

**EXCELENTÍSSIMA SENHORA MINISTRA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
ROSA WEBER, RELATORA DA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO
FUNDAMENTAL Nº 442/2017**

A **INTERNATIONAL WOMEN’S HEALTH COALITION (IWHC)**, entidade jurídica de natureza não governamental e sem fins lucrativos (Doc. 1 e Doc. 3), vem, tempestivamente, por sua representante abaixo assinada (Doc. 2), com fulcro no art. 6º, §2º da Lei Federal nº 9.882/1999 c/c art. 7º, §2 da Lei Federal 9.868/1999, art. 138 da Lei nº 13.105/2015 (Código de Processo Civil de 2015) e art. 131, §3 do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal, respeitosamente requerer a sua admissão, na qualidade de

AMICUS CURIAE

nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), pelas razões e para os fins adiante expostos.

I. SÍNTESE DA MATÉRIA

1. Trata-se de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) que propugna pela não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal brasileiro), com o fim de excluir do seu âmbito de incidência a interrupção voluntária e induzida da gravidez quando realizada nas primeiras 12 semanas de gestação.

2. O argumento central da ação é de que os dispositivos do Código Penal de 1940 que estabeleceram a criminalização do aborto não se sustentam por serem incompatíveis com diferentes princípios e direitos fundamentais consagrados pela Constituição brasileira de 1988. A ação aponta como preceitos fundamentais violados os da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da não discriminação, da inviolabilidade da vida, da liberdade, da integridade física e psicológica, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, da saúde e do planejamento familiar de mulheres, adolescentes e meninas brasileiras (art. 1º, incisos I e II; art. 3º, inciso IV; art. 5º, *caput* e incisos I, III; art. 6º, *caput*; art. 196; art. 226, §7º).

3. Conforme apontado na petição inicial, a criminalização do aborto prevista nos artigos 124 e 126 do Código Penal gera persecução criminal discriminatória a mulheres, com impacto especialmente severo no que tange a mulheres negras, indígenas, mais pobres e menos escolarizadas. Ao mesmo tempo, não coíbe efetivamente a prática do aborto, nem promove meios eficazes para preveni-la. Implica, isso sim, graves infrações a direitos fundamentais das mulheres brasileiras.

4. Nesse sentido, após proceder à análise jurídica do princípio da dignidade da pessoa humana e de outros direitos constitucionais, a petição inicial conclui que a criminalização do aborto não se funda em objetivo constitucional legítimo e que não sobrevive à aplicação do teste da proporcionalidade, em nenhum de seus três subprincípios. Como assenta a inicial, “a criminalização do aborto não é medida suficiente, tampouco razoável para coibir sua prática, e não é eficiente para garantir o objetivo a que se justifica”. Deve, portanto, ter sua inconstitucionalidade declarada pelo Supremo Tribunal Federal, passando-se a permitir no

ordenamento jurídico brasileiro que mulheres tenham o direito de interromper a gestação durante as 12 primeiras semanas de gravidez, sem necessidade de qualquer forma de permissão específica do Estado, e, ainda, que os profissionais de saúde possam realizar o procedimento.

5. No contexto desta ação, a International Women's Health Coalition (IWHC), ora postulante, pretende contribuir para o debate em questão, trazendo dados adicionais e evidências científicas populacionais que podem auxiliar o deslinde da controvérsia constitucional posta pela ADPF nº 442, quanto à inconstitucionalidade da criminalização da interrupção voluntária e induzida da gestação durante as 12 primeiras semanas de gravidez. Como se verá a seguir, referidas informações apontam para duas conclusões: primeiro, a de que a criminalização não diminui o número de abortos realizados e, segundo, a de que a criminalização leva a um aumento da mortalidade e da morbidade materna,¹ impactando negativamente a saúde pública.

II. DA LEGITIMIDADE PARA INTERVENÇÃO COMO *AMICUS CURIAE*: RELEVÂNCIA DA MATÉRIA E REPRESENTATIVIDADE DA POSTULANTE

6. O instituto do *amicus curiae* vem sendo reconhecido pela jurisprudência e pela doutrina como importante instrumento de abertura para enriquecer e pluralizar o debate constitucional. Quanto aos requisitos para sua admissão, dispõe o art. 7º, §2º, da Lei nº 9.868/1999, aplicado analogicamente em caso de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental,² que o relator, ao decidir sobre a manifestação de outros órgãos ou entidades, levará em consideração “a relevância da matéria e a representatividade dos postulantes”. No mesmo sentido, o art. 138 do Código de Processo Civil de 2015 estabelece que:

“Art. 138. O juiz ou o relator, considerando a relevância da matéria, a especificidade do tema objeto da demanda ou a repercussão social da controvérsia,

¹ O termo mortalidade materna, segundo definição da Organização Mundial da Saúde, refere-se à morte de mulheres durante a gestação ou dentro de 42 dias do término da gestação por causa relacionada a ou agravada pela gravidez ou sua administração, excetuadas causas acidentais e incidentais. Veja-se Organização Mundial da Saúde, *Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)*, disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>>. O termo “morbidade materna” é utilizado para se referir a complicações e problemas de saúde suportados pelas mulheres durante a gestação e após seu término. Veja-se Tabassum Firoz et al, *Bulletin of the World Health Organization - Measuring maternal health: focus on maternal morbidity*, disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-117564/en/>>.

