

EXCELENTÍSSIMA SENHORA MINISTRA ROSA WEBER, DIGNÍSSIMA RELATORA DA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL - ADPF 442

Ref.: **Petição 69551/2017**, de 17 de novembro de 2017.

A REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS – REDE FEMINISTA DE SAÚDE, organização já qualificada nesse processo, conforme requerimento de admissão no feito na qualidade de **AMICUS CURIAE**, vêm, respeitosamente, por meio de sua procuradora, com fundamento no artigo 6º, §2º da Lei 9.882/99, no artigo 7º, §2º da Lei 9.868/99, no artigo 138 do Novo Código de Processo Civil e no artigo 169 e seguintes do Regimento Interno deste Egrégio Supremo Tribunal Federal, requerer a juntada das **RAZÕES** com as quais objetiva contribuir nesta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 442, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL, que tem por objeto o reconhecimento da não-recepção parcial dos artigos 124 a 126 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2848/1940).

I. SOBRE A PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA, REPRESENTATIVIDADE E CAPACIDADE DA POSTULANTE.

Conforme já descrito no requerimento de admissão de *amicus curiae*, protocolado perante o Supremo Tribunal Federal - STF, em 17 de novembro de 2017, sob número 69551/2017, trata a postulante de entidade de abrangência nacional cujo objetivo é a defesa da saúde integral da mulher e de seus direitos sexuais e reprodutivos e, entre estes, a defesa da descriminalização do aborto. Nesse sentido, a Rede é fundadora e compõe as Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro e a Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, bem como é Ponto Focal da

Campanha 28 de Setembro Pela Descriminalização do Aborto na América Latina e no Caribe¹. Além disso, a Rede é filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe – RSMLAC e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos².

Quanto a sua representatividade, a Rede é composta por um coletivo de pessoas físicas e jurídicas, entidades governamentais e não governamentais, grupos de pesquisas, acadêmicos, fóruns e grupos de direitos, entre outros, e integra diferentes instâncias sociais onde se discute e se delibera sobre saúde da mulher e sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

É importante destacar que desde a sua criação, a Rede Feminista de Saúde tem colaborado não só com a militância feminista, mas com estudos, representações e ações com vistas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, em suas várias dimensões. Na área da produção de conhecimento, a Rede tem publicado e/ou apoiado publicações sobre os temas que lhe são afetos, participando, com essa atitude, da divulgação, conscientização e da luta pelos direitos à saúde integral e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Entre as publicações encontram-se artigos, cartilhas, dossiês, relatórios de pesquisas entre outros³. Entre as ações, destacam-se:

- atuação nos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna a nível nacional e nos estados, apoiando treinamentos, normatizações e deliberações;
- reivindicação e atuação para implantar o parto Humanizado e abolir a violência obstétrica, bem como para implantar o direito de acompanhante;

¹REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Apresentação. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/institucional.php>>. Acesso em: 19 out..2017.

² Idem.

³ São exemplos de publicação da Rede Feminista de Saúde: Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher (2000), com apoio do Ministério da Saúde, disponível em:<<http://redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/cartilhas-e-cadernos/002.pdf>> Acesso em 07 nov.2017; Saúde Materna Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos (s/d), com apoio da UNICEF, disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/cartilhas-e-cadernos/003.pdf>>, acesso em 07 nov. 2017; Dossiê Aborto Inseguro (2001), apoio: Fundação Ford, disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/010.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

- participação nas oficinas da ONU Mulheres, apoiando a questão das mulheres e crianças afetadas pelo Zika vírus;
- preparação e realização das Conferências para Saúde das Mulheres em todos os Estados, e nas Conferências nacionais e estaduais de saúde, formulando propostas em favor das mulheres;
- participação nos Conselhos de Direitos da Mulheres nacional, estaduais e municipais.

Enfim, a RFS participa em muitos espaços de forma ativa e permanente, diferentemente dos militantes das igrejas, políticos e juristas, que desconhecem este cenário, mas postulam sobre a vida das mulheres.

Tem-se, portanto, que a Rede, ora postulante, tem interesse e legitimidade para atuar na causa em discussão da ADPF 442, bem como representa o interesse de número significativo de pessoas e instituições, além de, por seu desempenho ao longo dos últimos 26 anos, ter capacidade para oferecer aos excelentíssimos julgadores material para reflexão sobre o tema discutido por esse STF. E, por preencher os requisitos de admissibilidade à causa, na posição de *amicus curiae*, passa à apresentação dos argumentos **A FAVOR** da descriminalização da interrupção voluntária da gravidez – IVG, que, no Código Penal Brasileiro, se denomina aborto provocado⁴.

II. ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAM A DESCRIMINALIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ.

A Rede Feminina de Saúde apresenta, a seguir, argumentos que apoiam a descriminalização da IVG no Brasil. Sendo uma organização voltada para a saúde da mulher, esses argumentos contemplarão prioritariamente essa perspectiva com enfoque na saúde pública, sem deixar de relacionar o Direito à Saúde aos Direitos Humanos das Mulheres, através do exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Nesse sentido, ao se restringir a discussão, nessa petição, a esses dois pontos principais, não se estará desconsiderando os demais, mas, apenas, a petição terá por foco a área de expertise da Rede.

⁴ Por considerar que o termo aborto refere-se tanto ao aborto criminalizado, quanto o espontâneo e ao autorizado legalmente, nessa peça o termo Interrupção Voluntária da Gravidez – IVG será preferencialmente utilizado para caracterizar o aborto induzido a partir da decisão da mulher.

A Rede Feminista de Saúde abordará a questão do Aborto como "Problema de Saúde Pública", uma vez que constitui um agravo com alta magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Alta magnitude porque incide de forma expressiva sobre a população feminina em idade fértil; alta transcendência porque determina graves consequências à saúde física e mental das mulheres, impacta as famílias quando ocorre o óbito materno e representa um alto custo ao sistema de saúde, ao mesmo tempo que é um agravo que pode ser controlado por medidas de promoção e prevenção. Entre essas medidas estão a garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, métodos contraceptivos e o aborto seguro, sendo os óbitos maternos por aborto totalmente evitáveis, tendo portanto alta vulnerabilidade. As medidas que podem controlar e prevenir as sequelas e mortes por aborto já foram adotadas no mundo desenvolvido e são comprovadamente eficazes.

Nesta perspectiva os argumentos serão apresentados nos seguintes tópicos: **II.1** Interrupção voluntária da gravidez como realidade social; **II.2** Consequências da criminalização da interrupção voluntária da gravidez: a). Aborto inseguro como problema de saúde pública no Brasil e b). O aborto inseguro e as consequências para a saúde das mulheres; **II.3** A Interrupção voluntária da gravidez no contexto dos Direitos Humanos: a) Interrupção voluntária da gravidez na CEDAW; b). Interrupção voluntária da gravidez no Programa de Ação da Conferência do Cairo; c) Interrupção voluntária da gravidez na Declaração de Pequim; d) Interrupção voluntária da gravidez na Convenção de Belém do Pará; **II.4** Providências do governo brasileiro em resposta aos documentos internacionais de Direitos Humanos das mulheres; **II.5** Penalização das mulheres pela prática da interrupção voluntária da gravidez no Brasil; **II.6** Conclusões.

II.1 INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ COMO REALIDADE SOCIAL.

Diferentes estudos, pesquisas e documentos oficiais têm demonstrado que a IVG, no mundo e no Brasil, é uma realidade social. Cita-se Portugal

como exemplo⁵, onde, na década de 1970, estimava-se que ocorriam cerca de 20 mil abortos/ano não autorizados legalmente, portanto, 200 mil abortos só nesta década, sendo que 2% desse total (cerca de 2.000) resultavam em morte da mulher. Portugal foi um dos últimos países da Europa que despenalizou o aborto e somente em 2007 aprovou a Lei 16/2007, que autorizou a interrupção voluntária da gravidez até dez semanas de gestação. A descriminalização possibilitou maior acesso a informações e uma recente avaliação dos Dez Anos de IVG em Portugal⁶ apontou gradativa queda do número dos casos de interrupção voluntária da gravidez, passando de 18.607 em 2008 (primeiro ano de legalização do aborto) para 15.873 em 2015, uma redução de 10%. Ao mesmo tempo, observou-se aumento do uso de contraceptivos e redução da mortalidade materna de 14 óbitos entre 2001 e 2007, para um óbito entre 2008 e 2012, e, após 2012, zero óbito materno. Considerando-se a saúde pública, o balanço dos números em Portugal foi considerado positivo, especialmente pela erradicação de mortes maternas no país.

