Lei Federal nº. 13.301/2016, que deve ser objeto de interpretação conforme a Constituição, especialmente os seguintes dispositivos, *verbis*:

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.

02. Cumprido o ônus de apresentação do dispositivo legal impugnado em ADI, registre-se que a pertinência temática e a legitimidade ativa já foram demonstradas no item II. Por fim, como será enfrentado na seção III.B, o parâmetro de controle encontra-se nos art. 1º, III; 3º, IV; 5º, caput; 6º; e, especialmente, 203 e 227, da Constituição da República, e nos art. 7, 25, 26 e 28 da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

III.B. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS. REGULAÇÃO INCONSTITUCIONAL DA LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL (LEI Nº 8.742/1993, ART. 20, § 3º). PRECEDENTES DO STF.

01. A epidemia do vírus zika atinge, sobretudo, a população de mulheres jovens, pobres e negras, especialmente da região nordeste do país, conforme examinado no item I desta inicial. Entre os recém-nascidos com sinais indicativos da síndrome congênita do vírus zika, mais de 60% são filhos de mulheres da Bahia, da Paraíba, de Pernambuco, do Maranhão e do Ceará.³⁸ As mulheres e crianças vitimadas vivem em áreas com condições sanitárias precárias e sem acesso regular à água potável, o que contribui para a proliferação do mosquito transmissor, além da escassez de acesso à informação e aos serviços de saúde.

³⁸ Ministério da Saúde. Informe epidemiológico nº 36 – Semana Epidemiológica (SE) 29/2016 (17/07/2016 a 23/07/2016) – Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/informe_microcefalia_epidemiologico36.pdf. Acesso em 06/08/2016.

02. As malformações e complicações neurológicas fetais associadas ao vírus podem dar origem a impedimentos físicos, mentais, intelectuais e sensoriais permanentes nos recém-nascidos, fazendo-se necessária a atenção especial em saúde desde o nascimento e o acesso a mecanismos de inclusão e participação social. **Essas medidas geram gastos catastróficos em saúde, conforme estabelece o parecer do Dr. Fernando Gaiger Silveira (anexo 18), que são impossíveis de serem suportados pelas famílias das crianças, economicamente hipossuficientes em sua absoluta maioria, tornando-se imperativo que sejam assistidas por programas estatais.** Nesse sentido é o art. 227, CF, *verbis*:

É dever da família, da sociedade **e do Estado** assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (g.n.).

03. Sem o suporte adequado do Estado, o futuro de vida digna dessas crianças será negado com violação clara ao art. 1º, III e ao art. 5º, *caput*, da Constituição. Ainda, a ausência de concessão dos mecanismos necessários e devidos de proteção social, em particular de assistência social e saúde, para crianças e seus responsáveis legais é clara afronta ao direito à vida livre de discriminação a todos os cidadãos brasileiros e à proteção da maternidade e à infância, nos termos do art. 3º, IV e 6º, CR.

04. Nesse diapasão, a Constituição Federal assegura a prestação de assistência social “a quem dela necessitar” (CF, art. 203, *caput*), tendo como objetivos “a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária” (CF, art. 203, IV), bem como “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que

comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (CR, art. 203, V).

05. Por sua vez, a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742/1993), instituída com o intuito de regulamentar as ações voltadas a “garantir o atendimento às necessidades básicas” (Lei nº 8.742/1993, art. 1º) dos cidadãos, fixou critério para recebimento do Benefício Assistencial de Prestação Continuada à renda familiar inferior a ¼ de salário mínimo *per capita* (Lei nº 8.742/1993, art. 20, § 3º), nos termos seguintes:

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.

(...)

§ 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.

06. **O estabelecimento de critério financeiro, previsto no art. 20, § 3º, LOAS, fixa teto para renda familiar mensal flagrantemente reduzido como requisito para obtenção do benefício e obstando que diversas pessoas com deficiência e idosos desfrutem do necessário auxílio, afrontando assim a normativa constitucional de que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar” (CF, art. 203, *caput*).**

07. Este excelso Supremo Tribunal originalmente entendeu como constitucional o art. 20, § 3º, da LOAS.³⁹

³⁹ “CONSTITUCIONAL. IMPUGNA DISPOSITIVO DE LEI FEDERAL QUE ESTABELECE O CRITÉRIO PARA RECEBER O BENEFÍCIO DO INCISO V DO ART. 203, DA CF. INEXISTE A RESTRIÇÃO ALEGADA EM FACE AO PRÓPRIO DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL QUE REPORTA À LEI PARA FIXAR OS CRITÉRIOS DE GARANTIA DO BENEFÍCIO DE SALÁRIO MÍNIMO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E AO IDOSO. ESTA

08. **Todavia, no julgamento desta mesma ADI nº. 1232, os Ministros Ilmar Galvão e Néri da Silveira, apesar de vencidos em parte, entenderam tratar-se de circunstância de interpretação conforme a Constituição.** Nesse mesmo sentido foi o Parecer do Ministério Público Federal, sustentando a tese de que “o § 3º do art. 20 do LOAS nada mais fazia do que estabelecer uma presunção *juris et de jure*, a qual dispensava qualquer tipo de comprovação da necessidade assistencial (...), mas que não excluía a possibilidade de comprovação, em concreto e caso a caso, da efetiva falta de meios...”. Importa, ainda, destacar o *obiter dictum* formulado pelo Exmo. Ministro Sepúlveda Pertence, por mencionar a inconstitucionalidade por omissão da ausência de previsão de demais situações ensejadoras de benefícios aos idosos e deficientes físicos, “a fim de completar a efetivação do programa normativo de assistência contido no art. 203 da Constituição”.⁴⁰

09. De outro lado, no ano de 2013, especialmente na Reclamação nº. 4374/PE, o Excelso Supremo Tribunal Federal superou o entendimento firmado na ADI nº. 1232 em razão “do processo de inconstitucionalização decorrente de notórias mudanças fáticas (políticas, econômicas e sociais) e jurídicas (sucessivas modificações legislativas dos patamares econômicos utilizados como critérios de concessão de outros benefícios assistenciais por parte do Estado brasileiro)”. Dessa forma, declarou-se a inconstitucionalidade parcial do texto, nos termos da ementa *in verbis*:

Benefício assistencial de prestação continuada ao idoso e ao
deficiente. Art. 203, V, da Constituição. A Lei de Organização da

LEI TRAZ HIPÓTESE OBJETIVA DE PRESTAÇÃO ASSISTENCIAL DO ESTADO. AÇÃO JULGADA IMPROCEDENTE” (STF, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 1232, Relator p/ acórdão: Min. Nelson Jobim, julgado em 27/08/1998, DJ 01/06/2001).

⁴⁰ “Sr. Presidente, considero perfeita a inteligência dada ao dispositivo constitucional, no parecer acolhido pelo Relator, no sentido de que o legislador deve estabelecer outras situações caracterizadoras da absoluta incapacidade de manter-se o idoso ou o deficiente físico, a fim de completar a efetivação do programa normativo de assistência contido no art. 203 da Constituição. (...)” (STF, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº.1232, Min. Sepúlveda Pertence, julgado em 27/08/1998, DJ 01/06/2001).

Assistência Social (LOAS), ao regulamentar o art. 203, V, da Constituição da República, estabeleceu critérios para que o benefício mensal de um salário mínimo fosse concedido aos portadores de deficiência e aos idosos que comprovassem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. 2. Art. 20, § 3º da Lei 8.742/1993 e a declaração de constitucionalidade da norma pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 1.232. Dispõe o art. 20, § 3º, da Lei 8.742/93 que “considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo”. **O requisito financeiro estabelecido pela lei teve sua constitucionalidade contestada, ao fundamento de que permitiria que situações de patente miserabilidade social fossem consideradas fora do alcance do benefício assistencial previsto constitucionalmente.** Ao apreciar a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.232-1/DF, o Supremo Tribunal Federal declarou a constitucionalidade do art. 20, § 3º, da LOAS. (...) Paralelamente, foram editadas leis que estabeleceram critérios mais elásticos para concessão de outros benefícios assistenciais, tais como: a Lei 10.836/2004, que criou o Bolsa Família; a Lei 10.689/2003, que instituiu o Programa Nacional de Acesso à Alimentação; a Lei 10.219/01, que criou o Bolsa Escola; a Lei 9.533/97, que autoriza o Poder Executivo a conceder apoio financeiro a municípios que instituírem programas de garantia de renda mínima associados a ações socioeducativas. O Supremo Tribunal Federal, em decisões monocráticas, passou a rever anteriores posicionamentos acerca da intransponibilidade dos critérios objetivos. **Verificou-se a ocorrência do processo de inconstitucionalização decorrente de notórias mudanças fáticas (políticas, econômicas e sociais) e jurídicas (sucessivas modificações legislativas dos patamares econômicos utilizados como critérios de concessão de outros benefícios assistenciais por parte do Estado brasileiro).** 5. Declaração de inconstitucionalidade parcial, sem pronúncia de nulidade, do art. 20, § 3º, da Lei 8.742/1993. 6. Reclamação constitucional julgada improcedente. (STF, Reclamação nº. 4374, Relator Min. Gilmar Mendes, julgado em 18/04/2013, Publicação em 04/09/2013). (g.n.)

10. Como as políticas sociais em âmbito federal, posteriormente à LOAS, fixaram critérios mais elásticos para a concessão de benefícios da assistência social e especialmente em razão do caráter dirigente da Constituição de 1988, a qual impõe a efetivação dos direitos sociais pelos Poderes constituídos, **o Excelso Supremo Tribunal Federal declarou inconstitucional a partir de 31 de dezembro de 2014 o critério econômico fixado no art. 20, § 3º, da citada lei.**

11. O vírus zika pode provocar a síndrome congênita em fetos de mulheres infectadas durante a gestação, causando nos fetos inviabilidade fetal ou, em caso de nascimento com vida, microcefalia e/ou outras alterações do sistema nervoso central. **Repise-se: a microcefalia é apenas um sinal evidente à notificação perinatal da condição que tem sido denominada pela comunidade científica de síndrome congênita do zika.**

12. Por sua vez, o Poder Legislativo Federal aprovou projeto de lei e o Presidente interino sancionou a Lei nº. 13.301/2016, impondo-se, de acordo com os fundamentos abaixo, **interpretação conforme a Constituição do art. 18, caput, da referida lei e a declaração de nulidade do seu § 2º.** Vejamos.

III.C. INTERPRETAÇÃO CONFORME A CONSTITUIÇÃO DO ART. 18, CAPUT, LEI FEDERAL Nº. 13.301/2016.

01. Existe, ainda, necessidade de interpretação conforme a Constituição do *caput*, do art. 18, da Lei Federal nº. 13.301/2016, *verbis*: “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*”.

02. Não é possível restringir a concessão do benefício pelo prazo máximo de três anos, pois as crianças afetadas pela síndrome sofrerão impactos e consequências por toda a vida, o que está cientificamente demonstrado. De outro lado, é necessário que esta Suprema Corte reconheça que a concessão do Benefício de Prestação Continuada é devida não apenas para “criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*”, **mas também àquelas que sofrem de outras desordens neurológicas causadas pela síndrome congênita do vírus zika**, que venham ainda a serem comprovadas cientificamente. Conforme já se viu no parecer da Dra. Laura Rodrigues (anexo 4), é esperado que crianças aparentemente sem alterações ao nascimento desenvolvam sintomas no decorrer da infância.

03. Importante ressaltar que além de a microcefalia ser apenas um dos sinais da síndrome congênita, ocorrendo outras desordens neurológicas, a transmissão do vírus não ocorre somente pelo mosquito vetor, sendo mais adequado e inclusivo reconhecer o direito de todas as crianças com sequelas neurológicas provocadas pelo zika serem beneficiadas pelo Benefício de Prestação Continuada e demais programas compatíveis pela política de assistência social. Também, a interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, da Lei nº. 13.301/2016 determina a concessão do benefício às pessoas com sequelas da síndrome congênita do vírus zika **independente da comprovação da miserabilidade ou, no mínimo, fixando presunção de miserabilidade do grupo familiar.**

04. Com a máxima vênia, são completamente equivocadas as razões para o veto do art. 18, § 1º, da Lei Federal nº. 13.301/2016:

§ 1º do art. 18

“§ 1º Para efeito da primeira concessão do benefício, presume-se a condição de miserabilidade do grupo familiar.”

Razões do veto

“O dispositivo apresenta incompatibilidade com as regras atuais do Benefício de Prestação Continuada (BPC), estabelecidas na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742, de 1993) e já em plena aplicabilidade. O comando constitucional do benefício o vincula à condição de miserabilidade comprovada, não sendo razoável sua presunção. Além disso, as regras atuais não impedem o alcance do objetivo da norma sob sanção, na medida em que já permitem o acesso das crianças com microcefalia, em situação de vulnerabilidade, ao BPC.”

05. **Vejamos.** Este próprio Excelso Supremo Tribunal Federal já declarou inconstitucional o critério de renda fixado pelo art. 20, § 3º, da LOAS. Ainda, a presunção de miserabilidade para as famílias das crianças com sequelas do vírus zika é amparada pela literatura científica sobre a epidemia e os dados apresentados nesta Ação Concentrada, encontrando-se, a maioria esmagadora das mulheres grávidas infectadas pelo zika, em situação de vulnerabilidade e pobreza.⁴¹ **Desse modo, a presunção de miserabilidade é consequência necessária da realidade social.** Em artigo publicado na revista científica “Cadernos de Saúde Pública”, expôs-se essa realidade, *verbis*:

⁴¹ A situação de vulnerabilidade de famílias afetadas pelo zika é conhecida e divulgada por grandes veículos de notícias:

Mães têm dificuldade em acessar benefício para microcefalia. Revista Exame, 01 mar. 2016. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/maes-tem-dificuldade-em-acessar-beneficio-para-microcefalia>>. Acesso em 08/08/2016.

