

## **A BOLD AND INDEPENDENT VOICE FOR THE RIGHTS OF WOMEN AND GIRLS**

**Expositora: Françoise Girard**

**Organização: International Women's Health Coalition**

**Data e horário de exposição: 03 de Agosto de 2018, 15h00**

**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)**, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente, por intermédio de sua presidente, Françoise Girard, em atenção ao despacho de 04/06/2018, publicado no DJE nº 112, divulgado em 06/06/2018, o qual habilitou a organização como expositora na audiência pública relativa à Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, a ser realizada nos dias 03 e 06 de agosto de 2018 no Supremo Tribunal Federal, apresentar suas contribuições escritas para a referida audiência.

### **I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

1. Excelentíssima Senhora Ministra Rosa Weber, Excelentíssimos Senhores Ministros do Supremo Tribunal Federal, Excelentíssima Senhora Procuradora Geral da República Raquel Dodge, eminentes expositores, senhoras e senhores, meu nome é Françoise Girard e tenho a honra de participar dessa audiência pública como presidente da International Women's Health Coalition. Sou formada em direito pela Universidade de Montreal e possuo mestrado em ciência política pela McGill University, tendo praticado a advocacia em Montreal e sido

**INTERNATIONAL  
WOMEN'S HEALTH  
COALITION**

333 7th Avenue, 6th Floor  
New York, NY 10001

T (+1) 212.801.1272  
F (+1) 212.979.9009

New York  
San Francisco  
Washington, DC

**IWHC.org**

assessora do Excelentíssimo Ministro da Suprema Corte do Canadá Charles Gonthier. Sou especialista em saúde da mulher, direitos humanos, sexualidade e HIV e AIDS, reconhecida internacionalmente, e exerci papel central na defesa e promoção da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos das mulheres em conferências da Organização das Nações Unidas e processos multilaterais para a negociação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.

2. Fui diretora do Programa de Saúde Pública da Open Society Foundations, onde também fui Diretora Regional para a Europa Central e Oriental e para o Haiti na década de 90. Sou também membro do Comitê Consultivo da Divisão de Saúde e Direitos Humanos da *Human Rights Watch* e fui co-presidente do Comitê do Programa de Liderança da Conferência de AIDS de Viena em 2010, que contou com mais de 30 mil participantes. Possuo publicações em diferentes jornais e revistas, como *Science, Health and Human Rights, Global Health Policy, Journal of Adolescent Health, International Family Planning Perspectives e Reproductive Health Matters*, além de ter contribuído para diversos livros sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher e de ter sido entrevistada por diferentes veículos de comunicação, como *BBC Radio, National Public Radio (EUA), Voice of America, Washington Post, The Guardian, Boston Globe, Folha de São Paulo e Associated Press*.

3. Sou presidente da International Women's Health Coalition há seis anos. Fundada em 1984 no estado de Nova York, nos Estados Unidos, a International Women's Health Coalition possui mais de 30 anos de experiência de trabalho na proteção, promoção do direito à saúde das mulheres, tendo atuado em diferentes regiões do mundo em mais de 50 países, como África do Sul, Índia, Nepal, Camarões, Quênia, Argentina e Peru. Sua reconhecida expertise, autoridade e capacidade técnica no tema em questão nesta ADPF restam demonstrados a partir do seu reconhecimento como tendo status consultivo junto ao Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, assim como pelo fato de possuir “relações oficiais” junto à 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 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”.<sup>1</sup>

4. A International Women’s Health Coalition pretende auxiliar na solução da controvérsia jurídica em questão na ADPF nº 442 trazendo dados da experiência internacional que julgamos ser relevantes para o deslinde do caso. Na presente manifestação, serão salientados três argumentos, também desenvolvidos em petição de *amicus curiae* por nós apresentada em março de 2018, os quais corroboram a procedência do pedido da inicial da ADPF nº 442 quanto à inconstitucionalidade da criminalização do aborto durante as 12 primeiras semanas de gestação. Primeiro, serão expostas informações demonstrando que a criminalização do aborto não leva à redução do número de abortos realizados. Em seguida, mostrar-se-á que, em diferentes países em que o aborto foi descriminalizado, observou-se, na prática, com o passar do tempo, uma redução – e não um aumento – do número de procedimentos ao ano, associada a um contexto de menor estigma em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e a um maior uso de métodos contraceptivos. Por último, será evidenciado que a criminalização do aborto impacta negativamente o direito à saúde das mulheres, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade materna, ao passo que a descriminalização pode auxiliar na queda dessas taxas. É o que se passa a expor a seguir.

