

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

CONECTAS DIREITOS HUMANOS, já qualificada e admitida como *amicus curiae* nos autos em epígrafe, vem à presença de V.Exa., em cumprimento à decisão de 4 de junho passado, apresentar suas *contribuições por escrito* para participação em audiência pública a ser realizada em 6 de agosto de 2018, na qual foi habilitada para participação no horário das 15:00 hs,

1. NÚMEROS SOBRE ABORTO NO BRASIL E NO MUNDO.

Vale destacar, primeiramente, que segundo informações prestadas pelo Ministério da Saúde em 2016, o Brasil registra uma média de **4 (quatro) mortes por dia** de mulheres que buscam socorro nos hospitais por complicações do aborto¹. No mesmo ano, a Secretaria de Políticas para Mulheres atestou que o abortamento clandestino constitui a **5ª (quinta) causa da morte materna no país**².

Ademais, a criminalização do aborto no Brasil, além de ferir o direito à saúde, atinge desproporcionalmente as mulheres em condições de vulnerabilidade econômica e social. Não por acaso, tratados internacionais e compromissos assumidos pelo Estado brasileiro - como será exposto mais adiante – reforçam a necessidade da adoção de

¹ Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral/diariamente-4-mulheres-morrem-nos-hospitais-por-complicacoes-do-aborto,10000095281>> Acesso em 11 ago 2017.

² Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>> Acesso em: 11 ago 2017.

medidas para a prevenção de abortos inseguros e para que seja respeitado o direito das mulheres à autonomia para as decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

O pedido feito pelo PSOL é necessário, pois apesar de a legislação brasileira e o Supremo Tribunal autorizarem a interrupção da gravidez em hipóteses específicas, o fato é que a criminalização do aborto³ permanece punindo – legalmente, psicologicamente e fisicamente - um contingente enorme de mulheres que são forçadas a buscar métodos clandestinos de interrupção da gravidez. Vale destacar, também, e desde já, que a proposta em debate, caso procedente, alçará o Brasil ao notável conjunto de países que já permitem a realização do aborto.

Países como Estados Unidos da América, Canadá e praticamente toda Europa Ocidental (Portugal Espanha, França, Suíça, Bélgica, Holanda, Alemanha, entre outros), já caminharam nesse sentido. No mapa⁴ abaixo, os países em verde são aqueles em que o aborto é permitido:

³ A Organização Mundial da Saúde define, quanto à escolha legislativa de permissão da realização do aborto, seis categorias: (i) nos casos em que há riscos à vida da mulher grávida; (ii) nos casos em que há riscos à saúde da mulher grávida; (iii) nos casos em que a gravidez é decorrente de estupro ou incesto; (iv) nos casos em que há comprometimento fetal; (v) por razões econômicas ou sociais; e (vi) “*on request*” (sob demanda) - objeto desta ADPF

⁴ Mapa retirado de: <<http://worldabortionlaws.com/about.html>> O mapa de 2017 também está disponível em versão *web*: <<http://worldabortionlaws.com/map/>>



A peticionária, portanto, se propõe a fazer um debate democrático e alinhado na perspectiva dos direitos fundamentais, acreditando que tal caso permeia, dentre eles, **o da dignidade humana e o de acesso à saúde**. Por isso, vê como fundamental trazer a sua *expertise* de atuação como Organizações da Sociedade Civil ao debate envolvendo a análise do mérito⁵.

É o que passa-se a expor.

⁵ Como reflexo de sua atuação, a requerente é hoje a organização não governamental com maior número de *amici curiae* perante o Supremo Tribunal Federal, já tendo ingressado com mais de 50 (cinquenta) pedidos desde a sua fundação. Conectas é a principal organização não governamental no debate constitucional em direitos humanos no Supremo Tribunal Federal.

2. OFENSA AO PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE.

O princípio da proporcionalidade está assentado no pensamento jurídico contemporâneo, notadamente por sua vinculação aos preceitos que definem o Estado Democrático de Direito. Em qualquer análise jurídica de um caso concreto, presente estará a ponderação como forma de melhor distribuição de justiça.

Embora o consagrado princípio não esteja inscrito expressamente na Constituição Federal de 1988, ele pode ser notado pela interpretação sistemática de diversos dispositivos da Carta Constitucional. Segundo Rodrigues, “é inerência do próprio Estado Democrático de Direito contemporâneo no que concerne ao respeito simultâneo dos interesses individuais, coletivos e públicos”⁶. Nos dizeres de Canotilho⁷, o princípio pode ser definido como:

Meios e fins colocados em equação mediante um juízo de ponderação, com o objetivo de se avaliar se o meio utilizado é ou não desproporcionado em relação ao fim. Trata-se, pois, de uma questão de “medida” ou “desmedida” para se alcançar um fim: pesar as desvantagens dos meios em relação às vantagens do fim.

Para além das normativas constitucionais, o princípio da proporcionalidade também é invocado pelas Cortes Internacionais de Direitos Humanos em sua jurisprudência, como a Corte Interamericana de Direitos Humanos, da qual o Brasil aceitou a competência contenciosa em 1998⁸.

Ao voltar os olhos para a materialização da proporcionalidade no âmbito do direito penal, é precisamente a garantia de proteção dos cidadãos e cidadãs contra os

⁶ RODRIGUES, Rebeca Mignac de Barros. *Do Princípio da Proporcionalidade e Sua Aplicação Quanto à Utilização de Provas Ilícitas no Processo Penal*. In: **Revista ESMAPE** – Recife – v.10 – n.21 – Jan./Jun. 2005.