Moreno, Sayonara. Famílias de bebês com microcefalia enfrentam demora para pedir benefício na BA. Agência Brasil, 10 mar. 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-03/familias-de-bebes-com-microcefalia-encontram-dificuldades-para-receber>>. Acesso em 08/08/2016.

Nunes, Kleber. Pais de bebês com microcefalia vivem abandono e recorrem à Justiça em PE. Folha de S. Paulo, 29 jul. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1796583-pais-de-bebes-com-microcefalia-vivem-abandono-e-recorrem-a-justica-em-pe.shtml>>. Acesso em 08/08/2016.

Em dezembro de 2015, o Hospital D. Pedro I, em Campina Grande, Paraíba, inaugurou o Ambulatório de Microcefalia. Em março de 2016, 40 mulheres se deslocavam com suas crianças de duas a três vezes por semana de cidades do Sertão, Alto Sertão ou Cariri para estimulação precoce com fisioterapeuta e consultas com pediatra, psicóloga ou oftalmologista, além de **peregrinações por postos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para acesso a benefícios sociais**. Elas são muito parecidas – jovens, agricultoras rurais ou desempregadas, pouco escolarizadas, dependentes dos serviços de saúde e transporte para medicalizar precocemente seus filhos com múltiplos impedimentos corporais pelos efeitos do vírus Zika. Quando grávidas, elas não foram informadas de que uma epidemia estava em curso, e muitas descrevem os sintomas do vírus Zika na gravidez como “na minha cidade, tudo era virose”⁴². São filhas e netas de mulheres que convivem com o mosquito vetor como parte da vida cotidiana há mais de quatro décadas. (...)

A verdade é que elas já eram mulheres anônimas antes da epidemia. Nordestinas e pobres, sobrevivem a um amplo regime de políticas de precarização da vida, sendo a pobreza a mais grave delas. A epidemia foi uma tragédia para vidas ininteligíveis ao reconhecimento dos direitos – os números da vigilância epidemiológica consideram seus filhos como casos para notificação ou confirmação, mas silenciam-se sobre elas. As 40 mulheres pariram seus filhos entre agosto de 2014 e fevereiro de 2015 e **são muito pobres, mas nenhuma está protegida pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) – o corte de renda para acesso ao BPC, ¼ de salário mínimo *per capita*, exige que sejam ainda mais miseráveis ou abandonadas por companheiros com renda de trabalho; a burocracia para apresentar-se a um posto do INSS é barreira imensa para mulheres cuidadoras em tempo integral; entre as poucas que já se inscreveram, nenhuma foi convocada para a perícia social. O tempo da burocracia não é o das necessidades urgentes de vida das mulheres da epidemia e suas crianças especiais.**

(...). As mulheres da primeira geração têm necessidades não satisfeitas de proteção social, sendo a mais urgente delas a de

⁴² Diniz, Debora. Zika. Documentário. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=j9tqt0jaoG0>. Acesso em 08/08/2016.

sobrevivência material e transporte para os cuidados de saúde das crianças. Há uma discriminação interseccional dessas mulheres: elas já eram pobres, nordestinas, pouco escolarizadas e com frágil inserção no mundo do trabalho; agora são, também, cuidadoras de crianças com necessidades não protegidas pelo Estado brasileiro.⁴³ (g.n.)

07. Por sua vez, o Dr. Fernando Gaiger Silveira afirma em parecer que:

Não há dúvida que a microcefalia implica em aumento nos gastos destinados a saúde, aumentando as chances de essa família incorrer no que se denomina gasto catastrófico que é quando seu gasto total em saúde a torna pobre. Mesmo que se considere a proteção do Sistema Único de Saúde (SUS), determinadas famílias ainda incorrem em gasto catastrófico devido a elevados gastos com medicamentos e, possivelmente, dificuldades de acesso a exames e diagnósticos ou a especialistas do SUS. São inegáveis os avanços do SUS em garantir o acesso e a proteção contra gastos catastróficos, devendo-se, no entanto, ter presente que, pelo perfil das famílias com bebês com microcefalia, há o comprometimento de sua renda familiar com inúmeros outros gastos. (anexo 18)

08. Importante observar que o veto ao art. 18, § 1º, da Lei Federal nº. 13.301/2016 não obsta a adoção da presunção de miserabilidade, já que o texto literal do *caput* do art. 18, no mínimo, permite interpretação constitucionalmente adequada. Conforme doutrina do Ministro Gilmar Ferreira Mendes: “A prática demonstra que o Tribunal não confere maior significado à chamada *intenção do legislador*, ou evita investigá-la, se a interpretação conforme à Constituição se mostra possível dentro dos limites da expressão literal do texto”.⁴⁴

⁴³ Diniz, Debora. Vírus Zika e mulheres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500601&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08/08/2016.

⁴⁴ Meirelles, Hely Lopes; Wald, Arnold; Mendes, Gilmar Ferreira. Mandado de segurança e ações constitucionais. 33ª ed. São Paulo: Malheiros. 2010, p. 536.

09. O texto literal do art. 18, *caput*, Lei Federal nº. 13.301/2016, não impõe qualquer necessidade de comprovação de miserabilidade do grupo familiar. De outro lado, uma interpretação constitucionalmente adequada compreende que a situação de vulnerabilidade de pessoa com sequelas advindas da síndrome congênita é condição suficiente para a concessão do benefício de prestação continuada.

10. Registre-se também que o acesso adequado e efetivo à **assistência social, somente** por perícia médica, nos postos de atendimento do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) possui dois problemas centrais: **a)** difícil acesso das mães, pais e crianças com sequelas da síndrome congênita aos postos de atendimento do INSS, os quais ficam distantes da residência e da comunidade em que vivem e **b)** demora incompatível no agendamento e na confecção de perícia médica pelos profissionais do INSS, fato incompatível com a necessidade de obtenção do auxílio de forma imediata.

11. Desse modo, requer-se a interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, da Lei Federal nº. 13.301/2016, nos seguintes termos:

Artigo 18, caput, da Lei nº 13.301/2016:

Fará jus ao benefício de prestação continuada a que se refere o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, na condição de pessoa com deficiência, as crianças e adolescentes vítimas de microcefalia ou de outras sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* ou causadas pela síndrome congênita do zika.

Não é constitucional fixar prazo máximo para gozo do benefício e inexistência de necessidade de comprovar a situação de vulnerabilidade ou de necessidade em virtude da presunção dessa circunstância, sendo comprovada a sequela neurológica por meio de declaração/atestado de profissional médico, sendo desnecessária a realização de perícia pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

12. E, no mesmo sentido, a interpretação conforme do § 3º, do referido artigo 18, para nele incluir a síndrome congênita do zika, a fim de tornar constitucional o dispositivo:

§ 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*, **ou causadas pela síndrome congênita do zika**, assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade previsto no art. 71 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991

III.D. DECLARAÇÃO DE NULIDADE DO ART. 18, § 2º, DA LEI FEDERAL Nº. 13.301/2016.

01. O § 2º, do artigo 18, da Lei Federal nº. 13.301/2016 possui a seguinte redação: “§ 2º O benefício será concedido após a cessação do gozo do salário-maternidade originado pelo nascimento da criança vítima de microcefalia”. Esse dispositivo também viola **o artigo 6º, caput e o artigo 227, caput, da Constituição**, além do art. **203, caput, I, II, IV e V, da mesma Carta**.

02. Conforme visto acima, a microcefalia e outras desordens neurológicas causadas pela síndrome do zika impõem tratamentos de custos catastróficos ao grupo familiar. **De nenhuma forma, é possível concluir que a existência de vínculo laboral da mãe e o constitucional recebimento do salário-maternidade (art. 7º, XVIII, CR) dotam o grupo familiar das condições necessárias para atender de forma minimamente adequada as necessidades de recém-nascido com sequelas**

neurológicas. É exatamente em idade mais tenra que as necessidades de cuidado, estímulos, tratamento e acompanhamento por profissionais especializados são fundamentais.

03. O objetivo da licença maternidade é permitir economicamente que a mãe tenha o tempo de repouso necessário para seu pleno restabelecimento e, principalmente, possa cuidar dos seus filhos nos primeiros dias de vida, questão fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. Nesse sentido, reconhecendo a importância do direito, a doutrina de Estêvão Mallet e Marcos Fava assevera que a licença é: “meio de proteção não só da mãe trabalhadora, mas, e talvez principalmente do nascituro, na medida em que o tempo de convívio, por ocasião do recente nascimento, representa vantagens sensíveis ao desenvolvimento da criança”.⁴⁵

04. Possui outro objetivo o art. 203, V, da Constituição, o qual versa sobre a concessão de benefício mensal à pessoa com deficiência. **Ora, é inadequado confundir o direito ao salário-maternidade com o Benefício de Prestação Continuada. Em primeiro lugar,** encontram-se previstos em dispositivos constitucionais completamente diversos (art. 7º, XVIII e art. 203, V, ambos da Constituição).

05. **Em segundo lugar,** o salário maternidade é proteção das mães e de todas as crianças, **independente de a criança possuir ou não algum tipo de deficiência.** Por sua vez, o benefício previsto no art. 18, *caput*, 13.301/2016 e no art. 203, V, da CF, **reconhece somente o grupo familiar que possui criança com microcefalia e com outras sequelas** no sistema nervoso central, os quais impõem o emprego de tempo e

⁴⁵ Mallet, Estêvão; Fava, Marcos. Comentário ao artigo 7º, inciso XVIII. In: Canotilho, J. J. Gomes; Mendes, Gilmar F.; Sarlet, Ingo W.; Streck, Lenio L. (Coords.). Comentários à Constituição do Brasil. São Paulo: Saraiva/ Almedina, 2013, p. 584.

recursos bem maiores do que as crianças e recém-nascidos sem impedimentos corporais.

06. Em outras palavras, o gozo do salário maternidade não pode produzir a restrição de outro direito constitucional: Benefício de Prestação Continuada. Desse modo, vedar o acesso do Benefício de Prestação Continuada em razão da existência de gozo de licença maternidade viola 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).

07. Ainda, claramente viola os deveres postos nos arts. 6º e 227, *caput*, da CF, com relação às crianças com sequelas da síndrome congênita do vírus zika, não protegendo os seus direitos à vida, à dignidade e à saúde com prioridade absoluta.

Assim se requer a declaração de nulidade com redução do texto integral do § 2º, do artigo 18, da Lei Federal nº. 13.301/2016.

IV. ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL

IV.A. CABIMENTO. ATOS OMISSIVOS DO PODER PÚBLICO IMPUGNADOS. SUBSIDIARIDADE.

01. De acordo com o previsto no art. 102, § 1º, da Constituição, a Arguição de Descumprimento busca “evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público” (Lei nº 9.882/1999, art. 1º). Ainda, os pedidos desta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental buscam atacar atos administrativos do Poder Público Nacional, conforme previsão do art. 1º, *caput*, da Lei 9.882/1999 *in verbis*: “terá por objeto evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público”.

02. Os atos do Poder Público atacados são:

02.1. omissão na garantia de acesso à informação sobre o estado atual do conhecimento médico sobre a **epidemia do vírus zika, incertezas e riscos de infecção, bem como formas de prevenção;**

02.2. omissão na garantia de acesso a cuidados de planejamento familiar, incluindo o acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como o DIU-LNG, e ao repelente do mosquito vetor;

02.3. omissão no acesso aos serviços de saúde para atendimento integral de **todas as crianças com deficiência associada à síndrome congênita do vírus zika** em centros especializados localizados em até 50 km de sua residência e na concessão do benefício de Tratamento Fora de Domicílio, assim como a obtenção dos diagnósticos clínicos realizados por médicos e, preferencialmente, por meios médicos-laboratoriais necessários para confirmação da contaminação com o Zika **por meio de exames especializados, tais como PCR e sorológicos (IGG e IGM);**

02.4. omissão sobre a possibilidade expressa e literal de interrupção da gravidez nas políticas de saúde do Estado brasileiro para mulheres grávidas infectada pelo vírus zika.

03. Essas omissões encontram-se consubstanciadas nas políticas públicas absolutamente insatisfatórias para enfrentar a epidemia do vírus zika nas Instruções, nas Portarias, nas Normas Técnicas e nos Protocolos do Governo Federal, assim como na inexistência de recursos financeiros alocados para concretização das medidas necessárias para enfrentar os efeitos nocivos da citada epidemia. Conforme descrito acima, os principais documentos são: **a)** Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC); **b)** Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus, **c)** Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia, **d)** e as Diretrizes para Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, **e)** Portaria MS nº. 3, de 11/01/2016, **f)** a Instrução Operacional Conjunta MS-MDS nº. 1, expedida em 25/02/2016, **g)** a Portaria Interministerial nº. 405, de 15/03/2016 e **h)** Instrução Operacional Conjunta MS-MDS nº. 2, de 31/03/2016.

04. Os requisitos **da legitimidade ativa e da pertinência temática** já foram enfrentados **no item II** desta petição inicial. Estão, também, presentes os dois pressupostos básicos para a referida ação, quais sejam: **a)** a inexistência de outro meio eficaz de sanar a lesividade arguida pela legitimada ativa (**princípio da subsidiariedade**, art. 4º, § 1º, da Lei nº 9.882/99) e **b)** a efetiva demonstração de **violação a preceito fundamental** resultante de ato do Poder Público.

05. Primeiramente, salienta-se não existir outro meio eficaz para sanar as lesões arguidas de forma concentrada. Nos quatros pedidos desta ADPF, não se procura a declaração de inconstitucionalidade ou constitucionalidade de atos normativos posteriores à Constituição de 1988 (ADI e ADC) ou a omissão de ato legislativo (ADO). **Em três pedidos atacam-se políticas públicas insuficientes pautadas**

em atos normativos secundários e pede-se interpretação conforme a Constituição dos artigos 24, 124, 126 e 128, do Código Penal, ou seja, de legislação pré-constitucional. Esses são pleitos típicos de ADPF.