## **II. A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NÃO LEVA À REDUÇÃO DO NÚMERO DE ABORTOS REALIZADOS**

5. 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 que são realizados. Na realidade, dados empíricos indicam que a criminalização do aborto nada ou pouco adianta no que tange à redução do número de procedimentos ocorridos.

---

<sup>1</sup> 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/>>.

6. Veja-se o caso da América Latina e Caribe. Nessa região, mais de 97% das mulheres em idade reprodutiva vivem em países em que o aborto é restrito ou completamente banido.<sup>2</sup> 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 aumento considerável em relação aos 4.4 milhões anuais que foram observados uma década antes.<sup>3</sup> No mesmo período, nesta região, o percentual de gravidezes que terminam em abortos subiu de 1 em 4 gestações para 1 em 3, aproximadamente.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

7. Note-se que a taxa de aborto registrada na América do Sul, em que o procedimento é amplamente restrito, é muito superior àquelas taxas observadas na Europa Ocidental e na América do Norte, onde o aborto é em grande parte legalizado. Enquanto, na América do Sul, 48 a cada 1000 mulheres realizam abortos todos os anos, na Europa Ocidental a taxa é de 16 a cada 1000 mulheres e na América do Norte é de 17 a cada 1000 mulheres.<sup>6</sup> Portanto, em que pesem as restrições legais ao aborto na primeira região e a liberação do procedimento em ampla medida nas últimas, aborta-se três vezes mais na América do Sul do que na Europa Ocidental e na América do Norte.<sup>7</sup> Em verdade, no conjunto de países desenvolvidos, nos quais o aborto é em sua maioria amplamente permitido, a taxa de procedimentos realizados apresentou vertiginosa queda de 41% desde 1990, sendo mais baixa do que aquela encontrada em países em desenvolvimento.<sup>8</sup>

8. Nesse cenário, é também fundamental perceber que o ônus do aborto inseguro e de sua criminalização não se distribuem de forma equânime. Mais de 40% das mulheres em

---

<sup>2</sup> 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>>.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Idem. O percentual do total de gestações que foram interrompidas subiu de 23% para 32%.

<sup>5</sup> 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>>.

<sup>6</sup> Guttmacher Institute, *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*, disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>>

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> Idem.

idade reprodutiva vivem em países em que o aborto é totalmente proibido, ou permitido apenas para salvar sua vida ou para proteger sua saúde.<sup>9</sup> A grande maioria desses países (93%) encontra-se em regiões em desenvolvimento, onde também ocorre a maior parte dos abortos pelo mundo.<sup>10</sup> Ao mesmo tempo, enquanto mais de 80% das mulheres em regiões desenvolvidas vivem sob leis que permitem o aborto sem restrição quanto a razões, menos de 30% daquelas mulheres em países em desenvolvimento estão sob regimes legais equivalentes.<sup>11</sup> Ainda, aproximadamente 80% das mulheres em países de alta renda vivem em lugares onde o aborto é amplamente permitido, enquanto menos de 20% das mulheres em países de baixa renda têm esse direito.<sup>12</sup> E, enquanto nos países em que é amplamente legalizado, o aborto é em sua maioria seguro, é nas regiões de leis mais restritivas que acontece o maior número de abortos inseguros, pondo em risco a saúde e a vida de milhões de mulheres pelo mundo todos os anos, como será tratado posteriormente.

### III. A DESCRIMINALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PODE LEVAR À SUA REDUÇÃO

9. Em segundo lugar, cumpre destacar que, ao contrário do que querem fazer crer os defensores da criminalização, a forma mais eficaz de reduzir o número de abortos não passa pelo uso da lei penal, mas sim por 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.<sup>13</sup> Como

---

<sup>9</sup> Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018, disponível em <[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)>.

<sup>10</sup> Dos 56 milhões de abortos realizados anualmente, 88% (49 milhões) ocorrem em regiões em desenvolvimento. Guttmacher Institute, *Induced Abortion Worldwide: Global Incidence and Trends*, disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>>.

<sup>11</sup> Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018, disponível em <[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)>.

<sup>12</sup> Idem.