⁷ CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito Constitucional e teoria da Constituição*. 3.ed. Lisboa: Almedina, 1999.

⁸ ALCALÁ, Humberto Nogueira. *El uso del postulado de proporcionalidade em la jurisprudência de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre Libertad de Expresión*. In: *Estudios Constitucionales*, Ano. 9, n. 1, 2011, p. 154.

excessos do poder de punir do estado que enseja a ponderação de que a tipificação de condutas seja demonstrada como necessária e adequada para alcançar a efetiva proteção do bem jurídico tutelado.

Nesse sentido, depreende-se que o princípio da proporcionalidade tem a função de princípio informador e, ao mesmo tempo, condicionante da elaboração e controle da constitucionalidade das normas penais incriminadoras. Como afirma Belize Câmara Correia, isso significa que a violência estatal, corporificada na previsão de uma pena, deve se submeter a limites, sem que se imponha demasiado sacrifício aos direitos fundamentais de mulheres e homens⁹.

O mandado da proporcionalidade tem o condão de orientar e limitar as atividades de criminalização de condutas, restringindo, assim, a ingerência jurídica na esfera de liberdade individual de cidadãos e cidadãs. Dessa forma, a existência do princípio busca proibir excessos provenientes do exercício do *jus puniendi* do estado ao viabilizar controle constitucional de incriminações que demonstrem, na prática, não alcançar seu objetivo – evitar que as condutas criminalizadas se materializem – e que, ao mesmo tempo, sujeitem determinadas pessoas a ônus extremamente graves.

Esse é o raciocínio constitucional que deve guiar a análise da criminalização do aborto no Brasil.

A revisão do tratamento jurídico dispensado à matéria pelo Código Penal de 1940, notadamente aos seus artigos 124 e 126, que criminalizam a prática do aborto provocado por gestante ou por terceiros com o seu consentimento, salvo nas hipóteses previstas no art. 128 (se não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resultar de estupro) clama pela subsunção ao controle exercido pelo princípio da proporcionalidade.

⁹ CORREIA, Belize Câmara. *O princípio da proporcionalidade no direito penal: a possibilidade do controle de constitucionalidade das normas penais incriminadoras à luz da proporcionalidade no direito brasileiro*. Dissertação (Mestrado em Direito Público). Centro de Ciências Jurídicas, Faculdade de Direito do Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004, p. 48.

Diferentemente do imaginário social sobre as mulheres que abortam, essa é uma escolha feita por mulheres de diferentes perfis. Como constatou a Pesquisa Nacional do Aborto, a prática é mais frequente na juventude, mas também ocorre entre adultas jovens. São mulheres de todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencentes a todas as grandes religiões do país¹⁰. Importante repisar que a clandestinidade do aborto tem consequências bastante diferentes para as mulheres a depender das condições de raça e classe, como será demonstrado no transcorrer do texto.

A extensão do fenômeno em comento pode ser revelada por alguns dados: segundo um estudo publicado em 2013, uma a cada cinco mulheres com mais de 40 anos já fizeram, pelo menos, um aborto na vida. Hoje existem 37 milhões de mulheres nessa faixa etária, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dessa forma, é possível estimar que 7,4 milhões de brasileiras já fizeram pelo menos um aborto¹¹.

Encontrar o limite razoável de restrições de direitos sem impor a determinadas pessoas uma restrição desproporcional a um direito fundamental é uma das grandes questões dos dias atuais. O direito a decidir sobre interromper uma gestação indesejada é verdadeira substância dos direitos fundamentais das mulheres.

O Ministério da Saúde, em 2009, reconheceu oficialmente a tragédia provocada pela criminalização do aborto:

Os resultados confiáveis das principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social. O risco

¹⁰ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 11 ago 2017

¹¹ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/EXPRESSAO-NACIONAL/478093-ABORTO-E-UM-DOS-PRINCIPAIS-CAUSADORES-DE-MORTES-MATERNAS-NO-BRASIL.html>> Acesso em: 11 ago 2017.

imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.¹²

Neste ponto, o livro *Somos Todas Clandestinas* reúne relatos feitos a um blog homônimo de mulheres que realizaram abortos. Uma das mulheres, identificada como “Clandestina 10” afirma, a partir de sua experiência: “(...) A criminalização adoecce as mulheres. O silêncio sobre esse assunto é mortificador. É preciso compreender que engravidar não é tornar-se mãe. Tornar-se mãe é uma decisão da mulher (...)”¹³.

A criminalização da escolha das mulheres que optam por interromper uma gravidez indesejada gera mais danos à sociedade do que benefícios.

Além de não alcançar a suposta proteção do bem jurídico penal tutelado, a criminalização da conduta é responsável por causar efeitos nefastos para a saúde física e psicológica das mulheres, sobretudo das pobres e negras. Empurradas para a clandestinidade, essas mulheres têm dificuldade de conseguir auxílio para realizar o procedimento de forma segura e muitas vezes acabam por buscar procedimentos abortivos sozinhas, por meio de automedicação ou técnicas extremamente perigosas a sua saúde, com auxílio de objetos que podem chegar a perfurar seus órgãos e causar graves hemorragias. A marca da segurança para a realização do procedimento ainda ilegal é o acesso a clínicas médicas que realizam abortos de forma segura, mas que, para isso, cobram valores incompatíveis com a realidade financeira da maioria das mulheres pobres e de classe média baixa. Por isso, o mote de diversas campanhas¹⁴ sobre o tema: *as ricas abortam; as pobres morrem*.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P. 11. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>>

¹³ O relato foi extraído do livro: LOPES, Bárbara; MARTINS, Jéssika; MORENO, Tica (orgs.). **Somos todas clandestinas**: relatos sobre aborto, autonomia e política. São Paulo: SOF, 2016, p. 79.

