

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

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

ADPF 989 MC / DF

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

ADPF 989 MC / DF

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

DECISÃO:

Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL. ARGUIÇÕES DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. INTERRUÇÃO LÍCITA DA GRAVIDEZ. PROTEÇÃO DA DIGNIDADE E INTEGRIDADE PSICOFÍSICA DE MULHERES E MENINAS. GARANTIA DE ACESSO A POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE. CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA.

I. CASOS EM EXAME

1. Arguições de descumprimento de preceito fundamental que têm por objetivo garantir o acesso à interrupção da gravidez em casos que são *permitidos* pelo ordenamento jurídico brasileiro, **em especial quando a gestação resulte de estupro**.

2. Na ADPF 989, pede-se o reconhecimento do estado de coisas inconstitucional do sistema de saúde pública na assistência a meninas e mulheres vítimas de violência sexual. Os requerentes informam que, à época do ajuizamento da ação, a lista oficial do Ministério da Saúde indicava apenas 114 hospitais habilitados para realizar o aborto lícito.

3. Na ADPF 1.207, pede-se a interpretação conforme a Constituição do art. 128 do Código Penal, a fim de esclarecer que a interrupção lícita da gestação não é prerrogativa exclusiva de médicos e pode

ser realizada por outros profissionais de saúde. A intenção é que a Corte Constitucional fixe interpretação no sentido de que profissionais como enfermeiros e técnicos de enfermagem não podem ser punidos criminalmente por atuarem na interrupção da gestação em hipóteses já admitidas pelo ordenamento jurídico.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO

4. Há duas questões em discussão. A primeira é saber se existe um estado de coisas inconstitucional na atenção à saúde de meninas e mulheres vítimas de estupro ou nas outras hipóteses de aborto lícito, por falta de uma política pública que lhes assegure o direito de interromper a gestação. A segunda é saber se profissionais de saúde como enfermeiros e técnicos de enfermagem podem ser punidos criminalmente por atuarem na interrupção da gestação em hipóteses já admitidas pelo ordenamento jurídico, em especial quando a gravidez resulte de estupro.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. As ações constitucionais em questão dizem respeito à interrupção lícita da gravidez. 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.

6. Apesar disso, todos os anos, cerca de 16 mil meninas entre 10 e 14 anos se tornam mães no Brasil. Atualmente, constam na lista oficial do Ministério da Saúde apenas 166 hospitais habilitados a realizar o aborto lícito. Outras falhas atribuíveis a diferentes órgãos e entidades públicas revelam verdadeiro vazio assistencial no atendimento de meninas e mulheres vítimas de violência sexual. Entre elas: a falta de informação adequada, as barreiras de acesso, a escassez de profissionais e de serviços, a distribuição de medicamentos em quantidade flagrantemente insuficiente para atender a demanda, a imposição de condições não baseadas em evidências para o acesso a esses medicamentos e a exigência de hospitalização para realizar o procedimento.

7. A interpretação literal do art. 128 do Código Penal pelo Poder Judiciário contribui para a omissão da política de saúde. O artigo estabelece que não se pune o aborto “*praticado por médico*” quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou a gravidez resulta de estupro. Em um

cenário de vazio assistencial, limitar o espectro de profissionais que podem atuar no cuidado dessas meninas e mulheres contribui para que seus direitos sejam violados. Não se trata de afirmar a desnecessidade do atendimento médico, mas de afastar a possibilidade de punição criminal de enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestem auxílio compatível com sua formação profissional e com a complexidade do caso.

8. *Violação à dignidade humana e à integridade psicofísica de meninas e mulheres vítimas de estupro (CF/1988, art. 1º, III, art. 5º, caput e III) e à vedação à tortura (CF/1988, art. 5º, III).* É inimaginável o sofrimento de uma mulher vítima de estupro. A violência sexual agride o corpo e a alma. Nesses casos, seguir ou não com a gestação é uma escolha existencial que cabe exclusivamente à mulher. Se o Estado deixa de oferecer as condições necessárias para que esse direito seja efetivo, submete a mulher a intensa tortura psicológica, marcada pelas lembranças da violência sofrida, pelas transformações de seu corpo e pela ideia de ter um filho fruto de agressão sexual.

9. *A gravidez infantil e a violação da proteção integral da criança (CF/1988, art. 227).* A falta de políticas públicas que garantam o exercício do aborto nas hipóteses lícitas

produz impacto desproporcional sobre crianças e adolescentes. 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. O art. 227 da Constituição estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado garantir com absoluta prioridade a dignidade da criança, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, violência e crueldade. Na faixa etária até os quatorze anos, toda relação sexual é considerada estupro de vulnerável e justifica a interrupção da gestação.

