

ABORTO

Por que precisamos descriminalizar?

Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal
Federal na Audiência Pública da ADPF 442
03 e 06 de agosto de 2018

ABORTO

Por que precisamos descriminalizar?

Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal
Federal na Audiência Pública da ADPF 442
03 e 06 de agosto de 2018

Realização
Anis – Instituto de Bioética

Coordenação editorial
Gabriela Rondon
Amanda Nunes

Assistência editorial
Ladyane Souza
Luciana Brito
Sinara Gumieri

Fotografias
Fellipe Sampaio
Rosinei Coutinho
Carlos Moura
Secretaria de Comunicação Social
Supremo Tribunal Federal

Projeto gráfico
Guilherme Werner

Bibliotecário
Illy Batista

Editora



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

Anis – Instituto de Bioética.

Aborto : por que precisamos descriminalizar? : argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442 / Anis – Instituto de Bioética. – Brasília : LetrasLivres, 2019. 48 p. : il.

ISBN 978-85-98070-61-2 (Impresso); ISBN 978-85-98070-58-2 (PDF)

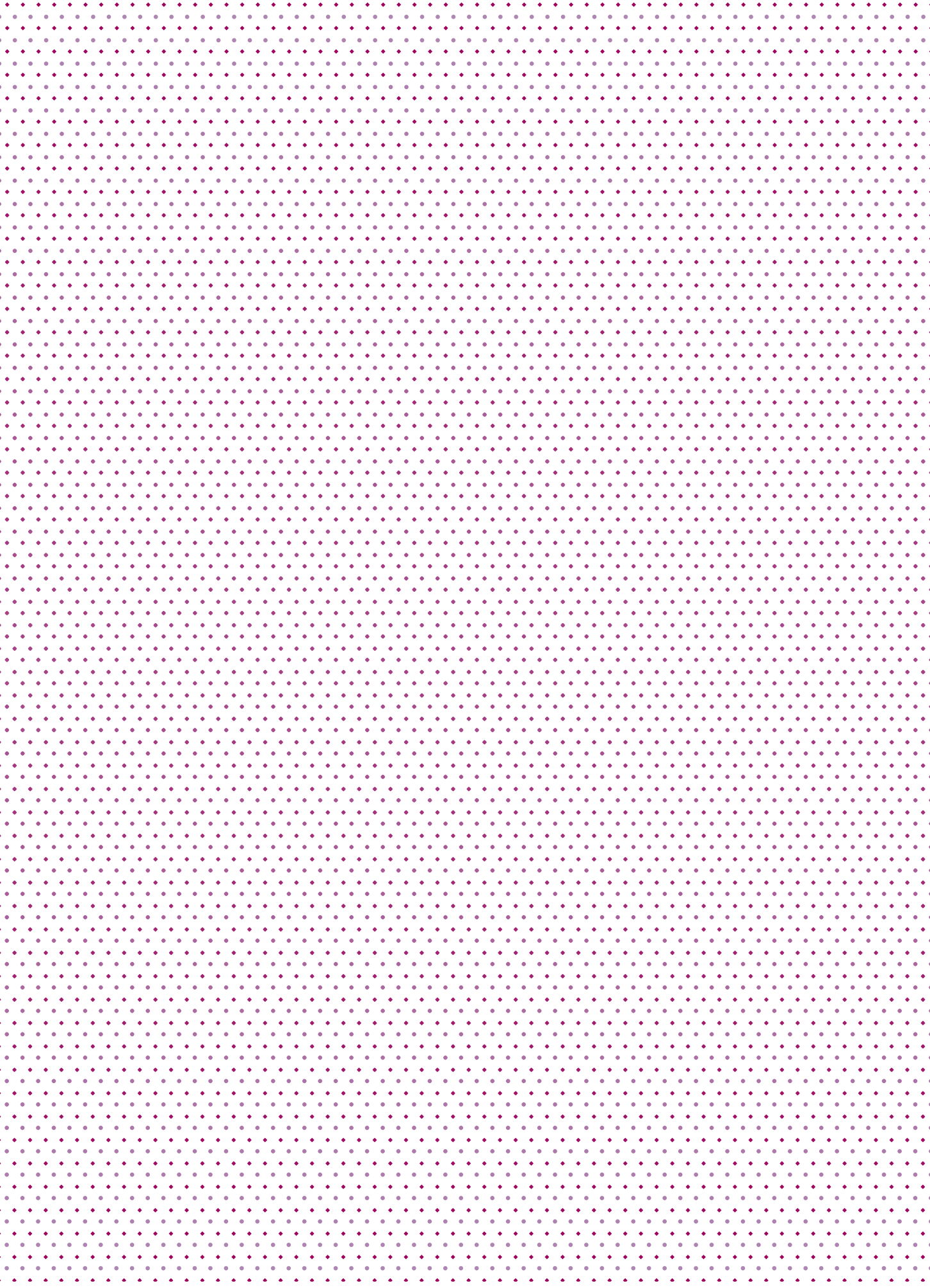
1. Aborto – aspectos jurídicos - Brasil. 2. Aborto – legislação - Brasil. 3. Descriminalização do aborto - Brasil. 4. Saúde sexual e reprodutiva – Brasil. I. Título. II. Título: Por que precisamos descriminalizar. III. Título: Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442.

CDD 342.81084
CDU 343.621(81)

ABORTO

Por que precisamos descriminalizar?

Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal
Federal na Audiência Pública da ADPF 442
03 e 06 de agosto de 2018



1. A lei penal não funciona: não impede a realização de abortos, mata e vulnerabiliza a saúde das mulheres

Apesar da lei severa no Brasil,

Na faixa etária de

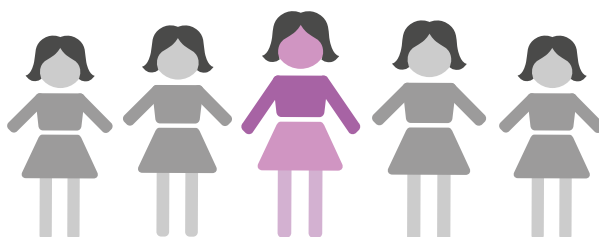
18 a 39
anos



4,7 MILHÕES
de mulheres
já fizeram aborto



1 em cada 5 mulheres até os 40 anos já fez um aborto



88% TÊM RELIGIÃO



67% TÊM FILHOS

56% CATÓLICAS

25% EVANGÉLICAS
PROTESTANTES

7% PROFESSAM
OUTRAS RELIGIÕES

Ref: Pesquisa Nacional
do Aborto 2010 e 2016



1/MINUTO

57/HORA

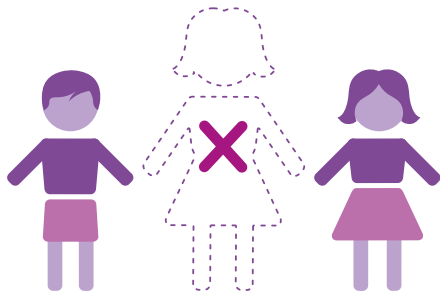
1.369/DIA

500.000/ANO



“Ela é uma mulher que tem filhos, sabe o significado e a seriedade da maternidade – é alguém que aborta porque vive o cuidado maternal e se vê diante do imperativo de não ser capaz, por diversas razões, de levar adiante uma nova gestação.”

Apresentação de DEBORA DINIZ, representando a Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



Se todas as mulheres fossem punidas pela lei atual, teríamos hoje **3 milhões de famílias que ficariam sem mães**, ou cujas mães teriam passado pela prisão em algum momento da vida.

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017 / Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) 2014.

A criminalização causa graves consequências para a saúde

No Brasil, cerca de metade das mulheres que abortam todos os anos precisam ser internadas. São **250 mil mulheres** a cada ano nos leitos do SUS por abortos inseguros.

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017.



No Brasil, cerca de **metade das mulheres** que abortam todos os anos precisam ser internadas.

No mundo todo, **5 milhões de mulheres** por ano passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes de um aborto inseguro.

Organização Mundial da Saúde, 2013.

Com isso, a criminalização gera altos custos para o sistema de saúde

No Brasil, os gastos com internações por complicações de aborto custaram ao Sistema Único de Saúde **R\$ 486 milhões** entre 2008 e 2017. Somente em 2017, esse custo foi de R\$ 50.762.324,38.

Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Gastos com internações por complicações de aborto Sistema Único de Saúde (SUS)

2008 a 2017

R\$ **486** milhões

só em 2017

R\$ **50,7** milhões



“Em muitos países em desenvolvimento, isso pode comprometer o investimento clínico, material e financeiro em outras ações e serviços de saúde”.

Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. MÔNICA ALMEIDA NERI e MARIA DE FÁTIMA MARINHO DE SOUZA representaram o Ministério da Saúde na audiência.

Os gastos seriam maiores se o aborto fosse descriminalizado?

Não. Segundo a Organização Mundial da Saúde, apenas de **2 a 5% das mulheres** que realizam aborto com medicamentos confiáveis podem necessitar de intervenção médica posterior.

Hoje, com o aborto criminalizado e feito de forma insegura, **quase 50% das mulheres brasileiras que fazem um aborto** precisam procurar atendimento médico, e em condições potencialmente mais graves e difíceis de tratar.

