

ADPF 442/DF  
Audiência Pública no Supremo Tribunal Federal do Brasil  
3 de agosto de 2018

Memorial

Dr. Anand Grover

Advogado Sênior, Suprema Corte da Índia  
Relator Especial da ONU para o Direito de Todos aos Mais Altos Padrões de Saúde Física e  
Mental (2008-2014)  
Diretor do *Lawers Collective Índia*  
Professor Adjunto do *Georgetown Law Center*, Universidade de Georgetown, Washington DC,  
EUA

Em nome de Ipas

## I. O Aborto no Brasil

### *Tendências nas taxas de gravidez indesejada e de aborto*

Segundo uma estimativa recente, a população do Brasil em 2018 é de 210,87 milhões de habitantes,<sup>1</sup> dos quais 50,9% são mulheres.<sup>2</sup> O crescimento anual da população é de 0,8%.<sup>3</sup>

No período de 2010-2014, as taxas estimadas de gravidez não planejada nos países em desenvolvimento era de 65 para cada mil mulheres entre 15-44 anos. Essas taxas eram mais altas na região da América Latina e Caribe (96 para cada mil mulheres).<sup>4</sup> Um estudo realizado em 2016 entrevistou 23.984 mulheres, das quais 55,4% de mulheres no pós-parto declararam que suas gestações não haviam sido planejadas.<sup>5</sup> Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), o índice de gravidez indesejada era maior entre mulheres mais velhas e negras, de baixa renda, com menor nível de instrução, solteiras ou fora de relacionamento estável, com maior

---

<sup>1</sup>Brazil Population, World Population Review (2018). Disponível em: <http://worldpopulationreview.com/countries/brazil-population/>.

<sup>2</sup>Population, Female (% of total), Brazil, World Bank (2017). Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS>.

<sup>3</sup>Population growth (annual %), World Bank (2017). Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW>.

<sup>4</sup>Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, Guttmacher Institute (2018), p. 5. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

<sup>5</sup>Mariza Miranda et al., *Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012*, *Reproductive Health* 13(Suppl 1):118 (2016), p. 237.

paridade e número de filhos maior do que o esperado.<sup>6</sup> A grande maioria dos abortos é realizada para interromper uma gravidez não planejada.

Dados de 2012 indicam que 6,9 milhões de mulheres nas regiões em desenvolvimento já foram tratadas de complicações decorrentes de um aborto inseguro.<sup>7</sup> Estima-se que de 8 a 18% da mortalidade materna em todo o mundo seja causada por abortos inseguros, com o número de óbitos relacionados ao aborto variando entre 22.500 e 44.000, em 2014.<sup>8</sup>

A América Latina tem as maiores taxas regionais estimadas de abortos do mundo<sup>9</sup> e, em 2015, 95% dos abortos foram considerados inseguros.<sup>10</sup> De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto, de 2016, no Brasil, uma em cada cinco mulheres até os 40 anos já interrompeu uma gravidez. Só em 2015, estima-se que tenham sido realizados 416.000 abortos por mulheres alfabetizadas em áreas urbanas. Aplicando a mesma taxa a mulheres analfabetas em áreas rurais, o número estimado de mulheres que fizeram um aborto em 2015 seria de aproximadamente 503.000.<sup>11</sup>

Na América Latina, 17% das mortes maternas são causadas por abortos inseguros.<sup>12</sup> No Brasil, um estudo de 2014 mostrou que a razão de mortalidade do *near miss* materno é de 3,08%.<sup>13</sup> Segundo os dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), a razão de mortalidade materna no Brasil é 44 para cada 100.000 nascidos vivos.<sup>14</sup> O aborto inseguro está entre as cinco principais causas de morte relacionadas à gravidez no Brasil.<sup>15</sup> Como será demonstrado a seguir, criminalizar o aborto não garante que se alcance o objetivo de assegurar melhores resultados na saúde e provoca abortos inseguros.

---

<sup>6</sup> National Demographic Survey of Health of Children and Women (PNDS 2006), p. 136.

<sup>7</sup> Susheela Singh and Isaac 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, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2015.

<sup>8</sup> Guttmacher Institute, Facts on Induced Abortion Worldwide (Nov., 2015), p. 2. Disponível em: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb\\_IAW.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_IAW.pdf).

<sup>9</sup> Susheela Singh et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, Guttmacher Institute (2018), p. 8. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

<sup>10</sup> Guttmacher Institute, Facts on Induced Abortion Worldwide (Nov., 2015), p. 2. Disponível em: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb\\_IAW.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_IAW.pdf).

<sup>11</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey, 2016, Science and Collective Health, 22(2):653-660 (2017) p. 653, 655.

<sup>12</sup> Grimes D et al., Unsafe abortion: The Preventable Pandemic, Lancet, 368:1908–1919 (2006), p. 3.

<sup>13</sup> Marcos Augusto Bastos Dias et al., Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S1-S12 (2014), p. S1. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf).

<sup>14</sup> Maternal mortality in 1990-2015, Brazil, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Disponível em: [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/bra.pdf](http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/bra.pdf).

<sup>15</sup> Beatriz Galli, Effects of Abortion Criminalization in Brazil: Lack of Access, Lack of Good Quality of Health Care and Increased Risk of Morbidity and Maternal Mortality, IPAS BRAZ. 1, 7 (Nov. 25, 2009), [www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MaternalMortality/Ipas-Brazil.doc](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MaternalMortality/Ipas-Brazil.doc).

## ***Tendências em contracepção e em serviços de aborto disponíveis no Brasil***

Um estudo realizado em serviços públicos de saúde no Brasil revelou que, de 2013 a 2015, apenas 37 dos 56 serviços listados como serviços de referência para a interrupção legal da gravidez de fato realizavam os abortos legais, e 7 estados não tinham serviços em funcionamento.<sup>16</sup> Estes serviços eram oferecidos principalmente na região Sudeste do país (70%), gerando obstáculos geográficos para mulheres em situação de vulnerabilidade das regiões Norte e Nordeste.<sup>17</sup>

Uma pesquisa realizada em 2010, pelo Instituto Anís e pela Universidade de Brasília, entrevistou mulheres entre 18-39 anos que viviam em capitais e municípios com mais de 5 mil habitantes. Descobriu-se que 1 em cada 5 mulheres com até 40 anos já havia realizado um aborto, 48% havia utilizado medicamento, e mais da metade (55%) havia sido levada ao hospital devido a sequelas.<sup>18</sup> O medicamento mais usado para induzir o aborto é o Misoprostol,<sup>19</sup> que havia sido proibido para uso comercial regular no Brasil desde a década de 1990. Em 1991, as autoridades estaduais emitiram regulamentações em um esforço de restringir o uso do medicamento. Em alguns estados, as vendas de misoprostol foram totalmente proibidas, e em outros, as vendas eram limitadas apenas às farmácias. Farmácias passaram a manter registros detalhados do paciente, do profissional que prescreveu e das indicações para o uso do medicamento.