² ADPF 73/DF, Relator: Min. Eros Grau, j. 01/08/2005.

poderá, por decisão irrecurável, de ofício ou a requerimento das partes ou de quem pretenda manifestar-se, solicitar ou admitir a participação de pessoa natural ou jurídica, órgão ou entidade especializada, com representatividade adequada, no prazo de 15 (quinze) dias de sua intimação.” (grifos nossos)

7. A relevância e a repercussão social da controvérsia em questão são evidentes. Ao solicitar ao Supremo Tribunal Federal que declare a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal, a ADPF nº 442 visa a garantir a todas as mulheres brasileiras que assim o desejarem o direito a proceder à interrupção voluntária e induzida da gravidez, nas 12 primeiras semanas de gestação. A matéria discutida nesta ação, portanto, tem o potencial de afetar consideravelmente a esfera jurídica das mais de 53 milhões de mulheres que encontram-se em idade reprodutiva no Brasil,³ pois pode determinar a inconstitucionalidade da criminalização do aborto que ainda vigora no ordenamento jurídico brasileiro. Da mesma forma, a decisão poderá ter grande impacto no que tange às políticas públicas e sociais de saúde em vigor no país, repercutindo em todo o território nacional.

8. Destaca-se também que a ADPF invoca como dispositivos violados preceitos fundamentais de importância inquestionável em nosso ordenamento jurídico, que ocupam posição central na ordem jurídico-constitucional instituída pela Constituição de 1988. Discutir, pois, o significado e o alcance de princípios e direitos constitucionais como os da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da não discriminação, da liberdade, da integridade física e psicológica, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, da saúde e do planejamento familiar – e seu impacto na autonomia reprodutiva das mulheres brasileiras – é matéria de enorme relevância e suscita controvérsias jurídicas e morais. Trata-se, pois, de caso de indiscutível repercussão social.

9. Ademais, ressalte-se a representatividade da presente postulante para contribuir para o debate ora em tela. Fundada no estado de Nova York, nos Estados Unidos, a International Women’s Health Coalition possui mais de 30 anos de experiência de trabalho na luta e militância

³ De acordo com o último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 53.669.290 mulheres brasileiras têm entre 15 e 49 anos. Informação disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo_piramide> e <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html>>.

pelos direitos e pela saúde de mulheres e meninas em mais de 50 países em diferentes regiões do mundo. Sua missão institucional tem estreita vinculação com o tema discutido na ADPF em questão, pois objetiva “avançar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e jovens” a partir do “apoio e fortalecimento de líderes e organizações que trabalhem nos níveis comunitários, nacionais, regionais e globais”.⁴

10. A IWHC reconhece que os direitos de mulheres e meninas à igualdade e à saúde são essenciais para que seja atingida a justiça social, econômica e ambiental. Nesse sentido, sua visão institucional almeja que “todas as mulheres e meninas possam exercer seu direito de acessar as informações, recursos e serviços necessários para promover e proteger sua saúde e para que se desenvolvam em seu máximo potencial, bem como que todas possam tomar decisões informadas a respeito de sua sexualidade, relacionamentos, gravidezes, gestações, casamentos e todas as outras questões relacionadas a sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos, livre de discriminação, coação e violência”.⁵

11. No Brasil, a IWHC atua há mais de 30 anos, desde 1986, em parceria com diversas organizações locais e dando apoio a uma gama de projetos, incluindo pesquisas acerca da saúde e de direitos sexuais e reprodutivos. A atuação regional em países em desenvolvimento faz com que a organização possua uma perspectiva e uma abordagem comparativa e global sobre o impacto da criminalização do aborto em distintas regiões, permitindo-lhe trazer informações relevantes para a presente controvérsia.

12. Ainda, sua reconhecida expertise no tema em questão nesta ADPF – e, portanto, sua capacidade de contribuir com dados e informações para o julgamento do caso – restam demonstrados a partir do seu reconhecimento como tendo status consultivo junto ao Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, assim como possuindo “relações oficiais” junto a Organização Mundial da Saúde (OMS), status obtido por pouquíssimas organizações no mundo. Nas palavras da Organização Mundial da Saúde, trata-se de “privilégio conferido pelo Conselho Executivo àquelas organizações não governamentais, associações

⁴ Disponível em <<https://iwhc.org/about-us/>>. Tradução livre do inglês para o português.

⁵ Idem.

corporativas internacionais e fundações filantrópicas que tenham tido e continuam a ter um continuado e sistemático engajamento no interesse da Organização [Mundial da Saúde], cujos objetivos e atividades estejam em conformidade com o espírito, os propósitos e os princípios da Constituição da OMS, e que devem contribuir significativamente para o avanço da saúde pública”.⁶

13. Evidencia-se, pois, a capacidade da postulante de efetivamente contribuir, com seu ingresso como *amicus curiae* na ação, no sentido de “pluralizar e enriquecer o debate com o aporte de argumentos e pontos de vista diferenciados, bem como de informações e dados técnicos relevantes à solução da controvérsia jurídica e, inclusive, de novas alternativas de interpretação da Carta Constitucional”.⁷ Afinal, trata-se de expert no tema em questão na presente ADPF, inclusive reconhecida pela ONU e pela OMS, apta a trazer dados relevantes para o deslinde da questão, não constituindo mera interessada processual.⁸

14. Finalmente, em relação à tempestividade da solicitação de ingresso como *amicus curiae*, tem entendido a jurisprudência desta Corte que são tempestivos os pedidos quando protocolados até a liberação do processo pelo Ministro Relator para que seja incluído na pauta de julgamentos.⁹ Incontroversa, pois, a tempestividade da presente petição, visto que até o momento do protocolo deste pedido, a Ministra Relatora ainda não requisitou a inclusão do feito em pauta para que seja julgado.

