

A photograph of a woman in profile, wearing a black tank top, writing on a clipboard with a pen. She is standing on a ground covered with small, reddish-brown pebbles. In the upper left, there is a large green leaf and some dried brown leaves. The image is overlaid with semi-transparent circular shapes in green and red. The text is located in a red rectangular box at the bottom left.

**UMA ARQUITETURA
INTERINSTITUCIONAL DE CUIDADO:**
mulheres e gestação inviável na Bahia

**UMA ARQUITETURA
INTERINSTITUCIONAL DE CUIDADO:**
mulheres e gestação inviável na Bahia

Coordenação geral:

Debora Diniz

Supervisão de pesquisa:

Ilana Ambrogi

Letras Livres
Brasília
2026

Coordenação geral:
Debora Diniz

Supervisão de pesquisa:
Ilana Ambrogi

Pesquisa e análise de dados:
Debora Diniz
Ilana Ambrogi
Marina Coutinho
Victoria Ibarra

Coleta de dados qualitativos e condução de campo:
Debora Diniz
Malu Fontes

Ética e proteção de dados:
Maria Adélia Melo

Redação:
Debora Diniz

Assistentes de Redação:
Ilana Ambrogi
Marina Coutinho
Sinara Gumieri
Victoria Ibarra

Seção Recomendações:
Amanda Nunes
Gabriela Rondon
Ilana Ambrogi
Mariana Paris
Marina Coutinho

Fotografia:
Esperança Dias

Design gráfico:
Aline Haluch

Acordos institucionais:
Gabriela Rondon

Instituições parceiras:
Defensoria Pública do Estado da Bahia
Anis: Instituto de Bioética
Clínica Jurídica Cravinas – Universidade de Brasília
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Grupo de Pesquisa: 1940

Sobre equipe:
Amanda Nunes é advogada, mestra em Direito, Clínica Cravinas e Anis: Instituto de Bioética
Debora Diniz é antropóloga, doutora em Antropologia, professora da Universidade de Brasília, Clínica Cravinas
Gabriela Rondon advogada, doutora em Direito, Clínica Cravinas e diretora da Anis: Instituto de Bioética
Ilana Ambrogi é médica, doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Anis: Instituto de Bioética
Illy Guimarães B. Batista é cientista da informação, Anis: Instituto de Bioética
Malu Fontes, jornalista, doutora em Comunicação e Cultura Contemporâneas e professora da Universidade Federal da Bahia
Maria Adélia Melo é advogada, mestra em Direito, responsável por proteção de dados e cuidados éticos, Anis: Instituto de Bioética
Mariana Paris é advogada e doutoranda em Direito, Clínica Cravinas
Marina Coutinho é advogada e mestranda em Direito, Clínica Cravinas
Sinara Gumieri é advogada, doutora em Direito, Anis: Instituto de Bioética
Victoria Ibarra é médica, mestranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Fiocruz

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecário Responsável: Illy Guimarães B. Batista (CRB/DF 2498)

Uma arquitetura interinstitucional de cuidado : mulheres e gestação inviável na Bahia / Debora Diniz. –
Brasília : LetrasLivres, 2026.
59 p. : il.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-88773-22-2 (Impresso); ISBN 978-65-88773-21-5 (PDF)

1. Aborto - Bahia. 2. Antecipação terapêutica do parto. 3. Gestação incompatível com a vida. 4. Judicialização da saúde. 5. Defensoria Pública do Estado da Bahia. I. Diniz, Debora.

CDD 342.81084
CDU 343.621(81)

sumário

agradecimentos	7
resumo	9
introdução	11
metodologia	16
quem são elas	24
os processos e seus tempos	32
entre a clínica e o tribunal	37
conclusão	46
recomendações	51

agradecimentos

Agradecemos às 138 mulheres cujas vivências orientam este relatório. Cada processo analisado revela experiências atravessadas por incertezas e decisões difíceis. Às onze mulheres que aceitaram conceder entrevistas, expressamos nossa gratidão pela confiança em revisitar vivências sensíveis. Algumas delas já haviam realizado um gesto de extrema generosidade ao autorizar pesquisa em seus filhos natimortos. Como nos disse uma das participantes: “Eu e meu marido assinamos a autorização para doação do corpo para estudo. Para nós, se pudesse ajudar outras mulheres no futuro, fazia sentido. Foi um gesto de generosidade em meio à dor.” Ao compartilharem novamente suas histórias conosco, foram generosas mais uma vez. Esperamos que a grandiosidade desse gesto não seja em vão —e que este relatório contribua para transformar um estado de coisas ainda injusto, promovendo respostas institucionais mais rápidas, mais cuidadosas e mais delicadas, de modo que mulheres em situações semelhantes possam ser acolhidas sem que a judicialização se torne necessária. Agradecemos à equipe do Núcleo de Apoio Psicossocial do NUDEM/DPE/BA, Daiana Nascimento dos Santos, Daniele Jesus de Oliveira, Fernanda de Sousa Carvalho, Mariana Guedes Silva, Thágila Tainá Moreira Brito Rodrigues; às defensoras Izabel do Carmo de Jesus Martins, Livia Silva de Almeida e Viviane Luchini Leite. A equipe do NUDEM/DPE/BA foi incansável em nos orientar e acompanhar na pesquisa.

Ano: 2026



Reunião do Núcleo Especializado de Defesa das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA). Foto: Esperança Dias, 2026.



Capa: Josildes Silva conta sua história de antecipação terapêutica de parto. Foto: Esperança Dias, 2026.



Deisiane Santos (canto superior esquerdo), Sarah Guimarães e Marcelle Araújo (canto superior direito e canto inferior direito), Josildes Silva (centro à direita e canto inferior esquerdo).
Fotos: Esperança Dias, 2026.

resumo

A antecipação terapêutica do parto (ATP) em casos de anencefalia no feto foi autorizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, em 2012. A anencefalia foi um marcador clínico de referência para a decisão da Corte para autorizar ATP em caso de inviabilidade fetal. Entendimentos restritivos da decisão impõem barreiras para que mulheres acessem ATP em casos de outros quadros clínicos também inviáveis à sobrevida do feto. A magnitude desses casos permanece desconhecida no país. Neste relatório, analisamos uma experiência de acolhimento e atendimento de mulheres que buscaram ATP em situações de malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevida. A Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), por meio do Núcleo Especializado de Defesa das Mulheres (NUDEM), atende pedidos por meio de uma arquitetura interinstitucional de cuidado instituída em 2022. Essa arquitetura organiza-se na interface entre poderes e saberes diversos: cortes, defensoria, profissionais e instituições de saúde atuam de forma coordenada para que o cuidado seja garantido com celeridade. Analisamos documentos e realizamos entrevistas com mulheres cujas necessidades de saúde alcançaram as cortes para viabilizar o acesso à ATP. O fundo de arquivo, sob a guarda da Defensoria Pública do Estado da Bahia, reúne processos judiciais entre 2022 e 2025, totalizando 138 casos. Realizamos ainda entrevistas com onze mulheres, com o objetivo de aprofundar a compreensão das experiências vividas por cada uma delas. Apresentamos o perfil da mulher que alcança a defensoria para uma solicitação judicial, e mostramos como a arquitetura do cuidado oferece assistência em saúde e tempos de respostas céleres, mas que poderiam ter sido previamente oferecidas às mulheres, caso uma interpretação razoável da decisão do STF na ADPF 54 estivesse unificada. Há um paradoxo que acompanha essa arquitetura interinstitucional de cuidado: por um lado, a ATP, nos casos de gestações com malformações graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevida, não deveria requerer judicialização; por outro, diante da criminalização do aborto e dos efeitos de incerteza que a política criminal produz no acesso a direitos e cuidados em saúde no Brasil, a arquitetura interinstitucional é um exemplo concreto de rede de cuidado. Ao descrever a organização e o funcionamento desta arquitetura interinstitucional de cuidado, demonstramos quem é impactada por uma interpretação restritiva da decisão do STF sobre a antecipação terapêutica do parto e indicamos a necessidade de uniformização interpretativa e de implementação de soluções que não dependam da judicialização.

introdução

“Algo tão íntimo, tão doloroso, precisava virar processo”

Em 2004, Severina Leôncio, 26 anos, de Chã Grande, Pernambuco, descobriu-se grávida de um feto com anencefalia. Severina estava internada em uma maternidade do Recife para realizar a antecipação terapêutica do parto quando a liminar da ADPF 54, que autorizava o procedimento, foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal. De volta para casa, Severina passou meses entre idas e vindas nos sistemas de justiça e saúde, em busca de autorização judicial.¹ Após uma longa peregrinação, Severina recebeu uma autorização judicial para antecipar o parto. A espera lhe causou sofrimento, fez avançar a gravidez, aumentou os riscos à sua saúde. Sua história foi contada em filme e cordel, Severina transformou-se no rosto de um sofrimento evitável para muitas mulheres.² A ação foi julgada no mérito oito anos depois, e Severina esteve presente no plenário do STF para acompanhar o julgamento.³ Com a decisão da Corte, a ATP foi reconhecida como uma proteção justa a uma necessidade de saúde, deixando de ser enquadrada como hipótese de aborto pelo Código Penal.⁴ Tristemente, mais de uma década depois da decisão da Corte, o sofrimento de Severina se atualiza em outras mulheres e adolescentes à procura de uma ATP por experiências semelhantes.⁵

Consolidada na literatura médica e reconhecida pelo STF, a anencefalia é um diagnóstico médico definido e incompatível com a sobrevivência após o parto.⁶ Trata-se de uma

1 UMA HISTÓRIA Severina. Direção: Debora Diniz e Eliane Brum. Brasília: ImagensLivres, 2005. 1 vídeo (22 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=65Ab38kWFhE>. Acesso: 15 fev. 2026.

2 J. Borges contou a história de Severina em cordel. DINIZ, Debora. Uma história Severina: como uma plantadora de brócolis analfabeta enfrentou o STF e conseguiu o direito (tardio) de abortar um anencéfalo. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 7 abr. 2012. Disponível em: <https://www.https://www.estadao.com.br/geral/uma-historia-severina/>. Acesso em 18 fev. 2026..

3 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Relator: Min. Marco Aurélio, julgado em 12 abr. 2012. Brasília, DF: Diário da Justiça Eletrônico, 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>. Acesso: 15 fev. 2026.

4 Sobre a gênese do conceito de antecipação terapêutica do parto e o protagonismo do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios para a interpretação da anencefalia como fato atípico, vide DINIZ, Debora. A arquitetura de uma ação em três atos: anencefalia do STF. Direito.UnB: Revista de Direito da Universidade de Brasília, Brasília, v. 1, n. 2, p. 161–183, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/24593>. Acesso em: 19 fev. 2026.

5 INCOMPATÍVEL com a vida. Direção: Eliza Capai. Produção: Mariana Genescá e Amana Cine. São Paulo: Descoloniza Filmes, 2023. 1 vídeo (92 min). Disponível em: <https://incompativel.com.br>. Acesso em: 15 fev. 2026.

6 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão (CID-11): para esta-

malformação do sistema nervoso do feto, diagnosticável por exames de imagem durante a gestação. Existem outras malformações fetais igualmente inviáveis, como a ausência de divisão do cérebro em hemisférios (holoprosencefalia), alterações genéticas com cópia extra dos cromossomos 13 ou 18 —que causam múltiplas anomalias (trissomias 13 e 18, também conhecidas como síndrome de Patau e síndrome de Edwards, respectivamente)— ou a ausência bilateral dos rins (agenesia renal bilateral), entre muitas outras.⁷ A inviabilidade fetal abrange um conjunto amplo de condições na medicina, e a anencefalia representou apenas um ponto de referência para a compreensão de seus efeitos sobre a saúde física e mental da pessoa que gesta. Além disso, há sólida evidência médica de que gravidez de feto inviável traz quadro de alto risco à saúde materna.⁸ É preciso, portanto, compreender a anencefalia como um marcador clínico para uma tipificação jurídica sobre cuidados em saúde —a ATP é um cuidado em saúde para casos de inviabilidade fetal. A decisão cabe a cada adolescente ou mulher sobre aguardar ou antecipar o parto.

Como muitas outras necessidades de saúde, o aborto ou a ATP são demandas de cuidado que dependem do tempo da assistência —o tempo do vivido não espera o tempo das burocracias ou das barreiras institucionais. É necessário atender mulheres, adolescentes e meninas no instante da urgência de suas necessidades. Os procedimentos médicos para garantir o aborto ou a ATP são seguros, de baixa complexidade e

tísticas de mortalidade e de morbilidade. Versão: 01/2025. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>. Acesso em: 15 fev. 2026.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics; TRINIDAD, Mari Charisse; WICK, Myra. Practice Bulletin No. 187: neural tube defects. *Obstetrics & Gynecology*, v. 130, n. 6, p. e279–e290, dez. 2017. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006250-201712000-00041>. Acesso em: 15 fev. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54*. Relator: Min. Marco Aurélio, julgado em 12 abr. 2012. Brasília, DF: Diário da Justiça Eletrônico, 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=136389880&ext=.pdf>. Acesso: 15 fev. 2026.

7 CABERO ROURA, Lluís; COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA SEGO. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, v. 54, n. 2, p. 96–99, fev. 2011. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501310004814>. Acesso em: 15 fev. 2026.

WILKINSON, Dominic et al. Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 119, n. 11, p. 1302–1308, out. 2012. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03450.x>. Acesso em: 15 fev. 2026.

8 NAMBIAR, Anjali et al. Maternal morbidity with expectant management of life-limiting fetal conditions. *JAMA Network Open*, v. 8, n. 7, p. e2521883, 18 jul. 2025. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2836565>. Acesso em: 19 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 302 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

exigem infraestrutura mínima para sua oferta no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil.⁹ No entanto, como o aborto é regulado por políticas criminais que restringem seu acesso, as barreiras enfrentadas por mulheres e adolescentes em busca de cuidados são múltiplas. Os excludentes de punibilidade no Código Penal sobre aborto — exceções previstas para situações como gravidez decorrente de violência sexual ou risco de vida — geram dificuldades para operadores do direito e da saúde compreenderem que quadros clínicos equivalentes à anencefalia devem estar igualmente protegidos pelo marco decisório do STF.

A criminalização de uma necessidade de saúde, como acontece com o acesso ao aborto no Brasil, estrutura um regime estigmatizante que se projeta sobre outras dimensões do cuidado em saúde reprodutiva, reforçando sentimentos como silêncio, vergonha e isolamento. O estigma produzido pela criminalização atravessa serviços de saúde, instituições judiciais e relações sociais e familiares, criando barreiras ao acesso à informação, ao cuidado e à proteção.¹⁰ Mesmo nos casos legalmente permitidos, a introjeção antecipada da reprovação social ou a ameaça de indevida responsabilização jurídica gera insegurança, atrasos na assistência e práticas que podem ser consideradas discriminatórias ou injustas, ou até mesmo comparáveis a maus-tratos e tortura.¹¹ A criminalização transforma uma necessidade de saúde em questão moral a ser disputada, aprofundando vulnerabilidades já marcadas por gênero, classe, raça, etnia, curso de vida, deficiência, idade ou território.

Nosso objetivo não é explorar as razões da persistência da insegurança jurídica no acesso e cuidado à ATP para casos de gravidez com inviabilidade fetal; mostramos, antes, seus efeitos em adolescentes e mulheres concretas. Nosso entendimento é que a fundamentação jurídica da decisão do STF sobre vida, dignidade, tortura ou saúde na ADPF 54 não se reduz a diagnósticos clínicos: não são classificações médicas que

9 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 15 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>. Acesso em: 15 fev. 2026.

10 FONSECA, Jamile Guerra et al. Intersecção entre dificuldades de acesso e violência obstétrica em itinerários abortivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 9, p. 1-10, set. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.04552023>. Acesso em: 15 fev. 2026. GOES, Emanuelle Freitas et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, supl. 1:e00189618, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Gk58HJMk95gYJsqztFm84hS/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2026.