A proibição da venda do misoprostol não diminuiu seu uso pelas mulheres, que passaram a adquiri-lo através do comércio ilegal.<sup>20</sup> Entretanto, essas regulamentações levaram a um aumento nos abortos inseguros. Tanto as mulheres jovens quanto as adultas usam o misoprostol para provocar o aborto muitas vezes com pouca ou nenhuma informação sobre como usar o medicamento ou chegando a comprar medicamentos errados.<sup>21</sup>

## ***Tendências do aborto inseguro no Brasil***

---

<sup>16</sup> Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, *Science and Collective Health*, 21(2):563-572 (2016), p. 568.

<sup>17</sup> Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, *Science and Collective Health*, 21(2):563-572 (2016), p. 564.

<sup>18</sup> Debora Diniz and Marcelo Medeiros, Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique, *Science and Collective Health*, vol.15 suppl.1 (Rio de Janeiro, June 2010) cited in Misoprostol and violation of the Right to Health and the Right to Information on Sexual and Reproductive Health, *Universal Periodic Review, Brazil* (June 2012, Cycle 2), p. 2.

<sup>19</sup> Susheela Singh et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, *Guttmacher Institute* (2018), p. 27. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

<sup>20</sup> Katherine Wilson et al., Misoprostol Use and Its Impact on Measuring Abortion Incidence and Morbidity, Chp. 14 in *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review* (ed. Susheela Singh et al.)(2010), p. 191-201. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>.

<sup>21</sup> Debora Diniz et al., The trade of gender drugs in the Brazilian printed media: misoprostol and women, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (1): 94-102 (Jan 2011) cited in Misoprostol and violation of the Right to Health and the Right to Information on Sexual and Reproductive Health, *Universal Periodic Review, Brazil* (June 2012, Cycle 2), p. 1, 2.

Aborto inseguro é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um procedimento para interrupção de uma gravidez não planejada, realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente sem estar de acordo com padrões médicos mínimos, ou ambos.<sup>22</sup> As complicações de um aborto inseguro incluem, mas não limitadas a: hemorragia, sepse, peritonite, trauma no colo do útero, vagina, útero e órgãos abdominais.<sup>23</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou sua segunda edição do Aborto Seguro: orientação técnica e políticas para sistemas de saúde em junho de 2012, que traz importantes diretrizes para a prestação de abortos médicos e enfatiza que as mulheres devem ter acesso aos métodos de abortamento seguro.

Quando o aborto médico está criminalizado torna-se difícil mensurar as mortes e sequelas decorrentes de um aborto inseguro devido ao estigma, à resposta precária dos profissionais de saúde e o medo de punição. A OMS revelou que 3 em cada 4 abortos realizados na América Latina são inseguros<sup>24</sup>.

### ***O impacto da criminalização nos abortos de mulheres e meninas no Brasil***

Abortos ilegais são amplamente praticados no Brasil. As leis restritivas que criminalizam o acesso ao aborto médico fora dos hospitais e a disseminação das informações necessárias sobre cuidados de saúde não necessariamente reduzem o número de abortos realizados, mas levam as mulheres a buscarem abortos clandestinos, predominantemente inseguros, traumáticos e, frequentemente, resultam em graves riscos para a saúde e a vida.<sup>25</sup> Disposições legais punitivas não são apenas ineficazes, como também prejudiciais, causando profunda dor, sofrimento e mortes. A criminalização resulta em mortes que poderiam ter sido evitadas, além de morbidade e problemas

---

<sup>22</sup> Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 18. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1); see The Prevention and Management of Unsafe Abortion: Report of a Technical Working Group, World Health Organization (1993). Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59705/WHO\\_MSM\\_92.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59705/WHO_MSM_92.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>23</sup> Grimes D et al., Unsafe abortion: The Preventable Pandemic, Lancet, 368:1908–1919 (2006), p. 3.

<sup>24</sup> Preventing Unsafe Abortion, World Health Organization (19 Feb., 2018). Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

<sup>25</sup> UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Addendum: Mission to Poland, 20 May 2010, A/HRC/14/20/Add.3, para 46. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/4c0770ee2.html>; Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 17. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

de saúde.<sup>26</sup> A criminalização tornou o aborto inseguro um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil.<sup>27</sup>

### ***O impacto desproporcional do aborto inseguro nos grupos minoritários, marginalizados e em situação de pobreza***

A criminalização do aborto médico tem um impacto desproporcional na saúde e nas vidas de mulheres de comunidades marginalizadas, principalmente negras, indígenas, em situação de pobreza, provenientes de áreas rurais do Nordeste do Brasil<sup>28</sup> e aquelas com menos acesso à educação formal.<sup>29</sup> Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 250 mil mulheres são internadas por ano em hospitais públicos para realizar uma curetagem após um aborto inseguro; a maioria é jovem, pobre e negra.<sup>30</sup> As taxas de aborto são maiores entre mulheres negras, pardas e indígenas (13% a 25%), do que entre mulheres brancas (9%).<sup>31</sup> As mulheres negras têm um risco aproximadamente três vezes maior de morrer devido a complicações de um aborto inseguro do que mulheres brancas.<sup>32</sup>

## **II. O Direito Penal e o Aborto no Brasil**

O Código Penal Brasileiro de 1940, nos artigos 124-127, criminaliza o aborto provocado e voluntário. No Brasil, o aborto ilegal é punido com reclusão de um a quatro anos<sup>33</sup> e a pena é maior quando não há o consentimento da gestante<sup>34</sup>, quando a gestante sofre uma lesão grave ou morre<sup>35</sup>, e quando for menor de 14 anos de idade.<sup>36</sup> Quando a própria gestante provoca o aborto em si mesma ou quando permite que outra pessoa o realize, a pena é de um a três anos de reclusão.<sup>37</sup>

---

<sup>26</sup> Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN General Assembly, A/66/254 (3 Aug., 2011), para 21.

<sup>27</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey, 2016, *Science and Collective Health* 22(2):653, 659 (2017).