15. Diante do exposto, e tendo em vista a relevância da matéria, a representatividade da postulante e a tempestividade do pedido, a International Women’s Health Coalition visa a contribuir para o deslinde da questão ressaltando dados e argumentos que passa a expor a seguir, os quais corroboram os fatos e pedidos ilustrados na petição inicial.

⁶ Informações da Organização Mundial da Saúde-OMS. Traduzidas livremente do inglês para o português e disponíveis em: <<http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/in-official-relations/en/>>.

⁷ ADPF 489/DF, Relatora: Min. Rosa Weber, Despacho Publicado em 04/12/2017.

⁸ Ressalte-se, ainda, consoante orientação do Ministério da Justiça, que no caso de “organizações estrangeiras que atuam no Brasil apenas celebrando contratos ou acionando o Poder Judiciário, sem a necessidade de instalação de filiais, sucursais, agências, estabelecimentos, ou representações [...] não há necessidade de autorização para que funcionem no Brasil, podendo exercer atividades no território nacional, desde que não sejam contrárias à ordem pública”. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/central-de-atendimento/entidades/organizacoes-estrangeiras>>.

⁹ ADI 4.071-AgR/DF, Relator: Min. Menezes Direito, Tribunal Pleno, j. 22/04/2009; ADI 2.777-QO, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 27/11/2003.

III. MÉRITO

III.1. A criminalização do aborto não leva à redução do número de abortos realizados

16. Em primeiro lugar, a presente manifestação visa a destacar que não é cientificamente válido o argumento – frequentemente defendido por aqueles que se opõem à interrupção voluntária e induzida da gestação – de que a criminalização é necessária para que se possa conter e reduzir o número de abortos realizados. Na realidade, dados empíricos indicam justamente o contrário: que a criminalização do aborto nada ou pouco adianta no que tange à redução do número de procedimentos ocorridos.

17. Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde, em parceria com o instituto Guttmacher, publicada em 2016, concluiu, por exemplo, que as taxas de abortos realizados são semelhantes ou mesmo menores em países que permitem o procedimento, quando comparados àqueles que o proíbem.¹⁰ Enquanto, nos países nos quais o aborto é completamente proibido ou autorizado somente para salvar a vida da gestante, a taxa de aborto observada foi de 37 a cada 1000 mulheres, a taxa apresentada por países em que o aborto é permitido por demanda da mulher foi de 34 a cada 1000 mulheres.¹¹ Os dados da pesquisa são claros: não há relação de causalidade entre a proibição da interrupção da gestação e o número de abortos que efetivamente vêm a ser realizados. Descriminalizar o procedimento não implica necessariamente uma maior incidência do mesmo, da mesma forma que criminalizá-lo não leva necessariamente à redução.

18. Na América Latina e no Caribe, mais de 97% das mulheres em idade reprodutiva vivem em países em que o aborto é restrito, ou completamente banido.¹² Apesar das leis restritivas, o número de abortos e as taxas de abortos na região aumentaram nas últimas décadas. Estimativas apontam que foram realizados, 6.5 milhões de abortos ao ano no período de 2010-2014, um

¹⁰ Gilda Sedgh et al, *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, Volume 388, No. 10041, p258–267, 16 July 2016. Disponível em <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961786-8/fulltext>>. Guttmacher Institute, *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*, disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>>.

¹¹ Idem.

¹² Guttmacher Institute, *Abortion in Latin America and the Caribbean: Incidence and Trends*, disponível em <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>>.

aumento considerável em relação aos 4.4 milhões anuais que foram observados uma década antes.¹³ No mesmo período, nesta região, o percentual de gravidezes que terminam em abortos subiu: de 1 em menos de 4 gestações terminando em aborto para 1 em cerca de 3 gestações sendo interrompida.¹⁴ A taxa de aborto realizados ao ano também aumentou, de 40 a cada 1000 mulheres para 44 a cada 1000 mulheres.¹⁵ Só na América do Sul estima-se que ocorrem 4.6 milhões de abortos por ano, com 34% do total de gestações terminando em aborto.¹⁶

19. Destaque-se ainda que a taxa registrada na América do Sul, onde 48 a cada 1000 mulheres realizam aborto todos os anos, é muito superior àqueles de 16 e de 17 a cada 1000 mulheres observados, respectivamente, na Europa Ocidental e na América do Norte, regiões em que o aborto é amplamente legalizado.¹⁷ Aborta-se portanto, três vezes mais na América do Sul do que na Europa Ocidental, em que pesem as restrições legais ao aborto na primeira região e a liberação do procedimento em ampla medida na última. Novamente, aponta-se para o que já foi afirmado na presente petição: que criminalizar o aborto não constitui mecanismo efetivo para levar à sua redução.

20. A maioria dos abortos no mundo é realizada em regiões em desenvolvimento, nas quais o procedimento é frequentemente restrito ou ilegal. Dos 56 milhões de abortos realizados anualmente, 88% (49 milhões) ocorrem em regiões em desenvolvimento, percentual maior do que os 76% observados na década anterior.¹⁸ Ainda, é sobretudo nessas regiões – ainda mais nas que apresentam as leis mais restritivas – que acontece o maior número de abortos inseguros, pondo em risco a saúde e a segurança das mulheres, como se verá no item seguinte.