Experiência ainda recente, e única por ora na América Latina, a legalização do aborto no Uruguai merece ser citada. Depois de décadas de mobilização feminista, pressão social e debate legislativo foi aprovada, em 2012, a Lei nº 18.987⁷ que regulamenta prazos e condições para a IVE- *Interrupción Voluntaria del Embarazo*, a qual somente pode ser realizada na rede de serviços do Sistema Nacional Integrado de Saúde - SNIS. A interrupção da gravidez sempre tem como ponto de partida a solicitação da mulher perante um médico, seguida de uma consulta com equipe interdisciplinar do SNIS e a confirmação da decisão da mulher após no mínimo 5 dias, podendo o procedimento ser realizado até a 12ª semana de gestação. Em caso de gravidez resultante de estupro, o prazo se estende para 14

⁵MONTEIRO, Rosa. A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. Rev. Análise Social do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, nº 204, vol. ILVII, 2012, verão *on-line*, disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_204_d01.pdf>. Acesso em 07 nov. 2017.

⁶EXPRESSO. Há menos abortos, menos reincidência e nenhuma mortalidade materna: 10 anos de IVG. Disponível em: <<http://expresso.sapo.pt/multimedia/259/2017-07-17-Ha-menos-abortos-menos-reincidencia-e-nenhuma-mortalidade-materna-10-anos-de-IVG>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

⁷URUGUAY. Ley nº 18987 –Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto. 2012. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

semanas e em situações de risco de vida para a mãe ou malformação fetal não há limites de prazo.

Por ocasião do 14º EFLAC- Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe - realizado de 22 a 26 de novembro de 2017, em Montevidéu, foram apresentados os primeiros resultados desses 5 anos de aplicação da IVE no Uruguai, com dados coletados, analisados e sistematizados pelo *Observatorio Nacional em Genero y Salud Sexual y Reproductiva* e a ONG *Mujer y Salud* em Uruguai, e publicados em 2017⁸. A quantidade de IVE realizadas a cada ano diz respeito ao total do país e a fonte dos dados é o Ministério da Saúde. Para os demais aspectos qualitativos, os dados se referem ao levantamento realizado em parte dos serviços. Foram monitoradas 19 localidades de 10 departamentos do país, que abrangem 64% da população total, entre os anos de 2013 e 2017 e, além da IVE, foram acompanhados outros aspectos de interesse para a saúde reprodutiva como a assistência ao pré-natal/parto, incidência de HIV, violência sexual, atenção aos adolescentes, e anticoncepção.

Em 2016 foram 9.179 procedimentos e nos quatros anos, 34.589 IVE's realizadas. Constatou-se que os procedimentos foram realizados em 98,8% dos casos apenas com o uso de medicação, o que demonstra a facilidade de uso e eficácia do método.

A partir do número de atendimentos realizados em 2016, a **taxa média de aborto legal no Uruguai é de 11,5 IVE's por mil mulheres entre 15 e 49 anos**, sem variações expressivas por faixa etária. Essa taxa aponta para um valor bastante inferior ao da taxa média da Europa Ocidental - região onde o aborto é legal há décadas - de 19 abortos por mil mulheres de 15 a 44 anos, entre 2010-2014. Dessa forma, conclui-se, é esperado que o número anual de procedimentos legais continue a subir nos próximos anos no Uruguai, antes de se estabilizar.

⁸ OBERVATÓRIO NACIONAL EM GÉNERO Y SALUD SACUAL Y REPRODUCTIVA/MUHER Y SALUD. Servicios legales de aborto em Uruguay. – Logro y desafíos de su funcionamiento. Montevideo, 2017. Disponível em: <https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/folleto_20obs_10-19_web>. Acesso em 04 dez. 2017.

Comparando-se ao número estimado de abortos ilegais que ocorriam antes da lei, entre 16 mil a 33 mil por ano no país, conforme o Instituto Guttmacher, as estatísticas oficiais inferiores a dez mil IVE's por ano estariam demonstrando que ainda ocorrem procedimentos ilegais. Isso ocorre por vários motivos: gravidez fora do prazo, desconhecimento, falta de acesso ou desconfiança dos serviços legais. Isso pode ser atestado pelo registro de dois óbitos maternos, ambos em situação de aborto ilegal, em condições inseguras, entre 2013 e 2017.

O monitoramento mostrou, ainda, que em vários serviços, especialmente em localidades do interior do país, o atendimento é prejudicado devido ao alto índice de médicos que alegam “objeção de consciência” para atender as mulheres que desejam uma IVE e este é um dos desafios a serem superados no sistema, apontados na apresentação. Outro desafio é capacitar os médicos para utilizarem a técnica da AMIU - aspiração manual intrauterina, que ainda não está disponível no SNIS, e conseguir que seja amplamente utilizada como é recomendada pela OMS e já ocorre em outros países. A AMIU, utilizada em substituição ao uso rotineiro da curetagem uterina, é indicada para situações em que a medicação não é indicada ou é insuficiente.

No Brasil, por sua vez, dados reais não estão disponíveis e as estimativas e dados sobre aborto (legal ou induzido) variam bastante entre os estudos e pesquisas. O documento temático Igualdade de Gênero⁹, publicado pela ONU Brasil, informa em seu item 4. VIII que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são realizados no Brasil cerca de 1 milhão de abortos clandestinos/ano, sendo as mulheres negras as mais expostas a essa situação. Por outro lado, o Ministério da Saúde registra quase 200 mil internações anuais pelo SUS, por complicações pós-aborto¹⁰. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Aborto¹¹, publicada em 2016, estimou a ocorrência de 500 mil abortos induzidos/ano e demonstrou que “aos 40 anos, quase uma em

⁹ ONU Brasil. Documento Temático: Igualdade de Gênero. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-5-Igualdade-de-Genero-editorado_11junho2017.pdf>. Acesso em 22 nov. 2017.

¹⁰ Idem.

¹¹ DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo e MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência e Saúde Coletiva: 22(2):653-660; 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

cada cinco das mulheres brasileiras fez um aborto”¹², porém, tal número pode ser maior uma vez que não foram incluídas mulheres da área rural e analfabetas devido a metodologia aplicada no estudo que previa questionários auto aplicados. A pesquisa demonstra, ainda, que a negação ou a obstaculização sem justificativa ao acesso ao aborto quando há previsão legal para sua execução ou o acesso a serviços de emergência em decorrência de abortos são ainda uma realidade no Brasil. Outra pesquisa de Diniz e Madeiro, informa que dos 63 serviços para aborto legal, apenas 37 estavam em funcionamento à época da pesquisa, sendo que, muitas vezes, os profissionais alegavam objeção de consciência para não realizar o procedimento. E, ainda mais, tentavam convencer as mulheres a seguir com a gestação ou ainda, contrariando a legislação, exigiam que vítimas de violência sexual apresentassem boletim de ocorrência ou decisão judicial – quando o correto era solicitar uma declaração por escrito¹³. Estas falhas podem fazer com que mulheres busquem por práticas abortivas clandestinas com suas consequências.

Considerando que apenas pequeno número de abortos são realizados como “aborto legal”, seja ou não com autorização judicial, fica demonstrado que abortos ocorrem independentemente de serem criminalizados ou não, ou seja, é uma realidade social. E, como tal, a criminalização de abortos não protege “vidas” de mulheres ou de embrião. Pelo contrário, apenas agrava a saúde das primeiras, além de lhes violar Direitos Sexuais e Reprodutivos.

II.2 CONSEQUÊNCIAS DA CRIMINALIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

A criminalização da interrupção da gravidez não diminui a prática do aborto, bem como a descriminalização não provoca o aumento do número de

¹² Idem, p. 659.

¹³ MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016 *apud* ONU Brasil. Op. cit.

abortos. Essa afirmativa é veiculada pela Organização Mundial de Saúde que, em publicação de 2013¹⁴ informa:

*As restrições legais ao abortamento não ajudam a diminuir o número de abortamentos nem a aumentar as taxas de natalidade. E, inversamente, as leis e políticas que facilitam o acesso ao abortamento seguro não aumentam a taxa ou o número de abortamentos*¹⁵.

Ao contrário, países que descriminalizaram o aborto tiveram redução em suas taxas, como ocorreu em Portugal, referido anteriormente, ou na França. Neste, a descriminalização da IVG ocorreu através de lei aprovada em 1974 – Lei Veil – e hoje a França é um dos países com uma das maiores taxas de fecundidade/ano da Europa, registrando menos de uma morte/ano em decorrência da interrupção da gravidez¹⁶. Segundo Carmen Barroso, cientista social brasileira premiada pela ONU e assessora da mesma organização para questões de sexualidade, a descriminalização do aborto traz dois resultados distintos: a diminuição de abortos e a diminuição de mortes maternas.¹⁷

Por outro lado, a criminalização do aborto traz consequências nefastas para a sociedade e para a mulher, destacando-se consequências econômicas, custos emocionais e custos à saúde da mulher que muitas vezes morre em função do atendimento precário, resultado de um aborto inseguro. Por aborto inseguro entende-se, conforme conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS, como:

um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades

¹⁴OMS. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª ed., OMS: 2013. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf> Acesso em: 11 nov. 2017.