06. Como bem exposto pelo Ministro Celso de Mello, “o princípio da subsidiariedade não pode - nem deve - ser invocado para impedir o exercício da ação constitucional de arguição de descumprimento de preceito fundamental” (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 187, Relator Min. Celso de Mello, Julgado em 15/06/2011). Conforme ensinamento doutrinário do Ministro Luís Roberto Barroso:

Jurisprudência antiga e constante do Supremo Tribunal Federal rejeita o cabimento de ação direta de inconstitucionalidade **contra atos normativos secundários** , **como são os regulamentos, resoluções, instruções, portarias e outros.** (...). Ainda uma vez, pela regra da subsidiariedade, a inadmissibilidade de outros meios de controle através de processo objetivo torna cabível , em tese , a arguição de descumprimento de preceito fundamental contra atos normativos secundários ou infralegais.⁴⁶ (g.n.)

07. Também nesse sentido é a jurisprudência deste Excelso Supremo Tribunal Federal: “Assim, não há óbice para que se analise, em condições especiais, **a constitucionalidade de atos regulamentares** em face da Constituição” (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 87, Relator Min. Gilmar Mendes, julgado em sede liminar em 31/03/2006, publicado em DJ 06/04/2006).

08. É preciso deixar claro que a omissão do Estado é igualmente configurada ao serem adotadas **políticas públicas insuficientes** à garantia dos direitos dos cidadãos,

⁴⁶ Barroso, Luís Roberto. O controle de constitucionalidade no direito brasileiro. 6ª edição. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 335.

consistindo-se em modalidade de comportamento inconstitucional, conforme precedente desse Ex. Supremo Tribunal Federal, *in verbis*:

Desrespeito à Constituição – Modalidades de comportamentos inconstitucionais do Poder Público.

- **O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer** mediante ação estatal quanto **mediante inércia governamental**. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, que age ou edita normas em desacordo com o que dispõe a Constituição, ofendendo-lhe, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. Essa conduta estatal, que importa um *facere* (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação.

- **Se o Estado deixar de adotar as medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição, em ordem a torná-los efetivos, operante e exeqüíveis, abstendo-se, em consequência, em consequência, de cumprir o dever de prestação que a Constituição lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional. Desse *non facere* ou *non praestare*, resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total, quando é nenhuma a providência adotada, ou parcial, quando é insuficiente a medida efetivada pelo Poder Público. (...)**

A omissão do Estado - que deixa de cumprir, em maior ou em menor extensão, a imposição ditada pelo texto constitucional

- **qualifica-se como comportamento revestido da maior gravidade político-jurídica**, eis que, mediante inércia, o Poder Público também desrespeita a Constituição, também ofende direitos que nela se fundam e também impede, por **ausência de medidas concretizadoras**, a própria aplicabilidade dos postulados e princípios da Lei Fundamental.

As situações configuradas de omissão constitucional - **ainda que se cuide de omissão parcial, derivada da insuficiente concretização, pelo Poder Público, do conteúdo material da norma impositiva fundada na Carta Política, de que é destinatário – refletem comportamento estatal que deve ser repellido, pois a inércia do Estado qualifica-se, perigosamente, como um dos processos informais de mudança da Constituição, expondo-se, por isso mesmo, à censura do Poder Judiciário.** (STF, Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 1439, Relator Min. Celso de Mello, Julgado em 22/05/1996, Publicação: DJ 30-05-2003). (g.n.)

09. Em **segundo lugar**, dentre os atos estatais passíveis de controle por meio de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental estão, também, os atos omissivos do Estado, conforme ensinamento doutrinário de Dirley da Cunha Júnior:

A arguição de descumprimento de preceito fundamental, como já asseverado, **pode ter por objeto as omissões do poder público, quer totais ou parciais, normativas ou não normativas**, nas mesmas circunstâncias em que ela é cabível contra os atos em geral do poder público, **desde que tais omissões afigurem-se lesivas a preceito fundamental, a ponto de obstar a efetividade de norma constitucional que o consagra**. Nesse contexto, a arguição, segundo defendemos, pode se tomar um potencial instrumento de controle das omissões do poder público, **quando a inércia dos órgãos políticos e administrativos do Estado infringirem algum preceito fundamental da Constituição**.⁴⁷ (g.n.)

10. Por sua vez, encontram-se presentes as violações aos seguintes preceitos fundamentais: **dignidade da pessoa humana** (art. 1º, III, da CR), **livre desenvolvimento da personalidade, direitos à liberdade e às integridades física e psicológica** (art. 5º, caput, CR), **direito à informação** (art. 5º, XIV, da CR), **proteção à infância e à maternidade** (art. 6º, da CR), **direito à saúde e da prevenção de doenças** (arts. 6º, 196 e 198, II, da CR), **direito à seguridade social** (art. 203, da CR), **direito ao planejamento familiar e de liberdade reprodutiva** (art. 226, §7º, da CR) e **direito à proteção dos deficientes** (art. 227, caput, §1º, II, da CR).

IV.B. OMISSÃO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO INTEGRAL DE TODAS AS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA ASSOCIADA À SÍNDROME CONGÊNITA DO

⁴⁷ Cunha Júnior, Dirley. Controle de Constitucionalidade: Teoria e Prática. 4. ed. Salvador: JusPodvum, 2010. p. 330.

VÍRUS ZIKA EM CENTROS ESPECIALIZADOS LOCALIZADOS EM ATÉ 50 KM DE SUA RESIDÊNCIA E NA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO. OBTENÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS.

01. **Fatos:** a epidemia mostrou-se altamente contagiosa, já que transmitida por vetor muito comum em nosso país: o mosquito *Aedes aegypti*, além da transmissão por relações sexuais e de forma direta entre mãe e embrião/feto. De outro lado, constatou-se cientificamente que o vírus zika é responsável por causar a síndrome congênita do vírus zika e outras desordens neurológicas em fetos de mulheres grávidas infectadas.

02. **Resposta do Estado brasileiro:** ausência de políticas públicas preventivas efetivas à disseminação do vírus zika nas comunidades mais afetadas pela epidemia. Além disso, as políticas públicas de prestação de atendimento às crianças acometidas pela síndrome e outras desordens neurológicas são insuficientes e de curtíssima duração.

03. **A Instrução Operacional Conjunta nº. 1 MS-MDS de 25 de fevereiro de 2016** estabelece políticas públicas para gestantes com suspeita ou diagnosticadas com zika e com crianças com microcefalia. No item “d)” do título I, referente aos procedimentos a serem tomados no âmbito da Assistência Social, há a determinação de inserção ou atualização de informações da mulher e sua família no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal e inserção da gestante grávida no Atendimento Integral à Família do CRAS.⁴⁸

⁴⁸ “d) Inserir ou atualizar as informações da pessoa e de sua família no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - Cadastro Único e inserir no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF ao realizar o atendimento da gestante no CRAS”. Ministério da Saúde. Secretaria de

04. Por sua vez, a **referida Instrução Operacional Conjunta nº. 1 MS-MDS**, também estabelece a necessidade de “**k**) Orientar a família para a necessidade de estimulação precoce das crianças nascidas com microcefalia ou sob suspeita, via Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, por meio do Núcleo de Saúde da Família - NASF, ou por Centro de Habilitação e Reabilitação”, “**l**) Reforçar junto à família a importância da sua participação na estimulação precoce das crianças nascidas com microcefalia ou sob suspeita”, “**m**) Identificar as barreiras e construir alternativas para superar as situações que dificultam o acesso e o acompanhamento no processo de estimulação precoce e outros cuidados de saúde dessas crianças, com contra-referência à Rede de Saúde, e verificar na Caderneta da criança a adesão e o comparecimento a todos esses cuidados”; “**n**) Inserir a família no Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficiência e idosos, visando apoiar e dar suporte ao cuidador da criança com microcefalia”.

05. O Serviço de Proteção e de Atenção Integral à Família – PAIF consiste em “visitas domiciliares, orientações e encaminhamento a outros serviços e políticas do Governo Federal. O serviço também apoia ações comunitárias, por meio de palestras, campanhas e eventos, ajudando a comunidade na construção de soluções para o enfrentamento de problemas comuns (...)”.⁴⁹ De outro lado, **o Serviço de Proteção Social Especial** para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias promove:

Atenção à Saúde. Instrução Operacional Conjunta MS-MDS n. 1, de 25 de fevereiro de 2016. Diário Oficial da União, 11 abr. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=11/04/2016>. Acesso em 28/07/2016.

⁴⁹ Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Proteção e Atenção Integral à Família - PAIF. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/paif>. Acesso em 28/07/2016.

“atividades para promover a defesa de direitos; de convívio e organização da vida cotidiana; orientação e encaminhamento para a rede de serviços; cuidados pessoais; acesso à documentação pessoal; desenvolvimento do convívio familiar e social (...)”.⁵⁰

06. Os dois serviços descritos acima são completamente insuficientes para realizar as orientações, os tratamentos e as atividades necessárias para as crianças com microcefalia e com danos causados no sistema nervoso central advindos da Síndrome Congênita do vírus zika. **As Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde (anexo 8)** corretamente reconhecem a necessidade de promover os desenvolvimentos auditivo, visual, motor, função manual, cognitivo e de linguagem e motricidade orofacial. Além obviamente da participação familiar na estimulação precoce, observa-se a necessidade de tecnologia assistiva como órteses de marcha, recursos de adequação postural, adaptações para o brincar, adaptações para a comunicação, recursos para baixa visão ou cegueira e adaptações para atividades da vida diária. Há, portanto, um claro descompasso entre o atendimento de saúde que é considerado necessário e previsto nas Diretrizes, e os serviços que são garantidos à população.

07. Desse modo, há patente conduta omissiva do Estado brasileiro, exigindo a Constituição Federal que a prestação dos serviços públicos de saúde compreenda atendimento integral aos cidadãos, nos termos do art. 196 e 198, II, CR:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

⁵⁰ Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e Suas Famílias. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servico-de-protecao-social-especial-para-pessoas-com-deficiencia-idosas-e-suas-familias>. Acesso em 28/07/2016.

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. **As ações e serviços públicos de saúde** integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, **organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...)**

II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (g.n.)

08. Nesse sentido é a jurisprudência deste Excelso Supremo Tribunal Federal:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - **políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.** - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (STF, Recurso Extraordinário nº. 393175, Relator Min. Celso de Mello, 2ª Turma, Publicação DJ. 02/02/2007).

09. Tais mandamentos constitucionais são ainda mais importantes em épocas de crises de saúde e epidemias, nas quais aumenta o dever do Estado em zelar pela saúde da população, prestando a assistência necessária. Não sendo outro o entendimento da doutrina de Ana Paula Barcelos:

Ou seja: o particular poderá exigir, e o Judiciário determinar, que o sistema público de saúde realize gratuitamente, *e.g.*, o parto, forneça a vacina necessária, faça o acompanhamento

50

pós-natal da criança, ofereça o atendimento preventivo de clínica geral e especializada, entre outros. Também, o Ministério Público e a Defensoria Pública poderão, com grande proveito para os interesses coletivos e/ou difusos e produzindo um impacto coletivo mais relevante (CR, art. 129, III), pleitear judicialmente que tais serviços estejam à disposição da população na quantidade e qualidade necessárias, em cada localidade e de forma permanente, ainda que para isso seja necessária a inclusão obrigatória da despesa no orçamento seguinte. Nesse particular, as associações, e em especial as associações de moradores, nos termos da Lei nº. 7.347/85, poderão igualmente pleitear que o serviço seja prestado adequada e regularmente, ou que a comunidade possa utilizar instituições privadas equivalentes que existam na região, enquanto não houver estabelecimento público disponível na área.⁵¹

10. Nesse contexto, o Poder Judiciário detém papel fundamental de promover as prestações constitucionalmente garantidas no que tange à saúde. Tanto é assim que a jurisprudência desta Corte Constitucional consigna a possibilidade de se **“requerer, em Juízo, a implementação de políticas públicas por parte do Poder Executivo, de molde a assegurar a concretização de direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos garantidos** pela Constituição Federal, como é o caso do acesso à saúde” (STF, Agravo de Instrumento nº. 809018 AgR/SC, Relator Min. Dias Toffoli, Julgado em 25/09/2012, Primeira Turma). Desse modo, nesse mesmo precedente, assevera o Excelso STF que o “Poder Judiciário, em situações excepcionais, pode determinar que a Administração Pública adote medidas assecuratórias de direitos constitucionalmente reconhecidos como essenciais, sem que isso configure violação do princípio da separação de poderes”.

⁵¹ Barcelos, Ana Paula. O direito e as prestações de saúde. In: Sarmento, Daniel; Souza Neto, Claudio Pereira de (Orgs.). Direitos Sociais. Rio de Janeiro: Lumen Iuris, 2010. p. 811-812.

11. Em relação aos procedimentos de estimulação precoce e ao atendimento às pessoas com deficiência, observa-se a adoção pelo Governo Federal do Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, por meio do Decreto nº. 7.612/2011. O referido Plano, no art. 3º, previu a observância das seguintes diretrizes: “II - garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado”, “VI - ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação” e “VIII - promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva”.⁵²

12. Por sua vez, a Portaria nº. 793 de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (anexo 26). Nos termos do art. 14, o componente “Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em múltiplas deficiências” será prestado em I – estabelecimento de saúde em apenas um serviço de reabilitação, II – Centros Especializados em Reabilitação (CER) e III – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).⁵³ **No caso de crianças com microcefalia ou com alterações no sistema nervoso central por síndrome congênita do vírus zika, elas necessitam de acompanhamento, estímulo e reabilitação em diversos campos (auditiva, física, intelectual, visual e outros), devendo assim ser atendidas pelos Centros Especializados em Reabilitação.**

⁵² Brasil. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União, 18 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em 09/08/2016.

⁵³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 25 de abril de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em 09/08/2016.