11 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Abortion care guideline*. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104204>. Acesso em: 23 mar. 2026.

determinam nossa ordem constitucional de proteção a direitos fundamentais, mas ao contrário. Nosso pacto civilizatório reconhece que nenhuma mulher deve ser submetida a tratamentos comparáveis a tortura, como se manter grávida contra sua vontade de uma gestação que não resultará em nascimento com potencialidade de sobrevivência. É assim que entendemos que a anencefalia foi um marcador clínico de provocação da Corte sobre como interpretar uma situação fática sem precedentes para a medicina dos anos 1940, quando o Código Penal foi publicado —*é sobre a inviabilidade fetal que a ATP se apresenta como um cuidado em saúde*. Ao afirmar que, diante de comprovada a inviabilidade fetal na anencefalia, não subsiste bem jurídico penalmente tutelável, a Corte apresentou uma interpretação conforme o ordenamento constitucional.¹² A decisão não revisou nem alterou o Código Penal; ao contrário, fundamentou-se nos princípios constitucionais da dignidade, da autonomia, de estar livre de maus-tratos ou tortura, e da proteção à saúde previstos na Constituição Federal. Uma leitura restritiva que limite seus efeitos exclusivamente ao diagnóstico da anencefalia desconsidera a tese constitucional do julgamento e ignora que outras condições clínicas de malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência produzem semelhante resultado jurídico.

A Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA) é uma instituição autônoma e essencial à função jurisdicional do estado, responsável por assegurar o acesso à justiça às pessoas que não dispõem de recursos para arcar com despesas processuais e honorários advocatícios. Criada pela Lei nº 4.658, de 1985, no contexto de redemocratização do país e fortalecimento das garantias fundamentais, a DPE/BA desenvolve sua atuação a partir do reconhecimento das desigualdades estruturais e de seus efeitos interseccionais, com atenção à população em situação de pobreza, às pessoas privadas de liberdade, adolescentes e outros grupos em condição de vulnerabilidade. Para a implementação inicial do fluxo de atendimento às adolescentes e mulheres, uma parceria foi estabelecida entre o NUDEM e o Fórum de Aborto Legal da Bahia. A partir de rodas de conversa virtuais promovidas pela DPE/BA sobre direitos sexuais e reprodutivos da mulher, criou-se o Fórum Estadual sobre o Aborto na Bahia. O fórum, criado em 2021, ainda no tempo da pandemia de Covid-19, é composto por diversas instituições e organizações, dentre elas a DPE/BA, a Secretaria Estadual de Saúde e integrantes dos serviços que realizam o aborto legal, organizações da sociedade civil e a Universidade Federal da Bahia. O Fórum

12 A transcrição do acórdão: “Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros do Supremo Tribunal Federal em julgar procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencefalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal” (referência). BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental* nº 54. Voto do Min. Relator: Marco Aurélio, julgado em 12 abr. 2012. Brasília: Diário da Justiça Eletrônico, 2012. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiarnoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2026.

foi importante para o estabelecimento do Observatório de Interrupção da Gestação por Malformações Incompatíveis com a Vida do NUDEM, assim como para o fluxo de atendimento de adolescentes e mulheres.¹³ A Defensoria atua para agilizar procedimentos jurídicos em casos de urgência em saúde, assegurando acompanhamento psicológico e de serviço social, protegendo a confidencialidade e o sigilo, e provocando instituições como o Judiciário, o Ministério Público e os serviços de saúde para viabilizar o cuidado.¹⁴

É nesse contexto de sólida articulação interinstitucional que se insere a pesquisa deste relatório, fruto de um movimento de transparência da DPE/BA sobre seu protagonismo no cuidado às adolescentes e mulheres. A equipe de pesquisa contou com autonomia integral para análise e revisão das informações, partindo da pergunta: *como cuidar de adolescentes e mulheres que recorrem às cortes diante de um quadro de gestação incompatível com a vida?* O presente relatório examina os efeitos dessa arquitetura interinstitucional de cuidado voltada à proteção da saúde —uma resposta deliberadamente estruturada para viabilizar aquilo que, em condições ordinárias, deveria corresponder à boa prática em saúde sem interferência dos poderes judiciais. A alegoria da arquitetura já circula no campo jurídico do cuidado como uma forma de compreender os elementos estruturais que organizam o tratamento jurídico do cuidado e, a partir desse diagnóstico, projetar arranjos mais articulados, orientados ao bem-estar e à distribuição justa e protegida do cuidado na vida social.¹⁵

13 TDEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA. Aborto legal: Defensoria e instituições criam fórum para discutir serviço e fortalecer rede de atuação. Defensoria Pública da Bahia, 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/aborto-legal-defensoria-e-instituicoes-criam-forum-para-discutir-servico-e-fortalecer-rede-de-atuacao/>. Acesso em: 26 mar. 2026.

14 NICOLI, Pedro Augusto Gravatá e VIEIRA, Regina Stela Corrêa. Direito brasileiro do cuidado: elementos para uma arquitetura do campo jurídico do cuidado no Brasil. Coleção Documentos de Trabalho, Redes “Who cares? Rebuilding care in a post pandemic world” e “Cuidados, direitos e desigualdades”, São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, n. 4, p. 1-29, 2024.

15 NICOLI, Pedro Augusto Gravatá e VIEIRA, Regina Stela Corrêa. Direito brasileiro do cuidado: elementos para uma arquitetura do campo jurídico do cuidado no Brasil. Coleção Documentos de Trabalho, Redes “Who cares? Rebuilding care in a post pandemic world” e “Cuidados, direitos e desigualdades”, São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Cebrap, n. 4, p. 1-29, 2024.

metodologia

Uma análise comparada da atuação das Defensorias Públicas Estaduais, realizada em 2025 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Campanha Nem Presa Nem Morta e Ipas – Parceiros por Justiça Reprodutiva, demonstrou como a garantia do acesso ao aborto legal no Brasil ainda depende de arranjos institucionais fragmentados, marcados por diferentes barreiras, disponibilidade de protocolos e capacidade de articulação com a rede de saúde.¹⁶ No plano institucional, a experiência das Defensorias Públicas revela que, mesmo nas hipóteses em que o ordenamento jurídico autoriza a interrupção da gestação, o acesso ao cuidado em saúde permanece atravessado por diversos obstáculos, como a ausência de fluxos padronizados, a desinformação, a objeção de consciência por profissionais e a limitação de unidades referenciadas. Ao mesmo tempo, experiências como a da Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA) demonstram como a articulação interinstitucional pode ampliar a efetividade do acesso, ainda que não eliminem definitivamente as barreiras estruturais que condicionam o exercício desse direito.

Desde 2022, a Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE/BA), no âmbito do projeto Observatório de Interrupção da Gestação por Malformações Incompatíveis com a Vida realiza o acolhimento, atendimento e acompanhamento de pedidos de antecipação terapêutica do parto (ATP) em casos de gestações de fetos com malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência. A sistematização desses casos é realizada pelo Núcleo Especializado de Defesa das Mulheres (NUDEM), sediado em Salvador, capital do Estado. Como porta de entrada para o acolhimento na Defensoria, o relatório clínico é apresentado em formato de laudo assinado por dois médicos especialistas em medicina fetal e saúde da mulher e consideram, ao menos, três dimensões: a inviabilidade fetal, com chances de óbito intraútero ainda na gravidez; a extrema gravidade, incurabilidade, irreversibilidade com remotas e reduzidas chances de sobrevivência, ainda que sob intensa medicalização, uso tecnológico heróico e cuidados intensivos permanentes; acrescidos ao impacto à saúde física e mental das adolescentes e mulheres, uma vez que toda gestação de feto inviável é de alto risco à saúde materna. Essas dimensões em conjunto fundamentam o laudo de “incompatibilidade com a vida” para a rede interinstitucional de cuidado.

¹⁶ COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE; CAMPANHA NEM PRESA NEM MORTA; IPAS – PARCEIROS POR JUSTIÇA REPRODUTIVA. *Justiça reprodutiva: análise da atuação nas Defensorias Públicas estaduais na garantia do acesso ao aborto legal*. Brasil, 2025. Disponível em: <https://caminhosdoabortolegal.org.br/>. Acesso em: 24 março. 2026.

Ao buscar o NUDEM, adolescentes e mulheres com demanda de ATP são acolhidas por psicólogas e assistentes sociais capacitadas para esse atendimento.¹⁷ O acompanhamento considera necessidades sociais, de saúde e jurídicas, com esforços voltados a evitar atrasos, revitimização ou novas barreiras. As informações de cada mulher ou adolescente são registradas em matriz de acompanhamento, e a equipe verifica a documentação disponível, avaliando o preenchimento dos requisitos clínicos e jurídicos. Quando necessário, a DPE/BA articula-se com a rede de saúde, encaminhando para serviços de medicina fetal para obtenção de laudos complementares, prevenindo fragilidades comprobatórias que possam se converter em obstáculos à decisão judicial. Com a documentação reunida, a Defensoria ingressa com a demanda judicial de forma célere e acompanha cada etapa da tramitação. A instituição monitora prazos, provoca o Judiciário diante de atrasos e reforça o caráter urgente dos casos, considerando os impactos da espera sobre adolescentes e mulheres com gestações de fetos inviáveis e de risco à própria saúde. O Núcleo de Apoio Psicossocial da DEP/BA mantém a assistência antes, durante e após a decisão judicial, reconhecendo que a autorização não encerra a experiência de luto e elaboração vivida. Há ainda solicitação de inclusão das mulheres em serviços de alto risco para acompanhamento multiprofissional em saúde até a realização da ATP (medicina fetal, cuidados paliativos e acolhimento psicossocial).

Esta pesquisa resulta de um acordo de cooperação técnica entre a DPE/BA e a Anis: Instituto de Bioética, e analisa informações coletadas e sistematizadas pela Defensoria entre 2022 e 2025. O universo corresponde a 138 adolescentes e mulheres que obtiveram decisões judiciais relativas ao pedido de ATP. No total, foram analisados os arquivos referentes a 145 mulheres (peças jurídicas, relatórios clínicos, documentos e pareceres técnicos). Sete mulheres foram excluídas da análise por não terem processos judiciais: cinco por desistência (incluindo uma após perda gestacional espontânea) e duas por se tratar de caso de violência sexual encaminhado extrajudicialmente. As informações sistematizadas pelo NUDEM da DPE/BA incluem dados sociodemográficos, de saúde e processuais. Os dados autodeclarados de raça/cor, religião e escolaridade passaram a ser coletados a partir de 2024, enquanto informações sobre ocupação passaram a constar nos registros a partir de 2025. Idade, cidade de procedência e número de gestações foram coletados durante todo o período analisado. Em razão da variação de informações no tempo, algumas categorias são apresentadas de forma desagregada por ano. O acesso aos arquivos foi formalizado por meio de termo de cooperação institucional, acompanhado de termo de sigilo e confidencialidade. O projeto foi submetido ao Comitê

¹⁷ Adolescentes e mulheres foram cis-mulheres no arquivo. Não houve processos com outras localizações de gênero.

de Ética da Universidade de Brasília (CEP/CHS), via Plataforma Brasil, e aprovado sob o CAAE nº 49043015.6.0000.5540.

Os dados foram inicialmente tabulados pelo NUDEM e posteriormente corrigidos, classificados e analisados de forma independente por duas pesquisadoras da Anis e, finalmente, revisados pela supervisora da pesquisa. Os 138 processos foram anonimizados para tratamento. A extração de informações médicas, processuais e temporais foi realizada após leitura integral dos processos. Os dados foram analisados em matriz quantitativa descritiva, com cálculo de medidas estatísticas básicas (extremos, medianas, distribuições e percentuais). Estimativas de distância entre cidades de procedência e Salvador foram feitas com base no Google Maps. O cálculo do tempo gestacional utilizou informações do primeiro exame de ultrassom disponível e a data do procedimento médico. A fase qualitativa foi derivada da etapa quantitativa, caracterizando a pesquisa como de métodos mistos sequenciais. Foram realizadas entrevistas com onze mulheres (8% do universo) pela coordenadora da pesquisa. A seleção das participantes foi definida em comum acordo entre DPE/BA e Anis, após consulta prévia às adolescentes e mulheres quanto ao interesse em participar. Buscou-se contemplar casos considerados singulares, marcados por múltiplas fricções no percurso institucional; maior vulnerabilidade social ou perfil diferenciado quanto à renda ou escolaridade; mudança de decisão ao longo do processo; barreiras de acesso aos equipamentos do Estado, especialmente saúde e Judiciário.

Para evitar revitimização — considerando que essas mulheres são forçadas a reproduzir suas histórias ao longo do percurso interinstitucional — foram adotadas duas estratégias de cuidado: (i) o contato inicial contou com apoio da equipe do NUDEM, preservando o vínculo de confiança estabelecido; (ii) somente após concordância, a entrevistadora utilizou abordagem de história de vida episódica, com pergunta ampla e aberta —“o que foi que aconteceu com você?”— permitindo narrativa livre da experiência. As entrevistas ocorreram por telefone com vídeo; em algumas delas, houve presença dos companheiros. No caso de duas adolescentes, a entrevista foi realizada com a presença da mãe, mediante consentimento de ambas. Em todos os encontros, ao menos uma profissional da Defensoria acompanhou a entrevista. Após apresentação da pesquisa, foi acordado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) oral. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por categorias centrais relacionadas ao cuidado.

As pesquisadoras conduziram todas as etapas com plena independência em relação à atuação institucional da Defensoria. Os resultados foram posteriormente discutidos e validados conjuntamente entre Anis e NUDEM/DPE/BA. Como parte do compromisso ético, as mulheres entrevistadas leram o relatório e foram informadas de que poderiam

rever ou retirar sua autorização a qualquer momento. As histórias são apresentadas de forma anonimizada, exceto nos cinco casos em que houve expressa autorização para identificação: com uma adolescente (e sua mãe) e quatro mulheres adultas, decidiu-se, em comum acordo, apresentar suas histórias como biografias próprias e fotografias — uma forma de aproximar a abstração dos números e argumentos à vida vivida de cada adolescente ou mulher. Elas são Deisiane Silva dos Santos (vigilante, 35 anos); Josildes Júlia de Souza Silva (autônoma, 35 anos); Janylle Silva (estudante de Odontologia, 26 anos); Rejane Dias (dona de casa, 43 anos); Marcelle Geovana Santos de Araújo (mãe) e Sarah Michelle Araújo Guimarães (estudante, filha, 16 anos).¹⁸ Entendemos que essa forma de recontar o vivido fortalece o vínculo ético entre os resultados apresentados e as experiências — são elas que conferem sentido a esta pesquisa.