<sup>28</sup> United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on Brazil, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.87, June 26, 2003, para. 27. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/3f242bf04.html>.

<sup>29</sup> Beatriz Galli, Negative Impacts of Abortion Criminalization in Brazil: Systematic Denial of Women's Reproductive Autonomy and Human Rights, 71 *U. Miami L. Rev.*, 969, 971-72 (2011).

<sup>30</sup> Leila Adesse and MFG Monteiro M, Magnitude of Abortion in Brazil: Epidemiological and Sociocultural aspects, São Paulo: Ipas-Brasil (2010) cited in Misoprostol and violation of the Right to Health and the Right to Information on Sexual and Reproductive Health, *Universal Periodic Review, Brazil* (June 2012, Cycle 2), p. 2.

<sup>31</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey, 2016, *Science and Collective Health* 22(2):653, 658-59 (2017).

<sup>32</sup> Beatriz Galli, Effects of Abortion Criminalization in Brazil: Lack of Access, Lack of Good Quality of Health Care and Increased Risk of Morbidity and Maternal Mortality, *IPAS BRAZ.* 1, 5 (Nov. 25, 2009).

<sup>33</sup> BRASIL, Código Penal (1940), Artigo 126.

<sup>34</sup> BRASIL, Código Penal (1940), Artigo 125.

<sup>35</sup> BRASIL, Código Penal (1940), Artigo 127.

<sup>36</sup> BRASIL, Código Penal (1940), Artigo 126, Parágrafo único.

<sup>37</sup> BRASIL, Código Penal (1940), Artigo 124.

O aborto médico não está disponível quando for solicitado a pedido da mulher, por motivo de preservação da saúde física ou mental da gestante, por comprometimento fetal, ou por razões socioeconômicas. Só há três hipóteses nas quais o aborto é considerado legal: a) se não há outro meio de salvar a vida da gestante; b) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal; e c) se o feto foi diagnosticado com anencefalia.<sup>38</sup>

Esta é a lei está que sendo questionada pela ADPF 442.

### **III. Direito à Saúde**

O Brasil é signatário e ratificou vários muitos instrumentos internacionais que reconhecem o direito à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, 1965 (art. 5 (e) (iv)), o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), 1966 (art. 12), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), 1979 (art. 11 (1) (f), 12, 14 (2) (b)), e a Convenção dos Direitos da Criança (CRC), 1989 (art. 24). Além disso, o Brasil aderiu a uma série de instrumentos regionais que enfatizam o direito à saúde, incluindo a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, 1948 (Art. VI, XI) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), 1988 (Art. 10).

O direito à saúde é elaborado de maneira aprofundada no Artigo 12 do PIDESC, vide Comentário Geral no.14. O Artigo 12 declara que: “Os Estados Parte no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.”

O Comentário Geral no.14, formulado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR), fornece uma interpretação abrangente do direito à saúde, nos termos do Artigo 12 do PIDESC.

Os Estados têm a obrigação de disponibilizar instalações, bens e serviços, com base nos princípios fundamentais de não-discriminação e de igualdade. Todos têm direito a instalações, bens e serviços que sejam: Disponíveis (em quantidade suficiente); Acessíveis (do ponto de vista físico, geográfico e econômico, de modo não-discriminatório); Aceitáveis (respeitando a cultura e a ética médica); e de Qualidade (apropriado do ponto de vista científico e médico, e de boa qualidade).<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> O aborto só foi descriminalizado na hipótese descrita, após uma decisão do Supremo Tribunal Federal: ADPF 54, Supremo Tribunal Federal, Relator: Ministro Marco Aurélio, Tribunal Pleno (12 abril de 2012).

<sup>39</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 12. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

O direito à saúde inclui liberdades e prerrogativas. As liberdades obrigam os Estados a garantir que o direito dos indivíduos tenham direito de controlar a sua saúde e o seu corpo, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, e o direito de estar livre de interferências, o direito de estar livre de tortura e de não ser submetido a tratamento médico ou experimentação sem consentimento.<sup>40</sup> As prerrogativas incluem um sistema de saúde funcional, com serviços apropriados, atendimento comunitário, disponibilidade de instituições de saúde, acesso a medicamentos essenciais, profissionais de saúde preparados e oferecimento de educação e informação principalmente relacionada à saúde.<sup>41</sup>

O direito à saúde, segundo o PIDESC, pode ser realizado progressivamente, porém impõe também certas obrigações, as obrigações fundamentais, cujo cumprimento deve ser obrigatório. Tais obrigações incluem a garantia de que o direito à saúde será exercido sem qualquer discriminação e que o Estado adotará as medidas necessárias para o cumprimento integral do Artigo 12.<sup>42</sup> Os Estados deverão, ativamente, tomar medidas concretas e precisas, visando a plena proteção do direito à saúde.<sup>43</sup>

As obrigações dos Estados são: 1). Respeitar (os Estados devem se abster de interferir direta ou indiretamente no direito à saúde); 2). Proteger (os Estados devem adotar medidas para evitar que terceiros interfiram no direito à saúde de sua população); e 3) Realizar (os Estados devem adotar, dentre outras, medidas legislativas, judiciais e administrativas adequadas, visando a proteção do direito à saúde.)<sup>44</sup>

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social pleno, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.<sup>45</sup> O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte integrante do direito à saúde.<sup>46</sup>

---

<sup>40</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 8. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>41</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 8. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>42</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 30. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>43</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 30. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>44</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 33. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>45</sup>International Conference on Population and Development, Cairo, 1994, Principle 8, para 7.2.