¹⁵ Idem, p. 90.

¹⁶ CARTA CAPITAL. 17 de janeiro: 40 anos de aborto legal na França. 2015. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/17-de-janeiro-40-anos-de-aborto-legal-na-franca-5605.html>>. Acesso em 18 nov. 2017.

¹⁷ CARTA CAMPINAS. Número de mortes de mulheres e de abortos diminui com descriminalização. 2015. Disponível em: <<http://cartacampinas.com.br/2015/01/numero-de-morte-de-mulheres-e-de-abortos-diminui-com-descriminalizacao/>> Acesso em: 18 nov. 2017.

*necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos*¹⁸.

Para a OMS, o abortamento inseguro é praticado em função da impossibilidade ou dificuldade de acesso das mulheres ao procedimento seguro, determinando graves consequências à saúde e vida das mulheres¹⁹. O tema é tão grave e relevante que a OMS e ONU estabeleceram a necessidade de sua discussão entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 1990-2015), como segue:

*O abortamento inseguro, uma causa evitável de mortalidade e morbidade maternas, deve ser abordado como parte do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo à melhoria da saúde materna e de outros objetivos e metas internacionais de desenvolvimento*²⁰.

Posteriormente, com a definição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 2016-2030), que sucedeu os ODM, a ONU e seus estados membros estabeleceram o ODS 5 – Alcançar a Igualdade de Gênero e Empoderar todas as Mulheres e Meninas, que visa ampliar a garantia dos direitos a todas as mulheres e meninas. Segundo a ONU Brasil, o ODS 5,

*recupera e reafirma princípios contidos nas principais normas internacionais relativas aos direitos humanos das mulheres, tais como: a Convenção para Eliminar Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), o Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Plataforma de Ação de Pequim – todas ratificadas pelo Estado Brasileiro.*²¹

E, entre os objetivos estabelecidos no mesmo ODS-5, está o seguinte:

¹⁸OMS. Abortamento Seguro, op. cit., p. 18.

¹⁹ Idem.

²⁰ WHO. Resolution WHA 57.12 in Fifth-seven World Health Assembly. Genebry, may 2004, p. 17-22, *apud* OMS. Abortamento seguro ... op. cit. p. 18.

²¹ ONU BRASIL, op. cit., Sumário Executivo.

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.²²

No que se refere a saúde das mulheres, avalia-se nestes relatórios que permanecem como obstáculos à garantia plena dos direitos das mulheres e meninas, a oferta e acesso a métodos contraceptivos e ao aborto legal²³.

a. Aborto inseguro como problema de Saúde Pública no Brasil.

O Brasil não atingiu a meta do 5ºODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que pretendia melhorar a saúde materna e reduzir em 75% a Razão de Mortalidade Materna entre 1990-2015. Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, taxa ainda seis vezes maior que a de países desenvolvidos. E o aborto permaneceu entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil²⁴.

Além do 5º ODS já referido, foi incluído entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável um outro grande objetivo relacionado à saúde, o ODS 3 – Assegurar vidas saudáveis e promover o bem estar em todas as idades e uma de suas metas será reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (ODS 3.1)²⁵. Considerando que atualmente a razão de morte materna global situa-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, um esforço de

²² ONU BRASIL. 17 objetivos para transformar o mundo: ODS – 5. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em 30 nov. 2017.

²³ GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA AGENDA 2030. RELATÓRIO Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Síntese. Disponível em: <http://actionaid.org.br/wp-content/files_mf/1499785232Relatorio_sintese_v2_23jun.pdf>. Acesso em 22 nov. 2017.

²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Estatísticas Vitais. Indicadores de Mortalidade. Razão de mortalidade materna: 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em 22 nov. 2017.

²⁵ONU BRASIL. 17 objetivos para transformar o mundo: ODS – 3. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em 30 nov. 2017.

todos os países no sentido de reduzir pelo menos dois terços da razão de mortalidade materna será necessário (no caso do Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010)²⁶.

No entanto, esta meta corre novamente o risco de não ser atingida, uma vez que os avanços conquistados pela ampliação dos serviços e do escopo das políticas públicas brasileiras esbarram em obstáculos à sua implementação e na insuficiência de sua cobertura. O acesso aos métodos contraceptivos, serviços de saúde e outras intervenções a que as mulheres têm direito muitas vezes é restrito. Estima-se que a demanda não-atendida por contracepção seja em torno de 6% e 7,7%, atingindo aproximadamente entre 3,5 e 4,2 milhões de mulheres. Dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006) no país - apontam que 28,2% dos nascimentos nos cinco anos anteriores à pesquisa não haviam sido planejados para aquele momento, e que 17% haviam sido indesejados. Observou-se uma demanda não-atendida por contracepção maior entre mulheres com baixo nível de escolaridade, entre as negras e entre as residentes no Norte e Nordeste²⁷²⁸. A falta de acesso a contracepção aumenta o risco de uma gravidez indesejada e a possibilidade da ocorrência de aborto inseguro.

Afirmar que a IVG da forma como ocorre atualmente no Brasil, ou seja, como aborto inseguro, representa um problema de saúde pública é reconhecer, além de seus custos quanto aos agravos à saúde e a mortalidade materna evitável, o custo elevado ao Sistema Público de Saúde. A estimativa de gastos pelo SUS com procedimentos emergenciais para o atendimento da mulher que

²⁶UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals [Internet]. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>>. Acesso em 27 nov. 2017

²⁷ ONU. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais/Divisão de População (2015). Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml>. Acesso em: 22 nov. 2017.

²⁸ ONU BRASIL. Documentos temáticos: Igualdade de gênero ... op. cit.

foi submetida a um aborto inseguro chegaram a 142 milhões de reais, 2013²⁹. Por outro lado, é a própria Presidência da República que reconhece, através do Relatório Beijing +20³⁰, que mais de 66% dos óbitos maternos estão relacionados, diretamente, à gravidez, sendo que 4% desses óbitos são consequência do aborto inseguro, tornando-se, dessa forma, um problema de saúde pública³¹.

Outro aspecto relevante sobre o aborto inseguro é sua interface com as condições socioeconômicas da mulher que aborta. A publicação do Dossiê sobre aborto inseguro para *advocacy*³², aponta que ele também é marcado pela desigualdade social. Segundo os autores:

*O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna. É um grave problema de saúde pública, marcada pela desigualdade social, discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde.*³³

Nesse sentido, são as mulheres pobres que se expõem ao aborto inseguro, por não apresentarem recursos financeiros para custearem o aborto em clínicas clandestinas que oferecem atendimento compatível com os melhores níveis de saúde, ou para dirigir-se a clínicas localizadas em países onde a IVG é legal, e muitas vezes morrem. Segundo a OMS, na América

²⁹O GLOBO. Tabu nas campanhas eleitorais, aborto é feito por 850 mil mulheres a cada ano Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/tabu-nas-campanhas-eleitorais-aborto-feito-por-850-mil-mulheres-cada-ano-13981968#ixzz4yKXw0N1n>> Acesso em 13 nov. 2017.

³⁰PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Relatório Beijing +20. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/13022Brazil_review_Beijing20.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2017.

³¹ Idem, p. 9.

³² IPAS; GRUPO CURUMIM. Dossiê sobre aborto inseguro para advocacy: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e na qualidade da atenção à saúde reprodutiva no estado do Rio de Janeiro. Disponível para download em: <<http://www.observatoriodenegero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/dossie-a-realidade-do-aborto-inseguro-o-impacto-da-ilegalidade-do-abortamento-na-saude-das-mulheres-e-nos-servicos-de-saude-do-estado-do-rio-de-janeiro/view?searchterm=aborto+inseguro+rio>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

³³ Idem, p. 3.