13. Desse modo, é necessário que este Excelso Supremo Tribunal Federal garanta o direito das crianças com microcefalia e desordens neurológicas advindos da síndrome congênita do vírus zika serem atendidas em Centros Especializados em Reabilitação em distância razoável da sua residência, ou seja, em distância de até 50 km.

14. **Ainda, para muitas famílias afetadas pelo vírus zika, as dificuldades começam antes de chegarem aos CERs, em razão da dificuldade no transporte para deslocamento de suas casas até os serviços, que geralmente são concentrados em capitais e grandes cidades.** Registra-se que a **Instrução Operacional Conjunta do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social n. 2, de 31/03/2016**, que estabelece a Estratégia de Ação Rápida com objetivo de fortalecer a busca ativa de casos notificados como “em investigação”, reconhece a necessidade de garantia de hospedagem e transporte para crianças e famílias encaminhadas a Tratamento Fora de Domicílio (TFD), nos seguintes termos:

2.1) Garantir o deslocamento e, quando necessário, a hospedagem das crianças e de suas famílias, utilizando-se do transporte sanitário, do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e de outros meios disponíveis, em parceria com os gestores do SUAS, acolher crianças com suspeita ou diagnóstico confirmado de microcefalia para que acessem o conjunto de serviços necessários para a confirmação diagnóstica bem como para o cuidado especializado que lhes tenha sido indicado.⁵⁴

15. De outro lado, deve-se garantir o pagamento das despesas relativas ao deslocamento da criança e do seu acompanhante para tratamento nos Centros Especializados em Reabilitação em distância superior a 50 km da sua residência com o fornecimento do transporte sanitário, nos termos do art. 1º da Portaria do Ministério da Saúde n. 55/1999 (anexo 19), *verbis*:

⁵⁴ Ver nota de rodapé n. 33.

Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado. § 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município. § 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. § 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica - PAB. § 4º - Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência. § 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.⁵⁵

16. Por fim, inexistente acesso adequado a exames laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo vírus zika, mediante os exames especializados de PCR (reação em cadeia da polimerase ou proteína C reativa) e sorológicos (IGM e IGG). Os métodos de diagnóstico laboratorial do zika, conforme informações oficiais, só estão disponíveis nos laboratórios de referência da política de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde, sendo assim absolutamente inadequada esta política pública para realização tempestiva dos diagnósticos para a população brasileira.⁵⁶

⁵⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 de fevereiro de 1999. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=156&data=26/02/1999>. Acesso em 28/07/2016.

⁵⁶ Ministério da Saúde. Zika – Exames laboratoriais. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/exames-laboratoriais-zika>. Acesso em 28/07/2016.

17. Além da relevância de o diagnóstico ser acessível a toda população brasileira, a sua obtenção para mulheres em idade reprodutiva é ainda mais importante, constituindo-se em necessária informação de saúde ao planejamento familiar de mulheres em idade reprodutiva que queiram engravidar ou que já estejam grávidas. Para as mulheres que desejam engravidar, o diagnóstico pode ser condição de possibilidade para as decisões reprodutivas. Já para as mulheres grávidas, a informação é essencial para um acompanhamento pré-natal adequado, inclusive em função da classificação de risco da gestação.

18. Recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar determinou que os testes laboratoriais para diagnóstico sorológico (IGM e IGG) de infecção por vírus Zika tenham cobertura obrigatória por planos de saúde.⁵⁷ De outro lado, o Poder Público negligenciou a inclusão dos exames diagnósticos sorológicos (IGM e IGG) no âmbito do SUS⁵⁸ (o qual somente realiza o exame PCR), para amplo acesso à população que não possui condições materiais de contratar plano de saúde. A omissão quanto à inclusão dos exames sorológicos especializados para detecção e diagnóstico do vírus Zika no âmbito do SUS agravam a desigualdade social que marca a crise de saúde pública, deixando ao desamparo a população mais afetada pela epidemia.

19. Os exames são muito distintos quanto a suas funções. O exame de PCR identifica a presença do DNA do agente causador (vírus zika) em amostras de sangue

⁵⁷ Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n. 407, de 03 de junho de 2016. Altera a Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika. Diário Oficial da União, 06 jun. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=06/06/2016>>. Acesso em 28/07/2016.

⁵⁸ Agência Patrícia Galvão. Planos de saúde são obrigados a oferecer exame de zika para grávida, mas SUS, não. 10 jun. 2016. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/especial-zika-virus/conteudos-referenciais/planos-de-saude-terao-exame-de-zika-para-gravida-mas-sus-nao/>>. Acesso em 28/07/2016.

de pacientes.⁵⁹ Este tipo de exame somente permite o diagnóstico quanto o vírus ainda está presente no corpo do paciente, limitando o alcance temporal do diagnóstico⁶⁰, que é estimado pelo Ministério da Saúde entre 4-7 dias após o início dos sintomas.⁶¹ Já os exames sorológicos procuram os anticorpos IGG e IGM no sangue do paciente, o que demonstra que ele já sofreu uma infecção, ou mesmo que sofreu reinfeção do vírus.⁶²

20. O sítio do Ministério da Saúde apresenta informações defasadas de que não existem mecanismos de diagnóstico sorológico comercialmente disponíveis no Brasil.⁶³ Informações atuais demonstram que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) já regulamentou uma série de testes de detecção sorológica do vírus Zika.⁶⁴ A ANVISA qualificou estes exames como ágeis, apresentando resultado entre 15-20 minutos após aplicação.

21. Deste modo, é fundamental que as políticas públicas de assistência médica aos cidadãos brasileiros e às mulheres em idade reprodutiva, em especial àquelas em situação de hipossuficiência econômica e vulnerabilidade, contemplem o diagnóstico

⁵⁹ EUROIMMUN. Diagnóstico de zika pelo método ELISA. Disponível em <<http://www.zikavirus.com.br/>>. Acesso em 16/08/2016.

⁶⁰ Agência Patrícia Galvão. Planos de saúde são obrigados a oferecer exame de zika para grávida, mas SUS, não. 10 jun. 2016. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/especial-zika-virus/conteudos-referenciais/planos-de-saude-terao-exame-de-zika-para-gravida-mas-sus-nao/>>. Acesso em 28/07/2016.

⁶¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde: Exames laboratoriais. <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/tratamento-dengue-2>>. Acesso em 16/0/2016.

⁶² EUROIMMUN. Diagnóstico de zika pelo método ELISA. Disponível em <<http://www.zikavirus.com.br/>>. Acesso em 16/08/2016.

⁶³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde: Exames laboratoriais. <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/tratamento-dengue-2>>. Acesso em 16/0/2016.

⁶⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Portal da Anvisa: Anvisa registra teste rápido para detectar zika. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/anvisa-registra-teste-rapido-para-detectar-zika/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR>. Acesso em 16/08/2016.

de infecção pelo vírus zika por meio de exames de PCR e também por meio dos exames sorológicos (IGM e IGG) imediatamente acessíveis nas unidades do SUS, além do diagnóstico por exame clínico de qualidade. A informação sobre o diagnóstico de infecção pelo vírus é necessária para garantir às mulheres o pleno exercício ao direito ao planejamento familiar. Em localidades onde o diagnóstico laboratorial não estiver acessível, o diagnóstico clínico deve ser considerado suficiente para o acesso a direitos e proteções sociais.

22. Desse modo, requer-se a determinação ao Poder Público Nacional e, especialmente, ao Governo Federal para garantir a existência de Estimulação Precoce (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em múltiplas deficiências) em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) em distância de até 50 km da residência do grupo familiar com criança com microcefalia e outras desordens neurológicas da síndrome congênita do vírus zika e, excepcionalmente, o pagamento de TFD para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km, além do reconhecimento de médicos capacitados para o diagnóstico clínico da infecção pelo vírus zika e a obrigação de tornar imediatamente acessíveis nas unidades do SUS os exames de PCR e sorológicos (IGM e IGG) para detecção da infecção.

IV.C. OMISSÃO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE O ESTADO ATUAL DO CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA, INCERTEZAS E RISCOS DE INFECÇÃO, BEM COMO FORMAS DE PREVENÇÃO.

01. O Parecer da *Global Health Justice Partnership* (GHJP), da Universidade de Yale, constatou “a falha do governo brasileiro em garantir infraestrutura adequada, recursos de saúde pública e programas de controle de mosquitos em determinadas

áreas agravou a epidemia de Zika e de microcefalia relacionada ao Zika, principalmente entre mulheres pobres” (anexo 10).

02. Uma epidemia traz consigo inúmeros riscos à população afetada pelos mosquitos, pois a submete à contínua exposição ao risco de contrair a doença. **O vírus zika, de outro lado, concentra tais riscos nas mulheres em idade reprodutiva**, pois é no momento de gestação que o feto pode sofrer as consequências mais graves da infecção, incluindo a microcefalia e outras desordens da síndrome congênita.

03. Frisa-se também que a Organização Mundial de Saúde ressaltou a importância das políticas preventivas voltadas às mulheres em idade reprodutiva, em especial aquelas voltadas a informar a população sobre a epidemia e seus riscos:

A coordenação entre governos, agências da ONU e outros parceiros, incluindo responsáveis por plataformas de grande mídia e redes sociais, é crucial para garantir transparência, escuta ativa para entender preocupações de comunidades e para lidar com qualquer informação equivocada que esteja circulando em função da novidade da doença. Parcerias locais, especialmente em nível comunitário, são essenciais para garantir plataformas de comunicação, mensagens-chave claras e escuta comunitária em tempo real, adequadas a cada contexto específico e culturalmente apropriadas.⁶⁵

⁶⁵ Tradução livre de: “Coordination within the government, among UN agencies and other partners including those in charge of mass media and social media platforms is critical to ensure transparency, active listening to understand community concerns and to manage any misinformation that may be circulating due to the newness of the disease. Local partnerships especially at the community level are essential to ensure communication platforms, messages and listening to community concerns is in real time, situated in the specific context and is culturally appropriate”. World Health Organization (WHO). Zika Strategic Response Plan: revised for July 2016 – December 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1>>. Acesso em 08/08/2016.

04. A OMS destaca ainda a importância de estratégias de acesso à informação especificamente direcionadas a populações-chave, afirmando que “se deve conceder atenção para assegurar que as mulheres em idade reprodutiva e especialmente as mulheres grávidas recebam as necessárias informações e materiais para reduzir o risco de exposição”⁶⁶. Também registrou a OMS que uma das atividades necessárias para a resposta estratégica à epidemia é a de “disseminar materiais sobre o Zika e as complicações potencialmente associadas para o público-alvo, como as mulheres em idade reprodutiva, mulheres grávidas, profissionais de saúde, médicos (...)”⁶⁷.

05. Sobre as informações a serem prestadas no contexto de epidemia do vírus zika, **a Instrução Operacional Conjunta nº. 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016** prevê o fornecimento de material sobre “3.Planejamento reprodutivo e informação sobre os métodos contraceptivos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde; 5.Se não há desejo de engravidar, buscar métodos contraceptivos em uma Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde”. Ainda, **no eixo de prevenção da citada Instrução Operacional Conjunta**, observam-se as seguintes medidas:

3. Distribuir material informativo produzido pelo Governo Federal ou baseado nas informações oficiais;
4. Utilizar diferentes formas de comunicação para divulgar os cuidados básicos contra o vírus Zika, dengue e chikungunya (teatro, rádios comunitárias, gincanas, campanhas, dentre outras ações de alcance comunitário);

⁶⁶ Tradução livre de: “Attention should be given to ensuring women of childbearing age and particularly pregnant women have the necessary information and materials to reduce risk of exposure”. World Health Organization (WHO). WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. 1 Feb. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>. Acesso em 28/07/2016.

⁶⁷ Tradução livre de: “Disseminate material on Zika and potentially associated complications for key audience such as women of reproductive age, pregnant women, health workers, clinicians (...)”. World Health Organization. Zika virus, microcephaly and Guillain-Barré syndrome. Situation Report, 26 February 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report-26-02-2016.pdf>. Acesso em 09/08/2016.

5. Divulgar a localização e a oferta dos serviços das redes de saúde, assistência social e de outras políticas públicas;
6. Orientar a população sobre os cuidados preventivos necessários ao uso das cisternas em áreas urbanas e rurais, conforme disponibilizado em (www.mds.gov.br/sesan). c) Realização de ações socioassistenciais por meio dos Serviços da Proteção Social Básica e Especial: 1. Incluir a temática dos cuidados básicos para combate ao mosquito *Aedes aegypti* nas atividades desenvolvidas nas unidades da rede socioassistencial (Roda de Conversa, oficinas, grupos, dentre outros); 2. Usar o momento de acolhida nas unidades para orientar sobre as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* e o combate a esse agente transmissor; 3. Priorizar a discussão sobre Direitos das Pessoas com Deficiência nas atividades dos serviços socioassistenciais, para evitar estigmatizações e preconceitos

06. Ainda, **no Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência da Microcefalia**, também chamado de Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia⁶⁸, que foi lançado em dezembro de 2015 e tem por objetivo orientar profissionais da saúde para “as ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas, submetidas ao vírus zika, e aos nascidos com microcefalia”, há somente um apanhado amplo de políticas nacionais de planejamento reprodutivo já existentes antes do início de epidemia do vírus zika.⁶⁹

⁶⁸ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Março 2016. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf. Acesso em 28/07/2016.

⁶⁹ Informações sobre as políticas nacionais e materiais oficiais de informação sobre o tema podem ser acessados nos seguintes documentos:

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Sexual e Reprodutiva. 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf,>. Acesso em 08/08/2016.

Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em 08/08/2016.

Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência - Perguntas e Respostas para profissionais de saúde. 2005. Disponível em: <

07. No entanto, a abordagem ampla não identifica nem prevê qualquer ação específica de planejamento reprodutivo no contexto da epidemia de zika, que afeta especialmente mulheres jovens, nordestinas, negras e pobres com acesso precário a serviços de saúde. **Enquanto documentos brasileiros silenciam, organizações internacionais destacam a necessidade de ações específicas e integrais.** Nesse sentido, as orientações a serem prestadas à comunidade, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), incluem sobre questões-chave levantadas pela epidemia de zika:

A informação que precisa ser comunicada inclui o que é conhecido e o que não se sabe sobre a infecção pelo Zika vírus, o espectro da síndrome congênita do Zika vírus (CZS), os benefícios e as limitações de realização de testes de diagnóstico, a disponibilidade e os cronogramas de testes, e as opções relevantes para os resultados dos testes. Nas questões em que a incerteza sobre o vírus e CZS prevalece, essa incerteza deve ser explicitada e bem comunicada.⁷⁰

08. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos têm fornecido orientação e informação bem mais adequadas aos cidadãos, incluindo a seção *What we do not know?*, além da *What we know?* sobre a síndrome congênita do zika.⁷¹ **Os protocolos e as diretrizes brasileiros, em geral elaborados em termos vagos, não seguem essa orientação.**

[.http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)
>. Acesso em 08/08/2016.

⁷⁰ Tradução livre de: "The information that needs to be communicated includes what is known and not known about Zika virus infection, the spectrum of CZS, the benefits and limitations of conducting diagnostic tests, the availability and timelines of testing, and the options relevant to test results. For issues in which uncertainty about the virus and CZS prevails, such uncertainty must be explicitly communicated as well". Pan American Health Organization. Zika Ethics Consultation: Ethics Guidance on Key Issues Raised by the Outbreak. 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28425>>. Acesso em 08/08/2016.

⁷¹ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika: Pregnancy. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/zika/pregnancy/index.html>> Acesso em 28/07/2016.

61

09. Importante registrar que o **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia** foi atualizado algumas vezes, sendo a última em março de 2016. De outro lado, novas informações científicas sobre a epidemia do zika foram obtidas, mas não estão refletidas nos documentos brasileiros. Enquanto os Centros de Controle e Prevenção de Doenças⁷² e a Organização Mundial de Saúde⁷³ oferecem guias específicos e detalhados com linguagem direta e acessível sobre a transmissão sexual do vírus zika, de acordo com as comprovações científicas dos últimos meses, a versão mais atualizada do Plano não menciona essa forma de transmissão. Por sua vez, o **site oficial do Ministério da Saúde** sobre Prevenção e Combate à Dengue, ao Chikungunya e ao Zika informa somente essa questão em uma pergunta na seção tira-dúvidas:

O vírus pode ser transmitido por relação sexual?

Com base na crescente evidência de que o vírus pode ser sexualmente transmissível, em maio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou o guia interino de prevenção da transmissão sexual do vírus Zika. A OMS recomenda, dentre outras medidas, a prática de sexo seguro por mulheres gestantes que vivem em áreas de alta transmissão do vírus. O Ministério da Saúde vem acompanhando a situação do vírus Zika no mundo, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS) e outros organismos internacionais.⁷⁴

10. Desta forma, há uma grave omissão do Estado brasileiro em respeito à implementação das políticas públicas necessárias para orientação e conscientização da

⁷² Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Zika and Sexual Transmission. Disponível em: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/sexual-transmission.html>. Acesso em 28/07/2016.

⁷³ World Health Organization (WHO). Prevention of sexual transmission of Zika virus. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>. Acesso em 28/07/2016.

⁷⁴ Ministério da Saúde. Tira-dúvidas – Zika. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas>. Acesso em 28/07/2016.

população em risco sobre a contaminação pelo zika e suas consequências.⁷⁵ **O descaso das políticas públicas brasileiras com o direito à informação é confessado pelo Estado brasileiro** ao estabelecer que “a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias” como “realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais” (art. 1º, § 1º, II, Lei Federal nº. 13.301/2016). **Ora, a prestação de informação sobre a epidemia de vírus zika é uma faculdade da administração pública? Não é, pois se trata de um direito que deve ser observado, promovido e respeitado pelas autoridades públicas.**

11. A ausência de informação adequada produz intenso prejuízo especialmente às mulheres em idade reprodutiva e que se encontram em situação de carência ou vulnerabilidade, porque possuem maior risco de contrair o vírus zika e sofrer as consequências de sua contaminação. Este setor da população sofre em especial devido à precária prestação do saneamento básico, assistência à saúde, etc. A Constituição Federal, de outro lado, assegura a todas as pessoas o acesso à informação:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, **garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade**, nos termos seguintes:

⁷⁵ Já há evidências dos efeitos nocivos de tal omissão estatal no acesso à informação de qualidade. A pesquisa Mulheres Grávidas em Face da Síndrome Congênita do Zika, realizada pelo Instituto Patrícia Galvão, mostrou que, dentre mais de 3.000 mulheres brasileiras entrevistadas (sendo 3.155 mulheres grávidas), apenas 27% disseram saber muito sobre o zika, enquanto 24% disseram saber pouco ou quase nada; 45% não sabiam da possibilidade de transmissão do vírus zika por relações sexuais; 33% das grávidas afirmaram não ter recebido orientações sobre o zika no pré-natal. Instituto Patrícia Galvão. Zika e os direitos das mulheres: Mulheres grávidas em face da síndrome congênita do zika. Ago. 2016. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-zika-quanti_FINAL.pdf. Acesso em 08/08/2016.

XIV - **é assegurado a todos o acesso à informação** e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional; (g.n.)

12. A doutrina de Wilson Steinmetz reconhece que o acesso à informação é fundamental para o desenvolvimento da personalidade humana, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e coletivo da sociedade:

O direito fundamental de acesso à informação contribui para a livre formação das ideias, opiniões, avaliações, convicções, e crenças da pessoa sobre assuntos ou questões de interesse público, relativos ao Estado e à sociedade civil, e de interesse individual ou de grupo. Contribui para o livre, consciente, e responsável desenvolvimento da personalidade. Por fim, contribui para a preservação e desenvolvimento do pluralismo político (art. 1º, V) e, por consequência, do regime democrático⁷⁶.

13. Neste sentido é injustificável que o Estado, por omissão, afronte o direito fundamental ao acesso à informação especialmente no contexto de uma das maiores e mais perigosas epidemias dos últimos tempos. A Constituição, de outro lado, obriga o Estado a implementar políticas públicas que visem à proteção da saúde e à redução do risco das doenças. Além do mais, a Constituição prioriza as atividades preventivas, exatamente para evitar a disseminação das doenças:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, **garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, **proteção** e recuperação.

⁷⁶ Steinmetz, Wilson. Comentário ao artigo 5º, inciso XIV. In: Canotilho, J. J. Gomes; Mendes, Gilmar F.; Sarlet, Ingo W.; Streck, Lenio L. (Coords.). Comentários à Constituição do Brasil. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 301.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...)

II - atendimento integral, **com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...)

II - **executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica,** bem como as de saúde do trabalhador;

14. Assim, é também dever fundamental do Estado manter políticas públicas que apresentem informações acessíveis para que os cidadãos possam mitigar os riscos diários de infecção e precaver-se pessoalmente contra as doenças. **Desse modo, deve ser julgada procedente esta ADPF, determinando que o Poder Público Nacional e especialmente o Executivo Federal apresente nas suas páginas da rede mundial de internet e coordene a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika nos postos de saúde e nas escolas, especialmente para todas as adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre a forma de transmissão, os efeitos conhecidos e ainda não conhecidos sobre essa epidemia e os mecanismos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que não desejarem engravidar. Ainda, que se proceda à revisão do *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS (anexo 25).**

IV.D. OMISSÃO NA GARANTIA DE ACESSO A MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO, TAIS COMO O DIU-LNG, E A REPELENTE CONTRA O MOSQUITO VETOR.

01. O Estado brasileiro também foi omissor ao não conceber e executar políticas públicas focadas no planejamento familiar e na saúde reprodutiva das mulheres em

risco de infecção pelo vírus Zika com a distribuição de métodos contraceptivos adequados, além de inexistir política pública de acesso a repelentes contra o mosquito *Aedes aegypti*.

02. O art. 226, §7º da CR assegura o livre planejamento familiar como corolário da dignidade da pessoa humana:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...)

§ 7º **Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.**

03. O direito ao planejamento familiar pressupõe o acesso a meios contraceptivos e seu fornecimento por políticas públicas de acesso. Especialmente em contexto de epidemia do zika, **é fundamental uma política pública de acesso a meios contraceptivos extensiva, a qual foque em especial nas mulheres em idade reprodutiva e na população em maior vulnerabilidade, com ampla distribuição dos meios contraceptivos.**

04. Neste sentido o parecer do *Global Health Justice Partnership* (GHJP), da Universidade de Yale, ressalta a omissão do Estado brasileiro em implementar as necessárias políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva:

Assim como a epidemia de HIV/AIDS, combater efetivamente o Zika exigirá que o governo brasileiro trabalhe dentro de um contexto cultural e social diverso para avaliar as necessidades das populações vulneráveis e expandir a disponibilidade dos

recursos de saúde a essas populações. O Protocolo [de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia] reconhece adequadamente a importância do uso de contraceptivos, assim como o papel do homem na gravidez. **Contudo, ele não reflete uma compreensão do contexto social adequada para fazer face à epidemia de Zika de uma maneira que ofereça suporte ao compromisso do Brasil com as metas de saúde pública e direitos humanos.**

Especificamente, o Protocolo ignora as realidades complexas associadas às decisões reprodutivas da mulher. Ele não explica os desafios práticos que muitos indivíduos, principalmente mulheres pobres, enfrentam ao obter e usar métodos contraceptivos, nem faz qualquer menção ao aborto, disponível legalmente ou não. Para melhorar a saúde pública e os direitos humanos, o protocolo deve estar enraizado nas experiências de vida da mulher em vez de somente em soluções teóricas. Além do mais, a exclusão de opções abrangentes de saúde reprodutiva pelo Protocolo demonstra a negligência do governo brasileiro com suas obrigações internacionais de proteger a saúde da mulher. (anexo 10)

05. O artigo 9º Lei Federal nº. 9.263/1996 assevera que: “serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” Assim, os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são: Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg), Minipílula (noretisterona 0,35 mg), Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg), Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg), Injetável trimestral (acetato de edroxiprogesterona 150 mg), Preservativo masculino, Diafragma e DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre) (anexo 27).⁷⁷

⁷⁷ Paiva, Ilana. SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos. Blog da Saúde – Ministério da Saúde. 09 mar. 2012. Disponível em : <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/29754-sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos.html>. Acesso em: 25/07/2016.

06. De outro lado, algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisições de métodos anticoncepcionais e complementam o que é distribuído pelo Ministério da Saúde. O SUS também oferta métodos de esterilização voluntária: a ligadura de trompas para mulheres e a vasectomia para homens, nos termos do art. 10 da Lei Federal nº. 9.263/1996.

07. De acordo com a mais recente Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006), que é a mais importante fonte de dados sobre práticas reprodutivas do país, em 2006 a taxa de uso de métodos contraceptivos modernos entre mulheres sexualmente ativas era de 65%, com predomínio da pílula (22%), da esterilização feminina (22%) e da camisinha masculina (13%), combinados ou não com outros métodos. Quase 100% das mulheres sexualmente ativas (morando com companheiros ou não) já tinha usado alguma vez um método contraceptivo moderno.⁷⁸

08. No entanto, nos anos anteriores à pesquisa, 28% dos nascimentos ocorridos no país foram não-planejados para o momento e 18% foram indesejados, **somando 46% de gestações não intencionais.**⁷⁹ A aparente contradição entre o uso relativamente alto de contraceptivos e a alta taxa de gestações não intencionais pode explicar-se pela falha e pelo uso inconsistente dos métodos.⁸⁰

⁷⁸ Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

⁷⁹ Ver nota de rodapé n. 69.

⁸⁰ Curtis, Siân L.. Contraceptive use dynamics research needs post fertility transition. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 191-193, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982012000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/08/2016.

09. Por sua vez, a literatura científica aponta que os métodos contraceptivos reversíveis predominantes entre as mulheres brasileiras – a pílula e a camisinha – são também aqueles com altas taxas de descontinuação do uso.⁸¹ **No caso da pílula**, a descontinuação está associada a efeitos colaterais como dores de cabeça, náuseas, mudanças menstruais, retenção de líquido e queda de libido.⁸² **A descontinuação no uso de pílula e camisinha também** está associada ao fato de serem métodos mais trabalhosos: são de uso ativo (exigem que usuárias tomem comprimidos regularmente, conforme a prescrição, ou negociem o uso da camisinha a cada relação sexual), e descontinuação passiva.⁸³ **Métodos com baixa taxa de descontinuação, como implantes hormonais e dispositivos intrauterinos (DIU), são de longa duração, uso passivo (uma vez inseridos por um profissional de saúde) e descontinuação ativa**

⁸¹ Diniz, Simone G., Araújo, Maria José. Commentary: Reproductive health and rights in Brazil 20 years post-International Conference on Population and Development. *Global Public Health*, 2015, 10:2, pp. 183-185, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318082/>. Acesso em 08/08/2016.

⁸² "Hormonal contraception is highly effective; it can have some non-contraceptive benefits and remains very popular, but has frequent short-term side effects, such as headaches and nausea, breast tenderness, mood changes, menstruation changes, decreased libido, and fluid retention, leading to high discontinuation rates. The last nationwide data about discontinuation of reversible methods was from 1996, showing a 12-month discontinuation rate of 42.3% for pill users and 62.9% for injectables. Adverse effects and health concerns were the main causes of discontinuation. Providers and women could benefit from an update on the benefits and side effects of contraceptives, and efforts made to address the high discontinuation rate." Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20:94-101. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245414>. Acesso em 08/08/2016.