¹⁴ Disponível em: <<http://g1.globo.com/pop-arte/blog/yvonne-maggie/post/pela-descriminalizacao-do-aborto-ricas-abortam-pobres-morrem.html>>; <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/direitos-sexuais-e-reprodutivos/pela-descriminalizacao-do-aborto-ricas-abortam-pobres-morrem-por-yvonne-maggie/>>

Acesso em: 24 ago 2017.

No Brasil, o aborto é a quinta causa de mortalidade materna, segundo o Conselho Federal de Medicina¹⁵. Além da morte, muitas mulheres têm graves complicações de saúde em decorrência da realização do procedimento de forma precária, sem limpeza e esterilização necessária, que pode até mesmo resultar na retirada do útero por conta de graves ferimentos e outras restrições da capacidade reprodutiva.

Dessa forma, é nítido que a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez está amparada pelo princípio da proporcionalidade tendo em vista que a tipificação contida nos artigos 124 e 126 do Código Penal Brasileiro não produz o efeito desejado – evitar a realização de abortos. A tipificação também representa uma colisão com o preceito da *ultima ratio* da norma penal, pois há outras formas menos violadoras de direitos associadas à descriminalização que permitem evitar os danos causados por práticas inseguras. E por fim, a restrição dos direitos das mulheres é incompatível com a extensão da realização dos objetivos constitucionais.

3. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Como apontado ao longo do tópico anterior, a escolha legislativa pela criminalização do aborto não apenas não passa pelo exame de proporcionalidade constitucional, como agrava a situação em nível nacional, contribuindo para o grande número de mortes de mulheres em procedimentos inseguros de interrupção de gravidez - reiteramos aqui, como trazido, que o aborto é a quinta causa de mortalidade materna no Brasil.

Assim, analisam-se agora algumas experiências exitosas de outros países no que toca à descriminalização do aborto como forma de reiterar e mostrar que **(i) a criminalização não é a resposta Estatal proporcional; (ii) demonstrar, pela experiência de outros países, que a descriminalização, se acompanhada do**

¹⁵ Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/aborto-e-a-quinta-causa-de-mortalidade-materna-segundo-conselho-federal-medicina-21032013>> Acesso em: 09 ago 2017.

desenvolvimento de políticas públicas de promoção de aborto seguro, resulta em maior proteção à vida e integridade das mulheres.

Aliás, quanto à mensuração da efetividade da política, ressalte-se que, além dos indicadores decorrentes das *guidelines* da Organização Mundial da Saúde, que serão melhor explorados na próxima seção (por exemplo, a acessibilidade e oferta do procedimento às mulheres no país, que podem ser medidas pelo número de clínicas, tempo médio de “resposta” do sistema de saúde, etc.), outro indicador muito relevante é o índice de mortalidade materna¹⁶ no país.

Uma pesquisa¹⁷ conduzida por pesquisadores da OMS em conjunto com o Guttmacher Institute, que analisa índices e taxas globais de realização de procedimentos de aborto, concluiu que, no geral, **a incidência do aborto nos países em que o procedimento é legal é parecida com a incidência nos países em que o procedimento é proibido.**

Por outro lado, porém, observou-se que a incidência de abortos *inseguros* corresponde, em sua maior parte, a países com leis altamente restritivas.

E o aborto inseguro, como se sabe, é uma das principais causas da mortalidade materna. Comprovando os dados, o relatório anual do Guttmacher Institute de 2016 atesta:

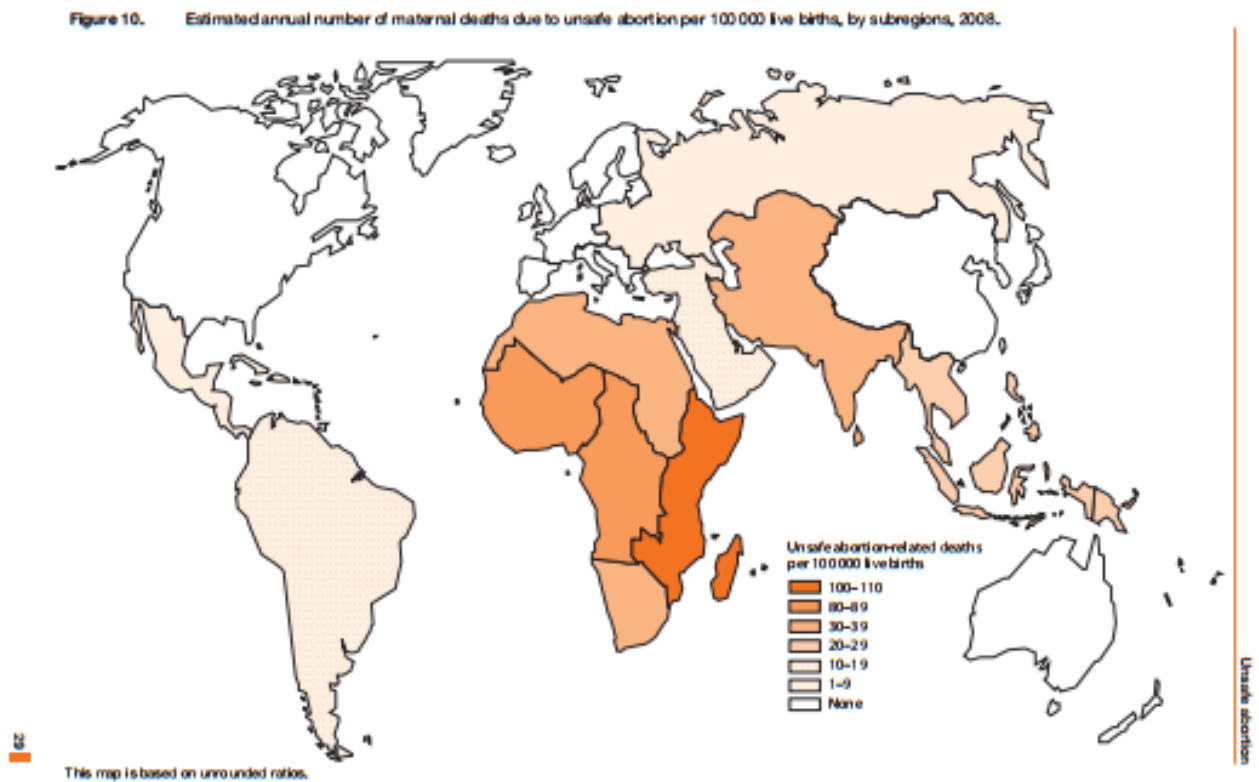
[..] a taxa de aborto em países desenvolvidos com leis relativamente liberais caiu para um mínimo histórico, em grande parte por conta do aumento do uso de contraceptivos. Comparando esta redução às taxas consistentemente

