

**REFERENDO NA MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE  
DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 989 DISTRITO FEDERAL**

<b>RELATOR</b>	<b>: MIN. LUIS ROBERTO BARROSO</b>
<b>REQTE.(S)</b>	<b>: SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOETICA - SBB</b>
<b>REQTE.(S)</b>	<b>: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE SAUDE COLETIVA (ABRASCO)</b>
<b>REQTE.(S)</b>	<b>: CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAUDE</b>
<b>REQTE.(S)</b>	<b>: ASSOCIACAO BRASILEIRA DA REDE UNIDA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: HENDERSON FIIRST DE OLIVEIRA</b>
<b>INTDO.(A/S)</b>	<b>: UNIÃO</b>
<b>PROC.(A/S)(ES)</b>	<b>: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO</b>
<b>INTDO.(A/S)</b>	<b>: MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE</b>
<b>PROC.(A/S)(ES)</b>	<b>: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: DIRETÓRIO NACIONAL DO PARTIDO TRABALHISTA BRASILEIRO - PTB</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: LUIZ GUSTAVO PEREIRA DA CUNHA</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: DIREITOS HUMANOS E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - RIO DE JANEIRO (CMDCA)</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: EDNA RAQUEL RODRIGUES SANTOS HOGEMANN</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: THIAGO SOUTO DA SILVA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: VERONICA AZEVEDO WANDER BASTOS</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: ELIANE VIEIRA LACERDA ALMEIDA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: JUCIARA COSTA DA SILVA</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO - MP PRÓSOCIEDADE</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: DOUGLAS IVANOWSKI KIRCHNER</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: GABRIELA RONDON ROSSI LOUZADA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: AMANDA LUIZE NUNES SANTOS</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: MARIANA SILVINO PARIS</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: MARINA ALVES COUTINHO</b>
<b>AM. CURIAE.</b>	<b>: CRAVINAS - CLÍNICA JURÍDICA DE DIREITOS HUMANOS E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: CAELEN YUMI TAKADA BARROS</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: JACKELINE CAIXETA SANTANA</b>
<b>ADV.(A/S)</b>	<b>: VITÓRIA DE MACEDO BUZZI</b>

## **ADPF 989 MC-REF / DF**

<b>AM. CURIAE.</b>	: NUDEM - NÚCLEO ESPECIALIZADO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES
<b>PROC.(A/S)(ES)</b>	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
<b>AM. CURIAE.</b>	: FRENTE PARLAMENTAR MISTA CONTRA O ABORTO E EM DEFESA DA VIDA
<b>ADV.(A/S)</b>	: TALES ALCANTARA DE MELO
<b>AM. CURIAE.</b>	: INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO E RELIGIÃO - IBDR
<b>ADV.(A/S)</b>	: THIAGO RAFAEL VIEIRA
<b>ADV.(A/S)</b>	: IVES GANDRA DA SILVA MARTINS
<b>AM. CURIAE.</b>	: INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA - IBDFAM
<b>ADV.(A/S)</b>	: RODRIGO DA CUNHA PEREIRA
<b>ADV.(A/S)</b>	: MARIA BERENICE DIAS
<b>AM. CURIAE.</b>	: CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS/BIOTECJUS (CDH   UFPR)
<b>ADV.(A/S)</b>	: TAYSA SCHIOCCHET
<b>ADV.(A/S)</b>	: FERNANDA PACHECO AMORIM
<b>AM. CURIAE.</b>	: CLÍNICA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS DA FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CLÍNICA UERJ DIREITOS
<b>ADV.(A/S)</b>	: CRISTINA TELLES DE ARAUJO SILVA
<b>ADV.(A/S)</b>	: ANNA LUIZA ROBSON RUBIANO
<b>AM. CURIAE.</b>	: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE (CFSS)
<b>AM. CURIAE.</b>	: CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (CDD)
<b>AM. CURIAE.</b>	: COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER
<b>AM. CURIAE.</b>	: IPAS
<b>ADV.(A/S)</b>	: CARINA BARBOSA GOUVEA
<b>ADV.(A/S)</b>	: PEDRO HERMILIO VILLAS BOAS CASTELO BRANCO

