Revista Direito e Praxis 15 anos

[Traduções]

Desafios para a implementação da telemedicina nos cuidados de aborto para vítimas de violência sexual no Brasil

Challenges to the implementation of telemedicine in abortion care for victims of sexual violence in Brazil

Beatriz Galli[1]

[1] Instituto Fernandes Filgueiras Fiocruz/Ipas, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: gallib@ipas.org. ORCID: https://orcid.org/ 0000-0001-7162-3609.

Jina Dhillon[2]

[2] Ipas, Chapel Hill, North Carolina, United States. E-mail: dhillonj@ipas.org

Versão original

Galli B and Dhillon J (2022). Challenges to the implementation of telemedicine in abortion care for victims of sexual violence in Brazil. Front. Glob. Womens Health 3:902390. DOI: 10.3389/fgwh.2022.902390.

Tradução recebida em 31/07/2023 e aceita em 21/07/2023.

Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

Resumo

O artigo enfoca a dinâmica recente resultante da atuação de instituições estatais ao adicionarem barreiras legais e administrativas adicionais ao acesso aos cuidados de aborto, particularmente em relação ao uso de telemedicina para vítimas de violência sexual no Brasil. Apresenta um estudo de caso a partir de uma ação judicial que visa a proibição da telemedicina nos cuidados de aborto por um serviço público de saúde pioneiro na cidade de Uberlândia. O estudo de caso destaca as violações dos direitos humanos do direito das mulheres à saúde, bem como as recentes ameaças ao direito ao aborto legal e seguro. Ele também fornece argumentos legais - baseados em evidências científicas e normas internacionais de direitos humanos - que apoiam o uso da telemedicina nos cuidados de aborto.

Palavras-chave: Aborto; Telemedicina; Violência sexual; Direitos humanos; Pandemia de COVID-19.

Abstract

The article focuses the recent dynamics resulting from state institutions adding more legal and regulatory barriers to abortion care access, particularly against the use of telemedicine for sexual violence victims in Brazil. It presents a case study from a lawsuit targeting a pioneer public health service on the city of Uberlandia to ban telemedicine in abortion care. The case study highlights human rights violations of women's right to health as well as the recent threats to the right to safe legal abortion care. It also provides legal arguments-based on scientific evidence and international human rights standards-that support the use of telemedicine for abortion care.

Keywords: Brazil; COVID-19 pandemic; Abortion; Human rights; Sexual violence; Telemedicine.

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

1. Introdução

No Brasil, o aborto é um crime nos termos do Código Penal, sendo apenas permitido em duas circunstâncias: (i) se não houver outra forma de salvar a vida da mulher grávida e (ii) se a gravidez resultar de estupro (Artigo 128, II, Código Penal, Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940). Em 2012, outra circunstância foi considerada legal para a interrupção da gravidez, por decisão do Supremo Tribunal Federal, (iii) quando a mulher está grávida de um feto anencéfalo (Supremo Tribunal Federal, Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54, 2012). A Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Atenção Humanizada ao Aborto estabelece como requisitos para acesso ao aborto legal nos serviços públicos de saúde: o consentimento da mulher maior de 18 anos de idade, e a participação do representante legal, como assistente ou tutor, da criança e da adolescente (Ministério da Saúde, Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, 2011).

A pandemia da COVID-19 criou uma oportunidade para implementar os cuidados de aborto por telemedicina para vítimas de violência sexual no Brasil com base em uma nova estrutura legal. Uma nova lei foi promulgada para ampliar a permissão do uso da telemedicina (Lei no. 13.979 de 6 de fevereiro de 2020). Além disso, o Ministério da Saúde incluiu a consulta por telessaúde nos cuidados básicos como procedimento do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal (Ministério da Saúde. Portaria 467, 20 de março de 2020).

Novas normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram promulgadas permitindo a entrega e dispensa de medicamentos sob controle especial para entrega em domicílio, desde que atendidos os demais critérios de acesso (Resolução RDC 357 de 24 de março de 2020). Tais alterações na legislação trouxeram a possibilidade de maior acesso ao medicamento essencial, misoprostol, para a interrupção da gestação nos casos de aborto previsto em lei durante a pandemia por meio da telemedicina.