<sup>46</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 22 (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)(

Todas as pessoas, mas mulheres em particular, têm a liberdade de decidir se e quando desejam se reproduzir, e o direito de receber informação e acessar métodos de contracepção de sua escolha que sejam seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, e serviços de saúde adequados.<sup>47</sup> O direito à saúde inclui medidas para a melhoria da saúde materna e dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a remoção de todas as barreiras que afetem a disponibilidade e a acessibilidade de serviços de saúde, educação e informação relacionados à saúde.<sup>48</sup> Isto inclui acesso ao aborto legal, sendo o Estado é obrigado tratar das consequências do aborto inseguro.<sup>49</sup>

Ademais, a obrigação de realizar exige do Estado: a) Facilitar a efetivação do direito à saúde para indivíduos e comunidades; b) Prover os direitos enumerados no PIDESC, quando indivíduos e comunidades não tiverem os meios para exercer tais direitos; e c) Promover o direito à saúde, adotando medidas para criar, manter e restabelecer a saúde da população. Isso exigiria pesquisa e oferecimento de informação com vistas a melhorar as condições de saúde; garantir que os profissionais de saúde sejam treinados para reconhecer e responder às necessidades específicas dos grupos em situação de vulnerabilidade e marginalizados; e apoiar a população a fazer escolhas informadas sobre a sua saúde.<sup>50</sup>

Os Estados parte têm a obrigação central de, no mínimo, pelo menos assegurar a satisfação de níveis básicos essenciais de direito à saúde, incluindo: direito de acesso a instalações, bens e serviços de saúde não discriminatórios, acesso a alimento essencial mínimo, que seja nutritivamente adequado e seguro, acesso a abrigo, moradia e saneamento, e a uma fonte adequada e segura de água potável; acesso a medicamentos essenciais, conforme definido, de tempos em tempos, pelo Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais da OMS, etc.<sup>51</sup>

#### **IV. Legislação Internacional e o Direito à Saúde no Brasil**

---

2 May, 2016), E/C.12/GC/22, para 1. Disponível em: <https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.

<sup>47</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, footnote 12. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>; Beijing Declaration and Platform for Action, 1995, para 94, 95; International Conference on Population and Development, Cairo, 1994, Principle 8, para 7.3.

<sup>48</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 14, 21. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>49</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 19. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>50</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 37. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>51</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 43. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.



O direito à saúde é constitucionalmente reconhecido como um direito social de todas e todos.<sup>52</sup> O Artigo 196 da Constituição Federal declara a obrigação do estado garantir o direito a saúde, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Brasil ratificou e aderiu a inúmeros tratados e convenções de direitos humanos, que podem ser considerados equivalentes a emendas constitucionais, se aprovados por três quintos dos votos, em duas rodadas de votação, em ambas as casas do Congresso Nacional.<sup>53</sup> Em dezembro de 2008, o Supremo Tribunal Federal decidiu que os tratados internacionais de direitos humanos aos quais o Brasil aderiu possuem status supralegal, e declarou que os tratados poderiam adquirir status supralegal contanto que aprovados conforme o procedimento especial.<sup>54</sup> Embora não sejam equivalentes à Constituição, as normas destes tratados têm prevalência e tornam inaplicáveis todas as outras normas nacionais divergentes, inclusive aquelas em vigor no momento da adesão ao tratado. Mesmo que o procedimento especial não tenha sido observado, os tratados de direitos humanos possuem valor predominante nos tribunais brasileiros.

#### **\_V. O Impacto da Criminalização do Aborto no Direito à Saúde**

Os abortos induzidos são considerados procedimentos médicos muito seguros, quando realizados por profissionais treinados usando técnicas médicas e medicamentos adequados, e em condições higiênicas.<sup>55</sup> Entretanto, tais procedimentos tornam-se inseguros quando realizados por profissionais não treinados. As leis de um país definem em grande parte o destino das mulheres com gravidez não planejada, orientando suas escolhas no sentido de abortos seguros ou inseguros.<sup>56</sup>

A queda nos índices de mortalidade e morbidade relacionadas ao aborto (principalmente nos países onde o aborto é ilegal), e a substituição de métodos inseguros pelo uso do medicamento Misoprostol em abortos farmacológicos, levou os pesquisadores a reconhecerem a nova realidade do aborto e a reverem os métodos de avaliação e de classificação da segurança do aborto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aborto é considerado seguro quando é realizado por um profissional adequadamente treinado, que utiliza um método recomendado.<sup>57</sup>

---

<sup>52</sup> BRASIL. Constituição Federal, Artigo 6, 1988.

<sup>53</sup> BRASIL. Constituição Federal, Artigo 5, inciso LXXVIII, Parágrafo 3, 1988.

<sup>54</sup> Ver: Banco Itaú X Armando Luiz Segabinazzi, Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre os méritos de um procedimento de reclamação constitucional individual, RE 349/703-1, 3 Dezembro 2008, ILDC 1375 (BR 2008).

<sup>55</sup> Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 21, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>56</sup> Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, World Health Organization (6th ed., Geneva, 2011), p. 2.

<sup>57</sup> Ganatra B et al., Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian Hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext).

Abortos menos seguros atendem a apenas um destes critérios. Por exemplo, ou são realizados por profissionais de saúde treinados que usam métodos obsoletos; ou são auto-induzidos com o uso de um método seguro (como, por exemplo, o medicamento Misoprostol) porém sem informação adequada ou sem acompanhamento de um profissional treinado. Os abortos nada seguros são aqueles que não atendem a qualquer dos critérios mencionados: são realizados por pessoal não treinado, usando métodos perigosos, como o uso de objetos pontiagudos ou substâncias tóxicas. No mundo todo, estima-se que 55% dos abortos possam ser classificados como seguros, 31% como abortos menos seguros e 14% como abortos nada seguros.<sup>58</sup>

Estima-se que os abortos inseguros sejam responsáveis por quase 13% das mortes maternas em todo o mundo.<sup>59</sup> As complicações de um aborto inseguro incluem: hemorragia, sepse, peritonite, e trauma ao colo do útero, vagina, útero e órgãos abdominais.<sup>60</sup> Além disso, estima-se que 5 milhões de mulheres sofrem de algum dano causada por aborto inseguro.<sup>61</sup> Mais abortos inseguros tem probabilidade de ocorrer em sistemas legais mais restritivos em relação ao aborto. A taxa de abortos inseguros e a razão de abortos inseguros para abortos seguros estão diretamente relacionadas com o grau em que as leis de aborto são restritivas e/ou punitivas.<sup>62</sup> As restrições legais ao aborto não resultam em menos abortos, nem resultam em um aumento significativo das taxas de nascimento.<sup>63</sup>

Políticas de aborto restritivas contribuem diretamente para o risco de mortalidade materna limitando as opções disponíveis para a interrupção de uma gravidez indesejada de forma segura.<sup>64</sup> A criminalização do aborto obriga as mulheres a recorrerem a métodos ilegais e inseguros, colocando em risco a sua vida e a sua saúde devido aos abortos inseguros.<sup>65</sup> Aproximadamente 250.000 mulheres são tratadas anualmente de complicações causadas por abortos inseguros.<sup>66</sup>

---

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup>Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, World Health Organization (6th ed., Geneva, 2011), p. 2.

<sup>60</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 19, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>61</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 17, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>62</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 17, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>63</sup>Legal and Policy Considerations, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2015), p. 2, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO\\_RHR\\_15.04\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?sequence=1).