## **ADPF 989 MC-REF / DF**

<b>ADV.(A/S)</b>	: LETÍCIA UEDA VELLA
<b>ADV.(A/S)</b>	: THALLES GOMES CAMELLO DA COSTA
<b>ADV.(A/S)</b>	: MARIA BEATRIZ GALLI BEVILLACQUA
<b>AM. CURIAE.</b>	: INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAS - IBCCRIM
<b>ADV.(A/S)</b>	: CARINA QUITO E OUTRO(A/S)
<b>AM. CURIAE.</b>	: ASSOCIAÇÃO JUÍZES PARA DEMOCRACIA - AJD
<b>ADV.(A/S)</b>	: LUCIANA BOITEUX DE FIGUEIREDO RODRIGUES
<b>ADV.(A/S)</b>	: FERNANDA MARIA DA COSTA VIEIRA
<b>ADV.(A/S)</b>	: ELAINE BARBOSA
<b>AM. CURIAE.</b>	: ASSOCIAÇÃO BLOCO A
<b>AM. CURIAE.</b>	: GRUPO CURUMIM GESTAÇÃO E PARTO
<b>ADV.(A/S)</b>	: DANIEL AUGUSTO VILA-NOVA GOMES
<b>AM. CURIAE.</b>	: NÚCLEO ESPECIALIZADO DE DEFESA E PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS - NUDEM/GO
<b>PROC.(A/S)(ES)</b>	: DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DE GOIÁS
<b>AM. CURIAE.</b>	: ASSOCIAÇÃO REDES DE DESENVOLVIMENTO DA MARÉ
<b>ADV.(A/S)</b>	: MONIZA RIZZINI ANSARI
<b>ADV.(A/S)</b>	: SUELLEN SILVA DE ARAUJO
<b>AM. CURIAE.</b>	: INSTITUTO LIBERTA
<b>ADV.(A/S)</b>	: ROBERTO QUIROGA MOSQUERA
<b>ADV.(A/S)</b>	: FLAVIA REGINA DE SOUZA OLIVEIRA
<b>ADV.(A/S)</b>	: BIANCA CAROLINE DOS SANTOS WAKS
<b>ADV.(A/S)</b>	: ISABELA CAMPOS VIDIGAL TAKAHASHI DE SIQUEIRA
<b>ADV.(A/S)</b>	: LETÍCIA UEDA VELLA
<b>ADV.(A/S)</b>	: MARCELA ROMBOLI FARINA
<b>ADV.(A/S)</b>	: JULIA PIAZZA LEITE MONTEIRO

## **VOTO**

**O SENHOR LUIS ROBERTO BARROSO (RELATOR):**

1. A ADPF 1207 foi distribuída por prevenção à ADPF 989 porque, embora elas não possuam identidade total de objetos, ambas dizem respeito ao art. 128 do Código Penal. Elas tratam das hipóteses em que o ordenamento jurídico brasileiro afirma que a interrupção da gestação não pode ser punida criminalmente. Por esse motivo, aprecio de forma conjunta as medidas cautelares postuladas na ADPF 989 e na ADPF 1.207.

2. Registro, *em primeiro lugar*, a perda parcial do objeto da medida cautelar da ADPF 989, tendo em vista a revogação da Nota Técnica “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento” do Ministério da Saúde. *Em segundo lugar*, verifico que estão presentes os requisitos para o conhecimento dos pedidos. Os requerentes de ambas as ações possuem legitimidade ativa, tendo em vista se tratar de partido político e entidades representativas da sociedade civil cuja atuação possui pertinência temática com o objeto em discussão. Os pedidos, por sua vez, comportam a via processual da ADPF. Trata-se de ação adequada, tanto para o reconhecimento de omissões estruturais do Estado brasileiro que repercutem em violações de direitos fundamentais, quanto para a análise de recepção de norma anterior a 1988 pela atual Constituição Federal.

**I – NOTA INTRODUTÓRIA: A INTERRUPÇÃO LÍCITA DA GESTAÇÃO**

3. O tema central em debate é o direito de acesso da mulher ao aborto em situações atualmente permitidas pelo ordenamento jurídico. Desde 1940, o art. 128 do Código Penal estabelece que não se pune o aborto praticado por médico quando (i) não há outro meio de salvar a vida da gestante ou (ii) a gravidez resulta de estupro. Na ADPF 54, o

Supremo Tribunal Federal decidiu que (iii) também não configura ilícito criminal a interrupção de gravidez de feto anencefálico.