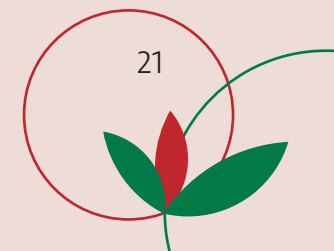
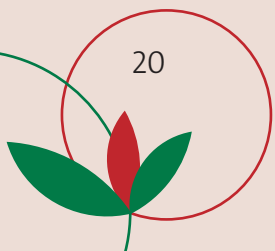
18 A idade de cada adolescente ou mulher é a do processo judicial. As entrevistas foram realizadas em 2025 e 2026.

depende da Justiça



Eu tenho 44 anos, sou juíza. Essa era uma gravidez muito desejada. Eu já tinha passado por uma perda anterior e, quando engravidei de novo, veio uma alegria imensa. Eu e meu marido estávamos tentando, planejando, fazendo todos os exames. Eu não esperava que algo pudesse dar errado dessa vez. Eu me sentia saudável, preparada, otimista, apesar da idade. Na ultrassonografia morfológica apareceu a primeira suspeita: uma possível onfalocele. Foi um choque. A médica do exame foi muito alarmista, trouxe várias informações duras de uma vez só. Saí dali atordoada. Fui direto para o consultório do meu obstetra, que tentou amenizar, disse que poderia ser algo corrigível, que talvez fosse cedo para conclusões. Ficamos naquele limbo entre o medo e a esperança. Um mês depois, nova ultrassom. A onfalocele já não era o principal problema. Surgiu outra alteração —uma bexiga aumentada. Fomos a um especialista em medicina fetal. Esperamos uma semana pela consulta. Uma semana que pareceu um ano. Eu pesquisava na internet, mas ao mesmo tempo tinha medo de saber demais. No consultório, ele identificou três marcadores importantes e sugeriu a amniocentese. Fizemos o exame invasivo ali mesmo. Mais alguns dias de espera. O diagnóstico veio por videochamada: síndrome de Edwards, trissomia do cromossomo 18. Ele foi claro. Poderia haver perda espontânea a qualquer momento. Poderia nascer e viver horas, dias, talvez poucos meses, com sofrimento intenso, internações, UTI, aparelhos. Foi devastador. Eu não esperava ter que decidir algo assim. Eu nunca imaginei que viveria isso. Conversamos muito em casa. Sou espírita, tenho convicções muito fortes sobre a vida. Nunca me imaginei vivendo um aborto. Mas aquilo não era “não querer um filho”. Era saber que ele não teria chance real de vida. Meu marido foi parceiro o tempo todo. Ele dizia que a decisão final era minha, porque era o meu corpo, mas que me apoiaria em qualquer caminho. Decidimos pela antecipação. Foi então que veio outro choque: eu precisaria de autorização judicial. Eu, que passo a vida dando decisões, teria que pedir uma decisão a um colega. Me senti invadida. Me senti exposta. Algo tão íntimo, tão doloroso, precisava virar processo. Fomos ao Núcleo da Mulher da Defensoria. Fui acolhida pela psicóloga. Conteí minha história inteira. Meu marido também falou. Foi um momento de muito choro, mas também de muito respeito. A decisão saiu rapidamente. Optamos por realizar o procedimento em hospital privado. Eu não queria ficar numa enfermaria ao lado de mães celebrando seus bebês. Ainda assim, houve momentos difíceis. Na triagem, antes que soubessem o motivo da internação, perguntaram se eu queria ouvir o coraçãozinho. Ouvi. E quando perguntaram por que eu estava ali, eu não consegui falar. Chorei. Mostrei o papel. A equipe que me atendeu depois foi extremamente cuidadosa. Descobri ali que eu viveria um parto. Não era simplesmente “interromper”. Eu teria contrações, sala de parto, equipe, registro. A médica de cuidados paliativos nos acompanhou com uma delicadeza que mudou tudo. Perguntou se queríamos ver o bebê. Em casa tínhamos decidido que não veríamos. No hospital, mudamos de ideia. Ela disse que o luto existiria de qualquer forma. Meu filho nasceu. Eu o segurei. Colocaram um gorro feito pela equipe. Tiramos fotos. Colocaram nossas alianças na mãozinha dele para uma foto. Foi devastador e, ao mesmo tempo, havia uma estranha sensação de felicidade por tê-lo conhecido. Eu

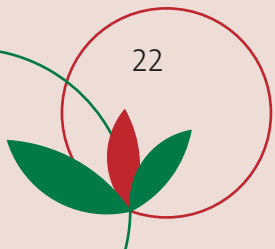
disse à médica: “Estou me sentindo estranhamente feliz”. Era meu filho. Ele existiu. Registramos como natimorto. Fizemos a cremação. No dia seguinte à alta, fui ao cemitério com meu marido. Foi duro, mas eu quis viver cada etapa. Tenho uma caixa de memórias com a certidão, os pezinhos impressos, o gorro, as cinzas. Às vezes abro. Às vezes não. Eu não esperava passar por nada disso. Não esperava depender da Justiça para cuidar da minha saúde. Não esperava viver um parto para me despedir. Fiz terapia com especialista em luto. Falar ajuda. Hoje eu consigo contar sem me desmanchar. Eu uso pouco a palavra aborto quando falo da minha história. Para mim, foi uma antecipação de um sofrimento inevitável. Foi a decisão mais difícil da minha vida —e, dentro da realidade que me foi dada, a mais responsável.



forma de cuidar



Eu tenho 25 anos, trabalho como autônoma fazendo encomendas de salgados. Quando engravidei, eu tinha 24 anos. Era uma gravidez muito desejada. Eu e meu marido ficamos felizes. Eu comecei o pré-natal cedo, no posto perto de casa. Nunca imaginei que algo pudesse dar errado. Com cerca de dois meses, eu passei muito mal, não conseguia comer nada. Fui para a maternidade mais próxima. Lá, uma estudante desconfiou que havia algo diferente e pediu uma ultrassonografia. Foi nesse exame que apareceu a suspeita. Disseram que eram gêmeos, mas muito grudados. Eu ainda não entendia. Fui encaminhada para um especialista. Foi ali que ouvi a palavra que nunca tinha passado pela minha cabeça: siameses. Ele explicou com cuidado. Disse que havia apenas um coração, uma bexiga, que estavam ligados pelo tórax e pela cintura. Perguntei várias vezes se não havia como separar, se não dava para salvar pelo menos um. Ele foi sincero: não havia possibilidade de vida. Disse também que meu parto seria de alto risco, que eu poderia morrer. Eu não esperava ouvir nada disso. Saí de lá em silêncio. Vieram as idas e vindas. Primeiro no particular, depois no hospital público. Fila, espera, mais exames, mais confirmação do que eu já temia. Cada consulta era uma mistura de esperança e despedida. Eu pesquisava na internet procurando um caso parecido com o meu. Não encontrei. Tudo indicava que não haveria sobrevivência. Foi no hospital público que falaram da Defensoria. Até então eu não sabia que precisava da Justiça para cuidar da minha saúde. Eu já estava sofrendo, e ainda teria que explicar, provar, esperar. Cheguei à Defensoria sem entender direito os papéis. Fui acolhida, orientada, acompanhada. A decisão levou cerca de uma semana e meia. Parece pouco, mas quando você está esperando para encerrar uma dor, cada dia pesa. Eu tinha medo de não autorizarem. Tinha medo de continuar avançando na gestação e sofrer ainda mais. Eu não contei para a minha família o que estava acontecendo de verdade. Todos comemoravam a gravidez de gêmeos. Recebi presentes. Eu não queria que ninguém sofresse junto comigo. Depois, quando fiz o procedimento, disse que tinha tido uma perda espontânea. Foi a forma que encontrei de lidar. O segredo foi pesado, mas foi a melhor decisão para mim. Quando a autorização saiu, fui para o hospital escolhido. O procedimento foi com medicação. Eu estava com quase quatro meses. A espera entre saber e poder agir foi a parte mais cruel. Era como carregar uma despedida no ventre. No final, perguntaram se eu queria ver. Eu quis. Eles estavam formados, pequenos, muito grudados. Ver me deu certeza. Não ficou dúvida na minha cabeça. Meu marido esteve comigo o tempo todo. Nós dois decidimos juntos. Ele assinou a autorização para doação dos corpos para estudo. Para nós, se pudesse ajudar outras mulheres no futuro, fazia sentido. Foi um gesto de generosidade em meio à dor. Eu não esperava passar por nada disso. Não esperava precisar da Justiça para antecipar algo que já estava determinado pela medicina. Não esperava ter que mentir para proteger a família. Senti tristeza, senti luto, mas não senti vergonha da decisão. Eu chamo de antecipação de parto. Eu apenas antecipei uma fatalidade que já existia. Hoje consigo falar com tranquilidade. Ainda é uma página dolorosa, mas virou página. E eu acredito que contar também é uma forma de cuidar de outras mulheres que um dia possam atravessar essa mesma peregrinação.



quem são elas

a mulher comum

*“não tive vergonha da minha decisão,
tive tristeza, tive luto, mas também tive certeza”*

Apresentamos o perfil de 138 mulheres que, após relatório médico de malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência, recorreram ao Poder Judiciário e foram assistidas pela DPE/BA entre 2022 e 2025. Trata-se de um recorte empírico que permite examinar quem são essas mulheres, em quais contextos sociais e territoriais estão inseridas. Embora diversas em suas trajetórias e experiências, compartilham uma condição comum: dependem integralmente da legalidade dos atos do Estado para acessar cuidados em saúde.

Por uma focalização da atuação da Defensoria, a vasta maioria das mulheres e adolescentes estão no recorte de renda estabelecido para serviços jurídicos gratuitos, ou seja, elas estão imersas em uma teia de dependência legal que se inicia na vulnerabilidade própria de cada mulher e se atualiza nas barreiras vivenciadas nos serviços de saúde. A Defensoria Pública do Estado da Bahia orienta sua atuação na compreensão de que, quando há violação de direitos fundamentais, não se aplicam os recortes de focalização econômica. Nesse sentido, qualquer adolescente ou mulher que busca a antecipação terapêutica do parto por inviabilidade fetal enfrentando práticas discriminatórias, opressão, violência obstétrica ou outras formas de violação de direitos são legitimamente acolhidas pela Defensoria.¹⁹ No único ano em que a informação foi coletada (em 2025, do total de 47 mulheres, temos informação de 31 delas), 5 (16%) mulheres apresentaram perfil de renda distinto da maioria. Com duas delas conversamos, e as razões de procura do NUDEM foram desde a proteção pela arquitetura interinstitucional instalada e menores riscos de barreiras indevidas; a afirmação da transparência legal como mecanismo de autocuidado; e, até mesmo, para as profissionais do Direito, o senso de proximidade com as colegas.

Os arquivos se referem a mulheres e adolescentes com idades entre 14 e 46 anos. A maioria (66%, n=91) tinha entre 20 e 39 anos, o pico da idade reprodutiva no Brasil;

19 Lei Complementar nº 80/1994, art. 4º, XI e XVIII; ALMEIDA, Lívia et al. *Protocolo de atendimento a pessoas em situação de aborto legal*. [S. l.: s. n.], 2024. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2024-06/protocolo_de_atendimento_a_pessoas_em_situacao_de_aborto_legal.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

14% (n=19) eram adolescentes mais jovens que 20 anos; e 20% (n=28) tinham 40 anos ou mais. A distribuição etária aproxima-se da pirâmide populacional do estado da Bahia e evidencia que as demandas de cuidado abrangem necessidades específicas tanto de adolescentes quanto de mulheres no final do ciclo reprodutivo.²⁰ Entre as 19 adolescentes atendidas, uma tinha 14 anos; duas, 15 anos; três, 16 anos; cinco, 17 anos; quatro, 18 anos; e quatro, 19 anos. Entre as 138 mulheres atendidas, pouco mais da metade com dados disponíveis (51%, n=49) já havia passado por partos anteriormente. Não há informação disponível para 42 mulheres. Entre as atendidas, 47 (49%) eram mulheres sem partos anteriores quando o relatório médico de inviabilidade fetal as levou a recorrer ao processo judicial. Tanto para o grupo das adolescentes (14 a 19 anos) quanto para as mulheres no outro extremo do ciclo reprodutivo (35 a 43 anos), a experiência foi ainda mais singular, pois quase metade delas (39%) eram mulheres sem partos anteriores, “na escola, surgiram comentários, fofocas, insinuações. Um professor falava repetidamente sobre gravidez na adolescência” (16 anos), “quando engravidei, foi a realização de um sonho. Eu sempre quis ser mãe” (38 anos).

Em 2024 e 2025, foram atendidas 91 mulheres, período em que passaram a ser coletadas informações sobre escolaridade, religião e raça/cor. Há, contudo, fragilidade nesses dados, devido à ausência de registro para cerca de um quarto das mulheres em cada uma dessas variáveis. Quanto à escolaridade, 11 mulheres (16%) tinham ensino fundamental incompleto; 2 (3%), ensino fundamental completo; 13 (19%), ensino médio incompleto; 25 (35%), ensino médio completo; 4 (6%), ensino superior incompleto; e 14 (21%), ensino superior completo. Em relação à religião, a católica foi a mais frequente (46%, n=28), seguida por mulheres que declararam não ter religião (28%, n=17). As evangélicas representavam 16% (n=10). As demais categorias apareceram de forma residual: três mulheres se identificaram como cristãs (5%); duas declararam apenas “acreditar em Deus”, sem especificação (3%); e uma, umbandista (2%). No total, 72% (n=44) declararam alguma religião.

Quanto à raça/cor, apenas 7 mulheres (10%) se declararam brancas. A maioria, 90% (n=64), se identificou como negra (pretas e pardas), proporção superior à da população negra no estado da Bahia (79,7%), segundo o Censo do IBGE de 2022.²¹ Pelo tipo de

20 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 fev. 2026.

21 IBGE. *Indicadores demográficos do Censo Demográfico 2022: Bahia*. Rio de Janeiro: IBGE, [2022]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=29&tema=1>. Acesso em: 18 fev. 2026. (censo2022.ibge.gov.br)

arquivo que analisamos é difícil investigar como desigualdades raciais, de renda ou educacional agravaram a experiência de desamparo vivida pelas mulheres. No entanto, há fragmentos de evidências que parecem indicar que mesmo diante de um evento inesperado à mulher comum, como a gravidez de um feto com graves e inviáveis malformações, proteções prévias se sobrepõem e facilitam o acesso de algumas delas a melhores cuidados após à autorização judicial. A comparação entre os grupos raciais é difícil de ser realizada pela ausência de dados consolidados nos anos (apenas para 2024 e 2025, de um total de mulheres 91, temos informações de 71 delas): no entanto, como um elemento a ser mais bem investigado, das 7 mulheres brancas, 4 (57%) delas realizaram a ATP em hospital privado. Entre as 64 mulheres negras, 34 (53%) realizaram em hospital público, 7 (11%) em hospital privado, e não há informação para 23 (36%).

Somente em 2025 foram coletadas informações sobre ocupação, referentes a 31 das 47 mulheres e adolescentes assistidas. Para 16 delas (34%), não houve registro dessa informação. Entre as ocupações mais frequentes estavam “dona de casa”, “não trabalha” e “desempregada/beneficiária da Bolsa Família”, que juntas representavam 32% (n=10) das mulheres assistidas em 2025. Cinco mulheres (16%) exerciam ocupações de formação de escolaridade universitária. Sete (23%) atuavam em ocupações técnicas e/ou administrativas. Outras quatro (13%) desempenhavam atividades relacionadas a serviços domésticos e manuais. Cinco (16%) delas tinham outras ocupações.

A Bahia é o quinto maior estado do Brasil em extensão territorial e o quarto mais populoso.²² A atuação do NUDEM no assessoramento de mulheres que necessitaram de decisão judicial para ATP alcançou 14% dos municípios do estado. Mulheres residentes das nove macrorregiões de saúde da Bahia foram atendidas pela instituição (mapa), majoritariamente em atendimento virtual por WhatsApp a fim de facilitar o acolhimento e reduzir deslocamentos.²³ Ao todo, 138 mulheres, oriundas de 59 municípios, foram assistidas pela Defensoria.²⁴ Quase metade delas (49%, n=67) residia na capital, enquanto 71 (51%) em outros municípios.

Apesar do atendimento do NUDEM ser remoto, adolescentes e mulheres realizaram múltiplos deslocamentos entre municípios para realização de exames especializados

22 IBGE. *Panorama do Censo Demográfico 2022*: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>. Acesso em: 18 fev. 2026.