Organização Mundial da Saúde, 2013 / DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017 / Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

› **Complicações graves provocadas pelo aborto inseguro:**

Hemorragia, infecções do trato reprodutivo, infecções do trato genital superior, choque séptico, perfuração de vísceras, traumatismos genitais e sequelas como a dor pélvica crônica e infertilidade.

Organização Mundial da Saúde, 2013 / GRIMES, David et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet, Sexual and Reproductive Health, 2006.

› **Gastos por essas complicações:**

Leitos hospitalares, suprimento de bolsas de sangue, medicações, centros cirúrgicos, anestesia e especialistas.

Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018 / Organização Mundial da Saúde, 2011.

As complicações do aborto clandestino e inseguro fazem com que muitas mulheres quase venham a óbito

Os casos de quase óbito são chamados de **near miss**. De acordo com o Ministério da Saúde, houve **1.613.903 hospitalizações** por aborto entre 2008 e 2017. Casos de near miss corresponderam a 2,5% dessas hospitalizações. Ou seja: 40.348 mulheres quase morreram por aborto dentro dos hospitais brasileiros na última década

Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018 / Apresentação da professora Melania Amorim, representando o Instituto Paraibano de Pesquisa Joaquim Amorim Neto, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



Somente em 2015, foram **3.888 mulheres**, uma proporção de 18 casos de near miss para cada morte materna. Isso sem contar aquelas que nunca chegaram a buscar atendimento.

Apresentação de MELANIA AMORIM, representando o Instituto Paraibano de Pesquisa Joaquim Amorim Neto, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Não podemos saber, com exatidão, quantas mulheres morrem ou sofrem graves sequelas por aborto no Brasil. Mas sabemos que:

Em 2016, o SUS registrou que **pelo menos 203 mulheres morreram por aborto** (uma morte a cada dois dias).

Memorial do Ministério da Saúde, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

▸ Por que dizemos “pelo menos”?

Pode haver mais mulheres que morrem por aborto?

Sim. Com medo da denúncia ou da retaliação, a mulher que chega ao serviço de saúde após o procedimento não conta que realizou um aborto. Com isso, o médico só registra a causa terminal, hemorrágica ou infecciosa. Não diz o que causou a hemorragia ou a infecção.

E por que o médico não diz?

Porque não conseguiu realizar o diagnóstico e a mulher não contou. Se a mulher usou remédios ou outras substâncias como ervas, seus vestígios somem rapidamente.

Ou porque teve medo de que outros médicos violassem o Código de Ética e denunciassem a mulher, então omite o aborto provocado.

Apresentação de TÂNIA LAGO, representando o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Uma coisa é certa: Não é comum mulheres jovens e anteriormente saudáveis morrerem por causa indeterminada com tanta frequência.

Em 2016, o óbito de mulheres em idade fértil por causa não definida ocupou a 5ª posição em frequência.

Dessas, 556 morreram sem assistência médica.

Apresentação de TÂNIA LAGO, representando o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



“No caso brasileiro, a permanência de uma grande quantidade de óbitos femininos cuja causa permanece indeterminada certamente esconde mortes decorrentes de aborto clandestino.”

“Difícil imaginar razões que levariam à morte mulheres jovens sem registro de doenças e sem sinais de causas externas. Quantas serão decorrentes de aborto?”

Apresentação de TÂNIA LAGO, representando o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Os dados do SUS também não contam aquelas que morrem **sozinhas** e escondidas, **com medo da lei e da prisão**, sem nunca procurar um serviço de saúde.

Então o aborto é um procedimento arriscado?

NÃO. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os procedimentos utilizados hoje pela medicina para a realização do aborto seguro são de baixa complexidade e de risco de morte quase insignificante.

Organização Mundial da Saúde, 2013.

*O risco de morte associado ao parto é aproximadamente **14 vezes maior** do que o de um aborto.*

RAYMOND, Elizabeth et al. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics and gynecology*, 2012.

► PROCEDIMENTOS DE ABORTO SEGURO

A Organização Mundial da Saúde possui um documento com orientações, baseadas em evidências, que permitem a realização segura desses procedimentos.

- **Aborto medicamentoso:** Utiliza a combinação de dois medicamentos: o misoprostol e o mifepristona, ou apenas o misoprostol.

O misoprostol, medicamento utilizado para a realização do aborto seguro, está incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Ministério da Saúde e na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde.

Apresentação de ROSIRES PEREIRA DE ANDRADE, representando a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME, 2018 / Organização Mundial da Saúde, 2013.

- **Aspiração manual intrauterina:** É um procedimento cirúrgico de baixa complexidade. Indicado até a 3ª semana de gestação, mas também pode ser realizado até a 14ª.

Estudo realizado com 11.487 procedimentos de aspiração, realizados por enfermeiros e médicos nos Estados Unidos, concluiu que em apenas 1,3% dos casos houve complicação clínica.

Apresentação de ROSIRES PEREIRA DE ANDRADE, representando a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 2013.



Se realizado em condições adequadas, esses procedimentos podem ser mais seguros do que um parto. O aborto com medicamentos é tão seguro que, segundo a OMS, até as 9 semanas, pode ser realizado no ambiente mais confortável às mulheres, como a própria casa, após orientação médica.

Apresentação de ROSIRES PEREIRA DE ANDRADE, representando a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / Organização Mundial da Saúde, 2013.

Menor idade gestacional = aborto mais seguro

Considera-se como mais seguro o aborto realizado durante o primeiro trimestre.

› Para se ter uma ideia da segurança do procedimento:

Uma injeção de penicilina, antibiótico utilizado para tratar infecções bacterianas, é mais arriscada do que um procedimento de aborto legal.

- **Risco de morte por aborto:** em torno de **1 por 100.000** procedimentos legais.

Nas áreas estudadas que forneceram essa informação, 91,4% dos abortos foram realizados em idade gestacional inferior ou igual a 13 semanas.

PAZOL, Karen et al. Abortion Surveillance — United States, 2011. Centers for Disease Control and Prevention, 2014.

- **Risco de morte por injeção de penicilina:** em torno de **2 por 100.000** injeções.

LEE, Paul et al. Results of a UK survey of fatal anaphylaxis after oral amoxicillin. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2007.

› A OMS identifica três possíveis classificações para o aborto:

Aborto seguro: provido por profissionais da saúde e com métodos recomendados pela OMS.

Aborto menos seguro: feito por pessoas treinadas utilizando métodos não recomendados ou usando um método seguro, mas sem adequada informação ou suporte de pessoas com treinamento.

Aborto inseguro: feito por pessoas não treinadas, utilizando métodos perigosos e invasivos.

Os fatores que impactam a segurança do aborto são:

- disponibilidade de métodos seguros, profissionais treinados e serviços de saúde;
- contexto legal do aborto;
- acesso financeiro aos serviços;
- estigma do aborto;
- desenvolvimento geral de serviços de saúde e infraestrutura.

Organização Mundial da Saúde, 2017. / GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, 2017.

MITO: ABORTO CAUSA CÂNCER?

Não. Não há qualquer evidência confiável que correlacione a realização de um aborto e o adoecimento por câncer. Este é um mito sem base científica.

O que torna o procedimento de aborto arriscado é a lei penal, que:

- impede o acesso das mulheres às tecnologias médicas mais adequadas às suas necessidades;
- submete-as a procedimentos clandestinos e inseguros, realizados muitas vezes por profissionais não capacitados ou com métodos e em condições inadequadas.

Embora seja um medicamento seguro, desde 1998 o misoprostol está na lista de medicamentos sujeitos a controle especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Isso cria um mercado clandestino e gera graves consequências:

- na clandestinidade, o medicamento é vendido por um preço elevado, de modo que muitas mulheres compram uma quantidade menor que a dosagem necessária. Isso gera risco de complicações por abortos incompletos;



- muitas mulheres são enganadas por pessoas que vendem medicamentos falsos.

Apresentação de REBECCA GOMPERTS, representando a Women on Waves, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

"A criminalização é incapaz de reduzir o número de abortos, mas tem impacto direto no aumento das mortes e sequelas na saúde das mulheres que o realizam na solidão, clandestinidade e insegurança".

Apresentação de NATÁLIA MORI CRUZ, representando o Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



A criminalização traz riscos para a saúde mental das mulheres

O aborto em si não é um fator de risco para a saúde física e tampouco para a saúde mental das mulheres. **A imposição social da maternidade e o julgamento moral e religioso, sim.**

Não há evidências confiáveis de que realizar um aborto seguro possa ser um fator de risco à saúde mental das mulheres.

Memorial do Conselho Federal de Psicologia, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. LETÍCIA GONÇALVES e SANDRA ELENA SPOSITO representaram o Conselho Federal de Psicologia na audiência.



Um estudo comparativo dos Estados Unidos entre mulheres que realizaram um aborto induzido e mulheres que tiveram seus pedidos de aborto negados mostrou que aquelas que tiveram o pedido negado apresentaram maior risco de efeitos psicológicos adversos iniciais.

BIGGS, Antonia et al. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, 2017.



“Se há efeitos à saúde mental é pela criminalização do aborto e a maternidade compulsória. Quando decidem, as mulheres estão seguras de que esse é o caminho necessário naquele momento às suas vidas”.

Apresentação de JORGE REZENDE FILHO, representando a Academia Nacional de Medicina (ANM) ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

▸ E por que a criminalização traz riscos para a saúde mental das mulheres?