21. Em contraste, no conjunto de países desenvolvidos, nos quais o aborto é em sua maioria amplamente permitido, os abortos são geralmente seguros e a taxa de procedimentos

¹³ Idem.

¹⁴ Idem. O percentual do total de gestações que foram interrompidas subiu de 23% para 32%.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Tabela 3 de Gilda Sedgh et al, *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, Volume 388, No. 10041, p258–267, 16 July 2016. Disponível em <<http://www.thelancet.com/action/showFullTableImage?tableId=tbl3&pii=S0140673616303804>>.

¹⁷ Guttmacher Institute, *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*, disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>>.

¹⁸ Idem.

realizados apresentou vertiginosa queda de 41% desde 1990, tratando-se de taxa mais baixa do que aquela encontrada em países em desenvolvimento.¹⁹ Demonstra-se, uma vez mais, a inexistência de relação direta entre proibição e número de abortos efetivamente realizados.

22. De fato, o que verdadeiramente leva à redução do número de abortos não é a criminalização, como querem fazer crer os defensores da proibição, mas sim investimentos em políticas públicas e sociais de planejamento familiar e expansão do uso efetivo de métodos contraceptivos modernos, bem como de informação e educação sexual e reprodutiva, prevenindo gestações não planejadas. Múltiplas pesquisas apontam nesse sentido, revelando que a forma mais eficaz de reduzir o número de abortos não passa pelo uso da lei penal, mas sim pelo aumento da disponibilidade de contraceptivos a mulheres.²⁰ Como assevera a própria Organização Mundial da Saúde, assegurar o acesso a uma ampla gama de métodos contraceptivos eficientes e a informações sobre o uso consistente desses métodos é uma política pública de saúde sólida, vez que é bem menos custoso para mulheres e para a sociedade investir em métodos contraceptivos modernos do que administrar gravidezes não intencionais.²¹

23. Entretanto, o acesso a métodos contraceptivos modernos em si não basta, pois gestações não planejadas e a necessidade de um aborto ocorrem também entre mulheres que estão utilizando métodos contraceptivos, seja devido a falha desses métodos, questões de saúde e outras circunstâncias, ou na ocasião de um estupro.²² O acesso a procedimentos abortivos seguros é, portanto, essencial para que mulheres não recorram a procedimentos inseguros com riscos de complicações severas e mesmo de morte, em diferentes circunstâncias.

¹⁹ Idem.

²⁰ Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*, Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf>; Gilda Sedgh et al, *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, Volume 388, No. 10041, p258–267, 16 July 2016. Disponível em <<http://www.thelancet.com/action/showFullTableImage?tableId=tbl3&pii=S0140673616303804>>; Guttmacher Institute, *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017*, disponível em <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>.

²¹ Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), *Abortion rates drop in more developed regions but fail to improve in developing region*, disponível em <<http://www.who.int/reproductivehealth/news/abortion-rates/en/>>.

²² Idem.

24. É também imprescindível que às mulheres sejam fornecidos cuidados pós-aborto e orientações adequadas, não apenas no intuito de tratar possíveis complicações, como também de aconselhá-las em termos de planejamento familiar e utilização de métodos anticoncepcionais. Assim, é possível evitar futuras gestações não planejadas, reduzindo-se, conseqüentemente, a demanda por abortos. Em um contexto de criminalização da interrupção voluntária da gravidez, contudo, mulheres são constrangidas, temendo perseguição penal, a não procurar referidos cuidados, ou a não revelarem que optaram por interromper suas gestações, o que resulta não só no agravamento de complicações e riscos, como também na ausência de aconselhamento fundamental para que não ocorram futuras gestações não intencionais e futuros abortos.

25. A descriminalização, em contrapartida, não só permite o acesso a procedimentos abortivos seguros, como também fomenta um contexto de autonomia e igualdade das mulheres que as empodera e as estimula a buscar aconselhamento e cuidados quanto a saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e contraceptivos. Assim, a descriminalização do aborto frequentemente está associada a um ambiente de menor estigma e de maior informação no que tange a métodos para se prevenir um gravidez, o qual leva, na prática, a um menor número de gestações não planejadas e, portanto, a uma queda do número de abortos realizados no longo prazo.

26. Em verdade, em diferentes países em que o aborto foi descriminalizado, observou-se, com o passar dos anos, uma redução do número de procedimentos realizados, associado a um contexto de ampliação do uso de métodos contraceptivos. A Romênia é um exemplo significativo. De 1965 até 1989 perduraram consideráveis restrições ao aborto. No final de 1989 a lei antiaborto foi derrubada e, após o esperado aumento do número de abortos seguros e legais registrados no primeiro ano – afinal, antes a possibilidade de realizar o procedimento de maneira legal e segura, com o registro da sua ocorrência, era bastante restrita – o número de abortos observado diminuiu vertiginosamente em todos os anos subsequentes.²³

27. Entre 1990 e 2010, a taxa de abortos reduziu 94%.²⁴ Além disso, o número médio

²³ Dados do Ministério da Saúde da Romênia, reproduzidos em Mihai Horga et al, *The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility*, disponível em <<http://srh.bmj.com/content/39/1/2>>.