23 BAHIA. Secretaria de Saúde. *Municípios e regionalização*. Salvador: SESAB, [21-?]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

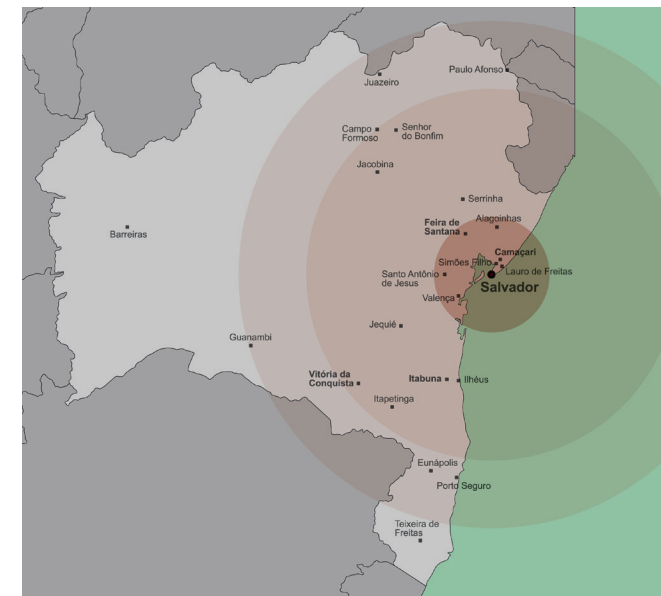
24 atendimentos virtuais já vêm sendo feitos desde de 2022. Em 2025 o NUDEM é oficializado passando a integrar de forma oficial a estrutura da DPE/BA e lançam um projeto para viabilizar assessoria online para todo o estado. Para saber mais acesse: <https://www.defensoria.ba.def.br/nudem-bahia-e-oficializado-e-defensoria-abre-votacao-para-escolha-do-nome-do-novo-projeto/>

(como o de cariótipo ou a ultrassonografia morfológica).²⁵ Ao simularmos um deslocamento terrestre de ida e volta entre os 58 municípios e Salvador, principal centro de referência para muitos dos municípios onde residiam as adolescentes e mulheres —considerando apenas o trajeto necessário para um único atendimento para diagnóstico ou assistência— as mulheres teriam percorrido distâncias entre 47 km e 1.440 km. Quase todas as mulheres que residiam fora de Salvador tiveram que se deslocar à capital (n=70, 99%). A maioria dos municípios (70%, n=41) está localizada a mais de 400 km (ida e volta) da capital, onde residiam 48 mulheres. Entre aquelas que possam ter precisado sair de seus municípios, metade percorreria mais de 586 km. Há um caso de uma das mulheres que viajou mais de vinte horas de ônibus para Salvador e retornou à sua residência sem o exame requerido.²⁶

O arquivo não registra as barreiras vividas pelas mulheres, pois o dossiê é antes uma coleção comprobatória de exames e documentos para o circuito judicial que determinará se a ATP será ou não autorizada. Sabemos que 70 das 71 mulheres residentes de outros municípios viajaram a Salvador para a fase diagnóstica no pré-natal, não sabemos quantos deslocamentos antecederam o atendimento pela Defensoria ou até a data de realização do procedimento, porém as entrevistas sugerem um contínuo de deslocamentos. “Foram semanas de idas e vindas a clínicas de medicina fetal, novos exames, novas esperas.” (16 anos), “Fomos encaminhados para Salvador, 12 horas de ônibus, passando por várias cidades. Cansados, silenciosos, tentando entender.” (29 anos).

25 A centralização do atendimento em capitais ou regiões metropolitanas não é um fenômeno isolado. No relatório “*Justiça reprodutiva: análise da atuação nas Defensorias Públicas estaduais na garantia do acesso ao aborto legal*”, observou-se que, em diferentes estados, o atendimento às demandas de aborto legal tende a se concentrar em poucos pontos, o que dificulta o acesso de pessoas residentes no interior, especialmente em contextos de grande extensão territorial e hipossuficiência econômica. Esses padrões mostram como os custos e tempos de deslocamento se traduzem em barreiras estruturais recorrentes, revelando desigualdades territoriais no acesso à justiça e à saúde reprodutiva. Cf. COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE et al. *Justiça reprodutiva: análise da atuação nas Defensorias Públicas estaduais na garantia do acesso ao aborto legal*. Brasil, 2025.

26 O deslocamento também é uma barreira no acesso ao aborto legal. DINIZ, Debora; AMBROGI, Ilana. O “perigo da demora” no acesso ao aborto legal no Brasil: a experiência de 111 mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, no prelo



138 mulheres oriundas de 59 municípios baianos obtiveram autorização para ATP com apoio da DPE/BA entre 2022-2025.

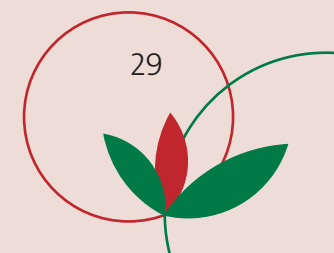
Ao calcularmos as distâncias hipotéticas percorridas por cada mulher para uma única viagem, nosso objetivo foi selecionar uma variável objetiva de barreira para ilustrar os efeitos na vida de uma mulher concreta —para viajar, é preciso o rearranjo das responsabilidades domésticas ou de cuidado de filhos; recursos próprios para o deslocamento ou solicitação à prefeitura com exposição de motivos; ausência da escola ou do trabalho; apresentação de razões e explicações para família extensa, o que para algumas mulheres significou um processo difícil, pois algumas preferiram manter em sigilo a decisão pela ATP, conforme as entrevistas nos mostraram.

tempo de espera e de dor



Eu tenho 17 anos, moro com minha mãe fora de Salvador, e estou no terceiro ano do ensino médio. Eu nunca tinha repetido de ano. Estava fazendo curso técnico de enfermagem há dois meses quando descobri a gravidez e precisei parar. Eu não esperava que, aos 17 anos, no último ano da escola, minha vida fosse atravessada por um diagnóstico assim. Eu fazia pré-natal no posto de saúde perto de casa. Na ultrassonografia morfológica do segundo trimestre, o médico disse que havia “líquido na cabeça”, mas não explicou direito. Mandou repetir o exame em Salvador. Fui para a clínica indicada. Lá começaram as idas e vindas. Cada exame trazia mais espera. Cada espera aumentava a angústia. Disseram que podia ser hidrocefalia. Depois falaram em outras malformações. Eu saía de uma sala com uma dúvida e entrava em outra com mais medo. No começo do ano eu tive sintomas de arboviroses — febre, dor no corpo, manchas — mas não sabiam qual era. Depois os médicos disseram que poderia ter relação. Fiz vários exames: sangue, sorologias, até amniocentese. Esperei resultados que pareciam nunca chegar. A cada retorno ao hospital era uma nova tensão. Eu pesquisava sozinha na internet. Tentava entender. Tentava me preparar. Mas nada prepara. Quando o diagnóstico ficou mais grave, disseram que a doença estava progredindo. Que não sabiam se seria compatível com a vida. Eu não esperava ouvir isso. Não esperava ter que decidir se continuaria uma gestação que poderia significar sofrimento para minha filha. Pensei no tempo do agora. Pensei no depois. Pensei no sofrimento dela e no meu. Eu não queria que ela nascesse para viver pouco e com dor. Minha mãe ficou ao meu lado o tempo todo. Eu não estava sozinha, mas me sentia muito só. Fiquei dias no quarto sem conseguir falar. Vergonha, medo, culpa, dúvida religiosa — tudo misturado. Minha mãe dizia que entregava a decisão a Deus, mas dizia também que a resposta precisava ser minha. Eu sentia o peso dessa responsabilidade. Antes de chegar à Defensoria, foi uma peregrinação. Posto de saúde na minha cidade, exame pago em cidade vizinha, ida a Salvador, retorno para buscar laudo, mais consulta, mais espera. Cada deslocamento era cansativo. Cada nova explicação me fazia reviver tudo. A psicóloga particular eu comecei por indicação de uma prima, que pagou a primeira consulta porque não tínhamos dinheiro. Eu sabia que precisava de ajuda para organizar o que estava sentindo. Quando a médica falou da possibilidade de pedir autorização judicial, eu entendi que precisava recorrer à Justiça. Eu não esperava ter que pedir permissão para cuidar da minha própria saúde. Mas foi assim que cheguei à Defensoria. Ali, pelo menos, eu me senti ouvida. Eu ainda estava com 28 semanas. O tempo corria. Cada dia de espera parecia maior do que o anterior. Eu sabia que qualquer decisão deixaria luto. Eu sabia que nunca seria uma escolha tranquila. Mas também sabia que precisava pensar na dignidade, na minha e na dela. Eu continuo querendo terminar a escola. Quero voltar ao curso de enfermagem. Quero usar jaleco branco um dia. Hoje eu vivo um tempo de espera e de dor, mas não quero que essa história me impeça de continuar. Eu não esperava passar por isso. Ninguém espera.

11 dias após a conversa, ela conseguiu o procedimento.





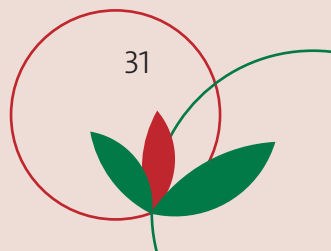
Deisiane Santos em sua casa.
Foto: Esperança Dias, 2026.

mais tempo com ela



Eu moro no interior, tenho 31 anos e trabalhava como vigilante quando engravidei. Essa era uma gravidez muito querida e desejada. Antes dela, eu já tinha passado por dois abortos involuntários, então cada semana que avançava era vivida com cuidado e esperança redobrados. No segundo trimestre, na morfológica, o médico ficou quieto demais e pediu um ecocardiograma. Na minha cidade não havia vaga, e eu quis fazer logo. Fui para Salvador. Ao todo, foram cinco viagens à capital nesse processo — algumas vezes com minha mãe, outras com meu marido— cinco idas e vindas tentando entender o que estava acontecendo e ainda alimentando a esperança de que pudesse haver um engano. Em Salvador, confirmaram que minha filha tinha múltiplas malformações: um problema grave no coração, uma hérnia que comprometia a sobrevivência e outras alterações associadas. Disseram que ela não era viável com a vida. Procurei a Defensoria e recebi autorização para a antecipação do parto. Eu sabia que podia interromper, sabia que tinha respaldo legal. Mas a pergunta que eu fazia era outra: eu estou fazendo mal a ela se continuar? Eu estou prejudicando minha filha mantendo a gestação? Disseram que, enquanto estivesse ligada a mim, ela estava bem. Então eu pensei: se eu não estou fazendo mal a ela, eu continuo. Eu quis deixar no tempo dela. Eu quis ficar mais tempo com ela. Quando decidi continuar a gravidez, foi também a Defensoria que me acompanhou para garantir a assistência médica especializada até o fim. Continuei o pré-natal, fiz os exames, segui sendo atendida. No dia 30 de agosto fiz o ensaio de gestante. No dia 31, com 31 semanas, entrei em trabalho de parto. Foi parto normal, e meu marido acompanhou tudo. Ela nasceu e não chorou. Tentou respirar e ficou sete minutos comigo. Sete minutos que, para mim, foram como um dia inteiro. Eu peguei, eu quis ver tudo. Uma enfermeira a vestiu com a roupinha que minha irmã tinha comprado sem me avisar. Depois me entregaram uma caixinha de memórias, com lembranças dela e a impressão do pezinho. Eu guardo essa caixinha e guardo também a pasta com todos os exames, laudos e relatórios —é pesada, é a vida dela ali dentro. Fiquei em um quarto separado, onde não se ouvia choro de outros bebês. Houve enterro, foi meu marido quem fez. Perguntaram se queriam esperar eu receber alta para que eu pudesse ir, mas eu ainda estava internada e preferi que não esperassem. Quando terminou a licença maternidade, perdi o emprego; voltei e não havia mais o meu posto. Agora eu acabei de fazer todos os exames, passei por investigação genética, exames de sangue, e está tudo bem para eu engravidar de novo. Disseram que foi uma coisa sem explicação. Eu ainda busco entender, mas também aprendi que nem tudo tem resposta. Guardo as roupas, o sapatinho vermelho, a pasta com tudo dela e aquela caixinha de memórias. Eu quis deixar no tempo dela, eu quis ficar mais tempo com minha filha, e não me arrependo.

Deisiane Silva dos Santos



os processos e seus tempos

“cada dia de espera parecia maior do que o anterior”

Em 2022, 20 mulheres recorreram ao Judiciário com pedidos de ATP; em 2023, foram 27; em 2024, 44; e, em 2025, 47. O grupo das adolescentes foi o que mais cresceu ao longo do período. Em 2022 e 2023, apenas uma adolescente de 16 anos foi atendida. Já em 2024 e 2025, o número total chegou a 18 adolescentes, com idades entre 14 e 19 anos. Dos 138 processos analisados, todos resultaram na concessão da autorização judicial para a ATP. Apenas um pedido foi inicialmente indeferido, sob exigência de documentação e pareceres técnicos adicionais, tendo sido posteriormente autorizado em segunda instância. Há um estrito protocolo médico para o peticionamento de pedidos: majoritariamente, casos de incompatibilidade com a vida (92%) e casos extremamente graves, incuráveis com remotas chances de sobrevivência após o parto, sob intensa medicalização e recursos tecnológicos heróicos (8%).²⁷ Em todos os casos, a gravidez é considerada de alto risco para as adolescentes e mulheres.

Para 112 mulheres (81%), o intervalo entre a formalização do pedido e a decisão judicial foi de até sete dias. Destas, 65 receberam decisão em até três dias, e sete obtiveram autorização no mesmo dia do ajuizamento. Observa-se uma concentração significativa de decisões céleres, tendo sido os casos mais longos um com espera de 38 dias e outro de 35. O primeiro se deu pela contestação judicial com aprovação em segunda instância; o segundo, uma gravidez gemelar em que, devido à demora, a mulher desistiu do processo judicial e esperou o óbito dos fetos e o parto de alto risco. Nove mulheres aguardaram mais de duas semanas (mais de 14 dias), e, entre estas, duas esperaram mais de um mês (mais de 30 dias) entre a apresentação do pedido e a decisão. Não estão incluídos nesses cálculos os tempos anteriores ao ingresso na DPE/BA —como o período entre o relatório médico e o ajuizamento da ação— nem o intervalo entre a decisão judicial e a realização efetiva da ATP, uma informação ausente do dossiê de cada mulher.

²⁷ Os casos extremamente graves, incuráveis com remotas chances de sobrevivência após o parto, sob intensa medicalização e recursos tecnológicos heróicos são objeto de contestação judicial e recurso a instâncias superiores. A Defensoria apoia-se estritamente nos relatórios médicos que atestam a gravidade do caso e em jurisprudência prévia no país para ajuizar demanda por ATP.

O tempo gestacional foi analisado em dois momentos distintos: no início do processo judicial e no momento da sentença. Em ambos, observou-se concentração de mulheres no segundo trimestre da gestação, o que coincide com o período em que se realiza a ultrassonografia morfológica de segundo trimestre, exame destinado à avaliação de anomalias fetais estruturais.²⁸ Na espera pela decisão judicial, algumas mulheres avançaram de trimestre gestacional: uma passou do primeiro para o segundo trimestre, e seis passaram do segundo para o terceiro trimestre. Também chama atenção o fato de que, embora nenhuma mulher estivesse com 36 semanas no momento do protocolo da petição inicial, duas atingiram esse tempo gestacional enquanto aguardavam a decisão —uma delas após 13 dias de espera. Esses ciclos de espera evidenciam o impacto do tempo no contexto de uma gestação de feto inviável e de risco alto à saúde da adolescente ou da mulher, especialmente quando a espera se dá em fases avançadas da gestação. A maioria das adolescentes e mulheres (71%, n=97) encontrava-se no segundo trimestre ao iniciar o processo judicial. Ainda assim, houve casos díspares, com tempos gestacionais variando entre 12 e 35 semanas no momento do ajuizamento.²⁹

Por trás dos processos está uma mulher comum, de todas as idades —muito jovem, ainda na escola; no pico da idade reprodutiva, quando outras mulheres de sua geração têm filhos ou estão grávidas; ou no extremo do ciclo reprodutivo, quando a gestação pode representar o fechamento de uma vivência. Quase a metade delas nunca haviam passado por um parto em suas vidas e, em particular para as muito jovens e para aquelas no outro extremo etário, a vivência de uma gravidez de feto inviável provoca rupturas existenciais: “Hoje eu vivo um tempo de espera e de dor, mas não quero que essa

²⁸ O primeiro trimestre abrange as primeiras 13 semanas de gestação, o segundo trimestre compreende as semanas 14 a 26 e o terceiro trimestre começa na semana 27. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da Gestante*. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_8ed_rev.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

²⁹ Segundo o documento da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia sobre estratificação de risco de gestações, malformações fetais são um critério para que o risco gestacional seja considerado de alto risco, esse risco é elevado a “alto risco com maior complexidade” quando estas malformações fetais são “cardíacas, cirúrgicas, neurológicas e urológicas”. A Nota Técnica da Secretária da Saúde do Ceará de 2024, assim como a Linha de Cuidado Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná também classificam como alto risco quando há malformação fetal. BAHIA. Secretaria de Saúde. *Documento orientador para estratificação de risco gestacional*. Salvador: SESAB, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/Documento-de-estratificacao-de-risco-atual-20-09-2024.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2026; CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Estratificação de risco gestacional para a organização da assistência à saúde das gestantes*: nota técnica nº 01, 08 mar. 2024. Fortaleza: Sesa/CE, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/estratificacao-de-Risco-Gestacional.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2026; PARANÁ. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. *Estratificação de risco – Linha de cuidado materno-infantil*: aprovada na CIB/PR em 24 de fevereiro de 2021. Curitiba: SESA/PR, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-02/10%20-%20Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20-%20Linha%20de%20cuidado%20materno%20Infantil.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

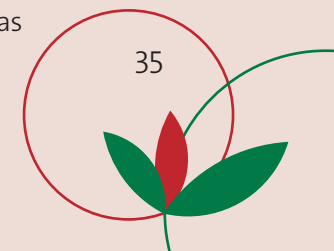
história me impeça de continuar. Eu não esperava passar por isso. Ninguém espera.” (17 anos). Elas são majoritariamente negras, trabalhadoras em ocupações pouco qualificadas ou beneficiárias de proteção social —o retrato de um estado marcado por profundas desigualdades, em particular racial, e também pelo perfil de quem recorre à Defensoria Pública. Não há caminho único para enfrentar a decisão pela ATP: algumas se apoiam na família; outras atravessam o processo em segredo, deixando ao acaso as justificativas sobre a perda gestacional. O tempo da espera é longo para todas, a agilidade dos tempos judiciais é um desfecho que segue peregrinações por informações, serviços e autorizações. E essa espera não é atravessada sem consequências, “A espera entre saber e poder agir foi a parte mais cruel. Era como carregar uma despedida no ventre.” (25 anos).