¹⁶ A OMS define mortalidade materna como “a morte de uma mulher grávida ou até 42 dias após o fim da gravidez, independentemente da duração ou local da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada a ou agravada pela gravidez ou sua gestão, mas não por causas acidentais ou incidentais”. Tradução livre de: “Maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.” Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>>

¹⁷ SEDGH, Gilda. HENSHAW, Stanley. SINGH, Susheela. ÂHMAN, Elisabeth. SHAH, Iqbal H. *Induced abortion: estimated rates and trends worldwide*. 2007. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61575-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61575-X.pdf)>

*altas em regiões em desenvolvimento com leis mais restritivas, a pesquisa do Guttmacher provou, mais uma vez, que leis de aborto restritivas não são efetivas na redução da incidência do aborto. Na realidade, estas leis frequentemente tornam o aborto inseguro.*¹⁸(grifo nosso)

O mapa¹⁹ abaixo, elaborado pela OMS, analisa o número de mortes maternas por aborto inseguro por 100.000 nascimentos pelas regiões, e comprova como as altas taxas de mortalidade estão relacionadas a países com leis de aborto restritivas:



¹⁸Tradução livre de: “[...] the abortion rate in developed countries with relatively liberal abortion laws dropped to an all-time low, largely because of increased contraceptive use. By comparing this decrease to the consistently high abortion rates in developing regions with more restrictive abortion laws, Guttmacher research proved once again that oppressive abortion laws are not effective in reducing the incidence of abortion. Instead, such laws often make abortion unsafe.” *Guttmacher Institute 2016 Annual Report: Fact and Impact*. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/annual-report-2016>>

¹⁹ World Health Organization. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. P. 29. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf>

Assim, mais importante do que discutir se a descriminalização do aborto gera ou não redução do número de procedimentos realizados pelas mulheres é avaliar o impacto que a descriminalização traz na redução de mortalidade das mulheres - **mortalidade materna**.

E, como se verá, a experiência internacional demonstra como a descriminalização, aliada ao desenvolvimento de uma política pública satisfatória, contribui para a proteção da vida das mulheres.

Cite-se, por exemplo, o caso da **África do Sul**. O aborto legal na África do Sul foi regulamentado em 1996, por meio do *Choiceon Termination of Pregnancy Act*²⁰. A partir da norma, toda mulher com até 13 semanas de gestação poderá ter acesso a um procedimento de aborto sem necessidade de justificativa específica. Se a gestação está já entre 13 e 20 semanas, o aborto é permitido nos casos em que a saúde física ou mental da mulher está sob risco; em que há má-formação fetal grave; em que a gravidez é decorrente de incesto ou estupro; ou, por fim, se a mulher entender que sua condição econômica ou social é razão bastante para a interrupção da gravidez. Depois das 20 semanas de gestação, o aborto é permitido apenas se a vida da mulher ou do feto está em risco, ou há má-formação fetal grave. Não há necessidade de autorização prévia de terceiro para a realização do procedimento, mesmo para menores de idade, e, além disso, o serviço é oferecido tanto no sistema público de saúde quanto em clínicas privadas – hipótese em que há necessidade de pagamento pelo procedimento.

A lei sul-africana é a mais liberal do continente africano, ao lado da recente lei do Moçambique, como demonstra o mapa do início da presente manifestação, e também uma das mais liberais do mundo. Como aponta documento elaborado pela ONU²¹, **após a implementação da lei o número de mortes maternas por aborto diminuiu significativamente**. Na mesma linha, artigo²² de 2011 demonstra que, em relação ao

²⁰ Disponível em: <<https://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/Act92of1996.pdf>>

²¹ Disponível em: <<https://goo.gl/u9VKVU>>

²² BENSON, Janie. ANDERSEN, Kathryn. SAMANDARI, Ghazaleh. *Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh*. P. 6. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287245/pdf/1742-4755-8-39.pdf>>

ano de 1994, antes da lei, o número de mortes relacionadas a abortos inseguros caiu 91% no período de 1998 a 2001. A África do Sul ainda encontra problemas²³ na questão do acesso universal das mulheres ao aborto seguro, mas é inegável o impacto trazido pela descriminalização.