²⁴ Idem. De uma taxa de 163.6 abortos induzidos a cada 1000 mulheres em 1990 passou-se a 10.1 a cada mil mulheres em 2010.

de abortos que uma mulher teria ao longo de sua vida caiu de 3,4 a cada em 1993, para 0,8 em 2004.²⁵ Paralelamente, as taxas de mortalidade materna por conta de procedimentos abortivos caíram radicalmente, como se comentará no tópico seguinte. O que observou-se, pois, não foi um aumento indiscriminado do número de abortos estimulado pela descriminalização, mas uma queda progressiva do mesmo, aliado a um aumento das políticas de planejamento familiar e do uso de contraceptivos, e de uma vertiginosa queda da mortalidade materna.²⁶

28. O mesmo ocorreu em Portugal. Após a legalização do aborto em 2007,²⁷ e do aumento observado nos três primeiros anos em relação a 2008, o número de abortos vem diminuindo desde 2012. Em 2016 foram registrados 15.416 abortos, número 14,4% menor que os 18.014 registrados em 2008.²⁸ O número de interrupções em relação a cada 1000 nascidos vivos também diminuiu entre 2014 e 2016.²⁹ Ressalte-se, ainda, que cerca de 94,5% das mulheres que realizaram a interrupção voluntária por opção escolheram posteriormente um método de contracepção, e, ainda, que reduziram-se os casos de urgência de mulheres com ruptura de órgãos como vagina e útero decorrentes de abortos induzidos, melhorando-se as condições de saúde das mulheres.³⁰

29. Pelo mundo, como apontou a Organização Mundial de Saúde, na maior parte das regiões com leis menos restritivas em relação ao aborto as taxas de aborto induzidos são baixas, a prevalência de contraceptivos é alta e o número de abortos inseguros é praticamente inexistente.³¹ Em contrapartida, em regiões com leis mais restritivas, a taxa de abortos induzidos é alta, e a

²⁵Ministério da Saúde da Romênia, Banco Mundial, UNFPA, USAID, UNICEF, *Reproductive health survey: Romania, 2004*, disponível em <https://www.unicef.org/romania/Reproductive_Health_Survey_Romania_2004.pdf>.

²⁶ Idem.

²⁷ A legalização do aborto em Portugal foi aprovada em referendo em fevereiro de 2007, o qual foi seguido pela Lei 16/2007, do dia 17 de abril, disponível em <https://www.ers.pt/uploads/document/file/289/Lei_16-2007-_17_Abril.pdf>.

²⁸ Dados oficiais do governo português, disponíveis em <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-de-ivg-2016-pdf.aspx>>. Veja-se página 22.

²⁹ Idem, página 24.

³⁰ Veja-se consoante declaração do ex-Diretor-geral de Saúde de Portugal disponível em <<https://www.publico.pt/2017/09/14/sociedade/noticia/portugal-e-pais-europeu-com-menos-abortos-lei-foi-um-sucesso-diz-francisco-george-1785386>>.

³¹ Organização Mundial da Saúde, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf>.

grande maioria dos mesmos é inseguro. Nesses países, em geral, a prevalência de contraceptivos é mais baixa, com a exceção relevante da América do Sul, onde 10% dos métodos contraceptivos utilizados são tradicionais e 35% se referem a esterilização, indicando que mulheres são obrigadas a recorrer a procedimentos inseguros antes de esterilizar-se.³² Apesar das leis restritivas, contudo, a taxa de aborto nessa região permanece alta, indicando uma vez mais que criminalizar não é caminho para a redução.

30. A partir do exposto, é possível concluir, portanto, que a criminalização não é capaz de contribuir de maneira eficaz para a redução nos números de abortos realizados. Leis restritivas, em diferentes regiões do mundo, não previnem gravidezes não desejadas, nem impedem mulheres de realizarem abortos. O que elas causam, perigosamente, são procedimentos clandestinos e inseguros, em violação direito constitucional à saúde das mulheres, consagrado no artigo 196 da Constituição.

III.2. A criminalização do aborto impacta negativamente o direito à saúde das mulheres, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade materna

31. A criminalização do aborto, além de não contribuir para a queda do número de procedimentos realizados, produz graves e deletérios efeitos quanto a aspecto relevante para o desfecho constitucional da questão: a saúde das mulheres. Conforme exposto anteriormente, tornar o aborto um crime não reduz sua ocorrência nem estimula políticas de contracepção e prevenção da gravidez. O que a criminalização da interrupção voluntária da gestação faz, na prática, é levar milhares de mulheres, todos os anos, a se sujeitar a procedimentos perigosos, realizados sem as necessárias condições de higiene e segurança e por pessoas sem treinamento adequado.

32. Em verdade, como revelam diferentes pesquisas, o aborto é feito predominantemente de forma segura naqueles países em que é legal, mas tende a ocorrer de maneira insegura e perigosa nos países em que o procedimento é ilegal.³³ Assim, devido a leis e

³² Idem.