⁸³ "The contraceptive method used is also strongly and consistently associated with contraceptive discontinuation (CURTIS; BLANC, 1997; BRADLEY; SCHWANDT; KHAN, 2009). Methods such as IUDs and implants that require passive use and active discontinuation typically experience much lower discontinuation rates than methods such as pills, injectables and condoms that require active use and passive discontinuation. This means that countries that have relatively high levels of use of long acting and permanent methods, including sterilization, tend to have lower overall discontinuation rates than countries with lower levels of use of these methods in their method mix (BLANC; CURTIS; CROFT, 1999). Pills and condoms predominate in the mix of reversible methods used in Brazil tending to lead to high discontinuation rates among reversible methods." Curtis, Siân L.. Contraceptive use dynamics research needs post fertility transition. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 191-193, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982012000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08/08/2016.

(pela necessidade de retirada), e somavam menos de 2% de uso atual na PNDS 2006.⁸⁴

10. Mulheres adolescentes enfrentam particular risco de gestações não intencionais em função de seu menor acesso a métodos contraceptivos e às informações adequadas sobre como usá-los. Cerca de 20% das crianças nascidas no Brasil atualmente (cerca de 560 mil) são filhas de mães adolescentes.⁸⁵

11. **No contexto de epidemia do vírus zika, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos recomendam o uso dos métodos contraceptivos mais eficazes e que possam ser usados de forma correta e consistente, acompanhados de camisinha para evitar a transmissão sexual do zika.** Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração como implante subdérmico e DIU são considerados os mais eficazes, com taxas de falha de menos de uma gravidez a cada 100 mulheres por ano. Essa mesma taxa para a pílula é de 9 gestações para cada 100 mulheres e a da camisinha masculina é de 18 para cada 100.⁸⁶

12. **O Protocolo Nacional de Enfrentamento à Microcefalia reconheceu a importância dos métodos contraceptivos na resposta à epidemia do vírus zika, mas não estabeleceu estratégias de identificação e reparação de falhas no acesso aos métodos nem medidas emergenciais de ampliação da oferta.** Manter o *status quo* das políticas de planejamento familiar (em particular, de contraceptivos) em tempos de

⁸⁴ Ver nota de rodapé n. 69.

⁸⁵ Schuck-Paim C, López D, Simonsen L, Alonso W. Unintended Pregnancies in Brazil – A Challenge for the Recommendation to Delay Pregnancy Due to Zika. PLOS Currents Outbreaks. 16 Mar. 2016. Disponível em: <<http://currents.plos.org/outbreaks/article/unintended-pregnancies-in-brazil-a-challenge-for-the-recommendation-to-delay-pregnancy-due-to-zika/#ref12>>. Acesso em 28/07/2016.

⁸⁶ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Delman, Dana Meaney. The Importance of Pregnancy Planning in Areas with Active Zika Transmission. Disponível em: <http://www.cdc.gov/zika/pdfs/postzap-familyplanning.pdf>. Acesso em 28/07/2016.

epidemia, considerando-se a alta taxa de gestações não intencionais no país, implica violação ao direito ao planejamento reprodutivo de mulheres pelo risco de transmissão vertical do vírus zika e de desenvolvimento da síndrome congênita do zika nos fetos.

13. O único método contraceptivo reversível de longa duração atualmente disponível no SUS é o DIU de cobre, que tem adesão muito baixa (1,5% de uso atual entre mulheres, segundo a PNDS 2006) em função de efeitos colaterais, os quais incluem aumento de cólicas e de sangramento, risco de deslocamento e, consequentemente, de falha do método com risco de gravidez. **Assim, uma medida urgente no enfrentamento nacional à crise de saúde pública do vírus zika é a oferta de outros métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, incluindo o implante subdérmico hormonal e o DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG).**

14. Na literatura médica, as evidências relativas às vantagens e eficácia do DIU-LNG em relação a outros métodos estão consolidadas. O DIU hormonal é considerado particularmente adequado para adolescentes e mulheres ainda sem filhos por ter alta eficácia contraceptiva e baixa descontinuação, pois, uma vez implantado, o uso é passivo e os efeitos, incluindo sangramentos, são mínimos.⁸⁷ A descontinuação no uso

⁸⁷ Estados Unidos. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing teen pregnancy. April 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/larc/>. Acesso em 08/08/2016.

Henry, N. *et al.* Cost-effectiveness analysis of a low-dose contraceptive levonorgestrel intrauterine system in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 May 25. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26015090>>. Acesso em 08/08/2016.

Gemzell-Danielsson, K. *et al.* A phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception*, 2016 Jun; 93:507. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872720>>. Acesso em 08/08/2016.

do DIU-LNG entre mulheres que nunca tiveram filhos é menor do que em relação ao DIU de cobre e mesmo ao implante subdérmico hormonal.⁸⁸

15. De outro lado, o uso de repelentes é frequentemente citado como estratégia de prevenção nos documentos oficiais como o **Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia e a Instrução Operacional Conjunta Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social n. 1, de 25/02/2016**, porém não está ocorrendo a distribuição gratuita.⁸⁹ Em tempos de crise de saúde pública provocada pelo vírus zika, o repelente é requisito básico de uma gestação saudável, e portanto deve ser entendido como parte dos “métodos de concepção” que, segundo o art. 9º da Lei Federal nº. 9.263/1996, compõem o direito ao planejamento familiar.

22. Deste modo, é imperativo que seja julgada procedente esta ADPF **para determinar a realização de política pública, em especial àquelas em situação de hipossuficiência econômica e vulnerabilidade, de distribuição de anticoncepcionais de longa duração como DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG) e de repelente contra o mosquito vetor.**

⁸⁸ Abraham, M. *et al.* Young age, nulliparity, and continuation of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstetrics and Gynecology*. 2015, 126(4), 823–829. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26348177>. Acesso em 08/08/2016.

Apter, Dan et al. A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system with the etonogestrel subdermal implant. *Fertility and Sterility*, Volume 106, Issue 1, 151 – 157, July 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27016644>>. Acesso em 08/08/2016.

⁸⁹ A página oficial Ministério da Saúde sobre Prevenção e Combate à Dengue, Chikungunya e Zika informa que: “O Ministério da Saúde vai distribuir repelentes para mulheres grávidas? O Governo Federal vai distribuir repelentes para todas as grávidas inscritas no programa Bolsa Família. O Governo está em contato com os fabricantes de repelentes para definir exatamente a quantidade que o setor pode fornecer.” Ministério da Saúde. Tira-dúvidas – Zika. <<http://combateaes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas>>. Acesso em 28/07/2016.

IV.E. OMISSÃO SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA MULHER GRÁVIDA INFECTADA PELO VÍRUS ZIKA.

01. Em virtude da epidemia do vírus zika, requer-se interpretação conforme a constituição dos artigos 124, 126 e 128, I e II, do Código Penal, *in verbis*:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: [\(Vide ADPF 54\)](#)

Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: [\(Vide ADPF 54\)](#)

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debilmente mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

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

Aborto necessário

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

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

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

02. É oportuno, de início, explicitar, nos termos do Parecer emitido pelo eminente jurista e doutrinador Alberto Silva Franco (anexo 20), a distinção entre a interrupção da gestação e o crime de aborto. Vejamos.

03. A tese ora sustentada é que a interrupção de gravidez promovida por mulheres infectadas pelo vírus zika encontra abrigo em interpretação constitucionalmente adequada da legislação infraconstitucional penal. A interrupção da gravidez consiste em gênero, a qual é composta pela interrupção de gravidez lícita, legal e constitucional e a interrupção da gravidez ilícita, sendo esta também designada de aborto. Desse modo, duas questões são fundamentais. Apesar de o caput do art. 128 do CP asseverar que não se pune o aborto naquelas situações, em verdade, inexistente crime (fato típico) nas situações previstas neste artigo.

04. Desse modo, nas situações de proteção do direito à vida da gestante (art. 128, I, CP) e de gravidez em virtude de estupro (art. 128, II, CP), não há interrupção ilegal, logo aborto, e sim interrupção legal, constitucional e lícita. Importante frisar que, **já em 1940**, a proteção aos direitos das mulheres à integridade física e psicológica encontrava certa proteção do legislador ordinário. **De outro lado, questões de técnica jurídica e sociais impuseram e impõem modificações interpretativas sobre interrupção lícita da gravidez.**

05. **Em primeiro lugar**, como bem aponta o Dr. Alberto Silva Franco, a conduta central do tipo de aborto consiste em provocar, mas essa conduta não é carregada *a priori* como ação social dotada de desvalor social, porque: “*provocar* não se traduz numa conduta carregada de desvalor social, menos ainda de ilicitude, como seria o caso dos verbos *matar, caluniar, injuriar* etc”. Desse modo, a grande questão consiste em saber em qual situação o “provocar a interrupção da gravidez” consiste em aborto.

06. No contexto de contaminação de mulher grávida por vírus zika, registra-se que a possibilidade de **interrupção lícita da gravidez** conta, de um lado, com respaldo

na jurisprudência desta Excelsa Corte Constitucional (**ADPF nº. 54**), e, de outro lado, por **interpretação conforme a Constituição** dos arts. 23, I, 24⁹⁰ e 128, I e II, CP.

07. A síndrome congênita do vírus zika, em algumas gestações, causa a inviabilidade do prosseguimento da gravidez devido à morte do embrião ou do feto. Nessas situações, a possibilidade de interrupção da gravidez amolda-se perfeitamente ao precedente firmado na ADPF nº. 54, *verbis*:

Aborto é crime contra a vida. Tutela-se a vida em potencial. No caso do anencéfalo, repito, **não existe vida possível**. Na expressão do Ministro Joaquim Barbosa, constante do voto que chegou a elaborar no Habeas Corpus nº 84.025/RJ, o feto anencéfalo, mesmo que biologicamente vivo, porque feito de células e tecidos vivos, é juridicamente **morto, não gozando de proteção jurídica e, acrescento, principalmente de proteção jurídico-penal**. Nesse contexto, a interrupção da gestação de feto anencefálico não configura crime contra a vida – revela-se conduta atípica. (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, Relator Min. Marco Aurélio, Julgado em 12/04/2012, Publicação: DJe 30/04/2013).

08. Por sua vez, a síndrome congênita do zika pode em outras situações, apesar de não produzir a morte do embrião, do feto ou do recém-nascido, causar danos neurológicos e impedimentos corporais permanentes e severos. Em verdade, todos os efeitos nocivos causados por essa infecção ainda não são conhecidos pela literatura

⁹⁰ Código Penal: “**Estado de necessidade**. Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) I - em estado de necessidade; (...). Art. 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). § 1º - Não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). § 2º - Embora seja razoável exigir-se o sacrifício do direito ameaçado, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)”.

médica e científica, porém já se sabe que muitas crianças terão capacidades de desenvolvimento livre e autônomo substancialmente diminuídas, sendo dependentes de cuidados permanentes e tratamentos médicos contínuos para os mais sutis progressos. Entre as questões científicas ainda sem resposta está também a taxa de risco entre mulheres grávidas infectadas pelo vírus zika: não se sabe ainda em quantos e quais casos de mulheres infectadas ocorrerá a transmissão vertical e o desenvolvimento da síndrome congênita do zika. Também não se sabe por quanto tempo o vírus permanece ativo nos corpos das mulheres infectadas para o risco de transmissão vertical em uma futura gravidez. Essa situação de incertezas provocadas pela epidemia sujeita mulheres grávidas a potencial sofrimento psicológico intenso.

09. É preciso seriamente considerar o impacto para as mulheres da emergência de saúde pública de importância internacional reconhecida pela Organização Mundial de Saúde quanto às desordens neurológicas provocadas pelo vírus zika: o vírus é o agente causador de uma nova síndrome congênita, mas há um dano causado injustamente às mulheres e aos seus futuros filhos por uma negligência persistente do Estado brasileiro em não ter eliminado o mosquito que carrega o vírus.

10. O vetor *Aedes aegypti* foi erradicado do país por duas vezes, nos anos 1950 e 1970, mas retornou e permaneceu pela descontinuação de políticas públicas de saneamento básico, acesso a água potável e controle vetorial, que afetam especialmente populações marginalizadas, como as que vivem nos sertões nordestinos e em periferias de grandes cidades.⁹¹ No contexto da epidemia de vírus zika, a gravidez

⁹¹ Penna, Maria Lucia F.. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 305-309, Fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/08/2016.

foi transformada em uma espera desamparada para as mulheres, semelhante a um permanente estado de maus-tratos.⁹²

11. Muitas mulheres vivem a gestação com medo: mesmo que sigam todas as recomendações oficiais para uso de roupas de mangas compridas (no agreste nordestino), fechem janelas e portas (ainda que em pleno verão), e usem repelentes diariamente (apesar de não serem distribuídos pela rede pública de saúde), não há garantias quanto à saúde dos fetos e delas próprias. São nove meses de desamparo e, se o futuro filho nascer com desordens neurológicas provocadas pela síndrome congênita do zika, tem início um longo percurso de necessidades singulares de saúde e acessibilidade que não são garantidas como direitos, conforme se demonstrou nas seções anteriores.

12. A filósofa e pesquisadora sobre deficiência Dra. Eva Kittay assim descreve, em parecer (anexo 21), os profundos dilemas e angústias que vivem as mulheres infectadas pelo vírus zika durante a gravidez:

Embora todas as crianças demandem responsabilidades, o cuidado de crianças com deficiência impõe responsabilidades adicionais. **Essas responsabilidades nem sempre são indesejáveis, mas têm um impacto significativo sobre a mãe e a família. Já mencionei o compromisso eterno de cuidar, os elevados custos médicos impostos por algumas deficiências quando há complicações de saúde e o fato de que o cuidado**

⁹² O Comentário Geral n. 22 do Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas sobre direito à saúde sexual e reprodutiva de março de 2016 afirma que “a falta de serviços obstétricos emergenciais ou a negação da realização de um aborto levam, frequentemente, à mortalidade e à morbidade maternas, o que, por sua vez, constitui uma violação do direito à vida ou à segurança e, em certas circunstâncias, pode equivaler a tortura ou a tratamento desumano, cruel ou degradante”. United Nations. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2 mai. 2016. Disponível em: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en. Acesso em 08/08/2016.

extra, ao mesmo tempo, exige que a renda da mulher, que é geralmente a cuidadora da criança, seja sacrificada. As mulheres são, na maioria das vezes, quem assume o trabalho adicional e arca com os custos.