4. É importante distinguir, logo de início, essa discussão daquela relativa à desriminalização do aborto em geral, de que trata a ADPF 442. O que está em jogo são situações verdadeiramente dramáticas, em que há décadas se reconhece o direito da mulher à interrupção da gestação. O primeiro caso é da gestação de alto risco, que a mulher pode morrer se seguir com a gravidez. O segundo é aquele em que a mulher engravidou de seu estuprador. O terceiro é o caso em que existe certeza de que o feto não possui condições de sobreviver após o parto. Nessas três hipóteses, embora exista um direito ao aborto, mulheres por todo o Brasil não conseguem exercê-lo devido à ausência de políticas públicas adequadas.

5. A omissão estatal impacta de maneira particularmente grave as crianças. O Brasil convive com o problema da gravidez infantil. Estudo realizado entre 2020 e 2022 identificou 49.325 partos de meninas na faixa etária de dez a quatorze anos, uma média de 16.441 partos por ano<sup>1</sup>. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, “61,3% das vítimas de estupro do país eram crianças com 13 anos ou menos – o que equivale 51.677 crianças”.<sup>2</sup> De acordo com o art. 217-A do Código Penal, toda relação sexual com criança ou adolescente menor de quatorze anos é qualificada como estupro de vulnerável. Nesses casos não existe margem a dúvidas: a gravidez invariavelmente resulta de um estupro. Essas meninas, portanto, possuem o direito de não seguirem com a

---

1 Aluisio Barros, Cauane Blumenberg, Janaína Calu Costa, Luis Paulo Vidaletti Ruas, Natália Peixoto Lima, Fernando C Wehrmeister, Francine dos Santos Costa, Luiza Eunice Sá da Silva, Cesar G Victora. Maternidade na adolescência no Brasil: altas taxas de fecundidade e desigualdades marcantes entre municípios e regiões. (2025), p. 7. SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11534>. Último acesso em 14.10.2025.

2 Anuário Brasileiro de Segurança Pública / Fórum Brasileiro de Segurança Pública. – 1. 2006 – São Paulo: FBSP, 2025. p. 185.

gravidez.

6. Há também um impacto desproporcional sobre mulheres negras, pobres e residentes de regiões não urbanas. Diante de circunstâncias dramáticas, elas precisam recorrer a clínicas clandestinas sem qualquer infraestrutura médica ou a procedimentos precários e primitivos, que lhes acarretam elevados riscos de lesões, mutilações e óbito. No Brasil, o Ministério da Saúde identificou que a maior parte das mortes maternas ocorre “entre mulheres mais vulneráveis: pretas, indígenas, de baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sem companheiro” (ADPF 989, Doc. 182).

7. A atuação da Corte Constitucional, portanto, tem por objetivo garantir a efetividade de um direito que é reconhecido a meninas, mulheres e pessoas gestantes desde a década de 1940.

## II – A OMISSÃO ESTRUTURAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS HIPÓTESES DE INTERRUPÇÃO LÍCITA DA GRAVIDEZ.

8. O cenário brasileiro evidencia uma grave omissão estrutural do Estado na garantia do aborto lícito no Brasil, em especial a meninas, mulheres e homens transsexuais vítimas de estupro. Embora o direito esteja assegurado em lei, o acesso efetivo é limitado e desigual. No Cadastro Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, constam apenas 166 hospitais habilitados a realizar o aborto lícito em todo o país<sup>3</sup>. Ao mesmo tempo, a manifestação do Ministério da Saúde na ADPF 989 aponta que “entre 2008 e 2015 ocorreram em média 200 mil internações

---

<sup>3</sup> Dado do Cadastro Nacional de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VCComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbo=&VAmboSUS=&VHosp=&VHospSus=](https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VCComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbo=&VAmboSUS=&VHosp=&VHospSus=), último acesso em 14.10.2025.

por ano por procedimentos relacionados ao aborto. De 2006 a 2015, foram encontrados 770 óbitos maternos como causa básica aborto". O documento registra, ainda, que a maioria das mortes maternas são evitáveis.