³³ Bela Ganatra et al, *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/abstract)>.

políticas restritivas, não resta outra alternativa às mulheres que não têm condições de ou não desejam levar a frente suas gestações senão se submeter a procedimentos inseguros e a riscos de saúde e de morte em sua maioria inteiramente evitáveis. Não é à toa que, em diferentes países do mundo pode-se observar estreita relação entre a criminalização do procedimento e elevados índices de mortalidade materna a ele associados, bem como, inversamente, ligação direta entre a descriminalização do aborto e a redução da mortalidade materna relacionada à sua ocorrência. Também não parece coincidência que, no Brasil, complicações devido a aborto sejam uma das maiores causas de mortalidade materna, ocupando a quinta posição.³⁴

33. O reconhecimento dos impactos negativos do aborto inseguro não é recente. Há pelo menos 50 anos a Assembleia Mundial da Saúde reconhece o aborto inseguro como problema de saúde pública em diferentes países.³⁵ Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aborto inseguro pode ser definido como “um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos”.³⁶ De acordo com a Organização, embora existam procedimentos simples, seguros e efetivos para se interromper uma gravidez,³⁷ aproximadamente 25 milhões de abortos inseguros ocorrem a cada ano,³⁸ contribuindo significativamente para a mortalidade e morbidade materna pelo mundo.³⁹ Entre as limitações ao acesso ao procedimento seguro, encontram-se a falta de profissionais de saúde adequadamente treinados, o estigma ou relutância por parte de alguns profissionais no que tange à prestação desse tipo de cuidado e, ainda, barreiras políticas e regulatórias.⁴⁰

³⁴ Presidência da República – Secretaria de Políticas para as Mulheres, *Relatório Beijing +20*, disponível em <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/13022Brazil_review_Beijing20.pdf>.

³⁵ Organização Mundial da Saúde, *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ Organização Mundial da Saúde, *Preventing Unsafe Abortion*, disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>>; Bela Ganatra et al, *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/abstract)>.

³⁹ Organização Mundial da Saúde, *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1&ua=1>.

⁴⁰ Idem.

34. É fundamental notar que o ônus e os perigos de uma interrupção de gravidez insegura não se distribuem de forma equânime entre as diferentes regiões do mundo. Muito pelo contrário: 97% dos abortos inseguros (ou seja, 24,3 milhões de procedimentos precários e perigosos) são realizados em países em desenvolvimento,⁴¹ nos quais, em geral, o acesso a procedimentos legais e seguros é limitado a um rol restrito de condicionantes, como no Brasil.⁴² Conforme afirma a Organização Mundial da Saúde, nesses países em que o aborto legal é restrito – como o é no cenário brasileiro – o aborto seguro vira um privilégio dos ricos,⁴³ e as barreiras e os riscos recaem principalmente sobre aquelas mulheres rurais, pobres, adolescentes, solteiras ou com menor acesso a educação,⁴⁴ levando a mortes e complicações evitáveis.

35. Saliente-se que as sub-regiões com a maior proporção de abortos seguros, como o Norte Europeu e a América do Norte, são também aquelas em que o procedimento é em geral disponibilizado à população de forma mais ampla, sendo o acesso ao aborto seguro garantido por demanda da mulher ou por amplas razões sociais e econômicas.⁴⁵ Isso, contudo, não implica um aumento nas taxas de aborto, conforme já salientado no item anterior. Pelo contrário, são justamente esses países que registram as menores incidências de ocorrência do procedimento,⁴⁶ provando que é possível atingir ao mesmo tempo segurança e uma baixa incidência de abortos.⁴⁷ Assim, aquilo que o maior acesso a abortos legais e seguros permite, na realidade, é a segurança do procedimento e a salvaguarda à saúde das mulheres, que torna-se muito maior.

36. É verdade que outros fatores podem exercer influência sobre as taxas de aborto e a segurança do procedimento em determinado país, a exemplo de um maior nível de

⁴¹ Organização Mundial da Saúde, *Worldwide, an estimated 25 million unsafe abortions occur each year*, disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortion-worldwide/en/>> ; Bela Ganatra et al, *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/abstract)>.

⁴² Organização Mundial da Saúde, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf>.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ Bela Ganatra et al, *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/abstract)>.

⁴⁷ Idem.

desenvolvimento econômico, maiores níveis de igualdade de gênero e maior uso de contraceptivos.⁴⁸ A garantia de acesso a procedimento legal e seguro, contudo, é essencial. Não somente porque gera um contexto de igualdade e de menor estigma em relação a direitos e à saúde sexual e reprodutiva, incentivando a utilização de contraceptivos, consoante já destacado, mas porque a existência de leis e políticas que permitem o acesso ao aborto, em si, tem forte impacto sobre a segurança dos procedimentos.

37. Nesse sentido, pesquisa revelou que, quando se considera a distribuição da segurança dos abortos tendo como parâmetro seu status legal, a proporção de abortos inseguros é significativamente maior em países com leis bastante restritivas, quando comparado a países com leis menos restritivas.⁴⁹ De fato, 87,4% dos abortos foram realizados de forma segura em 57 países em que o procedimento é permitido por demanda da mulher, em contraste com apenas 25.2% de procedimentos seguros em 62 países em que o aborto era completamente banido ou permitido apenas para salvar a vida da mulher ou preservar sua saúde.⁵⁰

38. Dados também demonstraram que a descriminalização do procedimento, como se propões na ação em tela, contribui para a redução da mortalidade materna. Na África do Sul, por exemplo, pesquisas revelaram uma queda vertiginosa no número de mortes maternas relacionadas ao aborto após a aprovação do Choice on Termination of Pregnancy Act, que permitiu a interrupção da gravidez por demanda da mulher durante o primeiro trimestre, sem restrições, e, nos trimestres seguintes, em casos determinados. Alguns estudos apontam que o número de mortes relacionadas ao aborto inseguro reduziu em até 91%.⁵¹

39. O mesmo foi observado na Romênia. Se, enquanto perduraram maiores restrições ao aborto, de 1965 até 1989, as taxas de mortalidade materna aproximadamente dobraram, após a