<sup>64</sup>Abortion Policies and Reproductive Health around the World, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014), p. 16, available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>.

<sup>65</sup>UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Addendum : Mission to Poland, A/HRC/14/20/Add.3 (20 May 2010), para 46, available at: <http://www.refworld.org/docid/4c0770ee2.html>.

<sup>66</sup>UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, Addendum: Summary of communications sent and

Os custos com a assistência ao aborto seguro nos serviços de saúde provavelmente serão menores em relação aos custos do sistema de saúde para tratar das complicações do aborto inseguro.<sup>67</sup> Em 2005, quando o aborto era criminalizado na Cidade do México, os custos dos abortos inseguros para o sistema de saúde chegavam a US\$ 2,6 milhões. Com o acesso ao aborto seguro, estimou-se uma economia de US\$ 1,7 milhão por ano.<sup>68</sup> Um estudo de 2009 revelou que os custos de gestão eram menores nos sistemas jurídicos que permitiam o aborto de forma eletiva do que em países com legislações mais restritivas em relação ao aborto. Os custos também reduziram quando os serviços de aborto foram disponibilizados em todos os níveis de assistência.<sup>69</sup> De forma similar, um estudo realizado pelo Instituto Guttmacher em 2017, indica que se todas as mulheres com risco de uma gravidez indesejada utilizassem métodos contraceptivos modernos, o consequente declínio das gestações não planejadas e de abortos inseguro reduziria os custos de atendimento pós-aborto de \$370 milhões para cerca de \$230 milhões ao ano (e para \$ 9 milhões, se todos os abortos fossem seguros).<sup>70</sup>

Os custos para o sistema de saúde devido as complicações de abortos inseguros poderiam diminuir drasticamente se as gravidezes não planejadas fossem prevenidas com acesso a contracepção eficaz e ao aborto seguro. Os recursos economizados poderiam ser direcionados para outras necessidades urgentes, como a prestação de serviços de qualidade, utilizando normas e diretrizes atualizadas, profissionais treinados e tecnologias adequadas.<sup>71</sup>

## **Violação do direito à saúde**

Os artigos 124-128 do Código Penal Brasileiro de 1940 violam o direito à saúde consagrado no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR).

### ***1. Instalações, medicamentos e serviços não são disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de boa qualidade.***

---

replies received from States and other actors, A/HRC/17/25/Add.1. (16 May 2011), para 59, available at [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.25.Add.1\\_EFS\\_only.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.25.Add.1_EFS_only.pdf).

<sup>67</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 8, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>68</sup>Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

<sup>69</sup>Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33(4):250-257.

<sup>70</sup>Susheela S. et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, Guttmacher Institute (2017), p. 27, available at [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/addingitup2009\\_3.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2009_3.pdf).

<sup>71</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2<sup>nd</sup> ed., 2012), p. 26, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

O Brasil tem a obrigação de assegurar que as mulheres tenham acesso a instalações, bens e serviços de saúde de qualidade relacionados ao aborto sejam disponíveis, acessíveis e de qualidade.<sup>72</sup> No entanto, a criminalização do aborto no Brasil viola todos estes elementos fundamentais do Direito à Saúde.

### **Falta de disponibilidade**

Entre 1989 e 2008, somente 1.606 mulheres conseguiram ter acesso ao aborto legal no Brasil pois poucos serviços estavam disponíveis, e a maioria dos serviços estava disponível apenas nas capitais.<sup>73</sup> Em 2008, pouco mais de 3.000 abortos legais foram registrados no Brasil, número bem menor do que o esperado em um país, naquela época, com a população de aproximadamente 200 milhões de habitantes.<sup>74</sup> Entretanto, em 2015, estima-se que 503.000 mulheres brasileiras fizeram abortos.<sup>75</sup> O Ministério da Saúde informou para a organização Human Rights Watch que os profissionais de saúde realizaram 1.667 abortos legais naquele ano.<sup>76</sup> Portanto, existem enormes discrepâncias entre o número de abortos legais registrados e aqueles que ocorrem de forma clandestina.

Um levantamento realizado em 2016 nos serviços públicos de saúde do país revelou que somente 37 dos 68 serviços de saúde autorizados a realizar abortos legais prestavam o serviço, e 7 estados não dispunham de serviços em funcionamento.<sup>77</sup> Tais serviços eram predominantemente realizados na Região Sudeste (70%), gerando obstáculos geográficos às mulheres que residiam nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil.<sup>78</sup> De fato, um relatório do IPAS Brasil de 2009 revelou que 100% das mortes maternas por abortos inseguros em Recife e Petrolina em 2005 poderiam ter sido evitadas, se um aborto seguro estivesse disponível.<sup>79</sup>

---

<sup>72</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 12, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>73</sup> Beatriz Galli, Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 973.

<sup>74</sup> Beatriz Galli, Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 973.

<sup>75</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey 2016, Science and Collective Health, 22(2):653-660 (2017), p. 655, available at [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en\\_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf).

<sup>76</sup> World Report 2018-Brazil, Human Rights Watch (18 Jan., 2018), available at <http://www.refworld.org/docid/5a61ee95a.html>.

<sup>77</sup> Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, Science and Collective Health, 21(2):563-572 (2016), p. 568, available at [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en\\_1413-8123-csc-21-02-0563.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0563.pdf).

<sup>78</sup> Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, Science and Collective Health, 21(2):563-572 (2016), p. 564, available at [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en\\_1413-8123-csc-21-02-0563.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0563.pdf).

<sup>79</sup> Beatriz Galli, Information regarding Resolution 11/8 on Preventable maternal mortality and morbidity and human rights: Rio de Janeiro, IPAS (November 25<sup>th</sup> 2009), p. 5.

O aborto farmacológico envolve o uso de um medicamento ou de uma combinação de medicamentos para interromper a gravidez. O Misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 que causa o amolecimento do colo uterino, a contração do útero que resulta em expulsão.<sup>80</sup> A Mifepristona, seguida pelo Misoprostol, é o regime mais recomendado e eficaz.<sup>81</sup> Até a semana 9 de gestação, a eficácia do regime combinado chega a 98%, enquanto que no uso do Misoprostol apenas, a eficácia varia entre 75-90%.<sup>82</sup> Até os 63 dias de gestação, a OMS recomenda 200 mg de Mifepristona administrada oralmente, seguida por 800 mcg de Misoprostol administrado via vaginal, oral ou sublingual 24 a 48 horas após a ingestão de Mifepristona.<sup>83</sup> Em locais em que a Mifepristona não está disponível, apenas Misoprostol é utilizado.<sup>84</sup>

No Brasil, o Misoprostol é considerado medicamento essencial pelo Ministério da Saúde desde 2010. Embora o Misoprostol seja reconhecido pela comunidade médica internacional como um medicamento seguro para a indução do aborto, caso ele seja utilizado na dosagem errada, pode causar graves complicações de saúde. No Brasil, o acesso à informação e ao próprio medicamento foram restritos através de normas e regulamentos da ANVISA.