10. *Violação do direito à saúde (CF/1988, art. 6º, caput e 196).* De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o aborto é uma intervenção segura, que pode ser realizada de maneira eficaz com a administração de medicamentos. De modo geral, quanto mais cedo se der a interrupção da gestação, mais simples será o procedimento. No Brasil, contudo, a rede pública é flagrantemente insuficiente para atender a demanda. A escassez de serviços, de profissionais, de medicamentos e a falta de informações colocam em risco a saúde de meninas e mulheres que têm direito a realizar o aborto de forma lícita, em especial as vítimas de estupro.

11. *Violação ao princípio livre exercício*

profissional (CF/1988, art. 5º, XIII). A limitação da incidência do art. 128 do Código Penal aos médicos viola o princípio constitucional do livre exercício de profissão. Admitir a punição criminal de profissionais da enfermagem por prestar cuidados de saúde em casos que são admitidos pelo ordenamento jurídico, recomendados pelo Ministério da Saúde e compatíveis com a sua formação profissional, restringe de maneira ilegítima o exercício de profissão.

12. *Diálogos institucionais e a superação da omissão estrutural.* 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. O papel principal de uma Corte Constitucional é garantir o direito de minorias em situação de vulnerabilidade. Esse é o caso de meninas e mulheres vítimas de estupro no Brasil, frequentemente compelidas a levar adiante uma gravidez indesejada devido à falta de uma política pública de saúde adequada. Cabe ao Poder Executivo, notadamente por meio do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, definir os contornos dessa política pública.

IV. DISPOSITIVO E TESE

13. Medidas cautelares parcialmente deferidas. Reconheço, não o estado de coisas inconstitucional requerido, mas a proteção insuficiente desse direito fundamental. Como medidas imediatas, determino:

(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 da interrupção *lícita* da gestação (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 1.141, rel. Min. Alexandre de Moraes) e (b) a exigência de registro de ocorrência policial para o atendimento de saúde.

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)”.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 1º, III; 5º, *caput*, III e XIII; 6º; 196; 227. Código Penal, art. 128.

Jurisprudência relevante citada: ADPF 54; ADPF 1.141; ADI 6.586; ADIs 6.421-MC, 6.422- MC, 6.424-MC, 6.425-MC, 6.427- MC, 6.428-MC e 6.431-MC.

I – RELATÓRIO

1. Trata-se de duas arguições de descumprimento de preceito fundamental que têm por objetivo garantir o acesso de meninas e mulheres à interrupção da gravidez em casos *permitidos* pelo ordenamento jurídico brasileiro.

2. A ADPF 989 foi ajuizada pela Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco,

pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e pela Associação da Rede Unida, com pedido de reconhecimento do estado de coisas inconstitucional do sistema de saúde público brasileiro quanto à realização do aborto legal nos casos de gestação decorrentes de estupro. Como consequência, pedem para a Corte Constitucional: (i) declarar a inconstitucionalidade de qualquer ato administrativo do Ministério da Saúde que restrinja às gestações de até 22 semanas a possibilidade de realização de aborto nas hipóteses previstas pelo art. 128, I e II, do Código Penal e pela ADPF 54; (ii) declarar a omissão do Ministério da Saúde por não fornecer informações adequadas em seus canais de comunicação oficiais ou de atendimento ao público sobre os procedimentos para a realização de aborto nas hipóteses legalmente admitidas; e (iii) declarar a inconstitucionalidade de qualquer ação do Estado, especialmente do Ministério da Saúde e do Poder Judiciário, que implique em burocracia ou barreiras, tal como exigências não previstas em lei, para a realização de aborto nas hipóteses legais. Em sede cautelar pedem que se determine a imediata suspensão monocrática da Nota Técnica “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento” do Ministério da Saúde, até o julgamento definitivo da ação.

3. As requerentes apresentam dados sobre as dificuldades de acesso ao aborto legal no país para fundamentar seu pedido. Argumentam que apenas 131 de todas as 1.556 internações relacionadas a abortos, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, ocorreram por causas autorizadas. As demais teriam sido feitas fora dos hospitais, apesar de haver presunção legal de estupro para relações sexuais realizadas com menores de 14 anos. Com respaldo em trabalhos acadêmicos, apontam que é raro obter informações adequadas sobre o procedimento e, para as mulheres que vivem longe dos centros urbanos, poucos são os entes da federação que disponibilizam transporte ou acesso às unidades habilitadas. Faltaria, portanto, acesso, estrutura e informação para realizar os abortos nos casos previstos em lei.