Latina ocorrem, em média, 6000/mortes/ano, em consequência do aborto inseguro³⁴. Destaca o Dossiê:

*No Brasil, o aborto é uma questão de saúde pública, penalizando mais severamente as mulheres negras, pobres e jovens que acessam os serviços públicos de saúde para finalizar um aborto iniciado em condições inseguras. Os abortamentos acontecem, na maioria das vezes, através de procedimentos realizados sem assistência adequada, sem nenhuma segurança e em ambientes sem os mínimos padrões sanitários, com possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia, infecção, infertilidade e/ou morte. Parte destes casos chega às maternidades públicas como abortamento incompleto.*³⁵

Nesse mesmo sentido, afirma Comegno³⁶ que

*No Brasil, o risco de morte ou de lesões permanentes em consequência de um aborto clandestino depende, em última instância, não só da clandestinidade em si, mas do poder aquisitivo da mulher. Mulheres pobres, cuja qualidade de vida já está marcadamente prejudicada pela dificuldade de acesso à educação, à alimentação e aos cuidados básicos de saúde, são as que engrossam as estatísticas de mortalidade por aborto.*³⁷

Observe-se que tanto o Dossiê quanto Comegno referem-se, nessas duas passagens, à Justiça Reprodutiva. Segundo Rayane Noronha³⁸, o conceito de Justiça Reprodutiva – JR – surgiu logo após a Conferência do Cairo e interliga três perspectivas: Direito à Saúde, os Direitos Sexuais e Reprodutivos e Justiça Social. O movimento de mulheres negras criou essa

³⁴ Idem, p. 7.

³⁵ Ibidem.

³⁶ COMEGNO, Maria Cecília. SPMulheres em Dados. São Paulo Perspec. vol.17 no.3-4 São Paulo July/Dec. 2003. s/p Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300010#NT01>. Acesso em 15 nov. 2017.

³⁷ Idem, s/p.

³⁸ NORONHA, Rayane. Por que a Justiça Reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres? 2016. Disponível em: <<http://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>> Acesso em 20 nov. 2017.

expressão a partir da constatação de que o acesso à saúde reprodutiva e aos Direitos Sexuais e Reprodutivos ocorre de forma diferenciada, conforme a cor e o status social da mulher. Ou seja, mulheres mais vulneráveis tem menor possibilidade de acesso a tais direitos. Escreve Noronha que a Justiça Reprodutiva foi pensada “como uma das estratégias de combate à violência contra as mulheres negras, lésbicas, pobres, ciganas, migrantes, indígenas, entre outras que vivam em contextos específicos de vulnerabilidade e precarização”³⁹. Além disso, ainda segundo a autora, enquanto no âmbito dos Direitos Sexuais e Reprodutivos a autonomia é pensada como autonomia individual, por exemplo, para a decisão da interrupção de uma gravidez indesejada, na perspectiva da Justiça Reprodutiva, a autonomia

é centrada numa perspectiva de autonomia imbricada à coletividade, as afiliações e às subjetividades presentes na vida da diversidade de mulheres existentes, ao mesmo tempo em que se distancia de uma autonomia de caráter liberal aprimorada pelos países “desenvolvidos”⁴⁰.

Noronha destaca, ainda, que o conceito de Justiça Reprodutiva é fundamental para tratar das diferentes formas de violência contra a mulher, pois leva em conta as dificuldades de acesso das mulheres a recursos econômicos, sociais e políticos, impedindo ou dificultando decisões saudáveis na área da saúde e sexualidade. Nas palavras da autora:

O conceito Justiça Reprodutiva aparece como fundamental para falar sobre o combate às inúmeras formas de violência contra as mulheres, porque ele destaca o acesso aos recursos econômicos, sociais e políticos para que as mulheres possam tomar decisões saudáveis sobre os seus corpos, sexualidade e reprodução, mas não de uma maneira apenas individual, mas levando em conta as suas famílias, seus contextos e as suas comunidades.⁴¹

³⁹ Idem, s/p.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Ibidem.

Assim, o abortamento inseguro a que estão expostas, principalmente, as mulheres mais vulneráveis, é mais uma forma de violência contra a mulher, a qual deve ser considerada não apenas como resultado da violação do direito individual à saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, mas, também, a partir do conceito de (In)Justiça Social.

Dessa forma tem-se que a criminalização do aborto é um desserviço à saúde pública brasileira, pois implica em gastos de recursos financeiros já escassos, além de penalizar, apenas, um grupo de mulheres: as que não tem condições socioeconômicas de pagar pelo aborto seguro, no Brasil ou no exterior.

b. O aborto inseguro e as consequências para a saúde das mulheres

Outro aspecto a ser considerado é o impacto da criminalização para a saúde física e mental da mulher. Os danos à saúde sofridos pelas mulheres que se submetem ao aborto inseguro são apontados pela OMS em publicação de 2013⁴². Segundo o documento, os danos são consequência de diferentes fatores: do local onde são realizados os procedimentos, capacidade dos profissionais que os executam, método empregado, a saúde da mulher e a idade gestacional. Por certo que, exceto os dois últimos, a qualidade do local a ser realizada a IVG e a qualidade técnica do profissional sofrem influência direta da criminalização do procedimento, bem como também elevam seus custos. Os procedimentos do abortamento inseguro incluem desde a introdução de objetos no útero, como galhos, ramos ou cateter, dilatação e curetagem, ingestão ou aplicação de medicamentos ou outros produtos abortivos como chás, até submeter a mulher a socos violentos no baixo abdômen⁴³. Esse último procedimento pode causar, entre outros agravos, a ruptura do útero e a morte da mulher. Em geral, a gestante que aborta de forma insegura está sujeita a sofrer hemorragias, septicemia, peritonite e traumatismo do colo do útero e dos órgãos abdominais. Também são consequências:

⁴² OMS. Abortamento seguro... op. Cit.

⁴³ Idem, p. 19.

infecção do trato reprodutivo (20% a 30%), das quais, 20% a 40% destas evoluem para infecção do trato genital superior e desenvolvimento de sequelas temporais ou permanentes que irão requer atenção médica (1 a cada 4 mulheres submetidas ao abortamento inseguro)⁴⁴. Prossegue o texto da OMS afirmando que há dificuldade em se “medir as mortes e as disfunções relacionadas ao abortamento inseguro”⁴⁵, em função de serem consequências de procedimentos clandestinos ou ilegais. Porém, é possível estimar-se, segundo a publicação da ONU, que a taxa de morte por abortamento inseguro na América Latina e Caribe é de 30 a cada 100.000⁴⁶. Como comparativo tem-se que a taxa de mortes maternas por aborto legal nos Estados Unidos, entre 11 e 12 semanas de gestação, é de 0,4 %, sendo a taxa geral, de 0,7/100.000 abortamentos⁴⁷.

Ao se examinar os estudos sobre a saúde mental da mulher que se submete ao aborto inseguro, estes apontam que essa mulher tem riscos emocionais agravados pela criminalização do procedimento. Nesse sentido é a conclusão da pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de Santa Maria/RS e publicado em 2015⁴⁸, a qual aponta que a decisão do aborto é influenciada por diferentes situações, destacando-se “a idade, a falta de condições socioeconômicas, a falta de suporte de um companheiro, o fato de a gravidez atrapalhar os planos para o futuro ou a inexistência de desejo de ser mãe”⁴⁹. Além disso, o mesmo artigo informa que contribuem para a decisão da mulher pelo abortamento, a situação de violência perpetrada pelo companheiro (violência doméstica) e a coerção sexual vivida por ela em algum momento de sua vida. Concluem as autoras que todos esses fatores, em menor ou maior grau, “influenciam no modo como a mulher vive a experiência do aborto” sendo que as violências sofridas “se convertem em fatores de risco para a integridade emocional das mulheres que praticam o aborto. Estes estão associados

⁴⁴ Idem, p. 20.

⁴⁵ Idem, p. 19.

⁴⁶ Ibidem, p. 20.

⁴⁷ BARTLETT LA et al. Risk factories for legal induced abortion-related mortality in the United States. (2004) *apud* ONU. Abortamento seguro... op. Cit.

⁴⁸ ROMIO, C. M.; ROSSO, A.; CARDINAL, M. F.; BASSO, S.; PIERRY, L. G. Saúde Mental das Mulheres e Aborto Induzido no Brasil. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 24, n.1, 61-81, 2015. Disponível para download em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/24229/17439>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

⁴⁹ Idem, p. 71.

também a condições de exclusão socioeconômicas, poucos vínculos afetivos e falta de apoio social e familiar”.⁵⁰

Por outro lado, o discurso social de responsabilização exclusiva da mulher pelo planejamento reprodutivo, a preocupação com julgamentos morais vindos dos familiares, profissionais de saúde e da sociedade em geral, por não assumir o papel “natural” da maternidade impingido culturalmente às mulheres, a culpa, o medo e o risco de ser denunciada às autoridades (em caso de hospitalização pós-aborto) e a preocupação com a própria integridade física, contribuem, sobremaneira, para o surgimento de problemas emocionais transitórios ou permanentes na mulher que aborta. Para as autoras,

*a prática do aborto, que pode gerar sofrimento emocional às mulheres, torna-se mais dolorosa em um cenário de abandono e criminalização, como tem sido no Brasil. Diante disso, para muitas mulheres, o difícil processo até a obtenção dos meios para abortar e a carência de atenção humanizada nos serviços de saúde, tornam dramáticas suas vivências.*⁵¹

São sentimentos ligados à prática do aborto inseguro, ainda segundo as autoras: sensações de ambiguidade, com presença de alívio e bem-estar junto com sentimentos de dor, culpa, medo, tristeza e sensação de perda e, em alguns casos, o surgimento de quadros de estresse e depressão. Tais sentimento estão ligados ao próprio aborto, mas, também surgem em função de sua criminalização. Importante destacar que Vilella, Portella e Oliveira⁵² associam a realização do aborto sob a condição de criminalidade, com a gravidade do sofrimento mental. Nas palavras dos autores “condições mais graves de sofrimento mental podem estar vinculadas às condições de

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ Idem, p. 72.