Como Prandini e Erdman apontam, o misoprostol tem uma dupla vida no Brasil, como medicamento essencial e como medicamento controlado (PRANDINI MA, ERDMAN JN., 2021, p4). O medicamento está igualmente incluído na lista de medicamentos essenciais para uso obstétrico e na lista de medicamentos sob controle especial da ANVISA.

Devido à pandemia da COVID-19, foi observado um déficit na oferta e disponibilidade de serviço de aborto legal para vítimas de violência sexual diante do fechamento de serviços ambulatoriais (ARTIGO 19, 2020). Alguns estados não ofereciam um único centro de

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

referência e, em outros, a maioria dos serviços estava disponível apenas nas capitais, principalmente na região Sudeste (ARTIGO 19, 2020). Embora qualquer hospital com prática obstétrica pudesse realizar abortos legais durante a pandemia da COVID-19, notou-se que o número de hospitais que ofereciam procedimentos de aborto legal reduziu significativamente (PARO HBMD *et al*, 2022).

No Brasil, devido à legislação restritiva sobre o aborto, mulheres e adolescentes negras que vivem em situação de pobreza, em áreas rurais e outras áreas isoladas ou vítimas de violência doméstica e sexual, carecem de acesso à informação, e os meios para tomar decisões autônomas sobre sua sexualidade e determinar os seus planos de vida. Esta realidade foi agravada pela pandemia da COVID-19 (CRIOLA, 2021).

Novos regulamentos foram promulgados pelo governo durante a pandemia, acrescentando mais barreiras às já limitadas circunstâncias em que o aborto é legalmente permitido no Brasil. O Ministério da Saúde publicou um novo regulamento que estabeleceu a notificação obrigatória à polícia, pelos profissionais de saúde, em casos de violência sexual (Ministério da Saúde, Portaria do Ministério da Saúde nº 2282, de 27 de agosto de 2020). Além disso, a nova legislação também incluiu uma disposição nos termos da qual os provedores deveriam oferecer um exame de ultrassom para as mulheres grávidas após o estupro. Posteriormente, após forte mobilização de instituições públicas e organizações da sociedade civil, foi substituída retirou a obrigatoriedade do exame de ultrassom, mas manteve a obrigatoriedade da denúncia à polícia pelos profissionais de saúde no Procedimento de Justificação e Autorização de Interrupção de Gravidez, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (Ministério da Saúde, Portaria nº 2561, de 23 de setembro de 2020).

O Código Penal de 1940 não estabelece limite gestacional nem exige denúncia policial ou autorização judicial para acesso ao aborto em casos de estupro. A denúncia obrigatória de vítimas de estupro sem o seu consentimento é ilegal e viola o direito humano à saúde e os direitos à confidencialidade e privacidade nos cuidados de saúde protegidos na Constituição brasileira e nos tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Estado brasileiro, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (ONU CEDAW, Recomendação Geral No. 24, 1999).

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

2. Metodologia

A metodologia escolhida para apresentar o cenário brasileiro sobre os desafios do uso da telemedicina para vítimas de violência sexual é o estudo de caso. Os estudos de caso podem ser usados para explicar, descrever ou explorar eventos ou fenômenos nos contextos em que ocorrem. (CROWE S *et al*, 2011).

A abordagem de estudo de caso é útil para capturar informações sobre questões mais explicativas do tipo "como", "o quê" e "porquê", como por exemplo "como a intervenção está sendo implementada no contexto local?" Ele pode oferecer informações adicionais sobre quais lacunas existem ou por que uma estratégia de implementação pode ser escolhida em detrimento de outra (CROWE S *et al*, 2011).