Desde o início dos anos 1990, as autoridades de saúde do Brasil têm adotado normas para restringir o uso do medicamento no país. Em alguns estados, as vendas do Misoprostol foram totalmente proibidas, enquanto em outros as farmácias foram obrigadas a manter registros detalhados de paciente, médico e indicações de uso do medicamento. Em 1998, quando a ANVISA foi criada, foi adotada a Resolução 344/1998 proibindo a distribuição comercial de Misoprostol em todo o país, limitando seu acesso para os hospitais públicos somente. A resolução também incluiu o medicamento na lista de medicamentos cuja comercialização era punível segundo o Artigo 273 do Código Penal, alterado pela Lei 9766/1998.<sup>85</sup> Esta norma está claramente em conflito com aquela que, em 2010, incluiu o Misoprostol na lista de medicamentos essenciais. Em 2006 e 2011, as novas resoluções da ANVISA 911/2006 e 1050/2006 (atualizada pela Resolução 1534, de abril/2011), determinaram regras draconianas que não apenas restringiam o acesso ao medicamento pela internet, como também limitavam o mero acesso a informações sobre o

---

<sup>80</sup>Providing Medical Abortion in Low-Resource Settings: An Introductory Guidebook, Gynuity Health Projects, New York (2009), available at [http://gynuity.org/downloads/resources/clinguide\\_pacguide\\_en.pdf](http://gynuity.org/downloads/resources/clinguide_pacguide_en.pdf).

<sup>81</sup> Providing Medical Abortion in Low-Resource Settings: An Introductory Guidebook, Gynuity Health Projects, New York (2009), available at [http://gynuity.org/downloads/resources/clinguide\\_pacguide\\_en.pdf](http://gynuity.org/downloads/resources/clinguide_pacguide_en.pdf); Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.).

<sup>82</sup> Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.), p. 44, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>83</sup> Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.), p. 3, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>84</sup> Zamberlin et al., Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted, *Reproductive Health* 9:34 (2012), p. 2.

<sup>85</sup> O parágrafo B1 do artigo 273 criminaliza a comercialização de substâncias e de medicamentos não aprovados pela ANVISA. O único uso aprovado do Misoprostol é para procedimentos obstétricos realizados em ambiente hospitalar, o que inclui seu uso em serviços públicos que realizam abortos em caso de estupro, risco para a vida da gestante ou anencefalia, até determinado estágio da gravidez.

medicamento, seus usos e efeitos.<sup>86</sup> Assim, em março de 2012, um médico e 10 funcionários de farmácias dos estados de Mato Grosso e Goiás foram acusados de estarem realizando abortos ilegais ou vendendo medicamentos abortivos.<sup>87</sup>

Um levantamento usando duas abordagens metodológicas revelou que metade dos abortos realizados no Brasil urbano em 2010 envolviam o uso do misoprostol somente.<sup>88</sup> A Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 mostrou que metade das mulheres entrevistadas havia usado principalmente o Misoprostol para abortar.<sup>89</sup>

O Misoprostol é comprado em farmácias e drogarias, em vendedores ambulantes ou pela Internet.<sup>90</sup> Com o crescimento do mercado clandestino e ilegal do Misoprostol, as mulheres podem acabar comprando medicamentos falsificados ou contaminados, que põem em risco a sua vida e a sua saúde.<sup>91</sup> Devido à criminalização do aborto, informação precisa sobre o uso do misoprostol e de outras práticas de aborto seguras não são disseminadas, tornadas disponíveis, acessíveis ou são discutidas.<sup>92</sup> As mulheres jovens e adultas usam o misoprostol para abortar, frequentemente com pouca ou nenhuma informação sobre como usar o medicamento.<sup>93</sup> Cerca de metade das mulheres entrevistadas pela Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 precisou ser internada para finalizar o abortamento incompleto, e só no ano de 2015, dois terços das mulheres que confirmaram ter abortado foram hospitalizadas para finalizar o abortamento incompleto.<sup>94</sup>

---

<sup>86</sup> Commission on Citizenship and Reproduction (2012) Misoprostol and the violation of the right to health and the right to information on sexual and reproductive health, presented to the 2nd Periodical Universal Periodical Review of Brazil by the UN Human Rights Council, available at: <http://www.sxpolitics.org/wp-content/uploads/2012/01/ccr-un-hrc2011.pdf>.

<sup>87</sup> World Report 2013 - Brazil, Human Rights Watch (31 Jan., 2013), available at: <http://www.refworld.org/docid/510fb4f237.html>.

<sup>88</sup> Susheela Singh et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, Guttmacher Institute (2018), p. 27, available at <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

<sup>89</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey 2016, Science and Collective Health, 22(2):653-660 (2017), p. 656, available at [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en\\_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf).

<sup>90</sup> Susheela Singh et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, Guttmacher Institute (2018), p. 27, available at <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>; Luis Tavera Orozco et al., Regulation of obstetric use of misoprostol in the countries of Latin America and the Caribbean Peruvian Journal of Gynecology and Obstetrics, vol.59 no.2 Lima (2013); Silvia de Zordo, The Biomedicalisation of Illegal Abortion: the Double Life of Misoprostol in Brazil, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23(1), 19-36 (2016).

<sup>91</sup> Silvia de Zordo, The Biomedicalisation of Illegal Abortion: the Double Life of Misoprostol in Brazil, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 23(1), 19-36 (2016).

<sup>92</sup> UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 31, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

<sup>93</sup> Debora Diniz et al., The trade of gender drugs in the Brazilian printed media: misoprostol and women, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (1): 94-102 (Jan 2011) cited in Misoprostol and Violation of the Right to Health and the Right to Information on Sexual and Reproductive Health, Periodic Universal Review, Cycle 2, Brazil (June 2012), p. 1, 2.