<sup>13</sup> 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](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>>; Organização Mundial da Saúde, *Contraception Factsheet: Family planning enables people to make informed choices about their sexual and reproductive health*. Disponível em:

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.<sup>14</sup>

10. Entretanto, o acesso a métodos contraceptivos modernos em si não basta, pois gestações não planejadas e a necessidade de se recorrer a um aborto ocorrem também entre mulheres que estão utilizando métodos contraceptivos, seja devido a falha desses métodos, questões de saúde, ou na ocasião de um estupro.<sup>15</sup> 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.

11. 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.

12. 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 uma gravidez, o qual leva, na prática, a um menor número de

---

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112319/WHO\\_RHR\\_14.07\\_eng.pdf;jsessionid=BFD49386F82963147CE563B018289D34?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112319/WHO_RHR_14.07_eng.pdf;jsessionid=BFD49386F82963147CE563B018289D34?sequence=1)>;

<sup>14</sup> 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/>>.

<sup>15</sup> Idem.

gestações não planejadas e, portanto, a uma queda do número de abortos realizados no longo prazo. 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.<sup>16</sup>

13. 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, com o fim da ditadura, 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.<sup>17</sup>

14. Entre 1990 e 2010, a taxa de abortos reduziu 94%.<sup>18</sup> Além disso, o número médio de abortos que uma mulher teria ao longo de sua vida caiu de 3,4 a cada em 1993, para 0,8 em 2004.<sup>19</sup> 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 do mesmo, aliado a um aumento das políticas de planejamento familiar e do uso de contraceptivos, além de uma vertiginosa queda da mortalidade materna.<sup>20</sup>

15. Tendência semelhante também tem sido observada em Portugal. Após a

---

<sup>16</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf)>.

<sup>17</sup> 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>>.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Ministério 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](https://www.unicef.org/romania/Reproductive_Health_Survey_Romania_2004.pdf)>.

<sup>20</sup> Idem.

legalização do aborto em 2007,<sup>21</sup> e do aumento esperado observado nos 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.<sup>22</sup> O número de interrupções em relação a cada 1000 nascidos vivos também diminuiu entre 2014 e 2016.<sup>23</sup> Ressalte-se, ainda, que cerca de 94,5% das mulheres que realizaram a interrupção voluntária por opção escolheram posteriormente um método de contracepção.

#### **IV. A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO IMPACTA NEGATIVAMENTE O DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES, CONTRIBUINDO PARA O AUMENTO DA MORBIDADE E DA MORTALIDADE MATERNA, ENQUANTO A DESCRIMINALIZAÇÃO CONTRIBUI PARA A REDUÇÃO DESSAS TAXAS**

16. A criminalização do aborto produz graves e deletérios efeitos quanto a aspecto relevante para o desfecho constitucional da questão: a saúde das mulheres. 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.

17. 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.<sup>24</sup> Assim, devido a leis e 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

---

<sup>21</sup> 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](https://www.ers.pt/uploads/document/file/289/Lei_16-2007-_17_Abril.pdf)>.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> Idem, página 24.

<sup>24</sup> 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)>.



descriminalização do aborto e a redução da mortalidade materna relacionada à sua ocorrência.

18. 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.<sup>25</sup> 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”.<sup>26</sup> De acordo com a Organização, embora existam procedimentos simples, seguros e efetivos para se interromper uma gravidez,<sup>27</sup> aproximadamente 25 milhões de abortos inseguros ocorrem a cada ano,<sup>28</sup> contribuindo significativamente para a mortalidade e morbidade materna pelo mundo. <sup>29</sup> 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.<sup>30</sup>

19. Ressalte-se, uma vez mais, que os perigos de uma interrupção de gravidez insegura não ameaçam todas mulheres da mesma forma. Muito pelo contrário: 97% dos abortos inseguros (ou seja, 24,3 milhões de procedimentos precários e perigosos) são realizados em países em desenvolvimento,<sup>31</sup> nos quais, em geral, o acesso a procedimentos legais e seguros é limitado a um rol restrito de condicionantes, como no Brasil.<sup>32</sup> Conforme afirma a Organização Mundial da Saúde, nesses países em que o aborto legal é restrito – como o é no cenário brasileiro

---

<sup>25</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf)>.

<sup>26</sup> Idem.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> 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)>.