Este artigo enfoca uma situação particular no contexto único brasileiro: a controvérsia política em torno da implementação de um programa abrangente de saúde reprodutiva, em particular a telemedicina para serviços de aborto para vítimas de violência sexual. O estudo de caso do Brasil apresentado descreve as estratégias de advocacia e os argumentos jurídicos no contexto para promover a segurança e a eficácia do uso da telemedicina para assistência ao aborto, com o objetivo de influenciar as decisões dos tribunais nessa área com base no direito internacional de direitos humanos e nos estândares internacionais de direitos humanos adotados pelo Guia de Cuidados de Aborto da OMS, de 2022 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

3. Estudo de Caso do Brasil

Nos Estados Unidos, a telemedicina para cuidados de aborto foi considerada segura, econômica e o método preferido de aborto durante períodos de transmissão massiva de COVID-19 (RAYMOND E *et al*, 2019). Um estudo encontrou exemplos de oito países onde os governos removeram barreiras regulatórias à prática do aborto por telemedicina em resposta à pandemia (SKUSTER P, DHILLON J, LI J., 2021). No Reino Unido, em 30 de março de 2020, o Departamento de Saúde e Bem-Estar liberalizou a regulamentação do aborto legal por dois anos, ou enquanto a pandemia da Covid-19 estivesse em vigor, permitindo o acesso ao serviço de aborto legal por telemedicina como medida temporária, e o recebimento dos

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

medicamentos pelo correio para uso domiciliar pelas mulheres e pessoas gestantes (REINO UNIDO, 2020).

Da mesma forma, na França, o aborto realizado no início da gravidez via telemedicina foi permitido na pandemia, diante das dificuldades de acesso ao serviço. A autoridade de saúde aprovou o uso de telemedicina para o aborto com medicamentos em casa até nove semanas de gravidez, permitindo também a compra do medicamento em farmácias (FRANÇA, Decreto de 14 de abril de 2020).

O atendimento via telemedicina possibilita ampliar o acesso das pessoas grávidas ao aborto legal, como ocorreu no Brasil durante a pandemia de COVID-19. A telemedicina é um modelo de prestação de serviços de saúde em que profissionais de saúde e pacientes estão separados pela distância. Esse modelo tem o potencial de melhorar a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos cuidados de saúde para pessoas que enfrentam barreiras devido à pobreza, distância de uma unidade sanitária ou discriminação no acesso ao aborto (SKUSTER P, DHILLON J, LI J., 2021). É recomendado pela Organização Mundial da Saúde como uma alternativa à assistência presencial para o acesso ao aborto realizado com medicamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

De acordo com os dados disponíveis, a autoadministração do medicamento pode ser tão bem-sucedida e eficaz entre as mulheres que realizam o aborto autoinduzido em seus domicílios quanto o aborto realizado pelo profissional de saúde no ambiente hospitalar (GAMBIR K *et al*, 2020). A implementação da telemedicina para o acesso ao aborto para vítimas de violência sexual foi um passo importante para melhorar a efetividade e a disponibilidade de serviços de aborto legal no Brasil (PARO HBMDS *et al*, 2022). Esse modelo de assistência foi implementado pela primeira vez no país no Núcleo de Atenção Integral à Vítima de Violência Sexual, também denominado NUAVIDAS, localizado no Hospital da Universidade Federal de Uberlândia, estado de Minas Gerais.

Em parceria com a organização feminista Instituto Anis, a equipe de saúde do NUAVIDAS desenvolveu o Protocolo para Aborto Legal via Telessaúde, no qual a autoadministração do misoprostol era disponibilizada para interrupção da gravidez, em domicílio, e com supervisão remota da equipe de saúde (PARO HBMDS *et al*, 2022). O protocolo adotado pelo NUAVIDAS seguiu os estândares internacionais de direitos humanos e as melhores evidências científicas disponíveis sobre telemedicina na assistência ao aborto. No modelo de telemedicina utilizado as mulheres grávidas dão o consentimento informado,

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

sendo consideradas autônomas em suas decisões reprodutivas, respeitando o seu direito à privacidade. (ANIS, 2021).

Apesar dos impactos e resultados de saúde positivos documentados, em julho de 2021, uma ação civil pública foi movida contra o Ministério da Saúde pedindo a suspensão imediata do programa NUAVIDAS por usar a telemedicina nos cuidados de aborto, requerendo ao Tribunal que declarasse a ilegalidade "em todo o território nacional, de quaisquer serviços médicos prestados por cartilhas ou protocolos que promovam o procedimento de aborto legal à distância, sem acompanhamento médico presencial e com uso do medicamento misoprostol fora do ambiente hospitalar" (AÇÃO CIVIL PÚBLICA n° 1047691-39.2021.4.01.3800). A ação foi julgada improcedente sem julgamento do mérito. Muitas organizações da sociedade civil apresentaram petições de amicus curiae a favor do NUAVIDAS baseados em evidências científicas sobre a assistência ao aborto por telemedicina e tomando como parâmetro os direitos constitucionais e o direito internacional de direitos humanos.