<sup>94</sup> Debora Diniz et al., National Abortion Survey 2016, Science and Collective Health, 22(2):653-660 (2017), p. 656, available at [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en\\_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/en_1413-8123-csc-22-02-0653.pdf).

Mesmo que a mulher possa realizar o aborto legalmente, os médicos frequentemente se recusam a realizar o procedimento devido a suas crenças religiosas,<sup>95</sup> ao medo de ser processado, ou ao medo de enfrentar consequências legais e sociais negativas relacionadas ao estigma do aborto.<sup>96</sup> Assim, o estigma da criminalização cria um ciclo vicioso. A criminalização do aborto leva as mulheres a buscarem abortos clandestinos e, provavelmente, inseguros. O estigma resultado da obtenção de um aborto ilegal perpetua a noção de que o aborto é uma prática imoral e o procedimento é inerentemente inseguro, o que, por sua vez, reforça a continuação da criminalização da prática.<sup>97</sup> Consequentemente, instalações, produtos e serviços de saúde não estão disponíveis, mesmo para os abortos nos casos previstos em lei.

### **Falta de Acessibilidade**

Acessibilidade no âmbito do Direito à Saúde, tem quatro dimensões sobrepostas: 1) Não discriminação; 2) Acessibilidade física; 3) Acessibilidade econômica; e 4) Acessibilidade à Informação.<sup>98</sup>

Mesmo quando o aborto possa estar disponível legalmente, o estigma e a falta de profissionais de saúde dispostos a realizar o procedimento pode acabar reduzindo drasticamente a acessibilidade de abortos seguros. Isto ocorre em todos os países da América Latina nos quais o aborto é criminalizado.

Por exemplo, L.M.R era uma jovem argentina com deficiência mental e idade mental entre 8 e 10 anos. Em 2011, ela foi estuprada e engravidou. Embora nessas circunstâncias o aborto seja legal, o aborto foi impedido por decisão judicial em processo judicial apresentado contra o hospital. Mais tarde, a Suprema Corte de Buenos Aires decidiu que o aborto poderia ser realizado. Entretanto,

---

<sup>95</sup>Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, *Science and Collective Health*, 21(2):563-572 (2016), p. 567, 569.

<sup>96</sup>Debora Diniz et al., Conscientious Objection, Barriers, and Abortion in the case of Rape: A Study among Physicians in Brazil, *Reprod Health Matters*, 22(43):141-148 (2014); Silvia Zordo, Representations and Experiences on Legal and Illegal Abortion of Gynecologists and Obstetricians working in two maternity hospitals in Salvador da Bahia, *Science & Collective Health*, 17 (7), 1745-1754 (2012); Debora Diniz and Alberto Pereira Madeiro, Legal Abortion Services in Brazil – A National Study, *Science and Collective Health*, 21(2):563-572 (2016), p. 564; Beatriz Galli, Effects of Abortion Criminalization in Brazil: Lack of Access, Lack of Good Quality of Health Care and Increased Risk of Morbidity and Maternal Mortality, IPAS, Brazil (Nov. 25, 2009), p. 1, 3.

<sup>97</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 35, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

<sup>98</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 12, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

sob pressão de grupos contrários ao aborto, o hospital se recusou a realizar o procedimento e a jovem teve que buscar um aborto ilegal.<sup>99</sup>

Similarmente, AN, era uma mulher de 26 anos, grávida, da Costa Rica, e o feto foi diagnosticado com uma malformação grave que representava risco para sua vida e a sua saúde. Em 2011, ela teve negado o seu pedido de aborto legal pelas autoridades competentes.<sup>100</sup>

Aurora era uma costa-riquenha, de 32 anos, grávida, e o feto sofria de Síndrome de Prune-Belly. Em setembro de 2012, ela procurou um aborto terapêutico, pois sua saúde física e mental estavam se deteriorando. No entanto, apesar de ter respaldo legal para o aborto, a Suprema Corte da Costa Rica demorou 36 dias para decidir. Aurora teve que ser submetida a uma cesareana de emergência e deu à luz um natimorto.<sup>101</sup>

Em 2013, Beatriz de 22 anos, doente, grávida, buscou interromper a gravidez pois o feto era anencefálico. Beatriz também sofria de Lupus e doença renal, tornando a sua gravidez de alto risco. Em maio de 2013, a Corte Interamericana de Direitos Humanos expediu medida provisória ordenando ao estado de El Salvador que tomasse todas as medidas necessárias para garantir a proteção à vida e à integridade física da jovem. Mesmo assim, a Câmara Constitucional decidiu, em 30 de maio de 2013, que Beatriz não poderia receber um aborto. Ela finalmente foi submetida a uma cesariana e o bebê morreu 5 horas após o procedimento.<sup>102</sup>

Não há acesso efetivo e oportuno a serviços de aborto em pelo menos cinco estados brasileiros — Mato Grosso do Sul, Ceará, Amapá, Piauí, Roraima e Tocantins.<sup>103</sup> Entre 2007 e 2011, no estado do Rio de Janeiro, foram registrados 334 boletins de ocorrência policial envolvendo mulheres que realizaram abortos ilegais. Os arquivos dos tribunais mostram que 128 mulheres foram processadas, no período 2007-2010.<sup>104</sup> Em 2014, pelo menos 33 mulheres foram detidas por abortar, e sete foram denunciadas pelos médicos, depois que buscaram o hospital para assistência pós-aborto. Uma matéria jornalística informa que uma destas mulheres ficou algemada à cama do

---

<sup>99</sup> L.M.R. v. Argentina, Views of the Human Rights Committee under Article 5, Paragraph 4, of the Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political rights, CCPR/C/101/D/1608/2007 (28 April 2011).

<sup>100</sup> Call on Costa Rica now, Centre for Reproductive Rights (10 Dec., 2017), available at <https://www.reproductiverights.org/feature/call-on-costa-rica-now>.

<sup>101</sup> Unspeakable Cruelty, Centre for Reproductive Rights (9 June, 2013), available at <https://www.reproductiverights.org/feature/unspeakable-cruelty-in-costa-rica>.

<sup>102</sup> Nina Lakhani, Dying woman denied abortion in El Salvador, Aljazeera (11 May, 2013), available at <https://www.aljazeera.com/indepth/features/2013/05/2013510112715422231.html>; See Matter of B (2013), available at [http://www.corteidh.or.cr/DOCS/MEDIDAS/B\\_SE\\_01.PDF](http://www.corteidh.or.cr/DOCS/MEDIDAS/B_SE_01.PDF).

<sup>103</sup> Beatriz Galli, Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 974.