9. Em 2019, pesquisa identificou que os estabelecimentos que faziam o procedimento estavam em apenas 3,6% dos municípios brasileiros, a maioria em municípios da Região Sudeste (40,5%), com mais de 100 mil habitantes (59,5%) e de IDH-M alto ou muito alto (77,5%). A taxa de realização de aborto previsto em lei entre as residentes em idade fértil dos municípios sem oferta do serviço foi de 4,8 vezes menor que nos municípios com o serviço<sup>4</sup>. Os dados demonstram o impacto desproporcional sobre as camadas mais pobres da população.

10. Além disso, parte das instituições, ao serem contactadas, afirmaram que não realizavam o serviço.<sup>5</sup> Pesquisa realizada em 2022 apurou que, dos 62 hospitais listados no Mapa do Aborto Legal, apenas 10 forneceram algum tipo de resposta, o que representa apenas 16,1% de cumprimento mínimo do dever de transparência. A maioria das unidades de saúde recusou-se a informar se realizava o procedimento, apresentou desconhecimento sobre o tema ou tratou o assunto com hostilidade<sup>6</sup>.

11. A estrutura e o cadastramento dos serviços também são insuficientes. De acordo com pesquisa de 2019, mais de um terço dos serviços de referência não realizou qualquer procedimento, e 75,3% dos abortos legais ocorreram em unidades não cadastradas como referência.

---

<sup>4</sup> Marina Gasino Jacobs e Crispim Alexandra Boing. "O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?", Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 12, 2021, p. 1.

<sup>5</sup> Artigo 19. Mapa Aborto Legal. 2019. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org>, último acesso em 14.10.2025.

<sup>6</sup> ALMEIDA, Eliane Vieira Lacerda; CARNEIRO, Lara Ribeiro Pereira; BRITO, Lorenna Medeiros Toscano de; RUIVO, Maria Inês Lopa. "Não posso passar essa informação": o direito ao aborto legal no Brasil. X Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2021. Disponível em:

[https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo\\_pdfHMETE006.08.2021\\_23.50.39.pdf](https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_pdfHMETE006.08.2021_23.50.39.pdf)

## **ADPF 989 MC-REF / DF**

Em 2021, dos 102 serviços oficiais, apenas 88 tinham equipe e estrutura completas, em razão de exigências burocráticas como a presença obrigatória de obstetra e anestesista<sup>7</sup>— critérios que a OMS reconhece como desnecessários para a segurança do procedimento<sup>8</sup>. Soma-se a isso que apenas duas das 27 unidades da federação disponibilizavam publicamente informações sobre os locais de atendimento, reforçando a falta de transparência e o desamparo institucional das vítimas<sup>9</sup>.

12. Além da falta de estrutura e da ausência de informações adequadas, o acesso à interrupção lícita da gravidez ainda é objeto de exigências indevidas por parte dos serviços de saúde, em desacordo com o que prevê a legislação. Pesquisa constatou que “embora a lei brasileira não exija boletim de ocorrência nem autorização judicial para a realização do aborto em caso de violência sexual, muitos hospitais ainda condicionam o atendimento a esses documentos”<sup>10</sup>, o que transforma um direito garantido em um processo marcado pela desconfiança e pela revitimização. Em casos analisados, os serviços também solicitaram declarações formais ou testemunhos que comprovassem o estupro, exigências que, segundo apontam as pesquisadoras “atuam como mecanismos de dissuasão e constrangimento, afastando as mulheres do sistema formal de saúde e empurrando-as para a clandestinidade”<sup>11</sup>.

13. Outra exigência não prevista em lei que cria barreiras à interrupção lícita da gravidez é a limitação da idade gestacional em que ela pode ser realizada. De acordo com a manifestação do Ministério da Saúde nos autos da ADPF 989, “ao contrário de algumas informações

---

<sup>7</sup> JACOBS, Marina. Op. cit., p. 9.

<sup>8</sup> OMS. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, p. 59 Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59a704cc-4024-412a-97d9-55d86d139602/content>, último acesso em 12.10.2025.

<sup>9</sup> ARTICLE 19. Breve Panorama Sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil. São Paulo: Article 19, 2018.

<sup>10</sup> JACOBS, Marina. Op. cit., p. 10.