Em junho de 2022, o Ministério da Saúde lançou o Guia "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta em Casos de Aborto" (o Guia) contendo uma série de equívocos e ilegalidades não embasadas em evidências científicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O Guia também afirmava erroneamente que o aborto inseguro não está entre as principais causas de mortalidade materna e que o número de abortos inseguros é inflado por razões ideológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O Guia não adotou abordagem baseada em direitos humanos para análise das mortes evitáveis e não considerou o fato de que as causas de mortalidade e morbidade maternas são subnotificadas quando existem leis restritivas sobre o aborto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). O Guia afirmava ainda que "todo aborto é crime, mas quando comprovadas situações de exclusão da ilicitude após inquérito policial, deixa de ser punido, como interrupção da gravidez por risco materno" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, pg. 14).

No Brasil, o aborto legal é permitido por lei para vítimas de violência sexual e não é necessária denúncia à polícia para a sua realização nos serviços públicos de saúde. O Guia apresentava o risco de aumentar a demora na busca de serviços de saúde pelas vítimas de violência sexual, devido ao medo de serem denunciadas à polícia pelos profissionais de saúde. O Guia, ainda, contemplava a realização da denúncia policial pelo profissional de saúde, à revelia do consentimento da vítima, violando assim direitos humanos à autonomia,

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

privacidade e confidencialidade das mulheres e adolescentes que buscavam assistência. O Guia também viola o Código Penal, Artigo 154, que estabelece como crime de violação do segredo profissional "revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha conhecimento em razão da sua função, ministério, ofício ou profissão, e cuja divulgação possa causar prejuízo a terceiros (Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940).

O Guia afirmava que "o aborto via telessaúde é ilegal e, portanto, não autorizado" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, pg. 29-30) o contrariando a legislação vigente sobre telemedicina, bem como as melhores evidências científicas, normas de saúde e direitos humanos adotadas pela Organização Mundial da Saúde. A negação do acesso à telemedicina para às vítimas de violência sexual grávidas é uma forma de discriminação interseccional de mulheres e adolescentes mais vulneráveis que vivem em áreas rurais e urbanas pobres, distantes dos serviços de saúde públicos e sem meios económicos de transporte, em sua maioria pobres, negras ou indígenas (IPAS, 2022).

O Guia também se referiu erroneamente a proteção absoluta da vida na Constituição Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, pg. 37) contrariando leis e portarias vigentes no ordenamento jurídico. A Norma Técnica para o Atendimento Humanizado inclui como requisito para o acesso ao aborto legal apenas o consentimento informado das vítimas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), adotando princípios baseados em direitos humanos para a assistência ao aborto.

Em junho de 2022, como reação às recentes mudanças normativas desnecessárias ao acesso de vítimas de violência sexual aos cuidados de aborto, organizações da sociedade civil brasileira apresentaram ao Supremo Tribunal Federal um recurso constitucional denominado Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, a ADPF 989. Elas argumentaram que o Estado deveria ser responsabilizado devido à promulgação de barreiras administrativas e legais adicionais que aumentam as barreiras já existentes ao acesso ao aborto legal de qualidade nos casos de violência sexual e solicitam medidas específicas para lidar com violações de direitos fundamentais no Brasil (CEBES, 2022).

4. Discussão

Durante a pandemia, as lacunas e barreiras, que afetam a disponibilidade de serviços de cuidados de aborto para vítimas de violência sexual, foram exacerbadas no Brasil. A

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

telemedicina para assistência ao aborto foi implantada inicialmente em uma unidade sanitária pública de referência para vítimas de violência sexual na cidade de Uberlândia. O protocolo adotado naquele serviço ampliou o alcance da lei para incluir o acesso a serviços de aborto por telemedicina para vítimas de violência sexual, sob supervisão remota da equipe de saúde do hospital e de acordo com as normas internacionais de direitos humanos e cuidados baseado em melhores evidências científicas.