Interessante citar também o exemplo da **Holanda**²⁴. No país, o aborto foi descriminalizado em 1981, por meio do *Termination of Pregnancy Act*, posteriormente regulamentado em 1984. O limite estabelecido para realização do procedimento é, na prática, até 24 semanas. Para realizar o procedimento de interrupção da gravidez, a mulher deve, antes, passar por consulta com médico apenas para se informar acerca de outras opções além do aborto. Depois da consulta, se decidir pela realização do procedimento, deve aguardar um período de cinco dias, que pode ser afastado em casos de risco médico. Não há necessidade de autorização de terceiros (exceto no caso de menores de idade), a escolha é unicamente da mulher. Por fim, o procedimento é coberto pelo sistema de seguro saúde padrão²⁵ do país.

Quanto aos indicadores do país, **a Holanda possui uma taxa de realização de aborto muito baixa**²⁶ – está, inclusive, dentre as taxas mais baixas do mundo. Isso se dá, em grande parte, por conta da descriminalização do aborto aliada ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas, como, por exemplo, a forte política de incentivo ao *planejamento familiar* e ao estímulo ao uso de contraceptivos²⁷, sem barreiras de acesso. Isso reforça o fato, como trazido, de que leis de aborto altamente restritivas não são instrumentos efetivos para sua redução.

²³ Como aponta matéria jornalística recente. Disponível em: <<https://thedevelopmentset.com/abortion-in-south-africa-is-legal-but-half-are-done-illegally-why-969ffc7dfea>>

²⁴ Mais informações disponíveis em: <www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/nether.doc>

²⁵ O *standard health insurance* é obrigatório a todos os residentes da Holanda. Disponível em: <<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>>

²⁶ Em 2010, a taxa de abortos por 1000 mulheres entre 15-44 anos era de apenas 9,7. Disponível em: <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>>

²⁷ KETTING, Evert. VISSER, Adriaan. *Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained*. Patient Education and Counseling 23 (1994) 16 I- I7 1.

Seguindo, outro exemplo importante de descriminalização do aborto é o da **Cidade do México**. No México, a regulamentação do aborto e sua tipificação ou não fica a cargo de cada Estado; e na Cidade do México (*também conhecida como Distrito Federal, uma das 32 entidades federativas mexicanas*) o aborto sem restrições até 12 semanas de gestação é descriminalizado desde 2007, por meio de alterações legais²⁸ promovidas pela *Asamblea Legislativa de La Ciudad de México* ao Código Penal e Lei de Saúde locais. Desde então, as mulheres têm acesso a procedimentos de aborto seguro disponíveis nas Clínicas de Saúde Sexual da Secretaria de Saúde da Cidade do México de forma gratuita e confidencial²⁹. Mulheres de outros Estados mexicanos em que o aborto sem restrições não é legalizado podem, inclusive, realizar o procedimento na Cidade do México; e, para menores de idade, o requisito é estar acompanhando de um responsável.

A descriminalização do aborto na Cidade do México, como aponta pesquisa³⁰ recente, trouxe impactos significativos na redução da mortalidade materna: **dentre as mulheres de 15 a 44 anos, representa uma diminuição de até 20% das mortes e, focando especificamente nas mulheres entre 15-19 anos, houve uma diminuição de até 37,6%**. Além disso, é interessante citar a mudança na opinião pública acerca do aborto: em 2007, logo antes da reforma na legislação, apenas 38% das pessoas entrevistadas na Cidade do México concordavam com a proposta da descriminalização do aborto. Em 2009, porém, o apoio à proposta já tinha subido para 74%³¹.

O caso da Cidade do México é um exemplo de progresso para a **América Latina**, região em que **ao menos 10% de todas as mortes maternas são decorrentes de abortos inseguros**; aproximadamente **760.000 mulheres passam anualmente por atendimento médico por conta de complicações após abortos inseguros** e em que

²⁸ Disponível em: <<http://www.ddeser.org/wp-content/uploads/2016/05/Gaceta-ILE-DF.pdf>>

²⁹ Conforme dispõe o site oficial sobre aborto seguro do Governo da Cidade do México: <<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>>

³⁰ CLARKE, Damian. MÜHLRAD, Hanna. *The Impact of Abortion Legalization on Fertility and Maternal Mortality: New Evidence from Mexico*. Disponível em: <https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1602_CINCH-Series_clarke_muehlrad.pdf>

³¹ BECKER, Davida. OLAVARRIETA, Claudia Díaz. *Decriminalization of Abortion in Mexico City: The Effects on Women's Reproductive Rights*. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673241/#bib6>>

97% das mulheres em idade reprodutiva vivem em países onde o aborto é restrito ou totalmente proibido³² – chegando ao absurdo, por exemplo, do caso de El Salvador³³, em que mulheres são acusadas e presas por sofrerem abortos espontâneos.

Aliás, quanto ao debate sobre aborto na América Latina, oportuno citar o **Chile** que, recentemente, em agosto de 2017, aprovou lei que descriminaliza o aborto em caso de risco à vida da mulher, má-formação fetal ou estupro³⁴. A lei, inclusive, teve de ser validada pelo Tribunal Constitucional chileno após grupos contestarem sua constitucionalidade – o que reforça o importante papel das Cortes Constitucionais no que toca ao tema. Antes da lei, o aborto era proibido em qualquer hipótese no país. A mudança ainda não é suficiente a enfrentar a questão satisfatoriamente, mas é um primeiro passo. E mostra como o debate sobre o tema precisa ser realizado.