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Rachel Jewkes et al, *The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change*, disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713153>>; Janie Benson et al, *Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh*, disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287245/>>; Sally Guttmacher et al, *Abortion Reform in South Africa: A Case Study of the 1996 Choice on Termination of Pregnancy Act*, <<https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/12/abortion-reform-south-africa-case-study-1996-choice-termination-pregnancy-act#24a>>.

descriminalização e disponibilização do procedimento, a taxa de mortalidade materna caiu para menos da metade em apenas um ano,⁵² e continuou caindo nos anos subsequentes, atingindo, em 2006, um décimo do que era anteriormente.⁵³ A conclusão é clara: descriminalizar o acesso ao aborto em termos amplos auxilia na redução da mortalidade materna a ele associada, garantindo às mulheres o acesso a procedimentos legais e seguros e a realização de seu direito à saúde, previsto, no caso do Brasil, no art. 196 da Constituição.

40. Ao revés, as consequências de um cenário em que o rol de possibilidades de se obter um aborto legal e seguro é restrito, como no caso brasileiro, são gravíssimas para a saúde das mulheres. Interrupções de gravidez inseguras são umas das principais causas de mortalidade materna, sendo causa direta de 8 a 18% das mortes,⁵⁴ com estimativas que chegam a 47.000 mulheres mortas todo ano.⁵⁵ Alguns estudos apontam que cerca de 40% das mulheres que se submetem a procedimentos clandestinos sofrem algum tipo de complicação que requer tratamento.⁵⁶ Somente em 2012, por exemplo, estima-se que 7 milhões de mulheres receberam tratamento para complicações devido a uma interrupção de gravidez insegura em países em desenvolvimento.⁵⁷ Ainda, até 40% das mulheres que precisavam receber tratamento não o

⁵² Mihai Horga et al, *The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility*, disponível em <<http://srh.bmj.com/content/39/1/2>>; Janie Benson et al, *Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh*, disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287245/>>

⁵³ Mihai Horga et al, *The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility*, disponível em <<http://srh.bmj.com/content/39/1/2>>; David HP et al, *Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy*, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1949105>>.

⁵⁴ S. Singh e I. Maddow-Zimet, *Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries*, disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4767687/>>. Veja-se: Organização Mundial da Saúde, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf> ; Lale Say et al, *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)> ; Nicholas Kassebaum 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*, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/fulltext)> ; Gilda Sedgh et al, *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, Volume 388, No. 10041, p258–267, 16 July 2016. Disponível em <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961786-8/fulltext>>.

⁵⁵ Organização Mundial da Saúde, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf>

⁵⁶ Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, disponível em <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>>

⁵⁷ Idem.

obtiveram.⁵⁸

41. No Brasil, a criminalização do procedimento dificulta a quantificação do problema e a estimativa precisa de suas graves consequências, de modo que os números são muito provavelmente maiores e a situação ainda mais grave do que aparece nos registros oficiais. O próprio Ministério da Saúde reconhece que “o real dimensionamento do óbito materno no Brasil é dificultado pelo sub-registro de óbitos e pela subenumeração da morte materna”,⁵⁹ bem como pela “subinformação das causas dos óbitos”.⁶⁰ No caso do aborto, em meio a leis que criminalizam o procedimento exceto em um rol restrito de situações, o risco de sub-registro é mais elevado. Isso não só porque é comum que a ocorrência de complicações e mortes seja atribuída a outras causas, como hemorragia e infecções, mas também porque, nesse contexto, tentativas voluntárias de interrupção da gravidez são omitidas intencionalmente ou declaradas como aborto espontâneo, por medo de perseguição penal.⁶¹ Até mesmo em cenários em que o aborto é legal de maneira ampla pode haver sub-registro e classificações errôneas, devido a estigma e barreiras religiosas e culturais.⁶² Quando paira sobre as mulheres a ameaça de uma condenação penal por aborto induzido, como no Brasil, a possibilidade de que o aborto voluntário não seja declarado e nem anotado nos registros de saúde oficiais vira realidade frequente.

42. Porém, até mesmo os números oficiais, ainda que sujeitos a considerável subnotificação, dão dimensão da gravidade do problema. Ao longo de 2017, de acordo com os números do Ministério da Saúde disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ocorreram quase 200.000 internações relacionadas à ocorrência de abortos. Dessas internações, apenas 1.621 foram registradas como abortos por razões médicas – os chamados abortos legais. O resto das internações foi registrado como causado por abortos espontâneos (94.767) – ressaltando-se uma vez mais que é provável que parte desse número corresponda, em verdade, a abortos induzidos –, e outros 102.911 foram relacionadas à categoria

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Portaria GM no 1.119, de 05 de junho de 28/08/2008, citada em Ministério da Saúde, *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*, disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Lale Say et al, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)>.

⁶² Idem.

“outras gravidezes que terminam em aborto”.⁶³ As internações custaram valor próximo a 48 milhões de reais, além de representarem um total de mais de 350 mil dias de permanência nos hospitais, considerando-se todas as mulheres internadas.⁶⁴

43. O total de curetagens realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) também é representativo. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2017 foram realizadas 174.604 curetagens pós abortamento, totalizando mais de 38 milhões de reais em gastos.⁶⁵ Trata-se, portanto, de um dos procedimentos mais realizados pelo SUS, atrás apenas dos partos cesarianos e do tratamento com cirurgias múltiplas.⁶⁶ O número é bastante significativo quando se considera que apenas 1.621 dos abortos foram registados como abortos por razões médicas e legais. Ou seja, o Sistema Único de Saúde realiza um número de curetagens que é mais de 100 vezes maior do que o número de abortos legais. A realidade é evidente: a existência de milhares de abortos ilegais e inseguros todos os anos é um fato e as leis restritivas não impedem sua ocorrência, afetando, isso sim, a segurança e a saúde das mulheres.