Luto e violência



Eu tenho 43 anos, sou dona de casa. Tenho uma filha de 22 anos e essa gestação foi muito esperada. Eu levei anos para decidir engravidar de novo. Quando consegui, foi como se um sonho antigo estivesse finalmente se realizando. Eu não esperava que tudo fosse terminar assim. No início, estava tudo sob controle. Eu já sabia que tinha diabetes e hipertensão, então fazia acompanhamento rigoroso. Com quatro meses comecei a perder líquido. Fui internada em uma maternidade próxima de casa para controlar a glicemia. Fiquei quase quinze dias esperando regulação para fazer uma ultrassonografia mais detalhada. A cada dia diziam: “espere”. Ninguém explicava direito. Eu já estava fragilizada, e ouvi de uma profissional: “por que você está lutando por alguém que não vai sobreviver?”. Aquilo me atravessou. Eu pedi alta por conta própria. Assinei e fui embora. Não aguentei o descaso. Paguei uma ultrassonografia particular. Foi ali que disseram que meu filho não tinha rins. Mais tarde descobrimos que também não tinha desenvolvido as pernas, mas isso só soube no parto. Ninguém me contou antes. Eu não esperava ser tratada assim, nem descobrir coisas tão graves de forma tão fragmentada. Era uma peregrinação: hospital público, exame particular, volta ao hospital, espera, mais espera. Quando recebi o diagnóstico de incompatibilidade com a vida, eu não quis decidir nada imediatamente. Por motivos pessoais e religiosos, eu não queria escolher o momento da morte do meu filho. Disse à médica que iria até onde meu corpo suportasse. Meu marido pensava igual. Enquanto minha saúde permitisse, eu levaria a gestação. Mas os meses passaram, minha pressão subiu, a diabetes ficou difícil de controlar. Cheguei aos oito meses exausta, com falta de ar, já com sinais de agravamento. Foi minha médica quem falou da Defensoria. Eu não sabia que precisava de uma liminar. Mesmo já tão avançada, precisei recorrer à Justiça. A decisão saiu rápido, mas o que veio depois foi a parte mais dolorosa. Internaram-me no sábado para o parto planejado. Minha médica assumiria o plantão à tarde. Esperei. Disseram que havia demandas mais urgentes. Esperei o sábado inteiro. Esperei o domingo. Entrei em trabalho de parto espontâneo na madrugada de domingo para segunda. Avisei que estava sangrando. Disseram que era normal. Fiquei horas com dor, ignorada. Só na segunda à noite liberaram a sala. Já estava dilatada. Tentaram cesárea. A anestesia não funcionou direito. Senti o corte. Interromperam e decidiram por anestesia geral. Eu apaguei. Quando acordei, meu filho já tinha morrido. Não vi meu filho como queria. Não consegui fazer a despedida que planejei. A laqueadura foi feita enquanto eu estava inconsciente, embora já tivéssemos decidido não fazê-la. Meu marido protestou, mas disseram que estava no papel. Eu não esperava viver nada disso. Não esperava sobreviver naquela noite. Quando voltei para casa, quatro dias depois, eu não era mais a mesma mulher. Veio a ansiedade, a insônia, a depressão. O luto se mistura com a sensação de violência. Não foi só a perda do meu filho. Foi a espera, o abandono, o ouvir que eu não era prioridade. Foi a sensação de que minha vida não importava. Hoje ainda dói. Dói lembrar que fiquei três dias aguardando, que não pude viver meu plano de parto, que não pude decidir plenamente sobre meu próprio corpo. Aceitei contar minha história porque não quero que outra mulher passe por essa dor, por essa solidão dentro de um hospital.

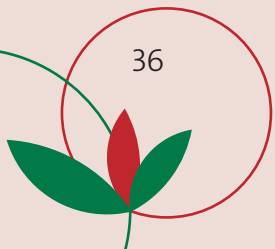
Rejane Dias



34 minutos



Eu tinha 31 anos quando engravidei. Sou cabeleireira e, naquela época, morava numa cidade ainda mais distante de Salvador. Era uma gravidez de gêmeos. Na primeira ultrassom descobri que um dos corações já não batia mais, mas o outro seguia ali, e eu me agarrei a ele com toda a fé que tinha. Depois vieram as outras notícias: pouco líquido, complicações, risco alto, síndrome incompatível com a vida. Passei a fazer acompanhamento em Salvador e viajava no transporte da prefeitura, junto com outros pacientes. Eram quase duzentos quilômetros de estrada. Eu saía de casa meia-noite, esperava na beira da estrada, chegava de madrugada na maternidade e muitas vezes só voltava à noite, porque o carro precisava deixar cada pessoa na sua comunidade. Fiz isso por meses. Todo mundo sabia que eu estava grávida. Eu ganhei muitas fraldas, muitos presentes. Eu agradecia, sorria, não dizia nada, mas por dentro já pensava para quem eu iria doar depois. Só a minha mãe e o meu marido sabiam de tudo. Eu não contei para mais ninguém porque tinha medo do julgamento. Cidade pequena inventa, comenta, aponta. Eu me calei para me proteger. Eu pesquisava tudo. Sabia mais que muito médico sobre a síndrome, sobre as chances, sobre os riscos. Mas eu ficava quieta, deixava eles falarem, porque precisava ouvir também. Quando disseram que eu teria que procurar a Defensoria para pedir autorização judicial, aquilo me incomodou. Eu pensava: o que a justiça tem a ver com a minha vida? O que a justiça tem a ver com o meu filho? Mesmo assim, eu fui. Consegui a autorização. Eu queria que não fosse assim, queria que meu filho tivesse outra história, mas fui com as minhas próprias pernas. Esperei muito. Esperei até um ponto em que, se ele tivesse qualquer chance real de sobrevivência, ele teria. Eu segurei a gestação até o limite que pude, porque queria que ele estivesse todo formado, queria dar a ele essa possibilidade mínima. Eu usei o tempo que tive. Quando chegou o momento, eu fui. Meu filho nasceu vivo. Ficou 34 minutos no meu braço. Me olhando. Perfeito por fora. Foram os 34 minutos mais intensos da minha vida. Eu beije, eu cheirei, eu segurei com prazer, mesmo sabendo. No outro dia de manhã, na sala do pós parto, eu escrevi uma carta para ele. Pedi para minha amiga professora para ler no funeral, era a minha despedida mas eu sabia que não conseguiria ler. Ela também se emocionou lendo a carta. Todos se emocionaram. Foi lindo e emocionante. Todo mundo chorou.. Depois ele se foi. Eu fiz questão de levá-lo para o interior para ser enterrado perto da minha família. Voltei para casa sabendo que começariam as perguntas. Para a maioria das pessoas foi uma perda “natural”. Eu nunca falei da Defensoria. Nunca falei da autorização judicial, por isso não queria que você colocasse meu nome ou fotografia, mas quero compartilhar minha história. O meu medo sempre foi o julgamento. Depois de tudo, eu me mudei para outra cidade, ainda distante, para evitar comentários e manter o segredo. Planejei essa mudança como forma de proteção. Eu queria que não tivesse sido assim, mas foi o que foi. Eu esperei o tempo que pude. Eu fiz o que consegui fazer. E vivi cada minuto que era possível viver com meu filho. Será que você pode ler a carta que eu escrevi?



entre a clínica e o tribunal

“eu não esperava ter que pedir permissão para cuidar da minha saúde”

As palavras têm poder: criam realidades, cuidam ou desamparam. Quando a ADPF 54 foi apresentada ao STF, ATP não foi uma ousadia linguística para provocar a Corte e menos ainda um eufemismo —foi resultado da escuta atenta às mulheres que viviam uma gravidez de feto incompatível com a vida.³⁰ O relatório médico de inviabilidade fetal surge em um momento em que, socialmente, a mulher é reconhecida como uma futura mãe. Foram mulheres como as desta pesquisa que descreviam o pedido de cuidado como “antecipar o parto”, “antecipar o desfecho”, “parar o sofrimento” quando a ADPF foi proposta. No passado e agora, as mulheres se posicionam à margem da controvérsia moral sobre o aborto e localizam sua experiência em outro marco afetivo e moral —o de serem cuidadas em um momento singular de sofrimento: “Eu uso pouco a palavra aborto quando falo da minha história. Para mim, foi uma antecipação de um sofrimento inevitável. Foi a decisão mais difícil da minha vida —e, dentro da realidade que me foi dada, a mais responsável.” (44 anos).³¹

É nesse contexto que a exigência de autorização judicial emerge como uma violência. Mesmo para quem reconhece o Direito como poder regulador legítimo para a vida coletiva, o deslocamento da clínica para o tribunal produz maus-tratos. Uma das participantes da pesquisa, uma juíza de 44 anos, descreveu essa exigência como uma indevida intromissão em sua intimidade: “Eu precisaria de autorização judicial. Eu, que passo a vida dando decisões, teria que pedir uma decisão de um colega. Me senti invadida. Me senti exposta. Algo tão íntimo, tão doloroso, precisava virar processo.” A violência se expressa no dever de múltiplas interpelações e confissões; no escrutínio da intimidade que algumas delas preferem manter em segredo até mesmo familiar, “o segredo foi pesado, mas foi a melhor decisão para mim” (25 anos); em peregrinações por

30 DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. Ouvir. In: DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. *Esperança feminista*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022. p. 17-36. QUEM são elas? Direção: Debora Diniz. Brasília: ImagensLivres. 2011. 1 vídeo (19 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pM1aCmkTn9g>. Acesso: 17 fev. 2026.

31 E para muitas mulheres isso não significa um julgamento moral reprobatório sobre a descriminalização do aborto, ao contrário. Nas entrevistas, naturalmente, a questão do aborto como uma política de saúde aparecia e as mulheres expressavam o quanto suas próprias convicções pessoais se alteraram após esta experiência.



especialistas e técnicos que traduzem angústias em laudos e pareceres; e na incerteza sobre quem decidirá sobre suas vidas. “E se não autorizarem? O que eu faço? Eu vou ter que esperar ele nascer para viver minutos? Eu vou correr risco? A espera foi um limbo.” (26 anos).

A passagem da clínica ao tribunal carrega uma interpelação moral: aquilo que é necessário para cuidar de si mesma passa a ser interpretado como “errado” para a lei. A judicialização é como um pedido de exceção a uma ameaça de castigo: “até chegar ali foi medo, foi vergonha, foi a sensação de estar fazendo algo errado, como se fosse um crime.” (26 anos). A busca pelo cuidado se aproxima da linguagem da culpa, do erro ou do crime. Foi justamente nesse encontro entre experiências e vivências —o da mulher e sua intimidade; o do Direito e da aridez das controvérsias— que a Defensoria revisou sua própria prática de linguagem. Uma das mulheres relatou inquietação ao ver sua história clínica associada à tipificação penal: “Meu nome apareceu ligado a ‘crimes contra a vida’. Isso dói. É uma marca.” (26 anos). Embora os processos estivessem sob sigilo de justiça, isso não impediu que os efeitos da criminalização do aborto se infiltrassem nos vocabulários e nas gramáticas que nomeiam os processos em circulação no ambiente virtual. A DPE/BA revisou a classificação no processo judicial eletrônico (comprovantes de protocolo, decisões, alvarás e sentenças) de “aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento” para “fato atípico.”³²

O relatório médico que aponta malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência é, em geral, apresentado entre o final do primeiro e início do segundo trimestre de gestação. Raramente uma mulher decide pela ATP sem antes confrontar diagnóstico e prognóstico de inviabilidade fetal —reflexão que, por si só, envolve novos tempos de espera e deslocamentos entre serviços de saúde: “começaram as idas e vindas. Cada exame trazia mais espera. Cada espera aumentava a angústia,” (17 anos). As mulheres operam como revisoras dos veredictos médicos: duvidam, cotejam informações, consultam outros especialistas, buscam informações online e conversam com outras mulheres, “Eu já tinha lido tanto que, enquanto os médicos conversavam entre si, eu sabia o que estavam dizendo.” (35 anos).³³ Somente após a confirmação diagnóstica por múltiplas vozes técnicas —e por sua própria ética privada ou de seu companheiro, caso

32 Para uma análise de como se caracteriza a atipicidade no direito penal, e em particular na ATP, vide: FRANCO, Alberto Silva. Anencefalia: breves considerações médicas, bioéticas, jurídicas e jurídico-penais. *Revista Amagis Jurídica*, n. 1, p. 1-26, ago. 2019. Disponível em: <https://revista.amagis.com.br/index.php/amagis-juridica/article/view/232/199>. Acesso em: 20 fev. 2026.

33 FERNANDES, Iulia Bicu et al. Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 429–438, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yNst4qfp9xzkqvtmbFzDYK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2026.

esteja presente— a mulher passa a buscar a ATP. Com frequência, não encontra equipes médicas dispostas a realizar o procedimento sem autorização judicial em sua rotina de pré-natal. Após uma peregrinação que envolve poderes, burocracias e deslocamentos, a mulher chega à Defensoria para iniciar os trâmites jurídicos necessários. Uma vez obtida a autorização judicial, ela retorna ao sistema de saúde para acessar o cuidado, seja em sua localidade de origem, seja na capital, Salvador.

A rede interinstitucional de cuidado foi estabelecida em 2022. Antes disso, as mulheres chegavam em busca de assessoria jurídica, eram direcionadas à Defensoria Especializada Criminal e, ao invés de encontrarem uma rota de cuidado ágil e acolhedora, enfrentavam novas barreiras no próprio Judiciário. A garantia de independência entre os poderes tem sido a condição de possibilidade do funcionamento da rede. Evidencia-se, contudo, que em 19 casos houve a imposição de diligências adicionais, com solicitações de pareceres complementares a núcleos técnicos, requisição de laudos e documentos novos, além de manifestações contrárias do Ministério Público, um caso de indeferimento e dois casos de declaração de suspeição —sendo que 94% desses casos (18) concentraram-se em um único juízo de uma das duas Varas judiciais especializadas do Júri. Ainda assim, se estabeleceu um compromisso compartilhado com a urgência do processo e com respeito ao laudo médico, assinado por dois médicos independentes, que atesta a inviabilidade fetal.³⁴ O Judiciário passou a operar como uma instância de referendo das verdades médicas, em um contexto marcado por insegurança jurídica quanto à abrangência da ADPF 54 para outros quadros clínicos. O deslocamento da clínica para o tribunal expressa o paradoxo do que está em tensão na rede de cuidado: por um lado, um gesto de proteção aos profissionais médicos e à mulher por meio da decisão judicial que autoriza o procedimento; por outro, revela uma interferência indevida do Judiciário onde a clínica médica deveria ser soberana na definição do cuidado.