<sup>11</sup> Idem, p. 12.

incorretas que circulam, não existe um prazo gestacional fixo para a realização do aborto decorrente de estupro ou qualquer outra circunstância legalmente prevista. A legislação visa garantir o acesso das mulheres a cuidados médicos seguros e legais, independentemente do estágio da gravidez, desde que cumpridos os requisitos legais específicos para cada situação”. Não obstante, o número de semanas da gestação é utilizado por médicos e instituições de saúde como argumento para negar acesso à interrupção lícita da gravidez. A própria manifestação da autoridade nacional de saúde pontua que “estabelecer um limite de tempo gestacional ausente na legislação brasileira impedindo o acesso ao aborto legal, produziu casos como o da menina capixaba de 10 anos em 2020, amplamente divulgado na imprensa, que foi perseguida e teve o acesso ao aborto legal negado nos serviços de saúde de referência de seu estado”.

14. Essa questão foi objeto de análise, por parte do Min. Alexandre de Moraes, na concessão da medida cautelar na ADPF 1.141. A cautelar suspendeu os efeitos da Resolução 2.378/2024, do Conselho Federal de Medicina, que proibia médicos de realizarem a interrupção da gestação em caso de estupro quando “houver probabilidade de sobrevida do feto em idade gestacional acima de 22 semanas”. Na ocasião, o ministro relator identificou “a existência de indícios de abuso do poder regulamentar por parte do Conselho Federal de Medicina ao expedir a Resolução 2.378/2024, por meio da qual fixou condicionante aparentemente *ultra legem* para a realização do procedimento de assistolia fetal na hipótese de aborto decorrente de gravidez resultante de estupro”. A decisão registra que, além de não prevista em lei, a exigência também não observa parâmetros científicos:

“Ao limitar a realização de procedimento médico reconhecido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde, inclusive para interrupções de gestações ocorridas após

as primeiras 20 semanas de gestação (WHO. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization, 2023, p. 21), o Conselho Federal de Medicina aparentemente se distancia de *standards* científicos compartilhados pela comunidade internacional, e, considerada a normativa nacional aplicável à espécie, transborda do poder regulamentar inerente ao seu próprio regime autárquico, impondo tanto ao profissional de medicina, quanto à gestante vítima de um estupro, uma restrição de direitos não prevista em lei, capaz de criar embargos concretos e significativamente preocupantes para a saúde das mulheres (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009)" (ADPF 1141, Rel. Min. Alexandre de Moraes, 17.05.2024).

15. Todos esses elementos, em conjunto, evidenciam a proteção insuficiente do direito à interrupção da gravidez nas hipóteses permitidas pelo ordenamento jurídico brasileiro. Tendo em vista que se está em sede cautelar, e que as duas ações não se encontram plenamente instruídas, considero que o debate ainda não está maduro o suficiente para que se reconheça o estado de coisas institucional. Ainda assim, ante a gravidade do quadro, cabe ao menos reconhecer a existência de um *déficit* assistencial que resulta na violação de direitos fundamentais.

### **III – VIOLAÇÕES A PRECEITOS FUNDAMENTAIS**

16. A falta de acesso ao direito ao aborto legal em casos de estupro representa uma afronta direta à dignidade da pessoa humana e à integridade psicofísica das vítimas (CF/1988, art. 1º, III, e art. 5º, *caput* e III). A violência sexual é uma agressão profunda, que atinge corpo e alma. Quando dela resulta uma gravidez, a decisão sobre prosseguir ou não com a gestação é uma escolha existencial, que pertence exclusivamente à

mulher. Impedir o exercício dessa escolha equivale a negar-lhe autonomia sobre o próprio corpo e destino, violando o núcleo essencial da dignidade humana. A ausência de políticas públicas que assegurem o acesso efetivo ao aborto legal obriga meninas e mulheres a suportar uma gestação forçada, configurando revitimização e sofrimento contínuo.

17. Tal cenário também implica violação à vedação da tortura e de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (CF/1988, art. 5º, III). A mulher que, após sofrer estupro, é compelida a manter uma gravidez indesejada, experimenta uma forma de tortura psicológica. O Comitê Contra a Tortura das Nações Unidas e o Relator Especial da ONU sobre o tema já afirmaram que leis ou práticas que restrinjam o aborto em casos de estupro violam o direito das mulheres de não serem submetidas à tortura ou maus-tratos<sup>12</sup>.