44. Estimativas mais precisas da realidade do aborto no Brasil foram oferecida pela Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), visto que faz uso da técnica de urna para resguardar o anonimato das mulheres entrevistadas, diminuindo assim a taxa de respostas falsas por estigma ou receio de perseguição penal.⁶⁷ A PNA de 2016 evidencia a realidade comum do aborto no Brasil. A pesquisa estimou que, aos 40 anos, uma em cerca de cinco mulheres brasileiras fez um aborto. Ao mesmo tempo, em 2015, aproximadamente meio milhão de abortos foram realizados, a maior parte de maneira ilegal e sem as condições plenas de saúde. Nesse contexto, cerca de metade das mulheres que realizaram um aborto (48%) teve que ser internada para finalizá-lo.

45. A realidade do aborto é grave problema de saúde. Todos os anos, milhares de

⁶³ O número exato de internações em 2015 foi de 199.299. Números obtidos no <<http://www.datasus.gov.br/>>. Pesquisa quanto a morbidade hospitalar do SUS.

⁶⁴ O valor total exato do custo das internações referidas foi de 47.891.853,06. Idem.

⁶⁵ Valor total exato de R\$ 38.078.087,92. Números obtidos no <<http://www.datasus.gov.br/>>. Análise dos procedimentos hospitalares do SUS.

⁶⁶ Análise dos procedimentos hospitalares do grupo 04 (procedimentos cirúrgicos) a partir dos dados disponíveis no <<http://www.datasus.gov.br/>>. Tabela do Ministério da Saúde acerca da estrutura, grupo, subgrupos e forma de organização disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/anexos/prt0007_rep_AnexoIX.pdf>

⁶⁷ Debora Diniz, Marcelo Medeiros, Alberto Madeiro, *Pesquisa Nacional do Aborto 2016*, disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>> 2016>.

mulheres se submetem a procedimentos inseguros, sujeitando-se a riscos majoritariamente evitáveis. Como aponta a Organização Mundial da Saúde, quase toda morte e sequela relacionada ao aborto poderia ser evitada a partir da educação em sexualidade, uso de contraceptivos efetivos, tratamento para as complicações e disponibilização de abortos induzidos legais e seguros.⁶⁸ Ressalte-se que o aborto, quando realizado por profissionais treinados, por meio das técnicas e medicamentos corretos e em condições higiênicas, é procedimento médico bastante seguro, apresentando riscos muito inferiores ao de um procedimento inseguro.⁶⁹

46. É, pois, necessário e urgente que se intervenha para reverter esse quadro tão prejudicial à saúde das mulheres, de uma pandemia evitável.⁷⁰ Além de programas e políticas de ampliação do uso de contraceptivos no intuito de serem prevenidas gestações não planejadas, é necessário expandir a disponibilidade de cuidados pós abortamento, e sobretudo, garantir o acesso de todas as mulheres que assim o desejarem a abortos seguros, realizados por profissionais qualificados e em condições de higiene adequadas.⁷¹ Esse acesso, evidentemente, depende da existência de leis e políticas que permitam a realização do procedimentos sob um amplo rol de situações, permitindo às mulheres a realização de seu direito constitucional à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal. Nesse contexto, a ADPF nº 442 deve ser julgada procedente, para garantir o direito das mulheres de interromper voluntariamente e de maneira segura a gestação durante as 12 primeiras semanas.

IV. PEDIDOS

47. Por todo o exposto, tendo em vista que o caso em tela versa sobre matéria de grande relevância para os direitos fundamentais das mulheres brasileiras e que a postulante possui representatividade e estreita ligação com o tema que é objeto da presente ação, a International Women's Health Coalition mostra-se legitimada a atuar como *amicus curiae* na Arguição de

⁶⁸ Organização Mundial da Saúde, Preventing Unsafe Abortion, disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>>.

⁶⁹ Organização Mundial da Saúde, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf>.

⁷⁰ David Grimes et al, Unsafe abortion: the preventable pandemic, disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf>.

⁷¹ Guttmacher Institute, Abortion in Latin America and the Caribbean: Incidence and Trends, disponível em <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>>.

Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442.

48. Desse modo, requer a ora postulante:

- (a) seja deferida sua admissão no feito, na qualidade de *amicus curiae*, para, desse modo, exercer todas as faculdades inerentes a tal função, inclusive apresentar memoriais, realizar sustentação oral e participar de eventual audiência pública;
- (b) seja intimada de todos os atos do processo por meio de sua advogada e representante legal, infra-assinada;
- (c) no mérito, seja julgado integralmente procedente o pedido formulado na inicial para declarar-se a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal brasileiro, no intuito de excluir do seu âmbito de incidência a interrupção voluntária e induzida da gestação, quando realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez.

Termos em que,
Pede deferimento

Rio de Janeiro, 08 de março de 2018


JULIANA CARREIRO AVILA
OAB/RJ 214.321

Lista de Documentos Anexados:

Doc. 1: Atos Constitutivos

Doc. 2: Procuração

Doc. 3: Atas de Eleição da Presidente e Cláusula de Poderes da Presidente