O misoprostol tem duplo status no Brasil. É um medicamento essencial que salva-vidas, incluído na Lista de Medicamentos Essenciais no Brasil desde 2010, mas também está incluído na lista de medicamentos sob controle especial nos termos dos regulamentos da ANVISA que limitam sua acessibilidade e disponibilidade para vítimas de violência sexual em necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)**.**

A compra do misoprostol diretamente farmácias não é permitida no Brasil devido à regulamentação restritiva. Na bula do medicamento consta que é "apenas para uso hospitalar" (ZORDO S, 2016). O protocolo da NUAVIDAS incluiu o acesso ao misoprostol fornecido à paciente diretamente pelo hospital com uso supervisionado, permitindo que as mulheres administrassem o medicamento em seus domicílios com suporte de telemedicina, durante a pandemia (PARO HBMDS *et al*, 2022). O Ministério Público Federal de Uberlândia apoiou e declarou a legalidade do modelo de telemedicina da NUAVIDAS para serviços de aborto prestados a vítimas de violência sexual (AÇÃO CIVIL PÚBLICA n° 1047691-39.2021.4.01.3800).

Os dados indicam que com o uso do misoprostol para interromper a gravidez em países com leis de aborto restritivas, o número de complicações do aborto caiu consideravelmente, apesar das dificuldades de acesso (SINGH S, MADDOW-ZIMET I., 2016). A classificação da Organização Mundial da Saúde para aborto inseguro foi modificada para incluir a classificação de menos seguro - mais inseguro - considerando o cenário global de queda de mortes e sequelas por aborto inseguro, após o uso generalizado de misoprostol por mulheres em contextos legais restritivos (GANATRA B *et al*, 2017).

O direito humano à saúde compreende o direito aos benefícios do progresso científico, incluindo o direito humano de ter acesso a um medicamento essencial que salva vidas, com base na igualdade e não discriminação nos cuidados de saúde. As regulamentações do aborto que reduzem as barreiras ao acesso a pílulas abortivas e que permitem o uso de misoprostol fora das unidades sanitárias sem receita ou sua compra direta

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

em farmácias são baseadas na ciência e alinhadas com as normas internacionais de direitos humanos (PRANDINI M, LARREA S, 2020).

O Brasil é estado-parte de importantes tratados internacionais de direitos humanos, como a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1966); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979); o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966), entre outros. No entanto, o Estado brasileiro ainda não tomou medidas para respeitar, proteger e cumprir plenamente os direitos humanos das vítimas de violência sexual, alinhando as leis e políticas nacionais com suas obrigações internacionais de direitos humanos (CESCR, Comentário Geral No. 22, 2016).

No plano nacional, o direito à saúde é garantido constitucionalmente, nos termos do Artigo 6 da Constituição brasileira, como um direito social (Constituição Federal, 1988). Além disso, o Artigo 196, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas 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" (Constituição Federal, 1988).

Os governos têm a obrigação, segundo as normas internacionais de direitos humanos, de revogar ou eliminar leis, políticas e práticas que criminalizam, obstruem ou prejudicam o acesso de um indivíduo ou de um grupo específico a instalações, serviços, bens e informações de saúde, incluindo o aborto (PEREHUDOFF K, BERRO PIZZAROSSA L, STEKELENBURG J, 2018). O Estado brasileiro viola as normas de direitos humanos, por exemplo, ao estabelecer a obrigatoriedade de denúncia à polícia em casos de estupro, ao proibir o aborto por telemedicina e ao restringir o acesso a um medicamento essencial, como o misoprostol, para vítimas de violência sexual.

O Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher (CEDAW), recomendou aos estados a oferecerem todos os serviços de saúde de maneira consistente com os direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento informado e escolha (CEDAW Recomendação Geral No. 24, alínea 31(e)). Além disso, o Comité de Direitos Económicos Sociais e Culturais sobre o Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, à luz do Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Económicos Sociais e Culturais pede a revogação ou reforma de leis , políticas e práticas discriminatórias na área de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

eliminação de leis restritivas ao aborto, incluindo a remoção de todas as barreiras que interferem no acesso das mulheres a serviços, bens, educação e informação abrangentes de saúde sexual e reprodutiva (46). (CESCR, Comentário Geral No. 22, 2016, parágrafos 1–2).