18. Há também violação à proteção integral da criança (CF/1988, art. 227). Repita-se: o Brasil registra, em média, mais de 16 mil partos por ano de meninas menores de 14 anos, número que chega a 49.325 partos entre 2020 e 2022<sup>13</sup>. Toda gestação nessa faixa etária decorre de estupro de vulnerável, e cada parto representa uma falha do Estado em garantir o direito de não ser mãe na infância. A gravidez de menores de 14 anos é considerada de risco devido a uma série de possíveis complicações para a mãe e o bebê decorrentes da gestação em um corpo ainda em formação. De acordo com o Ministério da Saúde, “a gestação nesta fase é uma condição que eleva a prevalência de complicações para a mãe, para o feto e para o recém-nascido (...). Para a adolescente gestante, por exemplo, existe maior risco de mortalidade materna. Já para o recém-

---

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

13 Aluisio Barros et. al. Op. Cit. p. 7.

nascido, o risco aumenta para anomalias graves, problemas congênitos ou traumatismos durante o parto (asfixia, paralisia cerebral, entre outros)”<sup>14</sup>. A omissão estatal diante dessas violações contraria o dever constitucional de assegurar prioridade absoluta à dignidade e à proteção das crianças contra toda forma de violência.

19. Há, ainda, grave ofensa ao direito à saúde (CF/1988, arts. 6º e 196). O Brasil ignora parâmetros científicos internacionalmente reconhecidos, mantendo uma rede pública insuficiente, desarticulada e desigual. De acordo com orientações internacionais da Organização Mundial da Saúde – OMS, a *Diretriz sobre cuidados com o aborto*<sup>15</sup> (no original, *Abortion Care Guideline*), de 2022, o aborto é uma intervenção segura e não complexa que pode ser gerida de maneira eficaz pelo uso de medicamentos, em especial nos estágios iniciais da gestação.

20. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) só concedeu registro sanitário a um dos dois remédios que, há décadas, integram o “padrão ouro” de atendimento medicamentoso em caso de aborto (inclusive, em casos de aborto espontâneo). Trata-se do medicamento misoprostrol, que tem a sua aquisição restrita, pela Portaria ANVISA nº 344/1998<sup>16</sup>, a hospitais. Ou seja, é um medicamento que não pode ser adquirido em farmácias, mediante a devida prescrição por profissional habilitado; só pode ser comprado por hospitais e por eles administrado. Embora a sua segurança seja cientificamente comprovada,

---

14 Ministério da Saúde. “Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS”, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>, último acesso em 16.10.2025.

15 OMS. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, p. 59 Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59a704cc-4024-412a-97d9-55d86d139602/content>, último acesso em 12.10.2025.

16 Portaria ANVISA nº 344/1998, art. 25, parágrafo único. As vendas de medicamentos a base da substância Misoprostol constante da lista “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial) deste Regulamento Técnico, ficarão restritas a estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados e credenciados junto a Autoridade Sanitária competente.

ele não é fornecido à maioria das pessoas gestantes que possuem o direito de recebê-lo.

21. A própria manifestação do Ministério da Saúde nos autos da ADPF 989 afirma a segurança do método, mas reconhece a insuficiência da sua distribuição no Brasil, devido à regulamentação e burocratização excessiva. Ela afirma que “**Brasil é o único país da América da Latina e um dos únicos no mundo a restringir o uso do misoprostol aos hospitais**”. Registra, ainda, que “[a]s restrições impostas pelas regulamentações brasileiras têm dificuldades para o cadastro de hospitais e para a aquisição do medicamento pelas maternidades: menos de 25% dos mais de 4.000 estabelecimentos com leitos obstétricos recebem o misoprostol”. A manifestação conclui que “a regulamentação excessiva e as restrições ao seu acesso podem criar consideráveis entraves para a prestação adequada de cuidados de saúde também outros contextos que envolvem atenção obstétrica”, a exemplo do tratamento de hemorragias obstétricas.