Pelos riscos decorrentes da gestação não pretendida:

- interrupção por meio do aborto inseguro;
- maior propensão para apresentar depressão pós-parto;
- adoção de comportamentos menos saudáveis durante a gestação, que pode resultar em complicações inclusive para futuros filhos.

Apresentação de MARIZA THEME FILHA, representando a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



*A Pesquisa Nascir no Brasil, realizada entre 2011 e 2012 com 24 mil mulheres, mostrou que **a gravidez indesejada atingiu 55,4%** das mulheres. 25% delas queria esperar mais tempo e 30% não queria engravidar em momento algum.*

Apresentação de MARIZA THEME FILHA, representando a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / THEME FILHA, MARIZA et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. Reproductive Health, 2016.

Quando o Estado criminaliza o aborto, todo este contingente de mulheres em situação de gravidez não pretendida é colocado sob risco.

2. Além de não funcionar, a lei penal é discriminatória: os riscos por aborto inseguro atingem as mulheres mais vulneráveis

Mulheres de todas as idades, classes e origens fazem abortos. Mas no Brasil a experiência do aborto é mais frequente entre mulheres pobres, negras, indígenas e nordestinas. Elas são também as mulheres mais vulneráveis a procedimentos clandestinos e inseguros.



“Mulheres socioeconomicamente incluídas induzem aborto e fazem gestão de risco. Seria ousado dizer que a possibilidade dos abortos seguros por mulheres brancas ou economicamente favorecidas garante que o próprio aborto não seja devidamente colocado em discussão? Será que a população que sofre com procedimentos ilegais efetivamente não importa para o poder público?”

Apresentação de FERNANDA LOPES, representando a associação Criola, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

15% das mulheres negras e 24% das mulheres indígenas já fizeram um aborto na vida, comparadas a 9% de mulheres brancas.

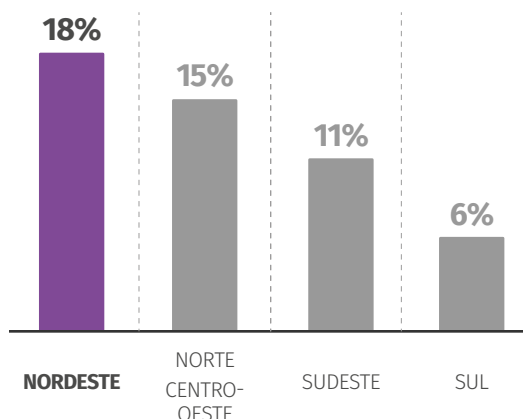
A desigualdade racial e de classes vulnerabiliza as mulheres em escolhas reprodutivas.

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017.

O Nordeste é a região com a maior taxa de abortos:

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017.

Taxas maiores de aborto em determinadas regiões do país ou entre mulheres de determinados grupos raciais têm correlação com acesso mais frágil a políticas de prevenção à gravidez não pretendida, como contraceptivos e educação sexual integral.



“O maior risco de abortos induzidos é observado no Nordeste, no Norte e no Centro-Oeste, regiões onde também é mais limitado o acesso aos serviços de saúde, ao aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva e aos contraceptivos modernos. No Nordeste, por exemplo, a proporção de mulheres negras dobra quando comparada ao dado nacional relacionado à realização de aborto inseguro”.

Apresentação de FERNANDA LOPES, representando a associação Criola, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Manter o aborto criminalizado significa agravar e perpetuar desigualdades.

São as mulheres mais vulneráveis as vítimas da ameaça de prisão e dos riscos de sofrimento ou morte por aborto inseguro



“Os dispositivos que criminalizam o aborto não apenas incidem sobre a raça, como algo que lhe é externo, mas integram um conjunto de fenômenos ligados à estrutura social brasileira em que raça e sistema penal se constituem mutuamente e determinam as vidas dignas de se proteger e aquelas que se pode deixar morrer”.

Apresentação de LÍVIA MIRANDA MÜLLER DRUMOND CASSERES, representando a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

▶ PERFIL DAS MULHERES DENUNCIADAS POR ABORTO

A análise de todas as ações penais de aborto propostas entre 2005 e 2017 no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, realizada pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, revelou dois grupos de mulheres denunciadas:

▶ **As que realizaram abortos sem qualquer assistência, sozinhas ou com a ajuda de um terceiro (mãe, amiga ou companheiro).**

Nesse primeiro grupo, a maioria das mulheres eram negras, tinham entre 18 e 36 anos, residiam em bairros ou regiões periféricas e exerciam funções desvalorizadas; a maior parte delas realizou o aborto com métodos rudimentares (como ingestão de medicamentos clandestinos sem segurança, chás abortivos e aplicação intravaginal de objetos ou

de substâncias químicas) após 12 semanas de gestação, o que pode indicar dificuldade para acessar métodos seguros e dificuldade de organizar recursos para acessar a interrupção da gravidez.

▶ **As que foram processadas em decorrência de uma investigação policial de clínica clandestina, nas quais elas foram atendidas.**

Nesse grupo, a maioria das mulheres eram brancas e tinham maior escolaridade. Em todos os casos o aborto foi feito com menos de 12 semanas. O valor pago por essas mulheres para a realização do procedimento variou entre 600 a 4.500 reais.

Apresentação de LÍVIA MIRANDA MÜLLER DRUMOND CASSE-RES, representando a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.



“Os homens que se relacionaram com essas mulheres denunciadas no estado de São Paulo, apesar de citados em 21 processos, sendo diretamente relacionados ao fornecimento dos métodos abortivos em 9 casos, foram denunciados pela prática de crime em apenas 5. Se são os homens os responsáveis pelo aborto das mulheres, não são eles os responsabilizados por isso.”

Apresentação de ANA RITA SOUZA PRATA, representando a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

Em 70% dos casos de mulheres indiciadas entre 2003 e 2016 no estado de São Paulo, o denunciante foi um profissional da saúde.

Apresentação de ANA RITA SOUZA PRATA, representando a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

As mulheres são julgadas e denunciadas pelos profissionais que deveriam ser seus cuidadores. Seus protetores se transformam em seus algozes.

No Brasil, o aborto não é das principais causas de encarceramento feminino. Isso poderia levar à afirmação ingênua de que “as mulheres não são presas por aborto”.

No entanto, **as mulheres denunciadas por aborto são com frequência presas em flagrante dentro do próprio serviço de saúde, embora isso seja ilegal.**

Elas são algemadas ao leito ou têm o leito escoltado por um policial para que não fujam do hospital. Elas juntam suas economias ou contraem dívidas para recolher as fianças.

Apresentação de ANA RITA SOUZA PRATA, representando a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

▸ “Mas as mulheres não permanecem presas por aborto”:



“A persecução penal em si, o processo pelo qual uma mulher é submetida de acordo com a legislação que nós temos atualmente no Brasil, o constrangimento de uma mulher ao sentar no banco das réis diante de um plenário do Tribunal do Júri, já é uma pena por si próprio.”

Apresentação de ELEONORA RANGEL NACIF, representando o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018

▸ “Elas podem aceitar a suspensão condicional do processo”:

“Em uma média de 15 meses entre a data do fato e a data da denúncia, aliados aos 2 anos da suspensão condicional do processo, essa mulher estará sob a espada da justiça. Sabemos a consequência disso para mulheres pobres, periféricas e que sobrevivem com trabalhos precários.”

Apresentação de ANA RITA SOUZA PRATA, representando a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

- **A imposição da gravidez prejudica o exercício do direito à cidadania**



A cidadania é a garantia do livre acesso à esfera pública, à participação política e do exercício de direitos individuais. Para avaliar o direito à cidadania, é preciso considerar as demandas de todos os membros da comunidade, incluindo todas as mulheres.

Apresentação de LÍVIA GIL GUIMARÃES, representando o Núcleo de Prática Jurídica em Direitos Humanos da USP – NJP-DH USP, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

› São pressupostos essenciais para que as mulheres exerçam a cidadania:

- o direito à sua integridade corporal e vida;
- o direito à igualdade;
- o direito à saúde física e psíquica;
- o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos;
- o direito à autonomia.

Com a imposição da gravidez, a mulher pode sofrer uma limitação em suas oportunidades de educação e no exercício pleno de seus direitos econômicos e políticos.