A menos que a criança e a família tenham suporte adequado, é altamente injusto ignorar a voz da mulher na decisão sobre levar a gestação a termo ou evitar uma gravidez que provavelmente resultará em uma criança com deficiências gravíssimas. Esta não é uma declaração sobre o valor da vida de uma pessoa com deficiência, mas sobre que tipos de demanda uma criança, qualquer criança, mas especialmente uma criança com deficiências muito graves, vai representar para a vida da mulher. Se o Estado está pronto para intervir e fornecer apoio adicional sob a forma de cuidados, equipamentos para transportar a criança mais facilmente, rampas e cadeiras de rodas, acesso a cuidados médicos, então é mais razoável esperar que as mulheres escolham dar à luz até mesmo crianças com deficiência grave. Mas, mesmo assim, nem todas as mulheres e nem todas as famílias são igualmente capazes de lidar bem com a situação — algo que é importante para todas as crianças, mas ainda mais para as crianças que são tão dependentes de suas famílias e, especialmente, de suas mães. (anexo 21)

13. Desse modo, a situação de mulher grávida com diagnóstico de infecção por vírus zika enquadra-se no art. 128, I, do Código Penal, como estado de necessidade específico, ou no arts. 23, I, e 24 do mesmo Código, como estado de necessidade justificante geral. Vejamos.

14. Nas situações de continuidade da gravidez imposta às mulheres infectadas pelos vírus zika e em sofrimento psicológico, caso se considere haver colisão entre princípios constitucionais, colocando-se, de um lado, o direito à vida do feto e, de outro, os direitos reconhecidos constitucionalmente à mulher, é preciso reconhecer que: em primeiro lugar, **vida não se trata de um direito absoluto**, tendo em vista que

“inexiste hierarquia do direito à vida sobre os demais direitos”, conforme amplamente demonstrado pelo Exmo. Min. Marco Aurélio, na ADPF nº. 54, verbis:

...4.1 O caráter não absoluto do direito à vida

Inexiste hierarquia do direito à vida sobre os demais direitos, o que é inquestionável ante o próprio texto da Constituição da República, cujo artigo 5º, inciso XLVII, **admite a pena de morte em caso de guerra declarada na forma do artigo 84, inciso XIX.** Corroborar esse entendimento o fato de o Código Penal prever, como causa excludente de ilicitude ou antijuridicidade, o aborto ético ou humanitário – quando o feto, mesmo sadio, seja resultado de estupro. Ao sopesar o direito à vida do feto e os direitos da mulher violentada, o legislador houve por bem priorizar estes em detrimento daquele – e, até aqui, ninguém ousou colocar em dúvida a constitucionalidade da previsão.

Aliás, no Direito comparado, outros Tribunais Constitucionais já assentaram não ser a vida um valor constitucional absoluto. Apenas a título ilustrativo, vale mencionar decisão da Corte Constitucional italiana em que se declarou a inconstitucionalidade parcial de dispositivo que criminalizava o aborto sem estabelecer exceção alguma. Eis o que ficou consignado:

[...] **o interesse constitucionalmente protegido relativo ao nascituro pode entrar em colisão com outros bens que gozam de tutela constitucional e que, por consequência, a lei não pode dar ao primeiro uma prevalência absoluta**, negando aos segundos adequada proteção. E é exatamente este vício de ilegitimidade constitucional que, no entendimento da Corte, invalida a atual disciplina penal do aborto... (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, Relator Min. Marco Aurélio, Julgado em 12/04/2012, Publicação: DJe 30/04/2013).

15. Assim, caso se considere a possibilidade de colisão de princípios, os direitos reconhecidos constitucionalmente à mulher estariam, valorativamente, no mesmo *status* do direito à vida do embrião ou do feto. Em relação aos direitos das mulheres grávidas infectadas pelo vírus zika, há o seu direito à vida digna, o qual pressupõe a possibilidade de escolher não continuar com gravidez que lhe causa intenso

sofrimento. De outro lado, observa-se o direito à liberdade (CF, art. 5º, *caput*), compreendendo-se a liberdade à autodeterminação sexual e à autonomia reprodutiva, levando-se em conta que “a procriação, a gestação, enfim os direitos reprodutivos são componentes indissociáveis do direito fundamental à liberdade e do princípio da autodeterminação pessoal, particularmente da mulher” (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, Voto do Ministro Joaquim Barbosa).

14. Ainda, está em jogo a saúde mental da mulher grávida. Nesse sentido, é o voto do Exmo. Ministro Marco Aurélio, manifestando-se pela descriminalização da interrupção da gravidez nos casos de fetos anencefálicos:

5. Direito à saúde, à dignidade, à liberdade, à autonomia, à privacidade

A Organização Mundial de Saúde, no Preâmbulo do ato fundador, firmado em 22 de julho de 1946, **define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de enfermidade”**[76]. No Plano de Ação da Conferência Mundial sobre população e desenvolvimento, realizado na cidade do Cairo, Egito, em 1994, **além de reconhecerem-se como direitos humanos os sexuais e os reprodutivos, estabeleceu-se como princípio que “toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental”**.(...)

Impedida de dar fim a tal sofrimento, a mulher pode desenvolver, nas palavras do Dr. Talvane Marins de Moraes, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria[85], “um quadro psiquiátrico grave de depressão, de transtorno, de estresse pós-traumático e até mesmo um quadro grave de tentativa de suicídio, já que não lhe permitem uma decisão, ela pode chegar à conclusão, na depressão, de autoextermínio”[86].

(...) vale ressaltar **caber à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez.** (...).

Franquear a decisão à mulher é medida necessária ante o texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como

“Convenção de Belém do Pará”, ratificada pelo Estado brasileiro em 27 de novembro de 1995, cujo artigo 4º inclui como **direitos humanos das mulheres o direito à integridade física, mental e moral, à liberdade, à dignidade e a não ser submetida a tortura. Define como violência qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada**[108].

(...) **O ato de obrigar a mulher a manter a gestação, colocando-a em uma espécie de cárcere privado em seu próprio corpo, desprovida do mínimo essencial de autodeterminação e liberdade, assemelha-se à tortura**[109] ou a um sacrifício que não pode ser pedido a qualquer pessoa ou dela exigido. (...) (STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54, Relator Min. Marco Aurélio, Julgado em 12/04/2012, Publicação: DJe 30/04/2013).

15. No caso específico da epidemia do vírus zika, marcada por incertezas que colocam as mulheres grávidas infectadas diante de enorme angústia e sofrimento psicológico, é razoável considerar que a epidemia do vírus zika provoca um estado de necessidade à mulher grávida infectada pelo referido vírus, tornando a interrupção da gravidez um direito da mulher para proteção da sua saúde mental. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “A severa angústia mental que as mulheres podem experimentar durante o surto de vírus zika em virtude de eventual resultado negativo justifica o dever de assegurar suas oportunidades para fazer decisões reprodutivas esclarecidas por si mesmas”.⁹³

16. No mesmo sentido é o entendimento do parecer (anexo 22) da renomada especialista em Direito Internacional dos Direitos Humanos Dra. Rebecca Cook:

⁹³ Tradução livre de: “The severe mental anguish that women may experience during the Zika virus outbreak as a result of a possible negative outcome justifies the duty to ensure their opportunities to make informed reproductive decisions for themselves”. Pan-American Health Organization. Zika Ethics Consultation: Ethics Guidance on Key Issues Raised by the Outbreak. 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28425>. Acesso em: 28/07/2016.

Consequências para saúde física e mental de curta e longa duração surgem devido a abortos inseguros, ou quando mulheres são obrigadas a prosseguir com gestações indesejadas. A vulnerabilidade de mulheres infectadas com o vírus Zika é exacerbada pelo estresse psicológico causado pelas incertezas, riscos e danos associados à infecção. (...) O direito internacional estabelece que Estados têm responsabilidades aumentadas de reduzir o impacto de emergências de saúde pública, e transfere aos Estados a escolha de meios mais efetivos para fazê-lo. (...) Epidemias transformam a compreensão de doenças de patologias de corpos humanos a patologias de ambientes. Essa Corte tem a oportunidade de garantir que a epidemia de Zika não se torne uma patologia do Estado, assegurando que toda cidadã afetada pelo Zika, independentemente das circunstâncias, tenha acesso a serviços necessários de saúde sexual e reprodutiva para garantir seu direito à saúde. (anexo 22)

17. Também a Dra. Ilana Löwy destaca, em seu parecer (anexo 17), que o reconhecimento do direito à interrupção da gestação em função do sofrimento psíquico vivido por mulheres grávidas é um aprendizado da história da medicina em outros países:

Médicos brasileiros não têm resposta para os medos das mulheres e preveem um aumento constante nas anomalias congênitas causadas pelo zika. Quando perguntados sobre a possibilidade de mulheres serem autorizadas a abortar em caso de anomalia cerebral no feto, os especialistas brasileiros respondem habitualmente que “o aborto é um crime”. Em outro tempo e lugar, médicos que atuaram em países que criminalizam o aborto tiveram uma atitude diferente em relação ao sofrimento das mulheres. Há um consenso generalizado, explicou em 1959 o obstetra britânico Bevis Brock, do Hospital St. Bartholomew, em Londres, de que “quando uma mulher grávida, tendo tido rubéola, está ciente dos riscos e preparada para enfrentá-los, então ninguém tentará convencê-la a aceitar a interrupção. Mas se ela se sente incapaz de enfrentar a terrível ansiedade de uma gravidez

ofuscada pelo medo de ter uma criança cega ou surda, então deve haver fortes convicções de recusar esse pedido”. É ainda preciso que existam fortes convicções — ou uma ausência de compaixão pelo sofrimento de uma mulher grávida. (anexo 17)

18. Deve-se aplicar assim de forma analógica o art. 128, I, do Código Penal, pois “uma enumeração exaustiva de todas as causas imagináveis de justificação não é possível nem numa lei, nem numa exposição científica”.⁹⁴ De toda forma, mesmo que não se entenda pela analogia com o art. 128, I, do Código Penal, é forçoso concluir que a interrupção da gestação de mulher infectada pelo vírus zika é acolhida pelo estado de necessidade genérico (CP, art. 24), configurando-se em causa de exclusão da ilicitude da conduta (CP, art. 23, I).

19. Registra-se também que o art. 128, II, do Código Penal, autoriza o chamado “aborto humanitário” ou “aborto ético”, o qual é abordado pelo jurista Alberto Silva Franco, nos termos seguintes:

A segunda hipótese — se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou quando incapaz, de seu representante legal — revela a autorização legal do aborto humanitário ou aborto ético quando se mostra evidente “a colisão entre o direito à vida do conceito e o direito de liberdade de autonomia reprodutiva da mulher estuprada. No caso, a legislação infraconstitucional, recepcionada pela atual Constituição, optou por preservar a liberdade de autonomia reprodutiva da mulher diante da violência por ela sofrida. A vítima de um estupro sofre não só o constrangimento físico da conduta, como também, o sofrimento psíquico, além do vexame pessoal e social, o que representam ofensa a sua dignidade de pessoa humana”. É evidente que o texto legal deu ênfase à saúde física e mental, em desfavor de feto que não representava nem uma hipótese

⁹⁴ Jescheck, Hans-Heinrich. *Tratado de derecho penal: parte general*. 4. ed. Tradução de José Luis Manzanares Samaniego. Granada: Comares, 1993. p. 294.

de anencefalia, nem um caso de feto com uma gravíssima anomalia incurável. Se se admite que um feto normal e saudável possa ser objeto de uma conduta abortiva, de caráter legal, por que não se poderá alargar tal causa de justificação para legitimar a vontade livre de uma gestante que se manifesta, diante de um feto que apresenta, após verificação tecnológica, um quadro de lesão cumulativamente dotada de gravidade e de irreversibilidade? (g.n.) (anexo 20)

20. Inegável que a autorização para a interrupção da gravidez em caso em decorrência de estupro se apoia, também, no estado de evidente sofrimento da mulher, pelo estado de desamparo provocado pela experiência e lembrança do ato violento. Do mesmo modo, a interrupção da gravidez deve ser autorizada quando o Poder Público falhou em evitar o sofrimento da mulher, por não erradicar o mosquito vetor, por não informar, por não promover medidas preventivas adequadas no contexto da epidemia e, ainda, quando não se compromete com a garantia de direitos da mulher e de seus futuros filhos.

21. Destarte, a criminalização da interrupção da gravidez de mulheres infectadas pelo vírus zika que assim o desejem para proteção de sua saúde revela-se em verdadeira afronta aos **preceitos fundamentais 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)**. Por sua vez, o acesso a serviços de saúde de referência para interrupção da gestação garante a mulheres grávidas infectadas pelo zika e em estado de sofrimento a necessária atenção em

saúde mental, que é um dos eixos de acolhimento de tais serviços, conforme a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.⁹⁵

22. Dessa forma, a interpretação conforme a Constituição é medida hábil à garantia de tais preceitos fundamentais, **a) declarando-se a 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.

V. DOS PEDIDOS DE MEDIDA LIMINAR E CAUTELAR

⁹⁵ “3.4.2 [Deveres de escuta qualificada] Para os profissionais de saúde mental e serviço social: **Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo**; Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima; Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida; Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro; Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.” Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em 08/08/2016.