Na **Argentina**, no último dia 14 junho, a Câmara dos Deputados do país aprovou a liberação do aborto até a 14ª semana de gestação. O projeto que agora passa ao Senado, onde também deve receber aprovação, foi impulsionado pelo movimento de mulheres, mas também por deputadas da situação e da oposição que juntas trabalharam juntas por um projeto suprapartidário que alcançasse os direitos das mulheres. A discussão do projeto aprovado também construída com a utilização do instrumento das audiências públicas. As sessões de debates contaram com o depoimento de mais de 700 expositores a favor e contra. Três ministros da Saúde (o atual, do governo Macri, e dois ex-ministros de Néstor e Cristina Kirchner) expuseram suas opiniões nas audiências públicas prévias à sessão e defenderam a descriminalização do aborto com dados e estatísticas que mostram que é uma questão urgente para a saúde pública.

³² Todos os dados de Guttmacher Institute. *Abortion in Latin America and the Caribbean*. Maio de 2016. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>>

³³ The Guardian. *El Salvador: where women are thrown into jail for losing a baby*. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/global-development/2015/dec/17/el-salvador-anti-abortion-law-premature-birth-miscarriage-attempted-murder>>

³⁴ El País. *Chile avança: Bachelet consegue a descriminalização do aborto em três situações*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/22/opinion/1503419011_522530.html>

Mais um exemplo importante de descriminalização do aborto é o da **Itália**³⁵. O aborto foi descriminalizado no país em 1978, por meio da *Legge 22 maggio 1978, n. 194*³⁶. As hipóteses de permissão do aborto, pela lei, são muito abrangentes, o que configura, na prática, a permissão do aborto sem restrições até o primeiro trimestre da gravidez. Depois do primeiro trimestre, é permitido apenas se há risco à vida ou à saúde física ou mental da mulher. Não há necessidade de autorização de terceiros, exceto para menores de idade; no entanto, quando a mulher escolhe realizar o procedimento de aborto, um médico deve elaborar um “certificado de consentimento” que deve ser também assinado pela mulher. Depois disso, deve-se esperar um período de sete dias, após os quais a mulher pode efetivamente se submeter ao procedimento – nos casos urgentes, não é preciso aguardar os sete dias. Os procedimentos são realizados no sistema público de saúde e gratuitos a mulheres italianas – mulheres de outros países devem pagar pelo procedimento.

Desde 1982, **após aprovação da lei de descriminalização do aborto no país, o número de abortos realizados por mil mulheres em idade fértil decaiu**: em 2011 foi de 8,0 e, em 2012, de 7,8 em comparação à taxa de 17,2 em 1982³⁷.

Por fim, quanto às experiências internacionais, analisamos abaixo mais detidamente **dois exemplos de países com políticas públicas de aborto bastante desenvolvidas e bons indicadores**; para reforçar o fato de que a criminalização não é a resposta estatal adequada; e, mais do que isso, que o aborto precisa ser encarado como um direito fundamental das mulheres e questão de saúde pública.

a. REINO UNIDO

O aborto legal no Reino Unido foi regulamentado por meio do *Abortion Act* de 1967³⁸. Esta lei tornou o aborto legal³⁹ para as mulheres da Inglaterra, Escócia e Gales

³⁵ Mais informações disponíveis em: <www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/italy.doc>

³⁶ Disponível em: <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-22:194>>

³⁷ European Parliament Policy Department. *The Policy on Gender Equality in Italy*. Disponível em: <[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2014/493052/IPOL-FEMM_NT\(2014\)493052_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2014/493052/IPOL-FEMM_NT(2014)493052_EN.pdf)>

até 24 semanas de gestação. No entanto, em circunstâncias especiais, como risco de vida à mulher ou má-formação fetal, o aborto é também permitido após as 24 semanas.

De acordo com as informações oficiais do *National Health Service*⁴⁰ (NHS) do Reino Unido, os procedimentos de aborto podem ser acessados pelas mulheres em hospitais da rede pública ou então em clínicas licenciadas, e são, em geral, de graça. Há também clínicas privadas que realizam os procedimentos mediante pagamento. Para ter acesso ao aborto seguro, há três caminhos possíveis: (i) contato direto com serviços de aborto seguro. Para isso, existem serviços como o *Marie Stopes UK*⁴¹ e o *National Unplanned Pregnancy Advisory Service*⁴² (NUPAS), que indicam às mulheres quais os serviços existentes nas proximidades e como acessá-los; (ii) contato com o *general practitioner*⁴³, que poderá indicar a mulher a serviços de aborto seguro – aqui, caso o médico possua alguma objeção à prática, deverá indicar a mulher a outro médico; (iii) contato com clínicas de planejamento familiar, contracepção, ou ginecológicas para indicação de serviço de aborto seguro.

O NHS explicita, ainda, que embora o tempo até a obtenção do procedimento de aborto possa variar, não deve passar de duas semanas entre a primeira consulta e o procedimento em si. Ressalta também a importância do acesso à informação imparcial e aconselhamento (não diretivo e não compulsório) sobre os procedimentos, que pode ser obtida junto ao *general practitioner*; serviços de aconselhamento nas próprias clínicas; ou em organizações como as já citadas Marie Stopes e NUPAS.