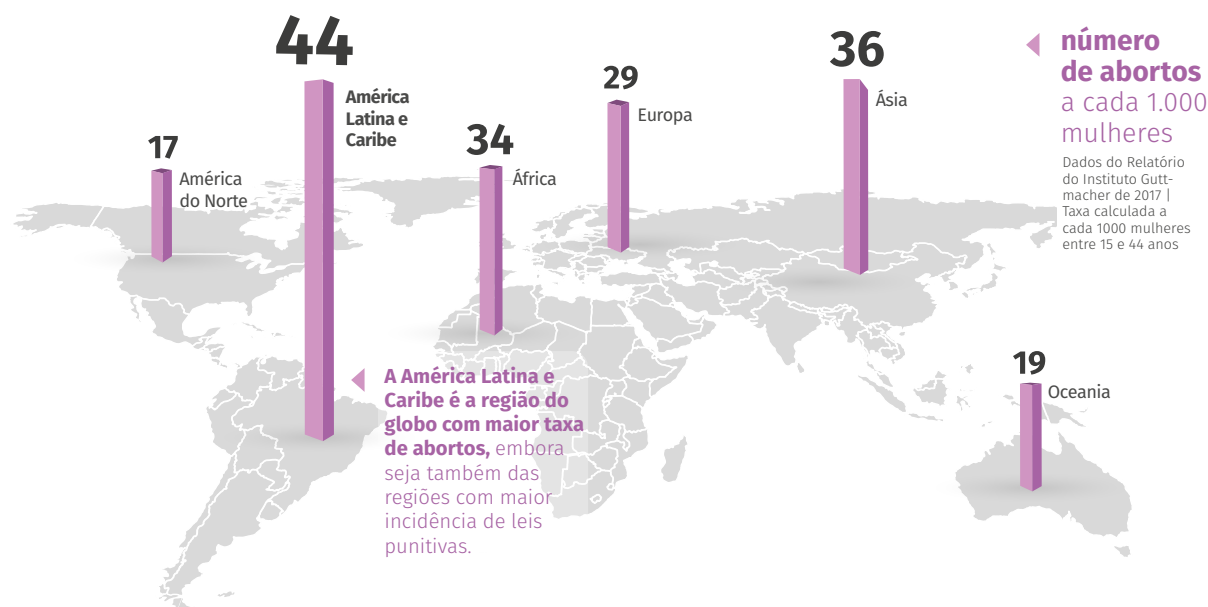
› **DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DE PEQUIM (1995)**

"O reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlarem todos os aspectos de sua saúde em especial o de sua própria fertilidade, é essencial ao seu empoderamento."

"A capacitação das mulheres para controlar sua própria fertilidade constitui uma base fundamental para o gozo de outros direitos".

"Na maior parte dos países, a falta de atenção aos direitos reprodutivos da mulher limita gravemente suas oportunidades de educação e o pleno exercício de seus direitos econômicos e políticos".

3. Em lugar nenhum do mundo a criminalização reduz o número de abortos, pelo contrário:



Há evidências de **queda de taxas de aborto** em anos seguintes à descriminalização em diversos países.

ROMÊNIA

- 1989: descriminalização do aborto.
- 1990 a 2010: **queda de 94% no número de abortos.**

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2013.

PORTUGAL

- 2007: descriminalização do aborto.
- 2008 a 2015: **queda de 14% no número de abortos.**

Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório dos Registos de Interrupções da Gravidez - Dados de 2016, 2017.

FRANÇA

- 1975: descriminalização do aborto.
- 1976 a 2016: **queda de mais de 24% no número de abortos.**

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES. Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels.

Portanto, a lei penal e a incidência do aborto com frequência estão inversamente relacionados.

Espera, isso não parece lógico. Por que acontece assim?

Uma vez que aborto não é mais matéria de cadeia, e sim de cuidado, é possível acolher e ouvir as mulheres nos serviços de saúde. Com isso, pode-se:

- entender por que e como políticas de prevenção da gravidez falharam e melhorá-las;
- informar e oferecer melhores métodos para essas mulheres e prevenir um segundo aborto;
- saber se essa mulher ou menina sofre violência e tirá-la dessa situação.

Todas essas medidas contribuem para redução do número de abortos no médio e longo prazo.

Descriminalização do aborto = redução nas taxas de mortalidade materna

Nos países em que o aborto é proibido, há uma predominância do aborto clandestino e inseguro. Nesses mesmos países, os índices de mortalidade materna são elevados.

Organização Mundial da Saúde, 2013.



“Devido a leis e políticas restritivas, não resta outra alternativa às mulheres que não têm condições de ou não desejam levar à frente sua gestação senão se submeter a procedimentos inseguros de saúde e de morte em sua maioria inteiramente evitáveis.”

Apresentação de FRANÇOISE GIRARD, representando a International Women's Health Coalition, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Estima-se que entre 8 e 18% de mortes maternas no mundo decorram de abortos inseguros. Essas mortes estão concentradas em países pobres.

SINGH, Susheela et al. *Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014*. Guttmacher Institute, 2014. / KASSEBAUM, Nicholas et al. *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *The Lancet*, 2014. / SAY, Lale et al. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. *The Lancet Global Health*, 2014.

Há evidências confiáveis de queda na taxa de mortalidade materna após a descriminalização do aborto em vários contextos. São exemplos países tão distintos quanto os Estados Unidos, a Etiópia, o Uruguai, a Romênia e a África do Sul.

STARRS, Ann et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 2018. / BERHAN, Yifru et al. Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 2014 / BRIOZZO, Leonel et al. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016. / HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2013. / JEWKES, R. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2005.

A redução da mortalidade materna é um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU



Entre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, a serem implementados pelos países membros até 2030, estão:

- *a redução da taxa da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;*
- *a busca de acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação;*
- *a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.*

Apresentação de FABIANA GALERA SEVERO, representando o Conselho Nacional de Direitos Humanos, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

Esses objetivos não serão alcançados enquanto o aborto não for descriminalizado.

4. A criminalização impacta negativamente o exercício ético e pleno da medicina

O Código de Ética Médica é claro:

São deveres médicos:

- garantir a confidencialidade;
- garantir à paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar;
- oferecer o melhor do progresso científico em benefício da paciente;
- proteger dignidade da paciente.

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/09), 2009.



A criminalização fomenta a violação desses deveres:

- impede os serviços de saúde de oferecerem cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva para as mulheres conforme suas necessidades;
- nega o acesso a um procedimento reconhecido como seguro pela medicina;
- faz com que as mulheres se submetam a condições desumanas e degradantes na busca pela interrupção da gravidez;
- induz médicos ao erro, quando acreditam que devem ou podem quebrar o sigilo profissional e denunciar suas pacientes que chegam aos hospitais com complicações pós-aborto.

“Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público”.

“O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação”.

Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento, 2005.

Os ditames do Novo Juramento Médico (2017) são incompatíveis com a criminalização do aborto

O Novo Juramento foi incorporado pela Associação Médica Mundial e pelo Conselho Federal de Medicina. Dentre seus ditames estão:

- o respeito à autonomia e à dignidade dos pacientes;
- a proibição de qualquer discriminação que se sobreponha ao interesse dos pacientes;
- o dever de sigilo médico total;
- o dever de compartilhar com os pacientes conhecimentos médicos que podem beneficiar sua saúde;
- a proibição de que o médico utilize de conhecimentos para violar direitos humanos.

Associação Médica Mundial. Declaração de Genebra, 2017.

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

O clássico juramento médico, conhecido como “Juramento de Hipócrates”, escrito por volta do século V a.C, condenava o aborto.

Esse juramento inspirou a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial (o Juramento Médico), que já foi alterada três vezes e revista outras duas. Na versão original (1968), a Declaração possuía disposições que condenavam o aborto.

O Novo Juramento Médico (2017) excluiu a condenação.



Isso simboliza a compreensão por parte das associações médicas da necessidade de tratar o aborto como um problema de saúde pública.

Apresentação de THOMAZ GOLLOP, representando a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

A lei penal impede os médicos de cumprirem com o seu dever de redução de danos

A criminalização não apenas impede os médicos de realizarem um procedimento reconhecido como seguro. Ela também os impede de dar informações às mulheres sobre como evitar riscos na busca clandestina pelo procedimento.

O QUE É A REDUÇÃO DE DANOS?

É uma política ampla de saúde pública, que significa informar ao paciente formas de diminuir seus riscos de vida ou à saúde.



“Quando uma mulher engravida, feliz ou não, ela me procura sobre os caminhos a seguir. Ela toma sua decisão não pela lei, e sim pelo que ela considera necessário para a sua vida. Se ela decide interromper a gestação e não se encaixa em nenhuma das restritas três exceções à criminalização, eu não posso realizar o procedimento tampouco posso orientá-la sobre como não colocar sua vida em risco ao procurar a oferta clandestina do procedimento. Eu e meus colegas poderíamos fazer diferença no cuidado dessas mulheres se a lei nos permitisse.”

Apresentação de MARCOS DIAS, representando a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

O conceito de saúde integral da OMS torna imperativa a descriminalização do aborto

Saúde não é apenas a ausência de afecções e enfermidades.

É o estado de **completo bem-estar físico, mental e social**, como define a Organização Mundial da Saúde.

A descriminalização é capaz de:

- evitar adoecimento psíquico associado à gravidez não pretendida;
- reduzir a morbimortalidade materna associada ao aborto clandestino e inseguro.



World Health Organization



“A saúde reprodutiva é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relacionados ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. [...] Isso inclui o acesso ao aborto legal e o Estado é obrigado a enfrentar os efeitos do aborto inseguro.”

Apresentação de ANAND GROVER, representando o Health, Access, Rights – IPAS, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



Segundo a OMS, o aborto deve ser garantido por uma constelação de serviços, que devem ser oferecidos pela rede pública ou por organizações sem fins lucrativos. Esses serviços devem ser guiados pelo princípio da informação e da agilidade, respeitando-se a autonomia decisória da mulher e a confidencialidade médica.

Apresentação de JUANA KWEITEL, representando a CONECTAS Direitos Humanos, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

5. A criminalização compromete o direito à saúde das mulheres mesmos nas hipóteses em que o aborto já é permitido

Com a criminalização do aborto, as mulheres que sofreram violência sexual ou enfrentam uma gravidez de risco (duas hipóteses em que o aborto já é permitido) **enfrentam dificuldades para ter acesso ao aborto legal.**

A explicação é simples: as mulheres e os profissionais de saúde sentem medo da punição. Com medo, a lei não se cumpre.