⁵² VILLELLA, W., BARBOSA, R., PORTELLA, A., e OLIVEIRA, L. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1709-1719, *apud* ROMIO C. E. *et al.*, op. cit.

criminalidade em que as mulheres realizam a interrupção da gestação, a sós e com medo”⁵³.

Concluem as autoras que

*a saúde mental das mulheres reflete as tensões e angústias do tema do abortamento induzido no Brasil. Observa-se que as mulheres recorrem ao procedimento em contextos de vulnerabilidade, expostas à dupla condenação, criminal e legal da prática no país. Essa condenação gera temores que, acompanhados da prática em contexto de clandestinidade, refletem em medo e culpa, que transcendem a própria prática e se referem à realidade social e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos*⁵⁴.

Destaque-se ainda que, segundo publicação da revista *Obstetrics&Gynecology*⁵⁵, os Estados Unidos registraram 94 suicídios associados à gravidez, entre 2003 e 2007. A análise foi realizada a partir de dados coletados pelo Centers for Disease Control e do Prevention's National Violent Death Reporting System, um sistema de vigilância de 17 estados, nos EUA. Ainda segundo a publicação,

*entre os suicídios, 45,7% ocorreram durante a gravidez e os problemas com o parceiro ou com o ex-companheiro pareceram contribuir para mais de metade dessas mortes, podendo ser maior uma vez que existe subnotificação destas causas*⁵⁶. (destaque nosso)

Informa, ainda, a publicação, que relatório publicado no *British Journal of Psychiatry*, em 2003, “identificou o suicídio como a principal causa de morte materna na Grã-Bretanha”⁵⁷.

⁵³ Idem, p. 73.

⁵⁴ Idem, p. 77.

⁵⁵ OBSTETRICS & GYNECOLOGY Homicídio e suicídio lideram causas de morte em grávidas nos EUA, *apud* ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, 2011. Disponível em: <<http://www.alert-online.com/br/news/health-portal/homicidio-e-suicidio-lideram-causas-de-morte-em-gravidas-nos-eua>> Acesso em 27 nov. 2017.

⁵⁶ Idem, s/p.

⁵⁷ Ibidem.

Alves, Alves, Antunes e Santos⁵⁸ informam que, em estudo realizado em Pernambuco, foram relatados casos de suicídio para ocultar a gravidez indesejada⁵⁹. Afirmam, ainda, as autoras, que “a gravidez indesejada pode desempenhar papel importante na ocorrência de mortes violentas durante a gravidez, em especial por suicídio”⁶⁰.

Dados disponíveis no sistema DATASUS-TABNET apontam que no período de 2011 a 2015 foram notificados 98 óbitos por suicídio no período da gravidez⁶¹. Nesse sentido, pode-se entender o suicídio como o último recurso para a mulher que não tem acesso ao planejamento reprodutivo, ou quando o aborto é uma prática ilegal. Uma gravidez indesejada, portanto, pode ser a principal causa de suicídios entre as mulheres de uma condição social menos privilegiada e que não têm condições de resolvê-la de outra forma. O homicídio de grávidas por parte dos companheiros que não aceitam a gravidez também são apontados pelas pesquisas⁶²

Dessa forma tem-se que a criminalização do aborto como suposta fórmula de proteger a vida é uma falácia, pois, além da constatação de que a criminalização não diminui o número de abortos, ela impõe às mulheres os riscos de saúde inerentes ao aborto inseguro, aumentando, em muito, os índices de morbidade (física e mental) e mortalidade da mulher que aborta. Além disso, a criminalização do aborto faz recair direta e unicamente sobre a mulher a responsabilidade e a consequente penalização pela decisão do procedimento e, indiretamente, a condena a arcar, na maioria das vezes sem o apoio do companheiro, familiar e/ou social, com a responsabilidade de criar um filho indesejado. E, nesses casos, algumas mulheres veem na morte, a única saída.

⁵⁸ ALVES, M. M. R., ALVES, S. V., ANTUNES, M. B. C. e SANTOS, D. L. P. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. Rev. Saúde Pública vol.47 no.2 São Paulo, 2013, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000200283>. Acesso em 27 nov. 2017.

⁵⁹ ALVES, S.V. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? Reproductive Health Matters. 2007;15(30):134-44, *apud* ALVES, M.M.R., *et. al.* Op. cit.

⁶⁰ ALMVES, M. M. R. *et. al.*, op. cit., s/p.

⁶¹ BRASIL, DATASUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em 27 nov. 2017.

⁶² ALVES, M.M. R, *et al.*, op. cit.

II.3 A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NO CONTEXTO DOS DIREITOS HUMANOS.

A interrupção voluntária da gravidez se insere, a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, no contexto dos Direitos Humanos das Mulheres. Documentos internacionais de Direitos Humanos e, mais especificamente, dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, têm sido aprovados e recepcionados pela legislação pátria, como o foram a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, também conhecida como CEDAW, de 1979, ratificada pelo Brasil em 1984⁶³, a Declaração do Cairo de 1994, a Declaração de Pequim de 1995 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, de 1994 e aprovada pelo Congresso Nacional em 1995⁶⁴.

II.3.1 Interrupção Voluntária da Gravidez na CEDAW (1979)

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW tem como fundamento a eliminação de qualquer forma de discriminação e assegurar a igualdade das mulheres. Segundo Flávia Piovesan⁶⁵, toda discriminação implica em desigualdade, sendo esse entendimento retirado do conceito de *discriminação contra a mulher*, adotado pela Convenção, em seu artigo primeiro, qual seja:

toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

⁶³ Decreto 4.377, de 2002, promulgou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revogou o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.

⁶⁴ O Decreto 1.973, de 1996, promulgou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

⁶⁵ PIOVESAN, Flávia. Temas de Direitos Humanos. 7ª ed., São Paulo: Saraiva, 2014, p. 351 a 363.

De forma mais específica, a Convenção também faz referências aos Direitos Sexuais e Reprodutivos como, por exemplo, no artigo 12 que prevê o acesso a serviços médicos, inclusive no que diz respeito ao planejamento familiar (12.1) e à assistência apropriada em relação a gravidez e parto (12.2), além do artigo 16.1, do qual se destaca a alínea e:

Artigo 16.

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, assegurarão:

e) Os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de seus filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos; (grifo nosso).

A partir da CEDAW, ao longo dos últimos anos, várias recomendações gerais têm sido feitas aos países signatários, envolvendo os Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres, e entre estes, as questões de abortamento. Nesse sentido a ONU, através de publicação de 2013⁶⁶, exemplifica como os Direitos Humanos se relacionam com o abortamento seguro, defendendo alterações nas legislações nacionais para possibilitar o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos pelas mulheres. São exemplo dessas recomendações: “emendar leis restritivas que representem uma ameaça para a vida das mulheres, incluídas as adolescentes” ou “emendar as leis que punem os procedimentos médicos necessários apenas para as mulheres, como o abortamento, bem como as leis que punem as mulheres que se submetem a esses procedimentos”⁶⁷.

Da mesma forma, em julho de 2007, o Comitê CEDAW recomendou que o Brasil acelerasse a revisão de legislações que criminalizam o aborto.

⁶⁶ ONU. Abortamento seguro ... op. cit.

⁶⁷ Idem, p. 88.