Nos termos do art. 10, § 3º, da Lei Federal nº. 9868/99 e do art. 5º, § 1º, Lei nº. 9.882/99, pois há extrema urgência (situação de epidemia do vírus zika) e perigo de lesão grave (contaminação diária de pessoas pelo vírus zika), requer a concessão das seguintes medidas liminares e cautelares *ad referendum* do Plenário do Excelso Supremo Tribunal Federal e sem a oitiva das autoridades que promoveram os atos comissivos e omissivos:

a) na Ação Direta de Inconstitucionalidade, requer-se:

a.1) interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, Lei Federal nº. 13.301/2016, para o afastamento do limite de 3 anos para pagamento do benefício de prestação continuada e a sua concessão para vítimas de microcefalia ou de outras sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* ou causadas pela síndrome congênita do zika, sendo desnecessária a comprovação da situação de vulnerabilidade ou de necessidade em virtude da presunção dessa circunstância e reconhecendo a comprovação da sequela neurológica por meio de declaração/atestado de profissional médico, sendo dispensada a realização de perícia pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

a.2) e o afastamento do óbice para o pagamento cumulado do mesmo benefício com o salário-maternidade com a suspensão do art. 18º, § 2º, Lei Federal nº. 13.301/2016;

a.3) a interpretação conforme do art. 18, §3º, Lei Federal nº. 13.301/2016 para fins de garantir o salário maternidade de 180 dias, no caso das mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* **ou causadas pela síndrome congênita do Zika.**

b) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, a concessão de liminar também é possível, como assinalam Gilmar Ferreira Mendes e Lenio Luiz Streck⁹⁶, tal qual foi feito nas ADPFs nº 10 e 130, requerendo-se:

b.1) a determinação ao Poder Público Nacional e, especialmente, ao Executivo Federal para garantir a realização de Estimulação Precoce (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em múltiplas deficiências) em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) em distância de até 50 km da residência do grupo familiar com criança com microcefalia e outras sequelas no sistema nervoso central causadas pela síndrome congênita do zika, além do pagamento de tratamento fora de domicílio (TFD) para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km, **além do reconhecimento da obrigação de haver médicos capacitados para o diagnóstico clínico de infecção pelo vírus zika e de tornar imediatamente acessíveis nas unidades do SUS os exames de PCR e sorológicos (IGM e IGG) para detecção da infecção;**

b.2) que o Poder Público Nacional e especialmente o Executivo Federal apresente em suas páginas da rede mundial de internet e coordene a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika em postos de saúde e escolas, especialmente para todas as adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre formas de transmissão, efeitos conhecidos e ainda não conhecidos da epidemia e métodos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que desejarem não engravidar. Ainda, que se proceda à revisão do *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS;

b.3) a determinação de criação de políticas públicas de assistência médica às mulheres em idade reprodutiva ao Executivo Federal, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade, de distribuição de anticoncepcionais de longa duração como DIU com

⁹⁶ Mendes, Gilmar Ferreira; Streck, Lenio Luiz. Comentário ao artigo 102, § 1º. In: Canotilho, J. J. Gomes; Mendes, Gilmar F.; Sarlet, Ingo W.; Streck, Lenio L. (Coords.). Comentários à Constituição do Brasil. São Paulo: Saraiva/ Almedina, 2013. p. 1.394/1.395.

liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG) e, para mulheres grávidas, a distribuição de repelente contra o mosquito vetor;

b.4) a interpretação conforme a Constituição é medida hábil à garantia de tais preceitos fundamentais, **a) declarando-se a 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, **e, por consequência,** a sustação dos inquéritos policiais, das prisões em flagrante e dos processos em andamento que envolvam a interrupção da gravidez quando houver comprovação de infecção da gestante pelo vírus Zika, até o julgamento definitivo.

De outro lado, requerem-se os seguintes pedidos subsidiariamente, caso este Excelso Supremo Tribunal Federal entender que não é possível conhecer dos pedidos **b.1, b.2 e b.3** na modalidade de Arguição de Descumprimento Preceito Fundamental,

c) pleiteia-se o conhecimento desses pleitos como **Ação Direta de Inconstitucionalidade com interpretação conforme a Constituição:**

c.1) do art. 1º, caput e § 1º, II, da Lei 13.301/2016⁹⁷, **para reconhecer o dever** da autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal em determinar e executar medidas necessárias como realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade reprodutiva e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais, bem como nas páginas do Governo Federal da rede mundial de internet, e de coordenar a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika em postos de saúde e em escolas, especialmente para todas as adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre formas de transmissão, efeitos conhecidos e ainda não conhecidos da epidemia e métodos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que desejarem não engravidar. Ainda que se proceda à revisão do *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS;

c.2) do art. 1º, caput e §§ 1º e 3º da Lei 13.301/2016, **para reconhecer o dever** da autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal em determinar e executar **as medidas necessárias** no contexto de epidemia de Zika vírus, entendendo que os incisos do §§ 1º e 3º⁹⁸ preveem situações meramente

⁹⁷ Lei 13.301/2016: “Art. 1º Na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN. § 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se: I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade; II - realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais”.

⁹⁸ Lei 13.301/2016: “§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se: I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade; II - realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas

exemplificativas, **devendo também ser entendidas como obrigações** do Governo Federal a garantia de Estimulação Precoce (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em múltiplas deficiências) em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) em distância de até 50 km da residência do grupo familiar com criança com microcefalia e outras sequelas no sistema nervoso central causadas pela síndrome congênita do Zika vírus, **além do pagamento de TFD** para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km para a realização de Estimulação Precoce e **a distribuição de repelente** contra o mosquito vetor às mulheres grávidas, **além do reconhecimento obrigação de haver médicos capacitados para o diagnóstico clínico de infecção pelo vírus zika e de tornar imediatamente acessíveis nas unidades do SUS os exames de PCR e sorológicos (IGM e IGG) para detecção da infecção;**

c.3) do artigo 9º Lei Federal nº. 9.263/1996⁹⁹, reconhecendo a obrigação do Executivo Federal em oferecer às mulheres em idade reprodutiva, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade, contraceptivos reversíveis de longa duração como DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG).

em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais; III - realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão; IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças”. “§ 3º São ainda medidas fundamentais para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput: I - obediência aos critérios de diagnóstico estabelecidos pelas normas técnicas vigentes, aperfeiçoamento dos sistemas de informação, notificação, investigação e divulgação de dados e indicadores; II - universalização do acesso à água potável e ao esgotamento sanitário; III - incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas e à incorporação de novas tecnologias de vigilância em saúde; IV - permissão da incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida”.

⁹⁹ “Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia”.

VI. DOS PEDIDOS DEFINITIVOS

Em face do exposto, requer a legitimada ativa:

a) a notificação do Congresso Nacional e do Executivo Federal para que prestem informações;

b) a ciência do Advogado-Geral da União e do Procurador-Geral da República;

c) a confirmação das medidas cautelares requeridas no item V desta Petição Inicial.

d) **na Ação Direta de Inconstitucionalidade**, requer-se a procedência nos seguintes termos:

d.1) a interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, da Lei Federal nº. 13.301/2016, nos seguintes termos, para fixar a seguinte interpretação: farão jus ao benefício de prestação continuada a que se refere o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, com o afastamento do limite de 3 anos para pagamento do benefício na condição de pessoa com deficiência, as crianças vítimas de microcefalia ou de outras alterações no sistema nervoso em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* ou causadas pela síndrome congênita do zika, sendo desnecessária a comprovação da situação de vulnerabilidade ou de **necessidade em virtude da presunção dessa circunstância, e reconhecendo a comprovação da sequela neurológica por meio de declaração/atestado de profissional médico, sendo dispensada a realização de perícia pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)**,

d.2) a declaração de nulidade com redução de texto do art. 18, § 2º, da Lei Federal nº. 13.301/2016;

d.3) interpretação conforme do art. 18, §3º, Lei Federal nº. 13.301/2016 para fins de garantir o salário maternidade de 180 dias, no caso das mães de crianças

acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* **ou causadas pela síndrome congênita do Zika.**

e) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, requer-se a procedência nos seguintes termos:

e.1) a determinação ao Poder Público Nacional e, especialmente, ao Executivo Federal para garantir a realização de Estimulação Precoce (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em múltiplas deficiências) em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) em distância de até 50 km da residência do grupo familiar com criança com microcefalia e outras sequelas no sistema nervoso central causadas pela síndrome congênita do Zika vírus, além do pagamento de TFD para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km para a realização de Estimulação Precoce, além do reconhecimento da obrigação de haver médicos capacitados para o diagnóstico clínico de infecção pelo vírus zika e de tornar imediatamente acessíveis nas unidades do SUS os exames de PCR e sorológicos (IGM e IGG) para detecção da infecção;

e.2) que o Poder Público Nacional e especialmente o Executivo Federal apresente em suas páginas da rede mundial de internet e coordene a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika em postos de saúde e escolas, especialmente para todas as adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre formas de transmissão, efeitos conhecidos e ainda não conhecidos da epidemia e métodos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que desejarem não engravidar. Ainda que se proceda à revisão do *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS;

e.3) a determinação de criação de políticas públicas de assistência médica às mulheres em idade reprodutiva ao Executivo Federal, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade, de distribuição de contraceptivos reversíveis de longa duração,

como DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG) e, para mulheres grávidas, a distribuição de repelente contra o mosquito vetor;

e.4) a interpretação conforme a Constituição dos artigos 124, 126 e 128 do Código Penal, e **4.1)** declarando-se a inconstitucionalidade da interpretação, segundo a qual a interrupção da gestação em relação à mulher que comprovadamente tiver sido infectada pelo vírus zika e optar pela mencionada medida é conduta tipificada nos artigos 124 e 126, do Código Penal ou; **e.4.2)** 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 comprovadamente tiver sido infectada pelo vírus Zika e optar pela mencionada medida, tendo em vista se tratar de causa de justificação específica (art. 128, CP) ou de justificação genérica (arts. 23, I e 24, CP), as quais configuram hipóteses legítimas de interrupção da gravidez **e, por consequência**, a sustação dos inquéritos policiais, das prisões em flagrante e dos processos em andamento que envolvam a interrupção da gravidez quando houver diagnóstico clínico ou laboratorial de infecção da gestante pelo vírus zika.

De outro lado, requerem-se os seguintes pedidos subsidiariamente, caso este Excelso Supremo Tribunal Federal entender que não é possível conhecer dos pedidos **e.1, e.2 e e.3** na modalidade de Arguição de Descumprimento Preceito Fundamental,

f) pleiteia-se o conhecimento desses pleitos como Ação Direta de Inconstitucionalidade com interpretação conforme a Constituição, **como foi feito na ADPF 72 - QO**:

f.1) do art. 1º, *caput* e § 1º, II, da Lei 13.301/2016, **para reconhecer o dever** da autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal em determinar e executar as medidas necessárias como realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade reprodutiva e gestantes,

divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais, bem como nas páginas do Governo Federal da rede mundial de internet, e coordenar a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika em postos de saúde e em escolas, especialmente para todas as mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre formas de transmissão, efeitos conhecidos e ainda não conhecidos da epidemia e métodos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que desejarem não engravidar. Ainda que se proceda à revisão do *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS;

f.2) do art. 1º, *caput* e § 1º e 3º da Lei 13.301/2016, **para reconhecer o dever** da autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal em determinar e executar **as medidas necessárias** no contexto de epidemia de Zika vírus, entendendo que os incisos do § 1º e 3º preveem situações meramente exemplificativas, **devendo também ser entendidas como obrigações** do Governo Federal a garantia de Estimulação Precoce (Auditiva, Física, Intelectual, Visual e em múltiplas deficiências) em Centros Especializados em Reabilitação (CERs) em distância de até 50 km da residência do grupo familiar com criança com microcefalia e outras sequelas no sistema nervoso central causadas pela síndrome congênita do Zika vírus, **além do pagamento de TFD** para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km e **a distribuição de repelente** contra o mosquito vetor às mulheres grávidas, **além do reconhecimento da obrigação de haver médicos capacitados para o diagnóstico clínico de infecção pelo vírus zika e de tornar imediatamente acessíveis nas unidades do SUS os exames de PCR e sorológicos (IGM e IGG) para detecção da infecção;**

f.3) do artigo 9º Lei Federal nº. 9.263/1996, **reconhecendo a obrigação** do Executivo Federal em oferecer às mulheres em idade reprodutiva, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade, contraceptivos reversíveis de longa duração como DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG).

Nesses termos, pede deferimento.

Brasília (DF), 24 de agosto de 2016.

ILTON NORBERTO ROBL FILHO

OAB/DF 38.677

LUIS GUSTAVO GRANDINETTI CASTANHO DE CARVALHO

OAB/RJ 38.607

ISABELA MARRAFON

OAB/DF 37.798

SINARA GUMIERI

OAB/DF 40.523

Anexos:

- 1- Estatuto ANADEP
- 2- Atas de eleição e posse ANADEP
- 3- Procuração ANADEP
- 4- Parecer Laura Rodrigues
- 5- Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central
- 6- Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus
- 7- Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central
- 8- Diretrizes para Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia
- 9- Lei Federal nº. 13.301/2016
- 10- Parecer Global Health and Justice Partnership da Universidade de Yale
- 11- Consultas Anis acesso à informação (e-SIC)
- 12- Portaria MS 3/2016
- 13- Instrução Operacional Conjunta MS-MDS 1/2016
- 14- Portaria Interministerial MS 405/2016
- 15- Portaria Interministerial MS 1.115/2016
- 16- Instrução Operacional Conjunta MS-MDS 2/2016
- 17- Parecer Ilana Löwy
- 18- Parecer Fernando Gaiger Silveira
- 19- Portaria MS 55/1999
- 20- Parecer Alberto Franco
- 21- Parecer Eva Kittay
- 22- Parecer Rebecca Cook
- 23- Código Penal
- 24- Lei Federal nº. 9.263/1996.
- 25- Diretrizes expedidas pela OMS e OPAS
- 26- Portaria nº. 793 de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde
- 27- Métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos pelo Ministério da Saúde
- 28- Resolução Normativa - RN nº 407/2016
- 29- Resolução ANVISA RE 301-2016
- 30- Documentos pessoais do Presidente da ANADEP