› O que motiva a conduta do médico que dificulta o acesso da mulher ao aborto legal?

- o medo de ser conhecido como “aborteiro”;
- a ameaça da punição por imaginar que o aborto possa ser considerado ilegal;
- a objeção de consciência moral ou religiosa.

A criminalização contribui para a adoção deste tipo de conduta, porque reforça a ideia de que um fenômeno reprodutivo comum na vida das mulheres deva ser objeto de **condenação** e não de **cuidado**.

› Quando a mulher sofre violência sexual e busca um serviço de saúde para interromper a gestação, o que o médico deve fazer?

Dar credibilidade à palavra da mulher e realizar o procedimento.

Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, 2012.

› O que, muitas vezes, o médico faz?

Questiona e julga moralmente as mulheres, retarda o atendimento ou pede boletim de ocorrência, laudo pericial ou alvará judicial, que são exigências ilegais para o procedimento.

DINIZ, Debora et al. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, 2016.

› Quando a gravidez representa um risco para a vida da mulher, o que o médico deve fazer?

Oferecer a possibilidade de interrupção da gestação.

› O que, muitas vezes, o médico faz?

Define, arbitrariamente e sem respaldo legal, o grau de risco que permitiria a interrupção da gestação.

O resultado é grave: a mulher é forçada a prosseguir com uma gravidez que ameaça a sua vida, sem que lhe seja oferecida a possibilidade de interromper a gestação.

Uma pesquisa feita por ginecologistas e obstetras da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) revelou que 49,3% dos médicos consideravam que o risco de morte deveria ser 5 vezes maior que o habitual para que o aborto legal fosse autorizado.

Apresentação de TÂNIA LAGO, representando o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / FAÚNDES et al. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2004.

40% das mortes maternas são resultantes de uma doença que se agravou com a gravidez. *Muitas vezes a essas mulheres não foi dada a possibilidade de interromper a gravidez e, conseqüentemente, de evitar a sua morte.*

Apresentação de TÂNIA LAGO, representando o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Mortalidade materna segundo tipo de causas.



“Esse contexto [da criminalização] faz com que apenas algumas mulheres e meninas vítimas de estupro procurem hospitais de referência ou encaminhamento ao cuidado de emergência, que inclui o atendimento para evitar infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a contracepção de emergência”.

Apresentação de LIA ZANOTTA MACHADO, representando a Associação Brasileira de Antropologia, ao Supremo Tribunal Federal, no dia 3 de agosto de 2018.

A pesquisa Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional, constatou que foram solicitados boletim de ocorrência, laudo pericial e alvará judicial por 14%, 8% e 8% dos 68 serviços de aborto legal avaliados.

DINIZ, Debora et al. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, 2016.

As mulheres devem ter seus direitos garantidos e os médicos não devem agir sob o medo. A palavra e a saúde das mulheres devem ser priorizadas. **É difícil alterar esse cenário de violação de direitos se o aborto ainda for criminalizado.**

6. Se a lei penal não funciona, o que funciona?

A história nos mostra que questões de saúde não podem ser tratadas como dilemas morais:

O Brasil é um exemplo para outros países no que se refere ao tratamento do HIV/Aids. E por que? Porque optou por enfrentar o problema de saúde pública de maneira comprometida com os direitos humanos.

› Como era no início da epidemia de HIV/Aids?

Julgamento moral das pessoas vitimadas pela transmissão.

Qual foi a resposta do Estado brasileiro?

Enfrentamento da epidemia de maneira comprometida com os direitos humanos. Foram criados programas e políticas de saúde pautadas pelo não julgamento individual.

Qual foi o resultado dessa resposta?

Redução da mortalidade, da morbidade, das hospitalizações e das aposentadorias relacionadas à doença.

.....

Apresentação de DIRCEU GRECO, representando a Sociedade Brasileira de Bioética, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. / GRECO, Dirceu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, 2016.

› Como é tratada a questão do aborto no Brasil?

Criminalização e julgamento moral das mulheres que abortam.

Qual é a resposta do Estado brasileiro?

Manutenção da legislação restritiva de aborto.

Qual está sendo o resultado dessa resposta?

Incapacidade de reduzir o número de abortos, discriminação, desamparo e prejuízos para a saúde física e mental das mulheres, mesmo nos casos em que o aborto já é permitido.



A criminalização impede o cuidado da mulher na rota crítica do aborto

Afasta essa mulher dos serviços de saúde ou faz com que ela **não diga a verdade** aos médicos.

Com isso, impede o médico de saber as razões que podem tê-la levado a abortar.

Ela pode **sofrer violência, não ter acesso a métodos contraceptivos ou não saber usá-los**.

O QUE É A ROTA CRÍTICA DO ABORTO?

A rota crítica do aborto ocorre quando os serviços públicos de saúde acolhem a mulher que precisa de um aborto ou que já abortou e atuam para identificar onde a política de planejamento familiar falhou. Assim, é possível evitar que ela faça um novo aborto, oferecendo, por exemplo, informação e métodos contraceptivos adequados às suas necessidades.

É preciso cuidar de mulheres na rota crítica do aborto para informar e aprimorar políticas de planejamento familiar



Conhecendo essas razões, o médico poderia realizar ações de planejamento familiar e evitar que essa mulher faça um novo aborto.

Apresentação de OLÍMPIO MORAES, representando a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

A descriminalização do aborto é uma forma de colocar as mulheres em um itinerário de cuidados com informações para contracepção segura e outros aspectos relacionados à sua vida reprodutiva e sexual.

Apresentação de PAULA VIANA, representando o Grupo Curumim Gestação e Parto, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



Qual é a solução jurídica para a questão do aborto?

Há uma técnica para a avaliação da constitucionalidade das normas: a análise da proporcionalidade.

Essa técnica condiciona a legitimidade de uma norma penal aos critérios de adequação, necessidade e proporcionalidade.

Para que a criminalização obedeça a tais critérios, ela deve ser:

- capaz de cumprir com o seu objetivo;
- a medida mais eficaz para proteger o bem jurídico em questão;
- capaz de proporcionar mais benefícios do que malefícios.

A criminalização do aborto não passa no teste de proporcionalidade.

▸ CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO | TESTE DE PROPORCIONALIDADE

É adequada? NÃO

Não é capaz de reduzir o número de abortos, ou seja, de proteger a vida em potencial.

É necessária? NÃO

Há medidas mais eficazes para reduzir o número de abortos sem que sejam violados os direitos das mulheres.

É proporcional? NÃO

Afeta desproporcionalmente os direitos fundamentais das mulheres, gerando altos custos para elas, como a mortalidade materna e o sofrimento físico e mental dos procedimentos inseguros. Além disso, aumenta gastos em saúde pública devido às complicações decorrentes de abortos inseguros e clandestinos.



“O Direito Penal é um recurso de última razão. O Estado só pode justificar o seu uso se provar que não existe outro meio efetivo de proteger a vida em potencial que não seja ameaçar as mulheres de prisão.”

Apresentação de VERÔNICA UNDURRAGA, representando a Human Rights Watch, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

- **O Código Penal (1940) foi elaborado quando ainda não havia sido reconhecida a igualdade formal entre homens e mulheres**

Esse reconhecimento só veio com a Constituição Federal de 1988. Muitas das normas criadas no contexto em que o Código Penal foi elaborado reproduzem a desigualdade de gênero.

A criminalização do aborto é uma delas, pois **condena sob ameaça de cadeia ou morte as mulheres a uma função social que não é imposta aos homens: a da maternidade.**



A norma que criminaliza o aborto representa uma forma de institucionalização da discriminação e da violência de gênero. Ou seja, é incompatível com a Constituição brasileira atual.

Memorial da DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública no dia 6 de agosto de 2018. CHARLENE DA SILVA BORGES representou a Defensoria Pública da União na audiência.

“Indagar sobre os verdadeiros objetivos da criminalização do aborto é pertinente quando se observa legislações antigas nas quais se pode identificar papéis de gênero baseados em posturas morais particulares que **não são compatíveis com os princípios de igualdade, autonomia, cidadania, dignidade e pluralismo**, reconhecidos nas nossas Constituições contemporâneas”

Apresentação de VERÓNICA UNDURRAGA, representando a Human Rights Watch, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



“É preciso derrubar as barreiras criadas por uma visão arcaica de que a mulher estaria sempre associada à figura materna, ao papel de procriar, como um passivo instrumento da reprodução da vida humana.”

Apresentação de ANA CARLA HARMATIUK MATOS, representando o Instituto Brasileiro de Direito Civil, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

- **A bioética também reconhece a proteção gradual aos vários estágios da vida potencial e vida já nascida**



“A vida deve ser protegida de modo diferenciado e adequado ao momento do ciclo vital. Em consequência, a proteção do embrião em laboratório deve ser em grau menor do que a proteção do embrião em gestação e a tutela do embrião de até 3 meses deve ter menor intensidade do que a vida da mulher.”

Apresentação de HELOÍSA HELENA GOMES BARBOSA, representando o Instituto de Biodireito e Bioética – IBIOS, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

- **A história constitucional brasileira revela uma opção pela não inclusão do direito à vida desde a concepção**

No processo constituinte de 1988 tentou-se incluir o marco temporal de início à proteção à vida. **A sugestão foi negada.** O artigo 5º remete a pessoas já nascidas: brasileiros e estrangeiros não podem ter o direito à vida violado.