5. Conclusão

O ambiente político e legal para o acesso a cuidados de aborto para vítimas de violência sexual se deteriorou durante a pandemia, com menos serviços disponíveis e regulamentos restritivos em vigor, incluindo a obrigatoriedade de denúncia à polícia por parte dos profissionais de saúde. Em junho de 2022, o Ministério da Saúde emitiu um novo Guia proibindo o acesso aos serviços de aborto por telemedicina. O Guia ignorou as normas de direitos humanos e as evidências científicas da Organização Mundial da Saúde, impondo mais barreiras legais e políticas a um ambiente já bastante restritivo para o acesso ao aborto legal.

O Brasil é um caso exemplar de violações sistemáticas dos direitos humanos por negligência, omissão e comissão do Estado, particularmente a negação de cuidados de aborto seguro para vítimas de violência sexual durante a pandemia. Uma resposta baseada em direitos humanos e evidências científicas por parte do estado brasileiro durante a pandemia facilitaria o acesso ao aborto legal por meio da telemedicina para todas as vítimas de violência sexual necessitadas. Negar o acesso ao aborto nessas circunstâncias é uma forma de violência baseada em gênero, de acordo com as normas internacionais de direitos humanos estabelecidas pelos órgãos de monitoramento e supervisão dos tratados internacionais de direitos humanos da ONU (CEDAW, Recomendação Geral No. 35, 2017).

O modelo pioneiro de telemedicina para assistência ao aborto, denominado NUAVIDAS, foi o primeiro serviço público de saúde a utilizar a telemedicina para cuidados de aborto legal no país. Esta iniciativa tem sido estudada e documentada, com resultados positivos impactando a saúde e os direitos de mulheres e adolescentes (PARO HBMDS *et al*, 2022). No entanto, mesmo assim, o modelo de telemedicina da NUAVIDAS foi questionado na Justiça. Ao adicionar barreiras aos cuidados de saúde e proibir o uso da telemedicina para vítimas de violência sexual, o governo brasileiro negou serviços essenciais de saúde, discriminou as mulheres, adolescentes e pessoas grávidas que foram estupradas e

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

precisavam desesperadamente de cuidados de aborto, violando seus direitos humanos durante uma crise pandêmica.

Os esforços de várias organizações da sociedade civil para responder a esse cenário foram articulados por meio de litígios estratégicos para garantir os direitos constitucionais e o acesso ao aborto legal. Este é um exemplo de estratégia de advocacia de longo prazo em defesa e proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, particularmente o direito ao aborto seguro para vítimas de violência sexual no Brasil.

Contribuições dos Autores

BG criou o conceito da pesquisa e JD acrescentou ideias para o enquadramento. Todos os autores contribuíram para o artigo e aprovaram a versão submetida.

Agradecimentos

O Ipas agradece o apoio do Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento do Canadá no desenvolvimento desta publicação.

Conflito de Interesse

Os autores declaram que a pesquisa foi realizada na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretadas como um potencial conflito de interesses. Nota da Editora Todas as reivindicações expressas neste artigo são exclusivamente dos autores e não representam necessariamente as de suas organizações afiliadas, ou as da editora, dos editores e dos revisores. Qualquer produto que possa ser avaliado neste artigo, ou reclamação que possa ser feita por seu fabricante, não é da responsabilidade da ou endossado pela editora.

Tradução

Emerson Garrine, Ipas. E-mail: egarrine@hotmail.com.

Referências bibliográficas

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

BRASIL. **Código Penal.** Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848compilado.htm.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54**. Julgamento em 12 de abril de (2012). Disponível em: http://www. stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica (2011).** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf).

BRASIL. **Lei no. 13.979 de 6 de fevereiro de (2020).** Disponível em: http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019–2022/2020/lei/l13979.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria 467, 20 de março de (2020).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA% 20467-20-ms.htm.

BRASIL. **Resolução RDC 357 de 24 de março de (2020).** Disponível em: https://www. in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020- 249501721.