4. Para comprovar a omissão do Estado, as requerentes mencionam as seguintes informações: (i) entre 2010 e 2019 foram registrados, em média, 1.589 abortos por razões médicas e legais por ano no Brasil, um número pequeno quando considerada a população em idade fértil do país e o número anual de estupros; (ii) a cada sete pessoas que fizeram o procedimento entre 2010 e 2019, uma precisou viajar para acessá-lo; (iii) quanto menor o porte do município de residência, maior o percentual de pessoas que viajou para acessar o aborto previsto em lei; (iv) a disponibilidade de transporte público rodoviário ou hidroviário para esses deslocamentos era limitada, com tempo de viagem total (ida e retorno) estimado variando de 26 minutos a quatro dias e meio, e o custo de R\$ 2,70 a R\$ 1.218,06.

5. Os requerentes relatam que, em 2019, havia 290 estabelecimentos capazes de realizar o aborto previsto em lei, situados em 3,6% (200) dos municípios brasileiros. Essa oferta se deu majoritariamente 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, o que pode apontar limitações de acesso. Ainda em 2019, a maioria (75,3%) dos estabelecimentos que realizaram algum aborto por razões médicas e legais não estavam cadastrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos previstos em Lei, com potencial prejuízo na disseminação de informação às redes de cuidado e às pessoas usuárias para o acesso ao serviço.

6. De acordo com a petição inicial, em junho de 2021, o Brasil tinha 102 Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei, mas apenas 88 tinham estrutura e equipe suficientes para a oferta do aborto nessas situações pelo SUS. Esses 88 Serviços

estavam localizados em 55 municípios, os quais concentravam 26,7% da população do sexo feminino em idade fértil do país. Por outro lado, havia naquele mesmo mês 1.115 estabelecimentos com capacidade de ofertar procedimentos de acordo com as normativas, ou seja, muito além dos 88 registrados para isso. Dessa forma, dez vezes mais municípios teriam capacidade de realizar o aborto em gravidezes decorrentes de estupro, abrangendo 35,5% a mais da população, totalizando 62,1% da população do sexo feminino em idade fértil.

7. Ainda em junho de 2021, ao serem consideradas as recomendações da OMS e o Código Penal Brasileiro, 3.741 municípios brasileiros teriam capacidade instalada para oferta. Esse grupo de municípios era residência de 94,3% das pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos do país. Ou seja, a estrutura de saúde instalada no Brasil e a capilaridade da atenção primária são uma oportunidade para a ampliação do acesso ao aborto previsto em lei.

8. O Procurador-Geral da República se manifestou pelo indeferimento da medida cautelar. O parecer reconhece a relevância da matéria, especialmente diante das dificuldades enfrentadas por meninas e mulheres vítimas de violência sexual para acessar o procedimento garantido por lei, mas entende que o pedido formulado pelas entidades autoras é genérico e sem indicação de atos específicos do poder público que violem preceitos fundamentais. A manifestação observa que a análise pretendida exigiria averiguação fática e diálogo institucional, o que não cabe em medida cautelar de controle concentrado de constitucionalidade. Ainda assim, reconhece que o ato do Ministério da Saúde, que fixa limite de 22 semanas de gestação para o aborto em casos de violência sexual, suscita discussão de máxima relevância constitucional, por afetar diretamente o direito das mulheres, mas ressalta que a limitação já constava de normas técnicas anteriores.

9. A Advocacia-Geral da União, em um primeiro momento, se manifestou pela ilegitimidade ativa das autoras, pela não caracterização do princípio da subsidiariedade e pela não configuração do estado de coisas inconstitucional. Passado um ano desta manifestação, o então relator, Ministro Edson Fachin, reiterou o pedido de informações ao Poder Executivo. Em resposta, a Ministra da Saúde Nísia Trindade prestou novas informações. Na manifestação, se posicionou pela inadequação da Nota Técnica “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”, impugnada na ADPF. Além disso, a manifestação do Ministério da Saúde apresenta dados sobre a realização do aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2022, registrando 1.557 procedimentos realizados em 118 estabelecimentos de saúde em todo o país. A Região Sudeste concentrou o maior número de notificações (637 casos), seguida pelo Nordeste (458 casos), Sul (239 casos), Centro-Oeste (128 casos) e Norte (95 casos). O documento reforça que o aborto é permitido apenas em três hipóteses — risco à vida da gestante, gravidez resultante de estupro e anencefalia — e esclarece que o Ministério da Saúde não credencia nem autoriza diretamente os serviços, cabendo aos gestores estaduais e municipais essa responsabilidade. Quanto aos métodos utilizados, a manifestação destaca o aborto medicamentoso, realizado com o uso do misoprostol, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o método mais seguro e eficaz para a interrupção da gestação nas hipóteses legais, podendo ser utilizado isoladamente ou em combinação com a mifepristona, onde disponível. No Brasil, o misoprostol tem uso autorizado pela Anvisa apenas em ambiente hospitalar e sob supervisão médica, sendo distribuído exclusivamente a serviços públicos habilitados e controlados. Por fim, a manifestação ressalta que a notificação dos casos é obrigatória, conforme a Portaria nº 1.508/2005, e que a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011) orienta a prestação de um atendimento seguro, ético e humanizado às mulheres que se enquadram nas hipóteses legais.