Em 2016, na Inglaterra e Gales, a taxa de aborto entre mulheres de 15 a 44 anos foi de 16 por 1000, e 98% dos abortos foram realizados no âmbito do NHS ou em

³⁸ Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/1>>

³⁹ Segundo o *Abortion Act*, o aborto deve ser precedido de opinião de dois médicos de que a gravidez traria risco à saúde física ou mental da mulher; ou risco à vida da mulher; ou risco de má-formação fetal grave. Para isso, os médicos devem levar em consideração o ambiente de vida da mulher.

⁴⁰ O National Health Service é o serviço público de saúde da Inglaterra, Escócia e Gales. As informações estão disponíveis em: <<http://www.nhs.uk/conditions/Abortion/Pages/Introduction.aspx>>

⁴¹ Site oficial: <<https://www.mariestopes.org.uk/>>

⁴² Site oficial: <<http://www.nupas.co.uk/>>

⁴³ A figura do *general practitioner* pode ser comparada ao “médico de família” no Brasil. É um médico especializado em atenção básica.

clínicas com contrato com o NHS⁴⁴. A taxa de mortalidade materna, no entanto, segundo pesquisa que abarca dados de 2009 a 2014 de todo o Reino Unido, é, em média, de apenas 0.085 por 1000⁴⁵.

Nos doze anos antes do *Abortion Act* de 1967, aliás, **o aborto inseguro era a principal causa de mortalidade materna na Inglaterra e Gales**⁴⁶. A partir de 1968, com a lei, a taxa de mortalidade materna decorrente de abortos inseguros passou a cair e, entre 2009-2014, mais de um quarto da mortalidade materna (durante a gestação ou até seis semanas depois do parto) se deu por causas cardiovasculares, e essa é a maior causa de mortalidade materna no Reino Unido atualmente. A mortalidade materna decorrente de aborto inseguro foi reduzida a quase zero⁴⁷.

Isso demonstra como **a regulamentação e promoção do aborto seguro tem um impacto muito significativo na proteção da vida das mulheres.**

b. URUGUAI

O aborto legal sem restrições no Uruguai foi regulamentado por meio da *Ley n° 18.987/2012*⁴⁸. A partir daí, as mulheres têm acesso a procedimentos de aborto seguro até as doze semanas de gestação. Nos casos, entretanto, em que a mulher foi vítima de

⁴⁴ *Abortion Statistics, England and Wales: 2016*. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/618533/Abortion_stats_2016_commentary_with_tables.pdf>

⁴⁵ No original, 8.5 por 100.000. KNIGHT, Marian. NAIR, Manisha. TUFFNELL, Derek. KENYON, Sara. SHAKESPEARE, Judy. BROCKLEHURST, Peter. KURINCZUK, Jennifer J. *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14*. Disponível em: <<https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202016%20-%20website.pdf>>

⁴⁶ Royal College of Obstetricians & Gynaecologists opinion: *The Abortion Act, 40 years on*. Disponível em: <<https://www.rcog.org.uk/en/news/campaigns-and-opinions/human-fertilisation-and-embryology-bill/rcog-opinion-the-abortion-act-40-years-on/>>

⁴⁷ KNIGHT, Marian. NAIR, Manisha. TUFFNELL, Derek. KENYON, Sara. SHAKESPEARE, Judy. BROCKLEHURST, Peter. KURINCZUK, Jennifer J. *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14*. P. 10. Disponível em: <<https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrance-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202016%20-%20website.pdf>>

⁴⁸ Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5420656.htm>>

estupro, o prazo se estende para 14 semanas; quando há identificação de má-formatação fetal, o prazo é até quando se identifica a má-formação; e, por fim, nos casos em que a gravidez gere risco grave à saúde da mulher, não há prazo determinado. Os procedimentos de aborto são oferecidos pelos serviços públicos de saúde⁴⁹ e também por clínicas privadas.

Para ter acesso a um procedimento de aborto seguro, a mulher deve, em primeiro lugar, consultar um ginecologista. Após essa consulta inicial, deve passar por outra consulta, desta vez com uma equipe interdisciplinar formada por um médico, um assistente social e um psicólogo, para se informar sobre as opções de procedimentos e riscos; e, depois, esperar cinco dias, após os quais pode confirmar sua intenção de proceder a um aborto por meio de um formulário. Depois, deve passar por nova consulta com ginecologista para monitoramento do resultado (cuidado pós-aborto)⁵⁰.

Como se viu, a descriminalização do aborto no Uruguai é relativamente recente. No entanto, os impactos positivos do aborto seguro já podem ser observados.

De acordo com artigo⁵¹ de 2016 publicado no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **na década de 90 o aborto inseguro era a causa mais significativa de mortalidade materna no Uruguai.**

Os dados de 2012 a 2015, por outro lado, trazidos por outro artigo⁵² da mesma edição da revista, mostram o declínio gradual das mortes por aborto inseguro no

⁴⁹ Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publication_s&alias=439-folleto-ive-metropol&Itemid=307>

⁵⁰ Dados disponíveis em: <<http://www.elobservador.com.uy/msp-publico-los-procedimientos-abortar-n238483>>

⁵¹ BRIOZZO, Leonel. DE LEÓN, Rodolfo Gómez Ponce. TOMASSO, Giselle. FAÚNDES, Aníbal. *Mortalidad materna total y asociada al aborto en los últimos 25 años en el Uruguay, y su relación con políticas y acciones de protección de los derechos de la mujer*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134 (2016) S20–S23. P. 20. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/335933299/informe-mortalidad-materna>>

⁵² BRIOZZO, Leonel. *De la reducción de riesgos a la despenalización del aborto, el modelo uruguayo por los derechos de la mujer*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 134 (2016) S20–S23. P. 3. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/335933299/informe-mortalidad-materna>>

Uruguai, chegando, entre 2013-2015, ao número de **apenas duas mortes por aborto inseguro fora do sistema de saúde**. O número incrível, como explica o autor, se dá também por conta de uma política de redução de riscos e danos à saúde da mulher que vinha sendo implementada no país desde os anos 2000 – reforçando a importância do desenvolvimento de políticas completas de atenção à mulher que englobem o aborto seguro e acessível.