22. A *Diretriz sobre cuidados com o aborto* da OMS registra a segurança do uso de medicamentos e, também, quais profissionais de saúde estão habilitados a administrá-los. De acordo com a diretriz, limitar aos médicos os profissionais que podem realizar o procedimento de interrupção da gravidez é uma restrição arbitrária e não baseada em evidências. A partir da revisão sistemática de estudos a respeito dessa questão, a OMS concluiu que “as restrições aos prestadores geram ineficiências, ônus administrativos e de trabalho dentro dos sistemas de saúde e, na prática, reduzem o número de profissionais disponíveis”<sup>17</sup>. Confira-se:

### **“3.3.8 Restrições (em lei ou política) sobre profissionais**

---

17 Idem.

**de saúde que podem legalmente prestar cuidados de aborto**

Em diversos países, as leis e políticas restringem quais tipos de profissionais de saúde podem legalmente prestar cuidados de aborto (137), limitando, na maioria das vezes, essa prática a ginecologistas. No entanto, desde o surgimento da aspiração a vácuo e do aborto medicamentoso, o aborto pode ser realizado com segurança por uma ampla variedade de profissionais de saúde em diferentes contextos — e pode ser autogerido com segurança nos estágios iniciais da gestação (ver Recomendações 24, 28, 30 e 33).

As restrições quanto ao tipo de prestador são inconsistentes com o apoio da OMS à otimização dos papéis dos profissionais de saúde; tais restrições são arbitrárias e não baseadas em evidências (138) [...]” (tradução livre; grifos acrescentados)<sup>18</sup>.

23. À luz do conhecimento técnico-científico atual, portanto, mais do que não proibir, é recomendado que os procedimentos de interrupção da gravidez possam ser realizados por uma multiplicidade de profissionais.

24. Nesse sentido, restringe de maneira ilegítima o princípio do livre exercício profissional (CF/1988, art. 5º, XIII) a interpretação do art. 128 do Código Penal que permite a punição criminal de profissionais de enfermagem por auxiliarem a interrupção da gravidez em casos que são compatíveis com a sua formação e recomendados pelo Ministério da

---

18 No original: “3.3.8 Restrictions (in law or policy) on health workers who may lawfully provide abortion care - In a number of countries, law and policy restrict which type of health workers may lawfully provide abortion care (137), most often limiting this to gynaecologists. Since the advent of vacuum aspiration and medical abortion, however, abortion can be safely provided by a wide range of health workers in diverse settings, and safely selfmanaged in earlier pregnancy (see Recommendations 24, 28, 30, 33). Provider restrictions are inconsistent with WHO’s support for the optimization of the roles of health workers; such restrictions are arbitrary and not evidence based (138)”.

Saúde, notadamente quando se tratar de administração de medicamentos para a interrupção da gestação na sua fase inicial. Na linha do que informa a requerente da ADPF 1.207, a Lei da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986, art. 11, II, c) estabelece que cabe ao enfermeiro, na qualidade de integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos que estão referenciados em programa de saúde –, como é o caso do misoprostol, listado no Programa Saúde da Mulher –, desde que estejam previstos em rotina aprovada pela instituição de saúde.

25. Em mais de um precedente, o Supremo Tribunal Federal já afirmou a necessidade de se observarem parâmetros técnico-científicos para determinar o sentido e o alcance de direitos fundamentais. A jurisprudência determinou a vacinação compulsória e validou a exigência de comprovante de vacinação no contexto da pandemia da Covid-19, baseada justamente em evidências científicas (ADI 6.586, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. em 17.12.2020; e ADPF 946, sob minha relatoria, j. 06.11.2024). A Corte afirmou, ainda, que decisões “relacionadas à proteção à vida, à saúde e ao meio ambiente devem observar *standards*, normas e critérios científicos e técnicos, tal como estabelecidos por organizações e entidades internacional e nacionalmente reconhecidas” (ADIs 6.421-MC/DF, 6.422- MC, 6.424-MC, 6.425-MC, 6.427- MC, 6.428-MC e 6.431-MC, todas sob minha relatoria, j. em 21.05.2020).

26. Diante da existência de omissões estruturais que impõem obstáculos injustificados à efetividade desse direito, cabe ao Supremo Tribunal Federal determinar ao Poder Público a adoção das medidas corretivas necessárias. A estruturação de política pública adequada cabe ao Poder Executivo, notadamente por meio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A título emergencial, no entanto, é preciso fixar a interpretação de normas jurídicas de maneira a evitar a sistemática violação de direitos fundamentais.

**IV – INTERPRETAÇÃO CONFORME A CONSTITUIÇÃO DO ART. 128 DO CÓDIGO PENAL**

27. À luz de todas as informações trazidas aos autos, não se pode deixar que meninas e mulheres que sofreram estupro fiquem sem atendimento no Brasil inteiro. Por isso, é preciso ampliar o rol dos profissionais habilitados a realizar o procedimento, que sequer é invasivo.