10. Foram admitidos como *amici curiae* o Grupo de Pesquisa Direitos Humanos e Transformação Social e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - Rio de Janeiro; a ANIS Instituto de Bioética; o CRAVINAS; o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres; a Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da Vida; o Instituto Brasileiro de Direito de Família; a Clínica de Direitos Humanos/BIOTECJUS; a Clínica de Direitos Fundamentais da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; a Associação Católicas pelo Direito de Decidir; o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher; o Ipas; o Diretório Nacional do Partido Trabalhista Brasileiro; a Associação Nacional de Membros do Ministério Público; o Instituto Brasileiro de Direito e Religião; o Instituto Brasileiro de Ciências Criminas – IBCCRIM; a Associação Juízes para a Democracia – AJD; a associação BLOCO A e o Grupo CURUMIM; o Núcleo Especializado de Defesa e Promoção dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de Goiás – NUDEM/GO; a Associação Redes de Desenvolvimento da Maré; e o Instituto Liberta.

11. A ADPF 1.207 foi ajuizada pela Associação Brasileira de Enfermagem, pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL, pela Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras – ABENFO, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, da Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, pela Associação da Rede Unida e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, com suporte técnico da ANIS – Instituto de Bioética, CRAVINAS – Clínica de Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos da Universidade de Brasília, com pedido de fixação de interpretação conforme à Constituição do art. 128 do Código Penal, para que não se aplique a excludente de ilicitude apenas a profissionais de medicina.

12. Os requerentes narram que, de acordo com a Organização

Mundial da Saúde – OMS, a interrupção da gravidez nas hipóteses legais pode ser realizada por diversas categorias de profissionais de saúde, em particular das áreas da enfermagem e da medicina. Por isso, restringir o âmbito de incidência do art. 128 do Código Penal aos médicos contrariaria as melhores práticas de cuidado recomendadas pela OMS. Defendem que a interpretação literal do dispositivo imporá barreiras cientificamente ultrapassadas de acesso a cuidados de saúde e ao livre exercício profissional. Nesse sentido, indicam como preceitos violados os arts. 6º, *caput*, e 196 da Constituição Federal (direito à saúde); art. 5º, inciso II (princípios da legalidade, liberdade, autonomia da vontade); art. 1º, III (princípio da dignidade da pessoa humana); art. 227 (princípio da proteção integral da criança e da adolescente); art. 5º, IX (liberdade científica) e o art. 5º, XIII (livre exercício da profissão), todos da Constituição Federal. Por sua vez, apontam como ato do Poder Público causador da lesão o art. 128 do Código Penal (Decreto-lei n.º 2.848/1940) e a restrição ao procedimento apenas aos médicos.

13. Os autos da ADPF 1.207 foram distribuídos ao Ministro Edson Fachin por prevenção, em razão da ADPF 989, nos termos do art. 77-B do RISTF. Em 10 de abril de 2025, S. Exa. adotou o rito do art. 12 da Lei nº 9.868/1999, ao reconhecer a relevância da matéria debatida e a sua importância para a ordem constitucional, procedimento também aplicado à ADPF 1.207. Na mesma ocasião, intimou o Sindicato Médico de São Paulo para regularizar sua representação processual e admitiu o ingresso, na qualidade de *amici curiae*, da Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da Vida, da Defensoria Pública do Estado do Paraná e a Associação Juízes para a Democracia - AJD.

14. Posteriormente, pediram ingresso no feito, na qualidade de *amici curiae*, a Clínica de Direitos Humanos e do Núcleo de Estudos em Sistemas de Direitos Humanos da Universidade Federal do Paraná; a Clínica de Litigância Estratégica em Direitos Humanos da FGV Direito de

ADPF 989 MC / DF

São Paulo e a Associação Redes de Desenvolvimento da Maré. O Sindicato Médico de São Paulo, por sua vez, regularizou a representação processual.