Os arquivos não registram o itinerário terapêutico de cada adolescente ou mulher, e menos ainda as barreiras que enfrentam em cada etapa de busca por informações ou solicitação de cuidado antes da chegada à Defensoria. Foram as entrevistas que nos mostraram a longa espera que antecedeu o que pode parecer um sistema ágil e eficiente de

34 Ao menos um laudo assinado por dois examinadores capacitados, conforme o parecer do CREMEB nº 03/14 (embasado na resolução do CFM nº 1989/2012) e manual de protocolos assistenciais da Maternidade Climério de Oliveira. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Parecer CREMEB nº 03/14, de 21 de janeiro de 2014. Interrupção de gestação com autorização legal de feto com más formações incompatíveis com a vida*. Salvador: CREMEB, 2014. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Par-Cremeb-03-2014.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2026; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES; MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Manual de protocolos de obstetrícia (versão 1.0/2018)*. Salvador: EBSERH/MCO-UFBA, 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/392916076/Manual-de-protocolos-de-obstetricia-MCO-pdf>. Acesso em: 18 fev. 2026.

cuidado em poucos dias —é nesse espelho para o tempo anterior à autorização que o histórico de sofrimento, humilhação ou abandono é relatado pelas mulheres: “Antes de chegar à Defensoria, foi uma peregrinação. Posto de saúde na minha cidade, exame pago em em cidade vizinha, ida a Salvador, retorno para buscar laudo, mais consulta, mais espera. Cada deslocamento era cansativo. Cada nova explicação me fazia reviver tudo.” (17 anos). Mais da metade das mulheres e adolescentes esperou até 4 dias entre a petição e a sentença favorável para realizar a ATP, um indício do funcionamento da rede interinstitucional do cuidado. Ignoramos, no entanto, quanto cada mulher esperou até alcançar a Defensoria e da autorização judicial até a realização da ATP.

A celeridade da assistência judiciária não pode encobrir um desgoverno prévio e posterior sobre qual a melhor forma de cuidar dessas adolescentes e mulheres. A plena autonomia para decisão ainda no pré-natal diminuiria o impacto afetivo, moral e físico do relatório médico e da decisão, qualquer que seja ela. A insegurança jurídica não apenas cria barreiras de assistência, exigindo múltiplas explicações e exposições a outras instituições e espaços decisórios, como abre espaço para abusos de poder que os poderes judiciários não têm como controlar, como por exemplo os casos de adolescentes e mulheres que sofreram violência obstétrica nos serviços de saúde, “Achei que seria mais acolhida. Ainda assim, enfrentei desrespeito. Questionamentos, comentários, tentativas de me sedar quando eu queria estar acordada para ver meu filho” (26 anos), ou deixadas em intenso sofrimento como forma de punição pela ATP, “A decisão judicial saiu rápido, mas até ela chegar ao hospital houve demora. Eu já estava internada havia cerca de dez dias. A indução durou 24 horas. Eu gritava de dor. A médica me disse que a cesárea estava ocupada ‘com uma mãe que queria o filho’. Aquilo me marcou profundamente. Meu filho estava pronto em casa, com enxoval comprado. Eu o queria. O parto foi traumático. Senti uma violência que não sei descrever.” (38 anos).

A medicina detém o saber e o poder de diagnosticar e de indicar condutas terapêuticas. O vivido pelas 138 adolescentes e mulheres são condições clinicamente estabelecidas, nas quais não há incerteza quanto ao prognóstico, aos riscos ou às recomendações baseadas nas melhores evidências médicas. Ainda assim, quando o relatório médico é de malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência —em situações que não envolvem anencefalia— a mulher vivencia uma experiência de desamparo: sua dignidade e saúde passam a depender da autorização do sistema de justiça para que o pedido de cuidado médico não seja equivocadamente enquadrado como crime. O poder médico, tensionado pela criminalização do aborto, transfere a decisão ao Poder Judiciário. Este, por sua vez, depende das informações médicas para avaliar a razoabilidade

do pedido. Na maior parte das vezes, o circuito judicial é de vigilância, uma espécie de auditoria do cuidado médico realizado por quem tem o poder de permitir ou proibir, cuidar ou deixar sofrer, movimentando decisões breves e de formatação idêntica a cada mulher que espera pela decisão. Se o que encontramos nesta rede interinstitucional de cuidado é um mecanismo ágil de resposta, ainda assim, houve mulheres que foram forçadas a uma espera maltratante e compulsória.³⁵

Se para cada mulher sua história é única, para os saberes judiciais o cerne do processo é o relatório médico pela repetição de quadros clínicos que simulam o marcador da anencefalia: 30 (22%) Síndrome de Edwards; 21 (15%) holoprosencefalia; 18 (13%) rins multicísticos ou displásicos; 13 (9%) agenesia ou displasia renal bilateral; 12 (9%) ausência ou hipoplasia grave de vermis cerebeloso; 11 (8%) Síndrome de Patau; 10 (7%) síndrome da banda amniótica; 8 (6%) gemelaridade imperfeita não operável; e outros com frequência igual ou inferior a 5% (n= 43).³⁶ A leitura dos processos parece evidenciar um escrutínio sobre o relatório médico e quase nada é apresentado sobre o vivido por cada adolescente ou mulher —foi só nas entrevistas que ampliamos a imaginação sobre o sofrimento de cada uma delas: desde a adolescente ainda na escola e intimidada pelo julgamento dos outros; até a mulher adulta à espera do primeiro filho em um tempo em que a medicina a informa como próximo da infertilidade. Nossa análise sobre a escrita do dossiê judicial para autorizar a ATP —a brevidade, a repetição, o modelo de linguagem— não implica qualquer julgamento de valor, pois é assim que opera o que não deveria sequer ser consultado para autorizar: como uma rotina de decisões padronizadas sobre o que deveria se mover sem judicialização. A pergunta que resta é se essa solução é a mais apropriada para cuidar de adolescentes e mulheres em uma situação clínica irreversível e de intenso sofrimento.

35 Para uma análise da espera compulsória e do dever de subordinação do poder médico à autoridade judiciária como uma violação de direitos fundamentais da adolescente e da mulher, vide FRANCO, Alberto Silva. Anencefalia: breves considerações médicas, bioéticas, jurídicas e jurídico-penais. *Revista Amagis Jurídica*, n. 1, p. 1-26, ago. 2019. Disponível em: <https://revista.amagis.com.br/index.php/amagis-juridica/article/view/232/199>. Acesso em: 20 fev. 2026. “Em se tratando de caso flagrante de atipicidade, não há sentido algum em exigir-se autorização judicial para a realização pelo médico dos atos interruptivos da gravidez ou do adiantamento do parto; cuida-se, na hipótese, do reconhecimento de existência de mera relação médico/paciente, ou seja, de um lado, a indicação médico-terapêutica e, de outro, o consentimento informado, consciente, livre e responsável da mãe gestante” (p. 25).

36 Os relatórios médicos continham diagnósticos fetais citados na literatura médica internacional como inviáveis. Muitas vezes havia vários diagnósticos compondo o quadro de inviabilidade. Não incluímos adramnia e hipoplasia pulmonar que junto com outros diagnósticos citados fazem parte de quadros de inviabilidade.

proteção de mim mesma

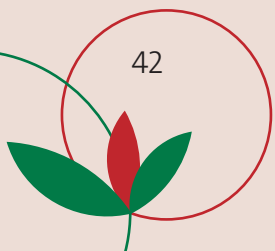


Eu tenho 42 anos, sou mãe solo de dois filhos —um adolescente de 18 anos e um menino de 7 anos com autismo. Não trabalho com carteira assinada, vivo me virando como posso. Eu já não queria mais ter filhos. Achava que minha vida já estava organizada do jeito que dava. Mas conheci uma pessoa que insistiu muito na ideia de termos um filho juntos. Ele dizia que queria ser pai de verdade. Depois de alguns meses, engravidei. No começo foi alegria. Fiz planos. Pensei que, apesar de tudo, talvez fosse possível. Pouco tempo depois, ele mudou. Se afastou. Quando percebi, eu já estava sozinha de novo. Disse a ele que, se fosse preciso, eu criaria mais um filho sozinha, como já fazia com os outros dois. Eu acreditava que daria conta. No ultrassom, apareceu a primeira suspeita: um problema grave na cabeça do bebê. Falaram em holoprosencefalia. Eu nunca tinha ouvido essa palavra. Fui pesquisar e entrei em desespero. Li que era uma condição muito séria, que podia não viver. Passei dias esperando novos exames, tentando confirmar, torcendo para que fosse um engano. Fiz outra ultrassom. Depois consegui a morfológica com um especialista. Eu já tinha lido tanto que, enquanto os médicos conversavam entre si, eu sabia o que estavam dizendo. Interrompi e pedi que parassem. Eu já tinha entendido. Ele me explicou que era grave, que não havia chance real de vida, que se nascesse poderia viver poucas horas ou dias. Eu estava com cinco meses. Senti que meu psicológico não ia aguentar esperar mais. Não esperava viver algo assim. Eu já estava sofrendo só de saber. Na hora, eu disse: eu quero interromper. Foi uma decisão rápida, mas não foi impensada. Foi proteção de mim mesma. Fiz os exames sozinha. Fui às consultas sozinha. Fiz amniocentese sozinha. Minha mãe ficou com meus filhos quando precisei internar. contei para minha mãe e minhas irmãs. Elas disseram que eu estava certa, que seria uma luta pesada demais para mim. Ninguém me julgou. Ninguém me condenou. No hospital, fui pela emergência porque não queria esperar mais. Estava com pressa. Pressa de acabar com aquela espera que só aumentava meu sofrimento. Fui internada na segunda-feira e recebi alta na quarta. Usei comprimidos para induzir. Não quis ver o corpo. Não pedi para ver. Eu só queria que terminasse. Voltei para casa e segui cuidando dos meus filhos. Eu fui e voltei sozinha. Isso, para mim, é natural. Minha vida sempre foi assim. Sozinha, resolvendo, segurando. Não tive vergonha da minha decisão. Tive tristeza. Tive luto. Mas também tive certeza. Foi a escolha certa para mim. Eu não queria prolongar um sofrimento que não tinha saída. Hoje eu consigo falar porque estou com a mente tranquila. Eu não esperava passar por isso, mas passei. E fiz o que achei que precisava fazer para continuar vivendo e cuidando dos meus filhos.

Josildes Júlia de Souza Silva



Josildes Silva em sua casa em Salvador.
Foto: Esperança Dias, 2026.

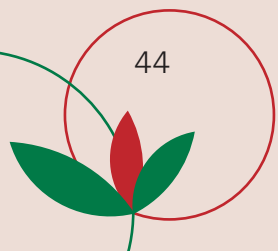


carregando uma despedida



Eu tenho 26 anos, moro em outro estado, e na época eu era estudante de Odontologia. Era a minha primeira gestação. Eu não esperava engravidar naquele momento, mas quando descobri, mesmo tendo sido já com 16 semanas, foi uma alegria. Eu tinha problemas nos ovários e continuava menstruando, então demorei a perceber. Quando soube, parecia que estava tudo bem. O primeiro ultrassom não mostrou nada de errado. Mas, pouco tempo depois, na morfológica, apareceu a palavra que mudou tudo: ventriculomegalia severa. Eu nunca tinha ouvido aquilo. Foi um susto absurdo. Num momento estava tudo certo, no outro não estava mais. Começaram as idas e vindas de exames, consultas, opiniões diferentes. Viajamos do estado onde vivo para Salvador atrás de especialistas. Fizemos exames mais detalhados, amniocentese. Cada resultado vinha com mais espera, mais angústia. A cabeça dele só aumentava. As possibilidades de solução diminuíram. O médico de Salvador explicou as opções. Falou de uma cirurgia experimental em São Paulo, sem garantia nenhuma, e falou também da possibilidade de interromper. Eu pensei muito. Minha família é católica. Minha mãe, minha madrinha, meu namorado —todos sofreram junto comigo. Eu não esperava ter que decidir algo assim. Não esperava ter que pensar na morte do meu filho antes mesmo de ele nascer. Enquanto decidíamos, o tempo corria. Cada semana era um peso. Eu já estava com quase 30 semanas quando a decisão judicial saiu. Antes disso, foram noites sem dormir pensando: e se não autorizarem? O que eu faço? Eu vou ter que esperar ele nascer para viver minutos? Eu vou correr risco? A espera foi um limbo. Uma barriga grande, pessoas sorrindo para grávidas na rua, e eu carregando uma despedida. Consegui a autorização relativamente rápido, com apoio da Defensoria. Mas até chegar ali foi medo, foi vergonha, foi a sensação de estar fazendo algo errado, como se fosse crime. Meu nome apareceu ligado a “crimes contra a vida”. Isso dói. É uma marca. Fui primeiro para a maternidade em Salvador. Era hospital-escola. Eu estava vivendo o pior momento da minha vida e, ao meu redor, risadas, alunos observando, improvisos no equipamento. Eu me senti pequena, exposta, maltratada. Não era só a dor de perder meu filho. Era a forma como tudo estava sendo feito. Depois voltei para casa para ter minha família perto. Achei que seria mais acolhida. Ainda assim, enfrentei desrespeito. Questionamentos, comentários, tentativas de me sedar quando eu queria estar acordada para ver meu filho. Eu quis ver. Eu precisava ver. Ele teve nome. Nós o seguramos. Tiramos fotos. Foi um momento de luto, mas também de amor. O que mais me marcou não foi apenas a perda. Foi a solidão. Foi a sensação de abandono. Médicos que sabiam do prognóstico, mas não falavam claramente. Pessoas que se afastavam porque não sabiam o que dizer. A espera entre saber e poder agir é cruel. Você conversa com seu filho na barriga sabendo que vai se despedir. Eu não esperava viver nada disso. Não esperava precisar da Justiça para cuidar da minha saúde. Não esperava sofrer violência num momento que já era devastador. Eu acredito que fiz a melhor escolha para mim e para ele. Mas poderia ter sido menos doloroso se o cuidado tivesse sido mais humano. Hoje eu consigo falar. Ainda dói. Ainda é luto. Mas eu falo porque quero que outras mulheres não passem por tantas camadas de sofrimento além da perda.