Memorial da DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, apresentado ao Supremo Tribunal Federal para a audiência pública no dia 6 de agosto de 2018.

“Houve tentativa de se embutir na Lei Maior da República a proteção ao ser humano desde a sua concepção. É o que o que noticiam os anais da Assembléia Nacional Constituinte de 1986/1987”. A sugestão foi avaliada “como não convincente o bastante para figurar no corpo normativo da Constituição”.

Supremo Tribunal Federal. Trechos do Voto do Min. Relator Ayres Britto na ADI 3510, citados na ementa da ação.

O STF RECONHECEU

“O Magno Texto Federal não dispõe sobre o início da vida humana ou o preciso instante em que ela começa. Não faz de todo e qualquer estágio da vida humana um autonomizado bem jurídico, mas da vida que já é própria de uma concreta pessoa, porque nativiva [...] E, quando se reporta a “direitos da pessoa humana” e até a “direitos e garantias individuais” como cláusula pétrea, está falando de direitos e garantias do indivíduo-pessoa”.

Supremo Tribunal Federal. Trechos do Voto do MIN. RELATOR AYRES BRITTO na ADI 3510, citados na ementa da ação.

- **Descriminalizar o aborto faz parte da adoção de políticas mais eficazes de proteção à vida**

A criminalização do aborto não é medida eficaz para proteger a vida em potencial.



"Com frequência, se alega que descriminalizar seria deixar de proteger a vida. Mas não é isso. Ainda que haja vida, a descriminalização significa apenas que a sua tutela não será a tutela penal, e tutela penal não é sinônimo de tutela jurídica".

Apresentação de CRISTINA TELLES, representando a Clínica de Direitos Fundamentais da UERJ, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

▸ **QUAL É, ENTÃO, A MELHOR SOLUÇÃO PARA PROTEGER A VIDA EM POTENCIAL?**

Descriminalização do aborto + medidas positivas de proteção à gravidez e nascimento

▸ **Quais seriam essas medidas?**

- entender e abordar os fatores de risco para gestações não pretendidas;
- oferecer educação sexual integral;
- promover políticas de planejamento familiar;
- promover condições para gestações e nascimentos saudáveis, por meio do suporte à maternidade, às famílias e aos direitos das crianças.

- **É possível proteger a vida em potencial sem violar os direitos das mulheres**

O Tribunal Constitucional de Portugal, ao manter a constitucionalidade da Lei que exclui a ilicitude do aborto, explicou que “recai sobre o Estado combater os ‘fatores de risco’ [...] por meio de educação e adoção de políticas sociais que favoreçam a concepção responsável, bem como a disposição para continuar a gravidez”.

Tribunal Constitucional de Portugal. Acórdão nº 75/2010.

“Os Estados que protegem efetivamente a vida em potencial promovem educação sexual eficiente sobre contraceptivos, acesso integral à saúde sexual e reprodutiva, oferecem suplementos de ácido fólico para prevenir patologias do feto, proíbem a discriminação no trabalho em razão de gravidez e fomentam a questão igualitária de gênero. Essa fórmula foi resumida pelo tribunal alemão em suas sentenças sobre aborto: se protege mais a vida em potencial trabalhando com as mulheres, e não contra elas”.

Apresentação de VERÔNICA UNDURRAGA, representando a Human Rights Watch, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



A experiência do Canadá revela que medidas como essas são eficazes. A descriminalização do aborto foi acompanhada de melhorias na política e serviços de saúde. Dentre essas melhorias esteve a ampliação do uso de contraceptivos e da educação sexual. No país, as taxas de aborto estão em declínio desde a década de 90.

Apresentação de REBECCA COOK, representando o Consórcio Latinoamericano contra o Aborto Inseguro (CLACAI), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Na Romênia, em 1990 (ano seguinte à descriminalização do aborto) foi desenvolvida uma política de planejamento familiar, que contou com o desenvolvimento de uma rede de clínicas e de uma política de treinamento de médicos para o oferecimento desse serviço. Isso fez com que a taxa de uso de métodos contraceptivos modernos, que era inferior a 20% em 1993, ficasse acima de 60%. Lembrando que entre 1990 e 2010 houve uma queda de 94% no número de abortos.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women’s struggle to manage their fertility. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2013.

7. Ainda não estou convencido...

- "A melhor saída não é prevenir?"

Sim, a melhor saída é sempre a prevenção. Mas métodos contraceptivos falham: nenhum é 100% eficaz e, se nem a ciência pode garantir que um método não falhará, não é justo ameaçar mulheres de cadeia ou morte por um cuidado que pode fugir ao seu controle.

Índice de falha de contraceptivos (1 ano de uso)

	Uso perfeito	Uso típico
Diafragma	até 6%	até 12%
Camisinha masculina	até 2%	até 18%
Camisinha feminina	até 5%	até 21%

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 2011.

› É preciso considerar a diferença entre o uso perfeito de um método e seu uso típico:



“O uso típico é a regra, e reflete a eficácia de cada método para o casal médio que nem sempre o utiliza de forma correta ou consistente. O uso perfeito é o que dizem as bulas de remédios, a partir dos resultados dos estudos clínicos em que cada indivíduo é monitorado pelos pesquisadores. Poucos casais, se é que algum, conseguem manter o uso de um mesmo método sem falhas, especialmente durante longos períodos de tempo”.

Apresentação de José Gomes Temporão, representando a Academia Nacional de Medicina (ANM), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

› Por que uma mulher erraria no uso de um método?

“Porque ela esquece o medicamento, porque ela sofre violência, porque ela cuida de outros filhos e tem pouco tempo para ela, porque ela mora longe de seu trabalho e são muitas horas por dia em precários transportes públicos, que tornam sua rotina extenuante, porque no posto de sua comunidade o método mais adequado às suas necessidades não está disponível”.

Apresentação de José Gomes Temporão, representando a Academia Nacional de Medicina (ANM) ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

O ideal é que abortos sejam raros, mas oferecidos de forma segura quando por qualquer razão sejam necessários.

- **"Mas se a ciência diz que a vida se inicia desde a concepção, não há o que discutir..."**

› Na verdade, **não há consenso científico sobre quando se inicia a vida humana.**

Embriologistas podem dizer que é a partir de implantação do embrião; neurocientistas, que é quando a atividade cerebral se inicia.

Desde, pelo menos, 1981, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (NAS) reconhece que a ciência não é capaz de responder à pergunta sobre quando a vida humana se inicia.

JOHNSEN, Dawn. The Creation of Fetal Rights: Conflicts with Women 's Constitutional Rights to Liberty, Privacy, and Equal Protection. Yale Law Journal, 1986.

› **O que a ciência sabe dizer sobre a vida?**

A ciência apenas sabe responder o que é vida a nível celular. Uma célula está viva quando tem capacidade de criar cópias dela mesma e de se dividir em duas.

Evidências científicas revelam que grande parte dos embriões não têm a capacidade de se tornarem seres humanos, seja porque há uma alta taxa de embriões que não são implantados, seja porque muitas gestações falham após o implante. Por isso, **"é possível dizer que nesse processo o que se inicia é a potencialidade de algo, não esse algo em si"**.

Apresentação de HELENA NADER, representando a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

"Organismos superiores não são mais do que comunidades de células originadas por crescimento e divisão de uma única célula fundadora. Podemos nos desenvolver a partir de um único óvulo fertilizado, assim como qualquer outro organismo pode se originar de uma única célula fundadora."

Apresentação de HELENA NADER, representando a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



A ciência não só não responde sobre quando se inicia a vida como não é capaz de encerrar um debate sobre direitos.

› Ao descriminalizar o aborto o Brasil estará cumprindo com suas obrigações internacionais

O Brasil fez parte da elaboração e ratificou documentos normativos e principiológicos que consolidam os **direitos sexuais e reprodutivos das mulheres** enquanto **direitos humanos fundamentais**, que não são incompatíveis com a proteção do direito à vida.

O aborto é peça fundamental de uma demanda para exercer esses direitos.

› Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979):

Reconhece os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O Comitê que monitora a sua aplicação emitiu, em 2014, recomendação de que os Estados-parte modifiquem suas leis que restringem o acesso ao aborto.

Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, 2014.

› Conferência de Cairo (1994):

Determina que os estados promovam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e garantam que elas controlem sua própria fertilidade.

Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo. Cairo, 1994.

› Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995):

Informa que a violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres pode limitar suas oportunidades e o exercício de outros direitos.

Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995.

› Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006):

Reconhece de maneira específica os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência. Afirma que faz parte desse direito a possibilidade de exercer o planejamento familiar, decidindo sobre o número e espaçamento de filhos.

BRASIL. Decreto nº 6.949/09.

A Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos reconhecem o direito ao aborto como compatível com a Convenção Americana de Direitos Humanos

O Brasil reconhece a Corte Interamericana de Direitos Humanos como competente para interpretar a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica).

BRASIL. Decreto nº 4.463/02.

A Convenção, em seu artigo 62, afirma que a competência para interpretá-la é da Corte Interamericana de Direitos Humanos, desde que os Estados reconheçam a referida competência.

BRASIL. Decreto nº 4.463/02.

› O que a Corte Interamericana de Direitos Humanos já entendeu sobre a descriminalização do aborto?