PRANDINI MA, ERDMAN JN. **In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil.** J Law Biosci. (2021) 8(1):lsab009. doi: 10.1093/jlb/lsab009

ARTIGO 19. **Atualização no Mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia.** Disponível em: https://artigo19.org/ 2020/06/02/atualizacao-no-mapa-aborto-legal-indica-quedaem-hospitais-que- seguem-realizando-o-servico-durante-pandemia/.

ARTIGO 19. **Atualização no Mapa Aborto Legal indica queda em hospitais que seguem realizando o serviço durante pandemia.** Disponível em: https://artigo19.org/ 2020/06/02/atualizacao-nomapaaborto-legal-indica-queda-emhospitais-que-seguem realizando-o-servico-durantepandemia/.

PARO HBMD, CATANI RR, CORDEIRO FREIRE R, RONDON G. **Bottom-up advocacy strategies to abortion access during the COVID-19 pandemic: lessons learned towards reproductive justice in Brazil. Dev World Bioeth.** (2022):1–7. doi: 10. 1111/dewb.12368

CRIOLA. **Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva.** (2020–2021). Disponível em:https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQQnZgeoBx/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.282/2020 de 27 de agosto de (2020).** Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-deagosto-de-2020-274644814.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2. 561 de 23 de setembro de (2020).** Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-desetembro-de-2020-

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

279185796?fbclid=IwAR2aCOE2Hz16UuMk7fvPkdPN2nze2B
JNHyx2vaQ7KpwXtqyUDiCJJCQSvKY.

ONU. **Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).** Recomendação Geral No. 24: Artigo 12 da Convenção (Mulher e Saúde) (1999). Disponível em inglês: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf.

CROWE S, CRESSWELL K, ROBERTSON A, HUBY G, AVERY A, SHEIKH A. **The case study approach.** BMC Med Res Methodol. (2011) 11:100. doi: 10.1186/1471-2288- 11-100

CROWE S, CRESSWELL K, ROBERTSON A, HUBY G, AVERY A, SHEIKH A. **The case study approach.** BMC Med Res Methodol. (2011). doi: 10.1186/1471-2288-11-100. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141799.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Cuidado do Aborto. Genebra: Organização Mundial da Saúde (2022), página 15.** Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

RAYMOND E, CHONG E, WINIKOFF B, PLATAIS I, MARY M, LOTAREVICH T, et al. **Telabortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States.** Contraception. (2019) 100(3):173–7. doi: 10.1016/j. contraception.2019.05.013

SKUSTER P, DHILLON J, LI J. **Easing of regulatory barriers to telemedicine abortion in response to COVID-19.** Front Glob Womens Health. (2021) 2:705611. doi: 10.3389/fgwh.2021.705611

REINO UNIDO. **Department of health and social care. The Abortion Act 1967-Approval of a Class of Places (2020).** Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/876740/ 30032020 _The_Abortion_Act_1967_-_Approval_of_a_Class_of_Places.pdf

FRANÇA. **Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8ème et à la9ème semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier (2020).** Disponível em: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178808/fr/interruption-volontaire-de-grossesseivgmedicamenteuse-a-la-8eme-et-a-la-9eme-semaine-d-amenorrhee-sa-hors-milieuhospitalier.

GAMBIR K, Kim C, NECASTRO KA, GANATRA B, NGO TD. **Self-administered versus provider-administered medical abortion. Cochrane Database Syst Rev.** (2020) (3):CD013181. doi: 10.1002/14651858.CD013181.pub2

PARO HBMDS, CATANI RR, CORDEIRO FREIRE R, RONDON G. **Bottom-up advocacy strategies to abortion access during the COVID-19 pandemic: lessons learned towards reproductive justice in Brazil.** Dev World Bioeth. (2022):1–7. doi: 10.1111/dewb.12368

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

PARO HBMDS, CATANI RR, CORDEIRO FREIRE R, RONDON G. **Bottom-up advocacy strategies to abortion access during the COVID-19 pandemic: lessons learned towards reproductive justice in Brazil.** Dev World Bioeth. (2022):1–7. doi: 10.1111/dewb.12368

ANIS – Instituto de Bioética. **Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde/Anis – Instituto de Bioética, Global Doctors for Choice Brasil, Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (NUAVIDAS).** – Brasília: LetrasLivres, (2021). Disponível em: https://anis.org.br/wp-content uploads/2021/05/Aborto-legal-via-telessa%C3%BAdeorienta%C3%A7%C3%B5es- para-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-1.pdf.