Segundo o Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco⁶⁸, o Comitê CEDAW recomendou ao governo brasileiro que “continue com os esforços para melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva” e que “apresse a revisão da legislação que criminaliza o aborto, visando a remoção das provisões punitivas impostas às mulheres que realizam a interrupção da gravidez, de acordo com a Recomendação Geral 24 sobre saúde das mulheres e com a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim”⁶⁹. Recomendação semelhante foi refeita ao Brasil em 2012⁷⁰, pelo mesmo Comitê, a qual se reproduz parcialmente:

Saúde 28. O Comitê reconhece que os serviços de saúde do país estão em expansão Lamenta que as mulheres que se submetem a um aborto ilegal continuem a enfrentar sanções criminais no Estado-Parte e que o gozo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos seus direitos esteja sendo prejudicado por uma série de projetos de lei em análise no Nacional Congresso, como a Lei n ° 478/2008 (Estatuto do Nascituro). ... O Comitê insta o Estado-parte a:

b) Agilizar a revisão da legislação que criminaliza o aborto, a fim de eliminar as disposições punitivas impostas às mulheres, como já recomendado pelo Comitê 9 (CEDAW/C/BRA/CO/6, parágrafo 3.); (grifo nosso)

Por fim, destaca-se que, segundo Piovesan⁷¹, as ratificações de Convenções pelos Estados-partes são compromissos assumidos por estes perante a comunidade internacional e implicam na assunção do compromisso de, paulatinamente, dar-lhes cumprir. E, referindo-se à CEDAW, cita Andrew Byrnes, para o qual esse compromisso inclui a igualdade formal de mulheres e

⁶⁸COMITÊ CEDAW, CEDAW/C/BRA/CO/6, 2007, *apud* IPAS *et. al.* DOSSIÊ SOBRE A REALIDADE DO ABORTO INSEGURO EM PERNAMBUCO: O IMPACTO DA ILEGALIDADE DO ABORTAMENTO NA SAÚDE DAS MULHERES E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE RECIFE E PETROLINA, p. 6. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/aborto/Dossie_PE.pdf> Acesso em 13 nov. 2017.

⁶⁹ Idem, p. 6.

⁷⁰COMITÊ CEDAW. CEDAW/C/BRA/CO/7, 2012. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/conselho/atas-das-reunioes/recomendacoes-vii-relatorio-cedaw-brasil>> Acesso em 15 nov.2017.

⁷¹ PIOVESAN, op. cit.

homens perante a lei, como também, a promoção de ações temporárias afirmativas para efetivar essa igualdade.⁷²

II.3.2 Interrupção Voluntária da Gravidez no Programa de Ação da Conferência do Cairo (1994).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo - CIPD, de 1994, é referência a ser considerada para a discussão do aborto inseguro.

Segundo Tânia Patriota⁷³, que apresenta o Relatório da Conferência para o Brasil, esta “foi o maior evento de porte internacional sobre temas populacionais jamais realizado”⁷⁴ e possibilitou uma virada paradigmática, quando a melhora da situação econômica e social dos países passou a ser entendida como consequência do “pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos”⁷⁵. Como consequência, entre outras, “delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero”⁷⁶. E, entre as metas estabelecidas para 2015 pelos delegados da Conferência, a terceira delas refere-se ao “acesso universal a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar”⁷⁷ (Preâmbulo, artigo 1.12).

A revolução paradigmática também se deve ao fato de a Conferência do Cairo alterar a compreensão do controle da fecundidade que, até aquele

⁷²Idem, p. 353.

⁷³PATRIOTTA. Tânia. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres: Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. 2004. Apresentação. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2017.

⁷⁴Idem, p. 34.

⁷⁵Ibidem.

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ Ibidem.

momento, estava voltado para o controle populacional, passando a ser considerado como direito individual de homens e mulheres.⁷⁸

O quarto princípio do Relatório aborda a igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda forma de violência contra a mulher e, por fim, aborda a garantia de poder controlar a própria fecundidade como pedras fundamentais dos programas relacionados às populações e ao desenvolvimento.

Por sua vez, o oitavo princípio trata do direito de todas as pessoas, de gozar do mais alto padrão possível de saúde física e mental, devendo os Estados assegurar, com base na igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de saúde e, entre estes, “os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual”⁷⁹. Prossegue o princípio afirmando que os serviços devem ser prestados de forma isenta de coerção e que todo casal ou indivíduo “têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer”.⁸⁰ (grifo nosso)

Por sua vez, o capítulo VII trata especificamente dos Direitos de Reprodução e Saúde Reprodutiva. De forma geral, seus artigos reafirmam a liberdade de homens e mulheres decidirem sobre suas vidas sexuais e reprodutivas; da necessidade de disponibilizar a homens e mulheres, informações sobre planejamento familiar e o acesso a métodos seguros e eficazes de efetivá-lo e, por fim, o reconhecimento do direito dos casais e indivíduos de decidir sobre ter filhos, o número e o espaçamento entre eles.

A saúde reprodutiva da mulher é tratada, especificamente, no item 8.19, o qual aponta que o aborto auto induzido ou inseguro ainda é uma realidade mundial, provocando a morte de número significativo de mulheres, principalmente em pais em desenvolvimento. Nesse aspecto, o Relatório

⁷⁸ FREIRE, Nilcéia. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres – CEDAW – 1974. Apresentação. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2009/08/instru_inter_cedaw.pdf>. Acesso em 14 nov. 2017.

⁷⁹ ONU. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. 2004. Apresentação. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2017. Idem, p. 43.

⁸⁰ Ibidem.

salienta a repercussão da morte da mulher em idade reprodutiva para a família e a sociedade. Segundo o documento:

Mortes maternas têm consequências muito sérias dentro da família, tendo em vista o papel crucial da mãe para a saúde e bem-estar de seus filhos. A morte da mãe aumenta o risco de sobrevivência de seus filhos pequenos, especialmente se a família não tem condições de prover uma substituta para o papel da mãe⁸¹. (grifo nosso)

Por fim, o artigo 8.25 trata do aborto e do aborto inseguro. Pela sua importância e abrangência, transcreve-se parte do artigo:

8.25 Em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro na saúde como uma preocupação de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, ampliando e melhorando os serviços de planejamento familiar. À prevenção de gravidezes indesejadas deve ser dada sempre a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade de aborto. Mulheres com gravidez indesejada devem ter pronto acesso a informações confiáveis e a uma orientação compreensível.⁸² (grifo nosso)

O que se depreende do Programa de Ação da Conferência do Cairo é que esta reconhece os Direitos Sexuais e Reprodutivos de homens e mulheres, focando na liberdade de escolha quando à reprodução, baseada no dever de proporcionar ao casal ou aos indivíduos, a realização de planejamento familiar eficaz e exequível à realidade dos envolvidos. Além disso, o Programa reforça a necessidade de acesso a serviços de saúde de qualidade, reconhecendo os agravos trazidos pelo aborto inseguro, tanto para a mulher quanto para os que lhe são próximos, em especial, filhos pequenos. Nesse sentido, e novamente, a diretriz dada pela Conferência

⁸¹ Idem, p. 75.

⁸² Idem, p. 77.

prioriza a educação e a liberdade e não a criminalização e/ou a imposição da gravidez de um filho indesejado.

II.3.3 Interrupção Voluntária da Gravidez na Declaração de Pequim (1995)

A Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim 1995⁸³, ou, simplesmente, Plataforma de Pequim (ou de Beijing), é o documento onde seus signatários, entre eles o Brasil, reafirmam as determinações advindas de Nairóbi, Quênia, de 1985⁸⁴. Esse documento, segundo Maria Luiza Ribeiro Vlotti, que faz a apresentação do mesmo para o Brasil, é um conjunto de estratégias para se alcançar o desenvolvimento de 12 aspectos preocupantes ligados à mulher. São exemplos desses aspectos: a feminização da pobreza (aumento do número de mulheres em situação de pobreza); a desigualdade de acesso à educação, capacitação e aos serviços de saúde; violência contra a mulher; a insuficiência de mecanismos institucionais para a promoção do avanço da mulher e as deficiências na promoção e proteção de seus direitos. O documento reafirma o compromisso das Nações com a igualdade de direitos entre homens e mulheres (artigo 8), a promoção do empoderamento e o avanço das mulheres, destacando o direito à liberdade de consciência, religião e crença, garantindo a possibilidade de as mulheres construírem suas vidas de acordo com suas próprias aspirações (artigo 12); a divisão equitativa das responsabilidades familiares (artigo 15) e, em especial, 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 como essencial ao seu empoderamento (artigo 17).

O artigo 94, o qual, como os seguintes, estão inseridos no item c – A mulher e a saúde, abordam os Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres e define a saúde reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou

⁸³ ONU. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Declaração de Pequim (ou de Beijing). Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf> Acesso em 18 nov. 2017.

⁸⁴ AGÊNCIA CÂMARA. Declaração de Beijing. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/agencia/noticias/61261.html>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

doença”⁸⁵. Além disso, o mesmo artigo informa o direito da mulher em determinar-se quanto a sua saúde sexual e reprodutiva, o qual “também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelecem os documentos relativos aos direitos humanos.”⁸⁶ (grifo nosso).