Dispõe o Pacto de São José da Costa Rica:

Artigo 4.1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, **em geral**, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

A Corte entendeu que a **cláusula “em geral” permite o balanço entre os direitos e interesses em conflito e que o embrião deve receber proteção gradual, não equiparada à proteção garantida à pessoa, para que não sejam feridos de maneira desproporcional os direitos das mulheres.**

Corte Interamericana de Direitos Humanos. Sentença de 28 de novembro de 2012. / Apresentação de JOSÉ HENRIQUE RODRIGUES TORRES, representante do Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



“É exatamente por isso que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, reconhecendo a necessidade de um juízo de ponderação entre os direitos fundamentais da mulher e os interesses relativos à proteção de uma vida em potencial afirmou que a descriminalização do aborto não viola o direito à vida, ainda que protegido pela Convenção Americana em geral desde a concepção, nos termos do seu artigo 4º”.

Apresentação de JOSÉ HENRIQUE RODRIGUES TORRES, representando o Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

Esse entendimento já havia sido consolidado na Resolução nº 23/81 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos: segundo a Resolução, a cláusula “em geral” foi inserida para acomodar as legislações dos países signatários que já previam hipóteses de aborto legal.

Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Resolução nº 23/81.



“No julgamento do caso “Baby Boy vs. Estados Unidos” (1981), a Corte já havia deixado claro o seu posicionamento acerca da possibilidade de o aborto se tornar uma das exceções permitidas pelo uso da expressão em geral, contida no artigo 4.1, ao rejeitar o pedido de condenação do estado pela legalização do aborto em Massachusetts. Na ocasião, a Corte embasou sua decisão justamente no fato de redação do tratado prever a locução “em geral”, o que torna o texto substancialmente diferente da versão mais curta apresentada pelos peticionários, que considerava que “toda a pessoa tem o direito que se respeite a sua vida desde o momento da concepção”.

Apresentação de CAMILA SILVA NICÁCIO, representando a Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

› Além disso...

Invocar disposições da Convenção Interamericana para não cumprir as obrigações internacionais de respeitar os direitos fundamentais das mulheres violaria o princípio da boa-fé.

Apresentação de SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ALARCÓN, representando o Center for Reproductive Rights, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.



"Mas a autorização do aborto não implicaria em possibilidade de discriminação e eugenia?"

Não. Decisões reprodutivas individuais não são capazes de promover políticas eugênicas.

Dizer o contrário significa responsabilizar mulheres e meninas pela negligência do Estado na promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

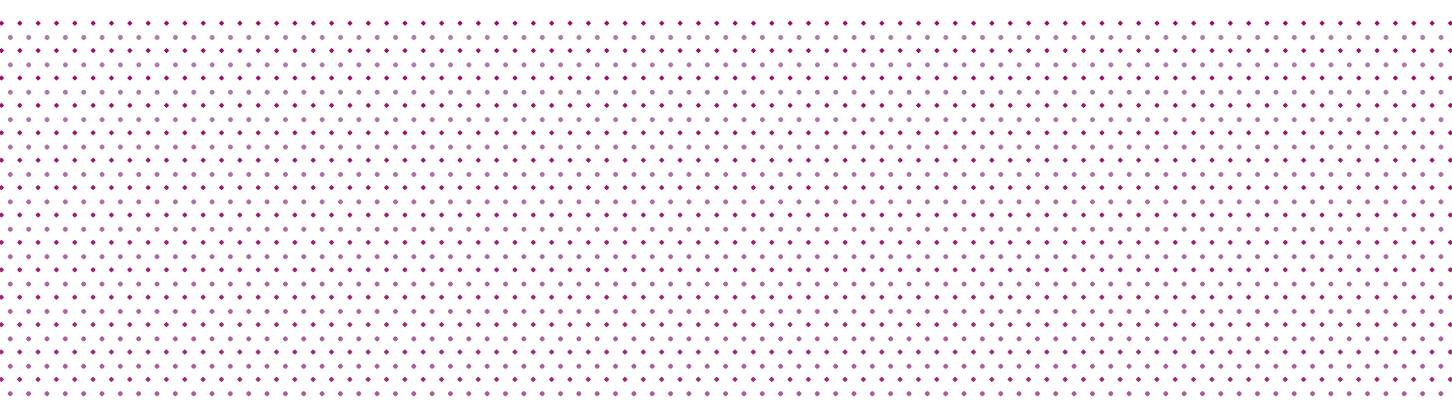
Mulheres que abortam quando marcadores genéticos para a deficiência são identificados podem sentir medo do desamparo por parte do Estado, das comunidades ou das famílias. E com razão: o cenário atual ainda é de negligência em relação aos direitos das pessoas com deficiência.

As mães de crianças com doenças raras graves no Brasil, além de desamparadas pelo Estado, com frequência são abandonadas por seus companheiros. Em 2012, estimou-se que 78% dessas mulheres foram abandonadas até seus filhos completarem cinco anos. Com isso, elas passam a ser as únicas cuidadoras da criança e responsáveis pela manutenção financeira do lar.

DIAS, Adriana. Ações para doenças raras no Brasil: Desafios à saúde pública, imperativo em direitos humanos, 2012.

As mulheres com deficiência enfrentam ainda mais dificuldades que as demais mulheres para acessar direitos sexuais e reprodutivos.

Por que? Há na sociedade uma **visão equivocada e discriminatória** de que as pessoas com deficiência não possuem necessidades relacionadas ao livre exercício da sexualidade.



Quais são as consequências dessa visão discriminatória para as mulheres com deficiência?

Barreiras arquitetônicas e atitudinais para o acesso à saúde sexual e reprodutiva:

- as instalações e os equipamentos de saúde, em geral, são **incompatíveis com as necessidades específicas das mulheres com deficiência**. Isso dificulta os cuidados em saúde;
- elas enfrentam **dificuldades ainda maiores para conversar com profissionais e receber informações confiáveis sobre contraceptivos**;
- não ter informações confiáveis é ainda mais perigoso para elas: a pílula contraceptiva, por exemplo, exacerba o risco de formação de coágulos sanguíneos ao qual as mulheres cadeirantes já estão sujeitas - apenas para citar uma das particularidades a que essas mulheres estão sujeitas.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reproductive Rights: What Do They Mean for Disabled Women?, 2017. / GESSER, Marivete et al. Psicologia, Sexualidade e Deficiência: Novas Perspectivas em Direitos Humanos. Psicol. cienc. prof., 2014.



O risco de sofrer violência sexual é maior para uma menina com deficiência do que para uma menina sem deficiência.

BARROS, Ana Cláudia et al. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Cad. Saúde Pública, 2016.

Tudo isso torna o aborto uma demanda fundamental das mulheres com deficiência para que possam decidir se têm condições e se dispõem do apoio necessário para o projeto da maternidade.

Apresentação de ADRIANA DIAS, representando o Instituto Baresi, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018.

A situação de maior vulnerabilidade das mulheres com deficiência no acesso à saúde sexual e reprodutiva torna ainda mais urgente a descriminalização do aborto.

- **"Mas o Brasil é um país de maioria cristã e o cristianismo rejeita o aborto"**

É preciso lembrar: o Estado brasileiro é laico

Um ditame religioso, ainda que seja consensual dentro das religiões, não pode reger as leis do Estado.

- **Isso significa que o Estado deve ignorar as religiões?**

Não, as religiões devem ser ouvidas. No entanto, **decisões legislativas, judiciais e políticas públicas devem ser formuladas à luz do direito e dos princípios da justiça.**

Assim disse o Ministro Marco Aurélio na ADPF 54: **os argumentos religiosos devem ser expostos "em termos cuja adesão independa dessa ou daquela crença".**

Além disso, a descriminalização do aborto e a tradição religiosa não são incompatíveis:

Há quem defenda que as construções feitas acerca do cristianismo para condenar o aborto são descontextualizações do texto bíblico: há argumentos bíblicos-teológico-pastorais que não condenam o aborto.

É o que foi verificado a partir de releituras hermenêuticas da bíblia sob uma perspectiva de gênero que vêm sendo realizadas por teólogos e teólogas desde o início do século XX.

Dentro de religiões, há dissenso sobre como se tratar a questão do aborto

- **Nem sempre o aborto foi visto como um pecado:**

"É bom lembrar que somente na 2ª metade do século XIX, em 1861, o aborto foi declarado um pecado, sem nunca ter se tornado objeto de dogma. Mas os debates internos continuaram".

Apresentação de MARIA JOSÉ ROSADO, representando o Católicas pelo Direito de Decidir, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.



› Tampouco há consenso, dentro das religiões, quanto ao início da vida:

A **tradição hebraica**, por exemplo, entende que **a vida absoluta só acontece a partir do nascimento**.



“Deus coloca diante de nós a vida e a morte, mas nos indica que devemos escolher a vida. A pergunta é: o que significa escolher a vida? Qual vida? A vida de quem? Qual aspecto da vida? Saúde mental também é vida”.

Apresentação de MICHEL SCHLESINGER, representando a Confederação Israelita do Brasil, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.



“A ordenação sacerdotal não nos dá o poder de julgar. Nossa missão é essencialmente servir e amar, como o próprio Cristo fez. Seu exemplo de defesa firme e corajosa das mulheres é digno de registro. Lembro o caso da mulher adúltera que foi condenada à morte por apedrejamento e, depois de defendê-la, livrando-a dos apedrejadores, Jesus lhe disse: “Mulher, eu tampouco te condeno” (João 8 11).”