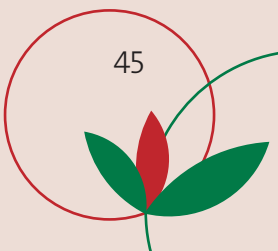
Jamylle Silva



enxoval comprado



Eu tenho 38 anos, sou corretora de imóveis, trabalho por conta própria. Quando engrvidei, foi a realização de um sonho. Eu sempre quis ser mãe. Estava em um relacionamento havia oito meses quando descobri a gravidez —e, quatro dias depois, descobri também uma traição. Peguei os dois juntos. No mesmo dia comecei a passar mal, sangrei, fui internada. Eram gêmeos. Um dos bebês eu perdi ainda no início. Segui a gestação do outro sozinha, em conflito constante com o pai, sem apoio financeiro, emocional ou prático. Eu chorava todos os dias. Passei semanas sem dormir. Fui encaminhada a atendimento psiquiátrico e precisei tomar medicação para conseguir descansar. Na primeira ultrassonografia morfológica estava tudo bem. Na segunda, já no quinto mês —porque o exame é caro e demorei a conseguir— veio o choque: hidrocefalia. Fiz outras morfológicas, buscando confirmar, como se ainda houvesse dúvida. Depois fiz um exame invasivo para investigar a causa genética. Não era genética. O médico perguntou se eu tinha passado por muito estresse. Eu tinha. Mesmo assim, segui com esperança. Disseram que talvez houvesse cirurgia após o nascimento. Eu me agarrei a essa possibilidade. Pouco depois, veio o diagnóstico definitivo: anencefalia associada. Meu filho não teria chance de sobreviver. Mesmo assim, continuei. Era dezembro, período de recesso. Eu precisava do laudo para ir à Defensoria. Esperei. No dia 31 de dezembro, de madrugada, minha bolsa estourou. Fui para o hospital. Estava com 28 semanas. Perdia muito líquido, mas não entrava em trabalho de parto. Fiquei internada. Diziam que só poderiam intervir se eu entrasse em trabalho de parto espontâneo. Minha vida estava em risco por infecção, mas ainda assim eu ouvia: “Aqui somos a favor da vida”. Eu perguntava: que vida? Foram dias de espera. Só consegui falar com o médico da medicina fetal depois de quase uma semana, por causa do recesso. Ele enviou o laudo e acionou a Defensoria. A decisão judicial saiu rápido, mas até que fosse cumprida houve demora. Eu já estava internada havia cerca de dez dias. A indução durou 24 horas. Eu gritava de dor. A médica me disse que a cesárea estava ocupada “com uma mãe que queria o filho”. Aquilo me marcou profundamente. Meu filho estava pronto em casa, com enxoval comprado. Eu o queria. O parto foi traumático. O corpo saiu, a cabeça ficou presa. Fiquei mais de meia hora naquela situação, sendo manipulada por enfermeiras desesperadas, até a médica aparecer. Senti uma violência que não sei descrever. Depois, segurei meu filho. Tirei uma foto. Ele parecia comigo. Tinha cerca de 70% do cérebro comprometido. Eu sabia que ele não sobreviveria. Enterramos meu filho no dia 11 de janeiro. Tenho a certidão de nascimento e óbito. Eu não esperava viver nada disso. Foi a experiência mais dolorosa da minha vida —mais do que qualquer coisa que já tivesse passado. Senti vergonha, julgamento, abandono. Também senti luto, um luto que ainda me atravessa. Estou em acompanhamento psicológico. Meu trabalho sofreu; perdi motivação, concentração. Ainda dói. Mas eu sei que não “escolhi” a morte do meu filho. Eu entrei em trabalho de parto. Eu apenas não deixei que minha própria vida corresse risco em uma gestação que não teria desfecho diferente. Foi a decisão mais difícil que já enfrentei —e não foi uma decisão solitária, foi uma travessia de idas e vindas, exames, negativas, recesso judicial, hospitalização e espera.



conclusão

*“a espera pelo exame, a espera pela confirmação,
a espera pela decisão, a espera pelo hospital”*

Até onde se tem registros, o primeiro alvará judicial autorizando uma antecipação de parto por anencefalia foi proferido em 1989, em Rondônia.³⁷ As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela popularização das tecnologias por imagem em que o acesso ao diagnóstico precoce de malformações fetais graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência trouxe também reflexões éticas e médicas sobre como melhor cuidar das mulheres. Para muitas mulheres, ser informada sobre a inviabilidade fetal e ser forçada a esperar o parto não parecia ser uma opção razoável —foram elas que se moveram da sala escura da ultrassonografia para os tribunais em busca de autorização judicial para antecipar o parto.

Não se sabe a magnitude deste fenômeno no Brasil ou quantas mulheres, mesmo após enfrentar a peregrinação por hospitais e tribunais, tiveram o acesso ao cuidado negado. A história dessas mulheres foi contada em artigos e livros, em filmes documentários e pelas notícias das últimas décadas.³⁸ Tatielle Gomes foi uma delas —aos 19 anos, grávida de um feto inviável, estava internada para antecipar o parto quando um *habeas corpus*, impetrado por uma pessoa anônima e distante de sua vida, interrompeu o procedimento. Tatielle, já em processo de dilatação, foi enviada para casa onde esperou dias entre o medo de morrer e o desamparo da assistência. Sua história foi documentada em filme e reclamada nos tribunais por uma reparação ao maltrato vivido.³⁹ Tomou oito anos em tramitação até que alcançou o Superior Tribunal de Justiça em decisão favorável liderada pela relatora Ministra Nancy Andrighi que atestou “o intenso sofrimento

37 DINIZ, Debora. A arquitetura de uma ação em três atos: anencefalia do STF. *Direito.UnB*: Revista de Direito da Universidade de Brasília, Brasília, v. 1, n. 2, p. 161–183, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/24593>. Acesso em: 19 fev. 2026.

38 MULHER luta na Justiça para interromper gestação de feto sem chances de sobreviver fora do útero. G1, São Paulo, 12 dez. 2022. G1 Sorocaba e Jundiaí. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2022/12/12/mulher-luta-na-justica-para-interromper-gestacao-de-feto-sem-chances-de-sobreviver-fora-do-utero.ghtml>. Acesso em: 17 fev 2026; FERNANDES, Iulia Bicu; SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; XAVIER, Rozânia Bicego. Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e170757, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DMXvmZfLfhQJgtDs4qmm6tP/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2026.

39 HABEAS corpus. Direção: Debora Diniz e Ramon Navarro. Brasília: ImagensLivres, 2005. 1 vídeo (19 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yJXqkxCpAtM>. Acesso em: 19 fev. 2026.

vivido pela mãe, após o diagnóstico de uma síndrome que incompatibiliza a vida do feto com o ambiente extrauterino, é de tal quilate, que faz preponderar o particular direito dela à própria intimidade, liberdade e autodeterminação na condução de sua vida privada. [...] E isso se diz porque, é máxima do direito: [...] Onde existe a mesma razão, deve haver a mesma regra de Direito.” Tristemente, nem a longa duração da judicialização ou a presença dos rostos e nomes das mulheres foi capaz de transformar um estado de coisas injusto.

Esta pesquisa é um retrato da persistência da judicialização para acesso à ATP, mesmo após a decisão do STF na ADPF 54. Por uma interpretação que qualificamos como restritiva e reducionista da decisão do STF, outros quadros de malformação fetal graves, incuráveis e incompatíveis com a sobrevivência análogos à anencefalia permanecem sendo objeto de judicialização. Anencefalia foi um marcador clínico dos bens jurídicos a serem protegidos na ADPF 54: a dignidade, a saúde, a autonomia, o direito a uma vida livre de violência, maus-tratos ou experiências comparáveis à tortura para as adolescentes e mulheres.⁴⁰ A questão jurídica não foi a clínica da anencefalia, mas a inviabilidade da sobrevivência atestada por relatório médico. Todos esses elementos clínicos e princípios fundamentais estão presentes em outras situações diagnósticas de gravidez com graves malformações fetais incompatíveis com a sobrevivência, assistidas pelo Núcleo Especializado de Defesa das Mulheres (NUDEM), da DPE/BA, no circuito interinstitucional do cuidado.

Mesmo diante de uma eficiente arquitetura interinstitucional de cuidado como a liderada pelo NUDEM/DPE/BA, as adolescentes e mulheres enfrentam barreiras ao cuidado, sentem-se expostas e intimidadas pelo dever da judicialização e são submetidas à violência obstétrica. A jurisprudência internacional de direitos humanos tem reconhecido que a negação de acesso à interrupção da gravidez em casos de inviabilidade fetal —tanto pela proibição ampla do aborto, quanto por barreiras práticas como desinformação, judicialização ou deslocamento forçado— configura violação de direitos fundamentais. No caso *K.L. v. Peru* (2005), envolvendo anencefalia, o Comitê de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) entendeu que obrigar uma adolescente a levar a termo uma gestação

40 BARROSO, Luís Roberto. Gestação de fetos anencefálicos e pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na constituição. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 241, p. 93–120, jul./set. 2005. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/view/43329/44670>. Acesso em: 18 fev. 2026; RONDON, Gabriela. O gênero da dignidade: humanismo secular e proibição de tortura para a questão do aborto na ADPF 54. *Revista Direito e Práxis*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 1137–1165, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/jFmJNZx8vNWpvrNfCVTPtLdR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2026.

inviável, apesar de recomendação médica divergente, constituiu tratamento cruel, desumano e degradante, além de violação à vida privada.⁴¹

Nos casos *Mellet v. Irlanda* (2016)⁴² e *Whelan v. Irlanda* (2017),⁴³ o Comitê analisou malformações fetais fatais distintas da anencefalia, consolidando uma compreensão mais ampla de inviabilidade fetal, e concluiu que a proibição do aborto nesses contextos submeteu as mulheres a um conjunto de sofrimentos evitáveis. Em particular, destacou-se a obrigatoriedade de se deslocarem para outros países, às suas próprias custas e sem apoio do sistema de saúde local, somada à ausência de informação adequada, à descontinuidade do cuidado e à estigmatização. Esse conjunto de fatores também foi reconhecido como tratamento cruel, desumano e degradante, além de violação aos direitos à vida privada e à igualdade.

No âmbito da Corte Interamericana de Direitos Humanos, o caso *Beatriz v. El Salvador* (2024) representou um marco ao reconhecer que a demora e a negativa de acesso à interrupção da gravidez em contexto de inviabilidade fetal e risco à saúde, agravadas pela ausência de protocolos e pela necessidade de judicialização, configuraram violência obstétrica e violaram os direitos à saúde, à integridade pessoal e à vida privada de Beatriz. A Corte destacou que a insegurança jurídica e a submissão das decisões clínicas a autorizações administrativas e judiciais produziram atrasos incompatíveis com o dever de cuidado, impondo sofrimento e tratamento desumanizado em um contexto de extrema vulnerabilidade.

Em conjunto, esses casos indicam que a conformidade com os parâmetros internacionais de direitos humanos exige a superação da judicialização como condição de acesso ao cuidado e o reconhecimento da inviabilidade fetal —para além da anencefalia— como critério jurídico e clínico relevante. Ao mesmo tempo, evidenciam que a persistência de interpretações restritivas, centradas em categorias diagnósticas específicas, constitui fator de produção de barreiras ao cuidado, exigindo a organização de fluxos assistenciais efetivos e tempestivos. Se, por um lado, a solução é simples, pois basta o Conselho Nacional de Justiça unificar a interpretação pelos fundamentos constitucionais que levaram à decisão na ADPF 54 de que “anencefalia é um fato atípico” pela inviabilidade fetal, por outro, enquanto não

41 HUMAN RIGHTS COMMITTEE. K.L (represented by the organizations DEMUS, CLADEM and Center for Reproductive Law and Policy) v. Peru. 24 de outubro de 2005. Disponível em: <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/KL%20HRC%20final%20decision.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2026.

42 HUMAN RIGHTS COMMITTEE. Amanda Jane Mellet v. Ireland. 31 de março de 2016. Disponível em: <https://juris.ohchr.org/casedetails/2152/en-US>. Acesso em: 20 fev. 2026.

43 HUMAN RIGHTS COMMITTEE. Siobhán Whelan v. Ireland. 17 de março de 2017. Disponível em: <https://juris.ohchr.org/casedetails/2376/en-US>. Acesso em: 20 fev. 2026.

se harmoniza a interpretação razoável, adolescentes e mulheres têm suas vidas atravessadas pelo desamparo da fratura entre a melhor medicina para cuidar e a insegurança jurídica sobre o que pode ou não ser feito.

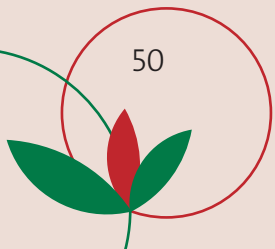
O tempo da clínica é o tempo do cuidado: mede-se em semanas de gestação, em riscos maternos, em prognósticos de gravidade extrema e inviabilidade fetal, em sofrimento que não pode ser adiado. O tempo do tribunal é outro: conta-se em prazos, despachos, vistas, decisões. Enquanto os saberes clínicos respondem à urgência do corpo e do sofrimento, os saberes judiciais exigem espera, formalidade, linguagem técnica. Nesse intervalo entre um tempo e outro, a mulher permanece em tempo suspenso — não apenas entre decisões, mas entre regimes de sentido. O que para a clínica é cuidado, para o tribunal precisa tornar-se caso.

A arquitetura interinstitucional do cuidado opera no paradoxo deixado pela insegurança jurídica —no dobramento entre a medicina e o direito, o laudo médico é soberano, porém os poderes judiciais determinam o veredito. É como a imagem kafkiana do guardião à porta da Lei em que o homem do campo sentia que não podia entrar no tribunal: as adolescentes e mulheres descrevem a judicialização como uma interferência indevida em sua intimidade, qualificando-a como uma violência em um estado já de desamparo existencial. É certo que as adolescentes e as mulheres encontram no NUDEM um alento; as respostas são rápidas e resultam em autorizações que, ao final, reconhecem o direito ao cuidado. Ainda assim, o fato de que precisem bater à porta da Lei para obter aquilo que já lhes é assegurado pela Constituição revela a permanência do guardião.⁴⁴ Enquanto o acesso à antecipação terapêutica do parto depender da travessia pelo tribunal, a decisão da ADPF 54 permanecerá incompleta.

44 A compreensão do cuidado como direito humano implica em reconhecê-lo como responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, exigindo a provisão de políticas e infraestruturas que garantam acesso equitativo a serviços essenciais. Nesse sentido, a necessidade de recorrer ao Judiciário para viabilizar a antecipação terapêutica do parto evidencia uma falha na garantia institucional do cuidado, cuja ausência compromete a efetivação de direitos e aprofunda desigualdades. Vide: SANTOS, Sthefany Felipp dos (org.). PIOVESAN, Flávia et al. (coord.). *Proteção jurídica dos cuidados*. 1. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2025.



Eu tenho 29 anos, moro no interior da Bahia, a mais de 500 quilômetros de Salvador. Sou dona de casa e já sou mãe de um menino de 10 anos. Essa gravidez foi planejada. Eu e meu companheiro conversamos muito antes de decidir tentar. Era um sonho dele ser pai pela primeira vez e eu não esperava que algo pudesse dar errado. Descobri cedo, no primeiro mês. Estava feliz, organizando a casa, imaginando o futuro. No segundo mês tive um sangramento e fui ao hospital. Disseram que era infecção urinária, mas pediram uma ultrassom. Como o plano demorava a liberar, marquei particular. Foi ali que começou a nossa peregrinação. Na primeira ultrassonografia falaram em hidrocefalia. Saí atordoada, mas ainda havia esperança. Fomos encaminhados para uma especialista em medicina fetal em outro município. Mais uma viagem, mais espera. Quando ela confirmou que não era hidrocefalia, mas uma malformação cerebral gravíssima, incompatível com a vida, o chão abriu. Ela explicou que não havia chance de sobrevivência fora do útero. Eu não esperava ouvir aquilo. Ninguém espera. Fomos encaminhados para Salvador, 12 horas de ônibus, passando por várias cidades. Cansados, silenciosos, tentando entender. Lá, na clínica especializada, repetiram exames, confirmaram o diagnóstico e explicaram que eu poderia optar pela antecipação do parto. Eu nunca imaginei que teria que tomar uma decisão assim. Não era “não querer um filho”. Era saber que ele não viveria. Voltamos para casa e começou outra etapa de espera: a autorização judicial. Enquanto isso, eu seguia grávida. As pessoas perguntavam do bebê. Eu sorria por fora e desmoronava por dentro. Foi um período de vergonha e solidão, mesmo com meu companheiro ao meu lado. Ele esteve comigo o tempo todo, mas a dor era no meu corpo. Era eu que sentia os movimentos sabendo que aquele corpo não teria vida. Quando saiu a decisão, fomos orientados a internar para agilizar a vaga. Fiquei dias internada sem necessidade clínica, apenas aguardando. Depois, iniciamos viagem para Salvador novamente e, no meio do caminho, avisaram que havia vaga em Vitória da Conquista. Voltamos. Mais uma ida e vinda. Eu já estava emocionalmente esgotada. No hospital, esperei o dia inteiro. Vi outras mulheres sendo atendidas, recebendo medicação. Eu era pulada. Só mais tarde descobrimos que parte da equipe se recusava a realizar o procedimento por objeção de consciência. Fiquei horas esperando, sem explicação. Aquilo doeu tanto quanto o diagnóstico. Eu já estava vivendo o luto e ainda precisava justificar meu sofrimento. Quando finalmente aplicaram o medicamento, começou outra espera. Dor, contrações, silêncio. A expulsão aconteceu somente na tarde do outro dia. Eu não sabia se queria ver. Tinha medo da imagem da malformação. Mas na hora pedi para ver. Era uma menina. Segurei suas mãos pequenas. Foi devastador e, ao mesmo tempo, um momento de despedida necessário. Registramos, fizemos o que era preciso. Voltamos para casa diferentes. O luto continua. Às vezes lembro mais da espera do que do parto. A espera pelo exame, a espera pela confirmação, a espera pela decisão, a espera no hospital. A sensação constante de peregrinação. De estar perdendo algo que era cuidado, mas parecia favor. Aceitei contar minha história porque não quero que outras mulheres passem por essa solidão. Eu não esperava viver nada disso. Planejei uma vida e precisei aprender a me despedir.