Destaca-se, ainda, o artigo 97, que trata de aspectos ligados à gestação, incluindo o aborto inseguro. Nesse artigo, o documento aponta para a necessidade de serviços adequados para atender às necessidades da mulher relativas a sua sexualidade, afirmando que uma das principais causas de mortalidade e morbidade das mulheres em idade reprodutiva está relacionada a complicações decorrentes de parto e gravidez. Aponta, ainda, que “o aborto inseguro põe em risco a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos.”⁸⁷

Por outro lado, ainda conforme o documento, a esses direitos correspondem responsabilidades, entre elas, as dos Estados. São algumas das responsabilidades dos países que adotam a Declaração de Pequim, em correspondência aos direitos dos seus cidadãos: fornecer, a homens e mulheres, “informações sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar”⁸⁸ (artigo 94). O artigo 97 aborda, entre outros aspectos, o acesso a serviços de saúde de qualidade como alternativa para a diminuição dos óbitos e lesões advindas de gestação e parto, além de mencionar, novamente, a necessidade de métodos de planejamento reprodutivo eficazes e sem riscos e o fornecimento da atenção obstétrica de emergência. E finaliza o artigo:

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. A capacitação das

⁸⁵ONU. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, op. cit.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.

mulheres para controlar sua própria fertilidade constitui uma base fundamental para o gozo de outros direitos. A responsabilidade compartilhada pela mulher e pelo homem, no tocante às questões relativas ao comportamento sexual e reprodutivo, também é indispensável para o melhoramento da saúde da mulher.⁸⁹
(Destaque nosso).

Tem-se, portanto, que a saúde da mulher, no que se refere aos seus Direitos Sexuais e Reprodutivos, estão, em boa parte, relacionados à qualidade de informação recebidas e à qualidade dos serviços de saúde disponíveis/ofertados à mulher, bem como, em alguns aspectos, ao homem. Conclui-se, portanto, que a proteção à vida tanto da mulher, quanto do embrião, se dará através de informações adequadas e exequíveis sobre planejamento reprodutivo, e não, simplesmente, com a criminalização do aborto.

II.3.4 Interrupção Voluntária da Gravidez na Convenção de Belém do Pará (1995).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (1995)⁹⁰, representa outro grande marco na defesa dos Direitos Humanos das mulheres, afetando os países que integram a OEA – Organização dos Estados Americanos. A Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1995, sem ressalvas.

Entre outros aspectos relevantes trazidos por essa Convenção está o fato de a violência contra a mulher ser reconhecida como grave violação de Direito Humanos e ofensa à Dignidade Humana, “sendo manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens”⁹¹. A Convenção define, também, violência contra a mulher, como

⁸⁹ Ibidem.

⁹⁰ OEA. Convenção Interamericana para prevenir e erradicar a violência contra a mulher p Convenção de Belém do Pará. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>> Acesso em 28 nov. 2017.

⁹¹ PIOVESAN, op. cit., p. 359.

qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou em sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, podendo ocorrer na esfera pública ou na esfera privada. (destaque nosso).⁹²

Quanto aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres, propriamente dito, a Convenção de Belém do Pará não os menciona de forma direta. Porém, entende-se que a proteção a esses direitos está implícita nos seguintes artigos:

Artigo 2. Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Artigo 3. Toda mulher tem direito a ser livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4. Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:

a. direito a que se respeite sua vida;

b. direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;

Artigo 6. O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:

a. o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação;

Artigo 7. Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

e. tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;

⁹² Idem, p. 358.

Artigo 8. Os Estados Partes convêm em adotar, progressivamente, medidas específicas, inclusive programas destinados a:

a. promover o conhecimento e a observância do direito da mulher a uma vida livre de violência e o direito da mulher a que se respeitem e protejam seus direitos humanos;

b. modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, inclusive a formulação de programas formais e não formais adequados a todos os níveis do processo educacional, a fim de combater preconceitos e costumes e todas as outras práticas baseadas na premissa da inferioridade ou superioridade de qualquer dos gêneros ou nos papéis estereotipados para o homem e a mulher, que legitimem ou exacerbem a violência contra a mulher;

Artigo 9. Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados Partes levarão especialmente em conta a situação da mulher vulnerável a violência por sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. Também será considerada sujeitada a violência a gestante, deficiente, menor, idosa ou em situação socioeconômica desfavorável, afetada por situações de conflito armado ou de privação da liberdade. (grifos nossos)

II.4 PROVIDÊNCIAS DO GOVERNO BRASILEIRO EM RESPOSTA AOS TRATADOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES.

O Brasil vem cumprindo os tratados internacionais, especialmente na área da saúde, através de determinação e normatizações do Ministério da Saúde, reconhecendo o impacto da violação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos na vida das mulheres. São exemplos de consequências dessas violações: a ocorrência da mortalidade materna por causas evitáveis, a falta de acesso a todos os métodos contraceptivos seguros; a falta de informação sobre saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos; a violência contra mulher e a violência obstétrica; a feminização do HIV/AIDS; o aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis/ IST, especialmente a sífilis, ainda frequentes na realidade das mulheres brasileiras.

O Ministério da Saúde desde a década de 90, para cumprimento de suas obrigações internacionais, vem implementando ações propostas nos Tratados

de Direitos Humanos dos quais o Brasil é signatário, através da aprovação gradativa de políticas, normas e documentos que visam enfrentar as violações dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Estas ações envolvem a organização de serviços, a capacitação de profissionais, a distribuição de insumos com base e diferentes documentos dos quais se destacam:

- a. A partir da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, elaborou o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar, Ministério da Saúde, 2002⁹³;
- b. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: princípios e diretrizes - Ministério da Saúde, 2004⁹⁴;
- c. O documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo - Ministério da Saúde, 2005⁹⁵;
- d. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica - protocolos de atendimento ao aborto legal. Ministério da Saúde, 2011⁹⁶;
- e. Caderno de Atenção Básica nº 26 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva- Ministério da Saúde, 2013⁹⁷

Estes avanços, paradoxalmente, contrastam com o reduzido investimento financeiro para o SUS e com a triste realidade de mulheres brasileiras que convivem, constantemente, com o risco de serem presas e julgadas publicamente por optarem pela IVG.

⁹³BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

⁹⁴ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

⁹⁵ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).

⁹⁶ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

⁹⁷ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 26**)

Conclui-se, portanto, que diferentes documentos internacionais de Direitos Humanos, como os citados acima, enfatizam a liberdade no que se refere aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, implicando esses direitos, entre outros aspectos, em receber informações e serviços de qualidade para sua efetivação. Além disso, fica clara a tendência de condenar os Estados por sua ingerência nessa área do Direito individual. Mais que isso, os documentos internacionais informam que submeter a mulher a situações que violem sua integridade física, psíquica ou moral, e/ou que lhe imponham sofrimento, como é o caso de criminalizá-la por aborto ou dificultar acesso ao aborto seguro, obrigando-a a se submeter, principalmente as mais desfavorecidas economicamente, ao aborto inseguro, são formas de violência contra a mulher, violência essa fortemente rechaçada pela comunidade internacional. Por sua vez, o Brasil vem se esforçando para cumprir os documentos dos quais é signatário, mas tal cumprimento não tem se mostrado efetivo, por exemplo, por falta de investimentos financeiros suficientes ou por não atingir a população brasileira como um todo, bem como há, ainda, recomendações não cumpridas, como a descriminalização do aborto.

II.5 PENALIZAÇÃO DE MULHERES PELA PRÁTICA DA IVG NO BRASIL

A mídia noticia frequentemente, casos onde mulheres são penalizadas pela prática do aborto. O dossiê Criminalização das Mulheres pela Prática do Aborto⁹⁸, publicado em 2015, fez estudo de alguns desses casos, destacando um que tornou-se paradigmático para a luta pela descriminalização da IVG. Em 2007, em Campo Grande/MS, diversas mulheres foram acusadas e processadas por praticarem a IVG, sendo que, como consequência, uma profissional se suicidou.