28. Passo a analisar, então, o argumento de acordo com o qual profissionais de enfermagem não devem ser punidos criminalmente nas hipóteses do art. 128 do Código Penal. O dispositivo possui a seguinte redação:

“Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

**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.” (grifos acrescentados)

29. O Código Penal, de 07 de dezembro de 1940, previu que “médicos” não podem ser punidos nessas duas hipóteses. Atualmente, passadas oito décadas, outros profissionais também são tecnicamente habilitados a realizar o procedimento. Note-se que a primeira lei que regulou a enfermagem profissional no Brasil é de 1955 (Lei nº 2.604/1955). É preciso, portanto, interpretar a norma anterior à Constituição à luz da realidade social e científica atual. À época da elaboração do Código Penal, não era possível prever que outros profissionais estariam habilitados a

realizar a interrupção da gravidez de maneira segura.

30. No julgamento da ADPF 54, o Supremo Tribunal Federal adotou linha de argumentação semelhante. Afirmou que o Código Penal de 1940 deve ser interpretado à luz da ciência atual e conforme a Constituição. Naquele caso, a questão constitucional era saber se a interrupção da gravidez de feto anencefálico seria conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal brasileiro. O Tribunal entendeu que a punição criminal não seria possível. Um dos argumentos determinantes foi que, à época da elaboração da norma, não havia como prever que a medicina evoluiria a ponto de se poder constatar a inviabilidade do feto no período da gestação. Caso àquela época fosse possível considerar essa hipótese, provavelmente o legislador a teria excluído do âmbito de punição. De acordo com o relator, o Ministro Marco Aurélio, “*a literalidade do Código Penal de 1940 certamente está em harmonia com o nível de diagnósticos médicos existentes à época, o que explica a ausência de dispositivo que preveja expressamente a atipicidade da interrupção da gravidez de feto anencefálico*”.

31. No presente caso, não era possível ao legislador da década de 1940 antever que a tecnologia evoluiria a ponto de a interrupção da gravidez poder ser realizada de maneira segura por profissionais que não são médicos. Não se pode permitir, todavia, que o anacronismo da legislação penal impeça o resguardo de direitos fundamentais consagrados pela Constituição.

32. Por esse motivo, é preciso fixar interpretação conforme à Constituição do art. 128 do Código Penal, no sentido de que profissionais da enfermagem não podem ser punidos criminalmente nas hipóteses previstas na norma.

## V – CONCLUSÃO E DISPOSITIVO

33. Diante do exposto, voto pelo referendo das medidas cautelares parcialmente deferidas para reconhecer, não o estado de coisas constitucional requerido, mas a proteção insuficiente do direito fundamental à interrupção legítima da gestação, nos casos admitidos pela legislação e pela jurisprudência. Como medidas imediatas, determina-se:

(i) a ampliação da rede de atendimento, por meio da extensão da incidência do art. 128, *caput*, do Código Penal a enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestem auxílio à interrupção da gestação nas hipóteses em que ela é legalmente legítima. Essa atuação deve ser compatível com o seu nível de formação profissional, notadamente nos casos de aborto medicamentoso na fase inicial da gestação;

(ii) a suspensão de procedimentos administrativos e penais, assim como de processos e de decisões judiciais que tenham adotado interpretação do art. 128 do Código Penal incompatível com o entendimento firmado no item (i) acima;

(iii) a abstenção, por parte de órgãos públicos de saúde, em criar óbices não previstos em lei para a realização do aborto lícito (i.e. nos casos do art. 128 do Código Penal e da ADPF 54), em especial (a) a restrição da idade gestacional em que ele pode ser realizado (cf. ADPF 1141, rel. Min. Alexandre de Moraes) e (b) a exigência de registro de ocorrência policial para o atendimento de saúde.

34. Proponho a fixação da seguinte tese de julgamento: “Em razão do *déficit* assistencial que torna insuficiente a proteção de mulheres e, sobretudo, de meninas vítimas de estupro, fica facultado a profissionais de enfermagem prestar auxílio ao procedimento necessário à interrupção da gestação, nos casos em que ela seja lícita (Código Penal, art. 128 e ADPF 54)”.

35. É como voto.