15. Em 29 de setembro de 2025, houve a substituição de relatoria das duas ações, nos termos do art. 38 do RISTF.

16. É o relatório. **Decido.**

17. 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.

18. 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.

II – NOTA INTRODUTÓRIA: A INTERRUPTÃO LÍCITA DA GESTAÇÃO

19. 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.

20. É importante distinguir, logo de início, essa discussão daquela relativa à descriminalização 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 engravida 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.

21. 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**¹. 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

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.

que equivale 51.677 crianças”.² 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 gravidez.

22. 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).

23. 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.

III – A OMISSÃO ESTRUTURAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS HIPÓTESES DE INTERRUÇÃO LÍCITA DA GRAVIDEZ.

24. 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

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

apenas 166 hospitais habilitados a realizar o aborto lícito em todo o país³. Ao mesmo tempo, a manifestação do Ministério da Saúde na ADPF 989 aponta que “entre 2008 e 2015 ocorreram em média 200 mil internações 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.

25. 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 serviço⁴. Os dados demonstram o impacto desproporcional sobre as camadas mais pobres da população.

26. Além disso, parte das instituições, ao serem contactadas, afirmaram que não realizavam o serviço.⁵ 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 hostilidade⁶.

3 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&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=, último acesso em 14.10.2025.

4 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.

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

6 ALMEIDA, Eliane Vieira Lacerda; CARNEIRO, Lara Ribeiro Pereira; BRITO, Lorena 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:

27. 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. 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 anestesista⁷— critérios que a OMS reconhece como desnecessários para a segurança do procedimento⁸. 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 vítimas⁹.

28. 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”¹⁰, 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

https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_pdfHMETE006.08.2021_23.50.39.pdf

7 JACOBS, Marina. Op. cit., p. 9.

8 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.

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

10 JACOBS, Marina. Op. cit., p. 10.

sistema formal de saúde e empurrando-as para a clandestinidade”¹¹.

29. 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 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”.

30. 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 sobrevivência 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

¹¹ Idem, p. 12.

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 embaraços 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).

31. 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.

IV – VIOLAÇÕES A PRECEITOS FUNDAMENTAIS

32. 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.

33. 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-tratos¹².

34. 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 2022¹³. Toda gestação nessa faixa etária decorre de estupro de vulnerável, e cada parto representa uma falha do Estado

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.

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-nascido, o risco aumenta para anomalias graves, problemas congênitos ou traumatismos durante o parto (asfixia, paralisia cerebral, entre outros)”¹⁴. 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.

35. 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*¹⁵ (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.

36. 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

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.

medicamento misoprostol, que tem a sua aquisição restrita, pela Portaria ANVISA nº 344/1998¹⁶, 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, ele não é fornecido à maioria das pessoas gestantes que possuem o direito de recebê-lo.

37. 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.

38. 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

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.

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”¹⁷. Confira-se:

“3.3.8 Restrições (em lei ou política) sobre profissionais 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)¹⁸.

39. 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

¹⁷ Idem.

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)”.

de profissionais.

40. 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 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.

41. 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).

42. 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.

V – INTERPRETAÇÃO CONFORME A CONSTITUIÇÃO DO ART. 128 DO CÓDIGO PENAL

43. 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.

44. 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)

45. 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.

46. 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”*.

47. 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.

48. 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.

VI – CONCLUSÃO E DISPOSITIVO

49. Diante do exposto, conheço parcialmente do pedido e defiro parcialmente as medidas cautelares postuladas para reconhecer, não o estado de coisas inconstitucional requerido, mas a proteção insuficiente do direito fundamental à interrupção legítima da gestação, nos casos admitidos pela legislação e pela jurisprudência. Como medidas imediatas, determino:

(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.

50. Fixo a 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)''.

51. Submeta-se a presente decisão a referendo do Plenário, nos termos do art. 21, V e § 5º, do Regimento Interno do STF. Em razão da excepcional urgência do presente caso e da relevância das questões nela tratadas, solicito ao Excelentíssimo Senhor Presidente desta Corte a convocação de sessão virtual extraordinária do Plenário, para referendo da medida cautelar, nos termos do disposto no art. 21-B, § 4º, do Regimento Interno do STF e do art. 5º-B, § 1º, da Resolução STF nº 642/2019 (com redação dada pela Resolução STF nº 669/2020).

Publique-se.

À Secretaria Judiciária para que encaminhe, com urgência, cópia desta decisão à Presidência do STF.

Brasília, 17 de outubro de 2025.

Ministro LUÍS ROBERTO BARROSO

Relator