Segundo o dossiê, os fatos ocorridos em 2007 em Campo Grande envolveram quase 10 mil mulheres, que tiveram suas fichas médicas expostas, inclusive pelo site do Tribunal de Justiça daquele Estado, já que as mesmas

⁹⁸FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO. Criminalização das Mulheres pela Prática do Aborto no Brasil – Dossiê 2007 – 2014. 2015. Disponível para download em: <<https://frentelegalizacaoaborto.files.wordpress.com/2016/09/dossiecc82-frente-contra-a-criminaizaccca7acc83o-das-mulheres.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2017.

foram juntadas em processo criminal como prova da prática de aborto em uma clínica de planejamento familiar. A denúncia foi realizada a partir de uma reportagem exibida em canal de televisão local, sendo que 1500 mulheres foram denunciadas pela prática de aborto e bom número dessas foram condenadas a prestação de trabalhos em creches, pois, segundo a sentença do juiz que julgou o caso, “se elas forem trabalhar em creches e escolas, vão ver que muitas mulheres podem criar um filho com um pouco de esforço”⁹⁹. A médica responsável pela clínica ficou presa cerca de 1 mês até ser permitido que respondesse o processo em liberdade, sendo definido que tanto ela, quanto quatro de suas funcionárias, seriam levadas à Júri Popular¹⁰⁰. Antes da data de o julgamento ocorrer, a médica, supostamente, se suicidou.¹⁰¹

Ainda, uma das mulheres punidas de Campo Grande explicou a situação por ela vivida nos seguintes termos:

*Fui uma das mulheres indiciadas pela polícia na época. Recebi a intimação e fui a delegacia para prestar depoimento onde coloquei meus motivos, não me sentia culpada porque sabia bem o que queria, mas o investigador sutilmente me perguntou várias vezes se eu realmente não me arrependia, aí entendi que era para dizer que sim para não ter maiores problemas. Depois, fui procurar um defensor público que me acompanhou na audiência com o juiz que me deu a sentença, dois anos assinando mensalmente no fórum e prestação de atendimento a comunidade. A clínica era referência em Campo Grande, muito bem equipada, atendimento qualificado, antes do procedimento passávamos por uma entrevista com a psicóloga, éramos acompanhadas pela técnica de enfermagem, e após o procedimento éramos liberadas depois de estarmos realmente bem e ser reavaliadas pela médica. Infelizmente não eram todas as mulheres que tinham acesso a este atendimento*¹⁰²

⁹⁹ ARIANI, Juliane. Punidas por abortar, 2008, *apud* FRENTE NACIONAL... op. cit., p. 88.

¹⁰⁰ FRENTE NACIONAL ... op. cit., p. 84 e seguintes.

¹⁰¹ O GLOBO. Médica acusada de praticar 10.000 abortos no Mato Grosso do Sul é achada morta, 2009. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/medica-acusada-de-praticar-10-mil-abortos-no-mato-grosso-do-sul-achada-morta-3121328>>. Acesso em 22 nov. 2017.

¹⁰² Depoimento da vivencia de uma das mulheres punidas em Campo Grande, por e-mail para a Rede Feminista de Saúde.

O entendimento do juiz que prolatou a sentença no caso de Campo Grande, condenando as mulheres a prestação de trabalho em creches, diverge diametralmente, por exemplo, do entendimento do Juiz José Henrique Rodrigues Torres. O magistrado, que é membro da AJD – Associação Juízes para a Democracia, em entrevista em 2003, afirmou que

*A criminalização do abortamento é incompatível com o sistema de proteção dos Direitos Humanos das Mulheres, o qual foi incorporado ao sistema constitucional brasileiro. Aliás, os organismos internacionais de Direitos Humanos têm proclamado, reiteradamente, por declarações, tratados, assembleias e convenções, que a criminalização do aborto contraria de modo flagrante os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres. E essa criminalização constitui, não uma forma de proteção para a vida dos fetos, como equivocadamente tem sido proclamado, mas, sim, um instrumento ideológico de controle da sexualidade feminina*¹⁰³. (grifo nosso)

Segundo, ainda, a mesma publicação, o juiz Torres entende que a criminalização do aborto viola princípios jurídicos e democráticos, como, por exemplo, os princípios da idoneidade e da subsidiariedade. O primeiro, porque exige que a criminalização seja útil para controlar um problema social, estando já comprovado que tal norma legal não elimina, nem diminui, a prática abortiva e, o segundo, porque “no processo democrático de criminalização devem ser considerados os benefícios e os custos sociais causados pela adoção da medida proibicionista criminalizadora”¹⁰⁴ (grifo nosso).

Tem-se, dessa forma, que o juiz Torres defende uma leitura crítica da lei que criminaliza o aborto, para que se possa realizar substancialmente a democracia e a justiça social neste tema.

Pesquisa encomendada pelo Movimento Agora! ao Instituto Ideia Big Data, e divulgada no Jornal Valor Econômico, aponta que os brasileiros, em

¹⁰³ MARTINELLI. J. P. O. Entrevista com José Henrique Torres. IBCCRIM, 2003, s/p. Disponível em: <http://www.revistaliberdades.org.br/site/outrasEdicoes/outrasEdicoesExibir.php?rcon_id=83>. Acesso em 26 nov. 2017,

¹⁰⁴ Idem, s/p.

sua maioria, desaprovam a criminalização do aborto: cerca de 60% dos brasileiros concordam com a seguinte afirmativa: “mulheres que fazem aborto não deveriam ser punidas criminalmente”, contra 31% que discordam¹⁰⁵. Esse resultado demonstra que a maioria da população tem opiniões diversas quanto a imposição da penalização de aborto, estando a “voz do povo” em consonância com todos os documentos internacionais de Direitos Humanos.

II.6 CONCLUSÕES

Considerando o direito à dignidade da mulher que não deseja filhos; considerando que o aborto constitui um problema de saúde pública e que permanecem as falhas das Políticas Públicas voltadas a Saúde Sexual e Planejamento Reprodutivo; considerando o sofrimento mental e o sofrimento moral, com a exposição nos processos criminais; considerando que cerca de 55 países já descriminalizaram o aborto¹⁰⁶; considerando que a população é contrária a punição das mulheres que optam pela IVG e, por fim, considerando que o Brasil permanece praticando violações dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, desrespeitando tratados internacionais e diretrizes nacionais do Ministério da Saúde, a Rede Feminista de Saúde reforça seu posicionamento já expresso e diferentes publicações e documentos, conforme o Manifesto contra a Criminalização das Mulheres que Praticam o Aborto, de 2008:

Nenhuma mulher deve ser impedida de ser mãe. E nenhuma mulher pode ser obrigada a ser mãe. Por uma política que reconheça a autonomia das mulheres e suas decisões sobre seu corpo e sexualidade. Pela defesa da democracia e do princípio constitucional do Estado laico, que deve atender a todas e todos, sem se pautar por influências religiosas e com base nos critérios da universalidade do atendimento da saúde! Por uma política que favoreça a mulheres e homens um comportamento preventivo, que promova de forma universal o acesso a todos os meios de proteção à saúde, de concepção e

¹⁰⁵ FLORES, Paulo. Qual o nível de conservadorismo do brasileiro. NEXO JORNAL, 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2017/11/25/Qual-o-n%C3%ADvel-de-conservadorismo-do-brasileiro>> Acesso em: 26 nov. 2017.

¹⁰⁶ Segundo The World's Abortion Law (2014), cerca de 55 países não impõem restrições para a prática da IVG, entre eles: Alemanha, Bélgica, Espanha, Estados Unidos, Grécia, Itália, Portugal, Uruguai. Disponível em: <<http://worldabortionlaws.com/map/>> Acesso em 26 nov. 2017.

anticoncepção, sem coerção e com respeito. Nenhuma mulher deve ser presa, maltratada ou humilhada por ter feito aborto!

*Pela dignidade, autonomia, cidadania para as mulheres!
Pela não criminalização das mulheres e pela legalização do aborto!*¹⁰⁷

A Rede Feminista de Saúde – RFS - sustenta, portanto, que o aborto inseguro é um grave problema de saúde pública reconhecido pela comunidade internacional nas diferentes conferências promovidas pelas Nações Unidas e a Organização dos Estados Americanos. Nessa perspectiva, a RFS defende que o direito ao aborto é parte dos Direitos Humanos, representa a defesa da vida e é instrumento importante para combater a violência contra as mulheres. Fundamentalmente, é uma questão de Justiça Reprodutiva e Justiça Social!

III – REQUERIMENTO

Tendo apresentado suas razões, com as quais pretende colaborar com os senhores Ministros para a decisão da ADPF 442, a Rede Feminista de Saúde REQUER o recebimento e juntada das presentes razões, reiterando pedido de admissão ao processo, na figura de *amicus curiae*.

Termos em que

Pede Deferimento.

Curitiba, 05 de dezembro de 2017.

DEISY JOPPERT

OAB/PR 56925

¹⁰⁷ REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Posições Políticas – gestão 2011-2015. Manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam o aborto. Disponível em: <http://redesaude.org.br/comunica/wp-content/uploads/2015/05/encarte_rede_visual.pdf> Acesso em: 26 nov. 2017.