<sup>29</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf?ua=1&ua=1)>.

<sup>30</sup> Idem.

<sup>31</sup> 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)>.

<sup>32</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf)>.

– o aborto seguro vira um privilégio dos ricos,<sup>33</sup> e as barreiras e os riscos recaem principalmente sobre aquelas mulheres rurais, pobres, adolescentes, solteiras ou com menor acesso à educação,<sup>34</sup> levando a mortes e complicações evitáveis.

20. 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.<sup>35</sup> 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.

21. Pesquisas apontam para estreita relação entre a segurança do aborto e a existência de leis e políticas que o permitem e a proporção de abortos inseguros é significativamente maior em países com leis bastante restritivas, quando comparado a países com leis menos restritivas.<sup>36</sup> Revelou-se, por exemplo, que 87,4% dos abortos foram realizados de forma segura ao se considerar 57 países em que o procedimento é permitido por demanda da mulher, em contraste com apenas 25,2% de procedimentos seguros tomando-se em conta 62 países em que o aborto é completamente banido ou permitido apenas para salvar a vida da mulher ou preservar sua saúde.<sup>37</sup>

22. As consequências de um cenário em que o rol de possibilidades de se obter um aborto legal e seguro é restrito são gravíssimas. Interrupções de gravidez inseguras são umas das principais causas de mortalidade materna no mundo, sendo causa direta de 8 a 18% das mortes,<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> Idem.

<sup>34</sup> Idem.

<sup>35</sup> Idem.

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Idem.

<sup>38</sup> 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](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*

com estimativas que chegam a 47.000 mulheres mortas todo ano.<sup>39</sup> Alguns estudos apontam que cerca de 40% das mulheres que se submetem a procedimentos clandestinos pelo mundo sofrem algum tipo de complicação que requer tratamento.<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup> Ainda, até 40% das mulheres que precisavam receber tratamento não o obtiveram.<sup>42</sup>

23. Dados também demonstraram que a proteção da saúde das mulheres e redução da mortalidade e morbidade materna pressupõe a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez, como se propões na ação em tela. 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* em 1996, 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%.<sup>43</sup>

24. 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 descriminalização e disponibilização do procedimento, a taxa de mortalidade materna caiu para menos da metade em apenas um ano,<sup>44</sup> e continuou caindo nos anos subsequentes, atingindo, em

---

*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>>.

<sup>39</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf)>

<sup>40</sup> Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, disponível em <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>>

<sup>41</sup> Idem.

<sup>42</sup> Idem.

<sup>43</sup> 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>>.

<sup>44</sup> 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/>>

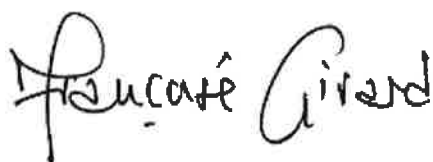
2006, um décimo do que era anteriormente.<sup>45</sup> Ainda, reduziram-se os casos de urgência de mulheres com ruptura de órgãos como vagina e útero decorrentes de abortos induzidos.<sup>46</sup> Quedas nas taxas de mortalidade materna associadas ao aborto após a descriminalização do procedimento também foram observadas na Etiópia e no Uruguai.<sup>47</sup>

25. 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.

#### IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

26. Assim, levando-se em conta, como buscou-se demonstrar, que a criminalização do aborto não reduz efetivamente sua ocorrência; que, em verdade, a médio ou longo prazo, a descriminalização contribui para a redução das taxas de aborto, em um contexto de maior acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva; e que a criminalização do aborto submete milhares de mulheres brasileiras, todos os anos, a riscos de saúde e morte, deve a ADPF nº 442 ser julgada procedente, para garantir o direito das mulheres de interromper voluntariamente e de maneira segura a gestação durante as 12 primeiras semanas.

Nova York, 06 de Julho de 2018.



---

<sup>45</sup> 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>>.

<sup>46</sup> 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>>.

<sup>47</sup> Yifru Berhan, Asres Berhan, *Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death*, Ethiopian Journal of Health Sciences, Setembro, 2014, disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249203/>>; Leonel Briozzo, *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 v. 134, Suplemento 1, 2016, disponível em <[https://pt.scribd.com/document/335933299/informe-mortalidad-materna#from\\_embed](https://pt.scribd.com/document/335933299/informe-mortalidad-materna#from_embed)>.