Por fim, quanto ao caso Uruguai, destaca-se também que, embora não existam muitos dados confiáveis acerca de abortos realizados no país antes da descriminalização, logo após a Lei de 2012, a taxa de aborto chegou a 12 por 1000 mulheres entre 15 e 45 anos, segundo dados⁵³ do Ministério da Saúde uruguaio. **É uma das menores taxas do mundo.**

C. MARCO MÍNIMO DAS DOZE SEMANAS

A Organização Mundial da Saúde⁵⁴ define, quanto à escolha legislativa de permissão da realização do aborto, seis categorias: (i) nos casos em que há riscos à vida da mulher grávida; (ii) nos casos em que há riscos à saúde da mulher grávida; (iii) nos casos em que a gravidez é decorrente de estupro ou incesto; (iv) nos casos em que há comprometimento fetal; (v) por razões econômicas ou sociais; e (vi) “*on request*” (sob demanda).

A realização de procedimentos de interrupção voluntária da gravidez, objeto desta ADPF, é, em outras palavras, a permissão do aborto sem necessidade de justificativa específica, e representa a manifestação da escolha e vontade livres da mulher. Segundo levantamento da OMS⁵⁵, **aproximadamente um terço dos países-**

⁵³ Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>>

⁵⁴ World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2ª Edição. p. 92-93. Disponível em: <<http://srhr.org/abortion-policies/documents/reference/WHO-Safe-Abortion-Guidance-2012.pdf#page=103>>

⁵⁵ Idem.

membros da ONU permitem a realização do aborto, e, dentre esses países, a maioria define limites temporais da gravidez até os quais seria permitido interrompê-la.

Neste ponto, e em conformidade com o que a arguente requer na Inicial desta ADPF, reitera-se a importância do limite temporal de interrupção da gravidez ser de, **no mínimo, doze semanas**, por alguns motivos.

Em primeiro lugar, o aborto realizado até as doze primeiras semanas de gravidez é um procedimento de baixo risco⁵⁶ e, que, se realizado por via medicamentosa, não demanda, inclusive, a ida a hospital ou clínica, podendo até mesmo ser feito em casa, como dispõe diretriz da Organização Mundial da Saúde⁵⁷.

Além disso, como trazido pela própria arguente, em 2013 nos Estados Unidos, por exemplo, 91,6% dos abortos foram realizados até a 13ª semana de gestação⁵⁸ e, de 2004 a 2013, este número se manteve quase constante. E, mesmo no caso do Reino Unido, em que o aborto é permitido até a 24ª semana de gestação⁵⁹, em 2016, na Inglaterra e Gales, 92% dos abortos foram realizados até 13 semanas de gestação⁶⁰.

A OMS recomenda⁶¹, para realização de abortos até 12 semanas, a utilização da aspiração uterina ou utilização de medicamentos, que são procedimentos mais simples se comparados à curetagem ou dilatação e evacuação, e portanto mais facilmente abarcados por sistemas de saúde.

⁵⁶ Nos casos de abortos medicamentosos de 9 a 13 semanas, apenas 0,4% das mulheres poderiam precisar eventualmente de procedimento de curetagem posterior por conta de sangramentos. Disponível em: <<https://www.womenonweb.org/pt/page/573/what-will-happen-if-you-do-a-medical-abortion-after-the-first-10-weeks>> e Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gillian M.M. Flett, and Allan Templeton. *Medical abortion at 9-13 weeks gestation: a review of 1076 consecutive cases*. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15854631>>

⁵⁷ World Health organization. *Clinical practice handbook for safe abortion*. 2014. p. 28. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1>

⁵⁸ Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/pdfs/ss6512.pdf>>

⁵⁹ *Abortion Act 1967*. Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/1>>

⁶⁰ *Abortion Statistics, England and Wales: 2016*. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/618533/Abortion_stats_2016_commentary_with_tables.pdf>

⁶¹ World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2ª Edição. p. 38. Disponível em: <<http://srhr.org/abortion-policies/documents/reference/WHO-Safe-Abortion-Guidance-2012.pdf#page=103>>

4. CONCLUSÃO

Como exposto ao longo desta manifestação, a criminalização do aborto no Brasil consiste em verdadeira ofensa ao princípio da proporcionalidade, sobretudo por ser um dos grandes fatores que agrava o quadro de mortalidade materna no país, ignorando os parâmetros de saúde desenvolvidos pela OMS.

Além disso, os modelos internacionais que tratam do tema são precedentes substanciosos no sentido de que a regulamentação do aborto seguro é uma realidade no mundo, e indica o caminho para que o Brasil finalmente crie política pública pautada pelo respeito à saúde das mulheres e ao direito de escolha.

De São Paulo para Brasília, 20 de junho de 2018.



Rafael C. G. Custódio

OAB/SP 262.284

Conectas Direitos Humanos