Apresentação da pastora LUSMARINA CAMPOS GARCIA, representando o Instituto de Estudos da Religião (ISER), ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

› Foi esta a posição em que o Papa Francisco se colocou quando estendeu aos padres a possibilidade de oferecer o perdão às mulheres que tivessem abortado.

Papa Francisco autoriza o perdão da Igreja Católica às mulheres que abortaram

Francisco já havia concedido temporariamente a graça durante o Jubileu da Misericórdia

“Penso, de forma especial, em todas as mulheres que recorreram ao aborto. Conheço bem os condicionamentos que as conduziram a essa decisão.”

Papa Francisco

› O papel da religião deve ser o de acolher, compreender e oferecer compaixão às mulheres.

“[Nós, religiosos] temos uma oportunidade de ser relevantes em um momento tão crítico na vida de uma mulher e de seu entorno. Somente o seremos se a nossa postura for de acolhimento”.

Apresentação de MICHEL SCHLESINGER, representando a Confederação Israelita do Brasil, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

“Não é de se admirar que a Igreja mude. Historicamente, ela sempre mudou quando percebeu que as sociedades mudavam. Foi assim em relação à escravidão e foi assim em relação aos direitos humanos. Recentemente, mais uma mudança: A condenação da pena de morte, por tanto tempo aprovada pela Igreja. Por que não poderia reconsiderar sua posição em relação ao aborto?”

Apresentação de MARIA JOSÉ ROSADO, representando o Católicas pelo Direito de Decidir, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 6 de agosto de 2018.

- **Recorrer a um aborto pode ser uma decisão responsável para o cuidado e bem-estar das famílias. Cabe ao Estado proteger e prevenir, não condenar mulheres à cadeia ou à morte**
-



“Tenho um contrato de trabalho temporário no IBGE, e nessa data ele se encerra sem a possibilidade de renovação. [...] Seremos três pessoas passando necessidades, não conseguindo pagar meu aluguel, sem ter dinheiro para comprar comida e com toda essa dificuldade ainda terei um bebê a caminho.”

“Estou cursando o quinto semestre do curso de Direito, curso este onde eu possuo uma bolsa integral pelo PROUNI e é o passaporte da minha família para uma vida melhor. Continuar com essa gestação significa também interromper por prazo indeterminado a conclusão desse sonho.”

“Não sou uma mulher irresponsável, estava trocando de uso de um contraceptivo por outro. Como não possuo convênio médico, todo procedimento é feito pelo SUS, onde todo e qualquer procedimento é moroso. Não quero ser presa e muito menos morrer. Não parece ser justo comigo.”

REBECA MENDES, estudante e mãe de dois meninos, Felipe de 6 e Thomas de 9 anos



“[Pedro era] tão miudinho que cabia na minha mão. Passou 6 meses no CTI com múltiplas intercorrências enquanto tentava ganhar peso. [...] Com 1 ano e 2 meses, veio o diagnóstico de uma complexa síndrome neurológica associada com a falência renal. [...] Pedro sobrevive porque é bem cuidado, sobrevive porque é amado, sobrevive porque pudemos cuidar dele integralmente quando Marisa engravidou novamente. Ele ainda pesava pouco mais do que 2 quilos de açúcar. Queríamos mais filhos. Havia muita dificuldade no cuidado diário dele. Mas jamais desistimos do sonho de família grande, só não podia ser naquela hora. “

“Precisamos do aborto não por sermos irresponsáveis ou mesquinhos, mas porque erramos no uso de métodos ou talvez porque eles falharam, e queríamos ser bons pais de nosso filho eterno.”

“Falar em autonomia é reconhecer que o meu papel ao lado de Marisa era cuidar de Pedrinho, dela e de nossos outros filhos. Era o de respeitar a melhor decisão para ela.”

Apresentação de SÉRGIO REGO, representando a Sociedade Brasileira de Bioética, ao Supremo Tribunal Federal na audiência pública, no dia 3 de agosto de 2018. Sérgio é marido de Marisa e pai de Pedro.

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Associação Médica Mundial. Declaração de Genebra. Chicago: 2017. Disponível em: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>>. Acesso em 29 jan. 2019.

BARROS, Ana Cláudia Mamede Wiering de; DESLANDES, Suely Ferreira; BASTOS, Olga Maria. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00090415.pdf>>. Acesso em 5 jul. 2018.

BERHAN, Yifru; BERHAN, Asres. Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death. Ethiopian Journal of Health Sciences, p. 15-28, set. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249203/>>. Acesso em 29 jan. 2019.

BIGGS, Antonia et al. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, p.169-178, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27973641>>. Acesso em 29 jan. 2019.

BOONSTRA, Heather et al. Abortion in Women's Lives. New York: Guttmacher Institute, 2006. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Decreto nº 4.463, de 8 de novembro de 2002. Promulga a Declaração de Reconhecimento da Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4463.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3ª edição. Brasília: 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília: 2018. 218 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/07/Rename-2018-Novembro.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. SVS – Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Mortalidade materna segundo tipo de causas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c18.def>>. Acesso em 04 jul. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. ADI nº 3310. Relator: Ministro Ayres Britto. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. ADPF nº 54. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>>. Acesso em 29 jan. 2019.

BRIOZZO, Leonel et al. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/27577021>>. Acesso em 29 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1931/2009. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros (“Fecundação in vitro”) vs. Costa Rica. Sentença de 28 de novembro de 2012 (exceções preliminares, mérito, reparações e custas). Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DIAS, Adriana. Ações para doenças raras no Brasil: Desafios à saúde pública, imperativo em direitos humanos. São Paulo: Instituto Baresi, 2012. Disponível em: <<https://institutobaresi.wordpress.com/2012/06/05/um-trecho-relatorio-baresi/>>. Acesso em 04 jul. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

FAÚNDES et al. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, n. 2, p.89-96, 2004, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 29 jan. 2019.

GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, v. 390, p. 2372-2381, nov. 2017. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanceta/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanceta/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)>. Acesso em 29 jan. 2019.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique. Psicologia, Sexualidade e Deficiência: Novas Perspectivas em Direitos Humanos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 34, n. 4, p. 850-863, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000400850-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2018.

GRIMES, David et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, v. 368, p. 1.908-1919, nov. 2006. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69481-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext)>. Acesso em 29 jan. 2019.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, v. 39, jan. 2013. Disponível em: <<https://srh.bmj.com/content/39/1/2>>. Acesso em 29 jan. 2019.

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES. Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels. Disponível em: <<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

JOHNSEN, Dawn E.. The Creation of Fetal Rights: Conflicts with Women 's Constitutional Rights to Liberty, Privacy, and Equal Protection. *Yale Law Journal*, v. 95, n. 3, 1986. Disponível em: <<http://digitalcommons.law.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6983&context=ylij>>. Acesso em 19 jul. 2018.

KASSEBAUM, Nicholas et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, v. 384, set. 2014. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/fulltext)>. Acesso em 29 jan. 2019.

LEE, Paul; SHANSON, David. Results of a UK survey of fatal anaphylaxis after oral amoxicillin. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, p. 1172–1179, ago. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761735>>. Acesso em 29 jan. 2019.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. 112 p. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

------. Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, 2014. Fev, 2014. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

..... Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Atas e documentos da Conferência Especializada Interamericana de Direitos Humanos. Nov. 1969. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/Actas-Conferencia-Interamericana-Derechos-Humanos-1969.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2019.

..... COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Resolução nº 23/81. Disponível em <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141a.htm>>. Acesso em 29 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7>. Acesso em 29 jan. 2019.

..... Fact sheet: Preventing unsafe abortion. fev, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>>. Acesso em 29 jan. 2019.

..... Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition, 56 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 29 jan. 2019.

PAZOL, Karen et al. Abortion Surveillance — United States, 2011. Centers for Disease Control and Prevention, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6311a1.htm>>. Acesso em 29 jan. 2019.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório dos Registos de Interrupções da Gravidez - Dados de 2016, 2017. Disponível em: <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-de-ivg-2016-pdf.aspx>>. Acesso em 29 jan. 2019.

..... Tribunal Constitucional. Acórdão nº 75/2010. Relator: Conselheiro Joaquim de Sousa Ribeiro. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20100075.html>>. Acesso em 29 jan. 2019.

RAYMOND, Elizabeth; DAVID, Grimesl. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstetrics and gynecology, fev. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22270271>>. Acesso em 29 jan. 2019.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. British Pregnancy Advisory Service. Reproductive Rights: What do They Mean for Disabled Women? British Pregnancy Advisory Service. Jun. 2017. Disponível: <<https://www.bpas.org/media/2030/reproductive-rights-and-disability-event-write-up-final.pdf>>.. Acesso em 01 jul. 2018.

SAY, Lale et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, v. 2, jun. 2014. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)>. Acesso em 29 jan. 2019.

SINGH, Susheela et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. Guttmacher Institute, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>>. Acesso em 29 jan 2019.

STARRS, Ann et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet, maio 2018. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>>. Acesso em 29 jan. 2019.

THEME FILHA, Mariza et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. Reproductive Health, out. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766945>>. Acesso em 29 jan. 2019.

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. Contraception, maio 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477680>>. Acesso em 29 jan. 2019.

WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health, p. 454–461, mar. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673521/>>. Acesso em 29 jan. 2019.