recomendações

As recomendações a seguir fundamentam-se nas conclusões do relatório e na jurisprudência internacional de direitos humanos, em especial nas decisões do Comitê de Direitos Humanos da ONU nos casos *K.L. v. Peru* (2005), *Mellet v. Irlanda* (2016) e *Whelan v. Irlanda* (2017), bem como da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso *Beatriz v. El Salvador* (2024), as quais reconhecem que a imposição de barreiras ao acesso à interrupção da gravidez em casos de inviabilidade fetal —incluindo a judicialização e os deslocamentos de seus territórios— pode configurar violação de direitos fundamentais. Nesse sentido, as recomendações propostas visam orientar a atuação institucional no Brasil em conformidade com esses parâmetros.

a. Poder Judiciário

i. Ao Conselho Nacional de Justiça

- Editar resolução que vede às autoridades competentes, sejam sanitárias, administrativas ou judiciárias, a recusa à realização ou à autorização de ATP em caso de inviabilidade fetal, nos termos da ADPF 54;
- Por meio da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM) e em articulação com as escolas estaduais e federais da magistratura, incluir nos cursos de formação e vitaliciamento módulos específicos sobre direitos reprodutivos e padronização de precedentes em matéria de saúde reprodutiva, particularmente quanto à ADPF 54 e a desnecessidade de judicialização em caso de inviabilidade fetal;
- Promover o monitoramento ativo de processos judiciais com solicitação de autorização de ATP, por meio do Centro de Inteligência do Poder Judiciário (CIPJ), para verificação da magnitude da judicialização e do cumprimento do precedente da ADPF 54;
- Atuar diligentemente nos casos de denúncias de membros do poder judiciário que neguem autorização de realização de ATP nos casos de inviabilidade fetal;
- Incorporar na agenda nacional de políticas de cuidado para o Judiciário à assistência e o acesso à ATP.



ii. Aos tribunais de justiça e tribunais regionais federais

- Orientar, por meio de ato da Presidência ou da Corregedoria, todas as varas com competência criminal, cível, da infância e juventude e fazenda pública sobre a desnecessidade de autorização judicial prévia para a ATP em casos de inviabilidade fetal, nos termos da ADPF 54;
- Promover, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a disseminação da orientação junto aos hospitais e profissionais de saúde, para que o acolhimento e o procedimento de ATP sejam realizados administrativamente, sem necessidade de ingresso em juízo;
- Monitorar, por meio dos respectivos Centros de Inteligência, os processos judiciais com solicitação de autorização de ATP, para verificação da magnitude da judicialização e do cumprimento do precedente da ADPF 54.

iii. Ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP)

- Editar resolução aos ramos do Ministério Público para orientar a atuação dos promotores de justiça em processos judiciais em que haja pedido de autorização para ATP, reconhecendo a desnecessidade de autorização judicial e os direitos das mulheres ao procedimento;
- Por meio da Escola Superior do Ministério Público da União (ESMPU) e em articulação com as Escolas dos Ministérios Públicos estaduais, incluir nos cursos de formação inicial e continuada de membros módulos específicos sobre direitos reprodutivos e padronização de precedentes em matéria de saúde reprodutiva, particularmente quanto à ADPF 54 e a desnecessidade de judicialização em caso de outras inviabilidades da gestação;
- Atuar diligentemente nos casos de denúncias de membros do Ministério Público que apresentem manifestações contrárias à autorização de realização de ATP nos casos de inviabilidade fetal.

iv. Aos Ministérios Públicos estaduais e ao Ministério Público Federal

- Expedir recomendações administrativas a Secretarias de Saúde, para que orientem hospitais e maternidades sobre a desnecessidade de judicialização das demandas de ATP;

- Instituir, por meio das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, procedimento administrativo permanente para monitorar a oferta do serviço de aborto legal e realização de ATPs nos estados, com realização de vistorias nos serviços e apuração de denúncias de recusas indevidas ou demoras injustificadas de realização dos procedimentos, instaurando inquérito civil quando necessário;
- Considerar a recusa injustificada de hospitais em realizar o procedimento ou medidas protelatórias e/ou estigmatizantes como violência institucional contra as mulheres, para adoção das medidas cabíveis;
- Por meio dos promotores com atribuição para defesa da saúde, avaliar a propositura de ações civis públicas contra estados e municípios que não estejam oferecendo o procedimento nos serviços de saúde da rede SUS, obrigando-os a estruturar a rede de atendimento; e/ou contra hospitais filantrópicos ou privados conveniados ao SUS que se recusem a realizar o procedimento, com pedido de cumprimento da obrigação de fazer e, se for o caso, reparação por danos morais coletivos.

v. Às Defensorias Públicas estaduais e à Defensoria Pública da União

- Oficializar e fortalecer Núcleos Especializados de Defesa da Mulher (NUDEMs) em todos as DPEs do país, com equipe multidisciplinar capacitada para acolher demandas diversas de saúde reprodutiva, inclusive casos de gestações inviáveis com demandas de ATP e outras situações de barreiras de acesso ao aborto legal;
- Por meio das Escolas das Defensorias Públicas, incluir nos cursos de formação inicial e continuada de defensores módulos específicos sobre direitos reprodutivos e padronização de precedentes em matéria de saúde reprodutiva, particularmente quanto à ADPF 54 e a desnecessidade de judicialização em caso de outras inviabilidades fetais;
- Expedir recomendações administrativas a hospitais públicos, filantrópicos e privados conveniados ao SUS, bem como às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, orientando sobre a desnecessidade de autorização judicial prévia para ATP em caso de inviabilidade fetal, o dever de acolhimento humanizado e não discriminatório e a obrigação de realizar o procedimento mediante apresentação de quadro clínico inequívoco;

- Enquanto persistir a judicialização desses casos, apesar de indevida, instituir arquitetura interinstitucional de cuidado e atendimento prioritário às demandas de acesso à ATP, com etapas ágeis de triagem, análise da documentação pertinente, orientação sobre produção de laudos suplementares, se necessário, e ajuizamento das demandas, à exemplo do NUDEM/DPE/BA, acompanhada de diálogo com Secretarias de Saúde, Ministério Público, tribunais de justiça e hospitais de referência, para garantir o cumprimento das decisões e alinhamento de fluxos;
- Apresentar recursos sistemáticos a decisões denegatórias com vistas a garantir o direito das mulheres no caso concreto, a construir jurisprudência favorável nos tribunais e oportunizar levar a matéria aos tribunais superiores, se necessário;
- Criar observatórios estaduais para monitorar os casos de judicialização de ATP, nos moldes do observatório do NUDEM/DPE/BA;
- Avaliar a propositura de ações civis públicas contra estados e municípios que não estejam oferecendo o procedimento nos serviços de saúde da rede SUS, obrigando-os a estruturar a rede de atendimento; e/ou contra hospitais filantrópicos ou privados conveniados ao SUS que se recusem a realizar o procedimento, com pedido de cumprimento da obrigação de fazer e, se for o caso, reparação por danos morais coletivos.

a. Poder executivo

i. Ao Ministério da Saúde

- Referendar a aplicação de todas as recomendações, protocolos e guias clínicos vigentes para ATP em caso de anencefalia às demais situações de inviabilidade fetal;
- Promover programas de capacitação e atualização para profissionais de saúde da atenção primária e especializada sobre aspectos legais da interrupção gestacional, incluindo a desnecessidade de autorização judicial para ATP, estratégias de acolhimento humanizado e não discriminatório e manejo clínico dos casos;
- Em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), orientar hospitais federais para realização da ATP sem recorrer à judicialização;

- Orientar e apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implementação local das diretrizes, capacitação e orientação de hospitais estaduais e municipais para realização da ATP sem recorrer à judicialização;
- Assegurar a continuidade do cuidado no SUS, incluindo atendimento pré, intra e pós-procedimento, com acesso a acompanhamento psicológico e cuidado em luto, caso a mulher deseje;
- Estabelecer diretrizes para que profissionais de saúde forneçam informações completas, precisas e tempestivas, vedando omissões de informação ou encaminhamentos incompletos.

ii. Às secretarias estaduais e municipais de saúde

- Garantir a implementação imediata das diretrizes de acolhimento integral aos casos de ATP, sem recorrer à judicialização, em toda a rede estadual e municipal de saúde;
- Atuar em conjunto para garantir a capacitação dos profissionais da atenção primária e especializada dos estados e municípios sobre aspectos legais da interrupção gestacional, incluindo a desnecessidade de autorização judicial para ATP, estratégias de acolhimento humanizado e não discriminatório e manejo clínico dos casos.

iii. À Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

- Editar resolução vedando expressamente às operadoras de planos de saúde condicionar a realização da ATP à apresentação de autorização judicial prévia, quando presente o quadro clínico de inviabilidade da gestação, sob pena de caracterização de negativa abusiva de cobertura;
- Exigir às operadoras incluir em seus contratos, materiais informativos e plataformas, orientações sobre o direito à ATP em caso de inviabilidade da gestação, a desnecessidade de autorização judicial prévia e a documentação necessária para o acesso.

iv. Ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, ao Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, ao Ministério das Mulheres, ao Ministério da Igualdade Racial, ao Ministério dos Povos Indígenas e à Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI)

- Reconhecer, em campanhas nacionais de enfrentamento à violência de gênero, em materiais informativos, normas técnicas ou nos desdobramentos da Política Nacional de Cuidados, a recusa injustificada de atendimento para ATPs em casos de inviabilidade fetal como violência obstétrica e violência institucional contra as adolescentes e mulheres;
- Produzir relatórios periódicos sobre a situação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, com capítulo específico sobre o acesso ao aborto legal e o acesso à ATP;
- Articular com o Ministério da Saúde para que os sistemas de informação do SUS permitam a coleta e análise de dados desagregados quanto às mulheres que buscam a realização de ATP, para obtenção de dados sobre idade, território e, particularmente, raça/cor e etnia, para qualificar o enfrentamento às desigualdades de acesso à saúde para adolescentes e mulheres negras e indígenas;
- Atuar para inclusão e reconhecimento das mulheres e adolescentes com gravidez de alto risco, incluindo aquelas que precisam de ATP por inviabilidade fetal, como grupo prioritário da Política Nacional de Cuidados;⁴⁵
- Interpretar o Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados de modo a compreender que a ATP em casos de inviabilidade fetal é um serviço de cuidado à saúde da mulher, e que, portanto, a recusa injustificada de acesso constitui falha na provisão de cuidado pelo Estado, enquanto a exigência de autorização judicial desnecessária configura transferência indevida de responsabilidade para a mulher e sua família;

⁴⁵ A Política Nacional de Cuidados (PNaC) instituída pela Lei nº 15.069 de 23 de dezembro de 2024 prevê e define públicos prioritários a partir dos princípios do cuidado como um Direito Humano e do universalismo progressivo e sensível às diferenças. BRASIL. Ministério das Mulheres e Ministério do Desenvolvimento, Assistência social, Família e combate à fome. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política e do Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/relatorio-final-do-gti.pdf/view>. Acesso em: 26 mar. 2026.

- Monitorar e provocar o Ministério Público em casos de restrições de acesso às adolescentes e mulheres.

v. Ao Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)

- Atuar institucionalmente para a implementação e defesa da Resolução n. 258/2024 do CONANDA, inclusive no que diz respeito ao acesso à ATP pelas adolescentes com gestações inviáveis;
- Elaborar diretrizes nacionais para a formação continuada de conselheiros tutelares e demais integrantes do Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), incluindo módulo obrigatório sobre direitos sexuais e reprodutivos, gestações inviáveis e o direito ao cuidado das adolescentes no acesso à ATP;
- Em articulação com os Conselhos Estaduais e Municipais, prestar apoio técnico aos conselhos tutelares e demais órgãos do SGDCA para o acompanhamento de recusas injustificadas de acesso à ATP por adolescentes nos serviços de saúde e o acionamento da rede de proteção pertinente;
- Articular com o Ministério da Saúde para o monitoramento de casos de ATP por inviabilidade fetal entre adolescentes;
- Atuar em campanhas de divulgação de informação direcionadas a adolescentes referente ao direito à realização de ATP nos casos de inviabilidade fetal sem judicialização.



Sarah Guimarães (à esquerda) e sua mãe Marcelle Araújo (à direita) com a caixa de memórias de Maya.
Foto: Esperança Dias, 2026.

peso do olhar



Eu tenho 16 anos, estudo em escola particular e estava no segundo ano do ensino médio quando tudo aconteceu. Eu não esperava engravidar. Usava anticoncepcional, mas na troca da cartela houve um atraso e, sem perceber, engravidei. Quando descobri, foi um choque. Contei primeiro ao meu namorado, depois à minha mãe. No começo houve medo, mas também acolhimento. Decidimos seguir com a gestação. Comecei o pré-natal, fizemos planos, pensamos em chá revelação. Com cerca de cinco meses, em uma ultrassonografia, apareceu o primeiro sinal de que algo não estava bem. Falaram de hidrocefalia. Depois vieram outros achados: ausência de bolha gástrica, exames mais detalhados, coleta de material genético. Foram semanas de idas e vindas a clínicas de medicina fetal, novos exames, novas esperas. Cada consulta trazia mais dúvidas. Até que veio o diagnóstico: trissomia 13, síndrome de Patau, incompatível com a vida. No início, eu não conseguia entender completamente. Ainda tinha esperança. Minha barriga crescia rápido por causa do excesso de líquido. Eu já estava com quase sete meses quando os médicos foram mais diretos: continuar poderia colocar minha vida em risco. Falaram da possibilidade de cesariana complexa, de complicações graves. Foi quando a ficha começou a cair. Ao mesmo tempo, eu vivia o peso do olhar dos outros. Na escola, surgiram comentários, fofocas, insinuações. Um professor falava repetidamente sobre gravidez na adolescência. Eu me sentia exposta, com vergonha, queria parar de estudar. Minha mãe foi meu escudo. Conversava com a coordenação, me incentivava a continuar. Mesmo assim, eu me sentia sozinha muitas vezes, especialmente porque o pai da bebê se afastou emocionalmente em vários momentos. Eu carregava o luto antes mesmo de perder. Quando entendemos que seria preciso antecipar o parto, tivemos medo da Justiça. Eu pensava: e se negarem? E se demorar? Minha gestação já era de risco. Chegamos à Defensoria com receio, mas fomos acolhidas. A tranquilidade com que a defensora nos acolheu e o encaminhamento que ela fez para nós ao serviço de saúde com a obstetra, a neonatologista e a psicóloga foi muito importante. Esses encontros foram muito especiais. Apesar do medo, com esse suporte conseguimos atravessar esse momento criando histórias e vínculo. A autorização saiu, e eu senti alívio, mas também uma dor profunda. Nada daquilo era o que eu tinha imaginado para minha vida aos 16 anos. No hospital, decidimos viver tudo como parto. Escolhemos o nome: Maya. Compramos uma roupinha para ficar com ela e outra para guardar. Fizemos fotos, registramos lembranças, montamos uma caixa de memórias. No começo eu tinha medo de me apegar mais e sofrer mais, mas hoje entendo que foi importante. Maya nasceu e viveu por cerca de uma hora. Eu a segurei. Ela existiu. Depois veio o luto silencioso. Meu aniversário aconteceu pouco tempo depois, e eu chorei muito. Durante meses eu evitava falar. Hoje consigo contar, ainda com dor, mas com mais serenidade. O que mais me marcou foi a sensação de não esperar nada disso: nem a gravidez, nem a doença, nem a peregrinação entre exames, hospitais e Justiça, nem o julgamento na escola. E, ao mesmo tempo, descobrir a força da minha mãe ao meu lado.

Sarah Michelle Araújo Guimarães e a mãe, Marcelle Geovane Santos de Araújo