AÇÃO CIVIL PÚBLICA n° 1047691-39.2021.4.01.3800. Ver também: https://www.defensoria.ba. def.br/noticias/defensorias-se-posicionam-contra-acao-civil-publica-que-contestaservicos-de-aborto-legal-por-telemedicina/.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" do (2022).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_ abortamento_1edrev.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" do (2022).** Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abor tamento_1edrev.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" (2022), pg 14.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_ abortamento_1edrev.pdf.

BRASIL. **Código Penal**, Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" (2022), pg 29-30.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_ conduta_abortamento_1edrev.pdf.

IPAS. **Ipas submission to the UN Committee on Racial Discrimination. (2022).** Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/cerd/ discussions/right-health/2022-08-05/submission-racial-discrimination-and-right- tohealth-cso-Ipas.pdf.

BRASIIL. Ministério da Saúde. **Manual "Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento" (2022), pg 37.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_ abortamento_1edrev.pdf.

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

ADPF 989. **Sociedade Brasileira de Bioética – SBB.** Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Associação da Rede Unida https://cebes.org.br/entidades- acionam-stf-para-suspender-guia-antiaborto-dominister io-da-saude/29251/.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS n° 344, de 12 de maio de (1998).** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

ZORDO S. **The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil.** Hist Cienc Saude - Manguinhos. (2016) 23(1):19–36. doi: 10.1590/S0104-59702016000100003

PARO HBMDS, CATANI RR, CORDEIRO FREIRE R, RONDON G. **Bottom-up advocacy strategies to abortion access during the COVID-19 pandemic: lessons learned towards reproductive justice in Brazil.** Dev World Bioeth. (2022):1–7. doi: 10.1111/dewb.12368

SINGH S, MADDOW-ZIMET I. **Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries**. Obstet Gynaecol. (2016) 123:1489–98. doi: 10.1111/1471-0528.13552

GANATRA B, GERDTS C, ROSSIER C, JOHNSON BT Jr, TUNÇALP O, ASSIFI A, et al. **Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model**. Lancet. (2017) 390 (10110):2372– 81. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4

PRANDINI M, LARREA S. **Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic.** Sex Reprod Health Matters. (2020) 28 (1):1779633. doi: 10.1080/26410397.2020.1779633

ONU. **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR).** Comentário Geral No. 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais) (2016), para 5. Disponível em inglês: https://www.escr-net. org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductivehealth.

Constituição Federal. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 3rd edn. Brasilia: Câmara dos Deputados Biblioteca Digital (1988).

Constituição Federal. Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil, 3rd edn. Brasilia: Câmara dos Deputados Biblioteca Digital (1988).

PEREHUDOFF K, BERRO PIZZAROSSA L, STEKELENBURG J. **Realising the right to sexual and reproductive health: access to essential medicines for medical abortion as a core obligation.** BMC Int Health Hum Rights. (2018) 18(1):8. doi: 10.1186/s12914-018-0140-z.

ONU. **Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)**. Recomendação Geral No. No. 24: Artigo 12 (Mulher e Saúde) (1999). Disponível em inglês: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDA W_GEC_4738_E.pdf.

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307

ONU. **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR)**. Comentário Geral No. 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva (Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais) (2016), para 5. Disponível em inglês: https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductivehealth.

ONU. **Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)**. Recomendação Geral No. 35 sobre violência baseada em gênero contra a mulher, atualização da Recomendação Geral No. 19 (2017) (CEDAW/C/GC/35). Disponível em inglês: https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/231/54/ PDF/N1723154.pdf

Sobre as autoras

Beatriz Galli
Consultora Sênior de Políticas do Ipas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: gallib@ipas.org. ORCID: https://orcid.org/ 0000-0001-7162-3609.

Jina Dhillon[2]
Diretora do Departamento de Excelência Técnica do Ipas, Chapel Hill, NC, Estados Unidos. E-mail: *dhillonj@ipas.org.*

As autoras contribuíram igualmente para a redação do artigo.

Copyright © 2023 Beatriz Galli e Jina Dillon
https://doi.org/10.1590/2179-8966/2023/72307 | ISSN: 2179-8966 | e72307