<sup>104</sup> When Abortion is the threat to vulnerable women in Latin America, IPAS (2014), p. 1, available at <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/When-Abortion-is-a-Crime-The-threat-to-vulnerable-women-in-Latin-America.aspx>. Brazil: Court Reviewing Criminalization of Abortion, Human Rights Watch (25 Apr., 2017), available at <http://www.refworld.org/docid/590984c14.html>.



hospital por três dias.<sup>105</sup> A falta de acessibilidade ao aborto seguro levou a 55 e 69 mortes maternas no Brasil em 2014 e 2015, respectivamente.<sup>106</sup>

Além disso, por medo de serem processadas, muitas mulheres se recusam a buscar tratamento para complicações graves resultantes de abortos provocados ou inseguros, ou mesmo de abortos espontâneos. Elas podem ter negado o acesso ao tratamento devido a hostilidade do profissional de saúde, ou pelo seu medo de ser processado.<sup>107</sup> A criminalização do aborto viola o Direito à Saúde, pois as mulheres não têm acesso às instalações e serviços para tratar das complicações decorrentes de abortos inseguros.

### **Falta de Acessibilidade e Má Qualidade de Produtos e Serviços Médicos**

Devido às normas punitivas relacionadas ao aborto, existe falta de regulamentação das práticas dos profissionais de saúde. A maior parte dos abortos é realizada por pessoas não treinadas, em condições higiênicas precárias, para escapar da aplicação da lei.<sup>108</sup> A criminalização transforma um procedimento seguro em um procedimento inseguro.<sup>109</sup> Além disso, a criminalização impede que os profissionais de saúde tenham acesso a informações corretas e, embora haja exceções legais<sup>110</sup>, o efeito criado pelo estigma associado ao procedimento impede que os profissionais de saúde busquem treinamento e informação sobre o aborto.<sup>111</sup> Assim, os profissionais de saúde podem estar desinformados ou não treinados sobre os procedimentos adequados de assistência ao abortamento e pós-abortamento, afetando negativamente a qualidade, mesmo no caso dos abortos legais.<sup>112</sup> Os profissionais podem até tornar-se relutantes, e terem receio de divulgar informações, mesmo as questões básicas como a dosagem correta de um medicamento ou as complicações potenciais de um aborto provocado. Estes riscos são exemplificados no caso de *Jandira dos Santos Cruz*, que morreu a causa de complicações decorrentes de um aborto inseguro, realizado em uma

---

<sup>105</sup>Brazil: Court Reviewing Criminalization of Abortion, Human Rights Watch (25 Apr., 2017), available at <http://www.refworld.org/docid/590984c14.html>.

<sup>106</sup>Brazil: Court Reviewing Criminalization of Abortion, Human Rights Watch (25 Apr., 2017), available at <http://www.refworld.org/docid/590984c14.html>.

<sup>107</sup> United Nations, Conclusions and recommendations of the Committee against Torture: Chile, CAT/C/CR/32/5 (2004) para. 6 (j).

<sup>108</sup>Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, World Health Organization (6th ed., Geneva, 2011), p. 7.

<sup>109</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.), p. 46, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>110</sup> Article 128, Brazilian Penal Code, 1940.

<sup>111</sup> Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.), p. 94, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>112</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 32, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

clínica clandestina em 2014: seu corpo foi posteriormente mutilado para esconder sua identidade.<sup>113114</sup>

### ***1. A criminalização do Aborto priva as mulheres das Liberdades e Direitos relacionados ao Direito à Saúde***

O Direito à Saúde, estabelecido no Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais afirma que os Estados-Partes devem assegurar que os indivíduos tenham certas liberdades e direitos.

#### ***Liberdades***

As liberdades incluem o direito de tomar escolhas e decisões livres e responsáveis, livre de violência, coerção e discriminação sobre assuntos relacionados ao próprio corpo e à saúde sexual e reprodutiva.<sup>115</sup>

A criminalização do aborto fere a dignidade humana e limita a liberdade da mulher de tomar decisões pessoais sem a interferência do Estado, sobretudo em uma área tão relevantes e íntima como a saúde sexual e reprodutiva.<sup>116</sup> Por restringir o acesso a produtos, serviços e informação em saúde sexual e reprodutiva, a criminalização do aborto discrimina a mulher. Constitui-se em uma violação do direito à vida ou à segurança e, em certas circunstâncias, pode resultar em tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante.<sup>117</sup> As mulheres e jovens são penalizadas por cumprirem essas leis e estarem sujeitas aos impactos em sua saúde física e mental, e quando não cumprem correm o risco de serem presas.<sup>118</sup>

---

<sup>113</sup>World Report 2015- Brazil, Human Rights Watch (29 Jan., 2015), available at <http://www.refworld.org/docid/54cf83bc480.html>.

<sup>114</sup>Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization (2012, 2<sup>nd</sup> ed.), p. 46, available at [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1).

<sup>115</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 5 and 8, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>116</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 15, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

<sup>117</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)(2016), para 10, available at <https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.

<sup>118</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 17, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

## *Direitos*

Os direitos incluem o pleno acesso a uma ampla gama de instalações, produtos, serviços e informação, que assegura a todas as pessoas o pleno gozo ao direito à saúde sexual e reprodutiva, estabelecido no Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais.<sup>119</sup> As leis criminais que negam o aborto às mulheres, resultam em falta de acesso a medicamentos essenciais e acesso igualitário e oportuno a serviços médicos básicos. Além disso, não há participação da população na tomada de decisões em matérias relacionadas a saúde e os impactos na saúde materna e infantil.

### *2. A Criminalização do Aborto viola o Direito à Privacidade e à Confidencialidade na Saúde*

O Direito à Saúde inclui o direito à privacidade e confidencialidade das informações pessoais.<sup>120</sup> No entanto, este direito é ameaçado quando as leis penais permitem que as autoridades policiais confiscuem dados pessoais e outros detalhes relacionados a um aborto.<sup>121</sup>

Em 13 de abril de 2007, uma operação policial invadiu uma clínica no Mato Grosso do Sul, e confiscou os prontuários médicos de mais de 9.600 de mulheres que haviam sido pacientes, violando o seu direito à privacidade e confidencialidade na assistência a saúde.<sup>122</sup> Investigações policiais de clínicas no Mato Grosso do Sul, São Paulo e Rio Grande do Sul levantaram preocupações semelhantes no tocante a privacidade. Em várias partes do Brasil, as mulheres que querem buscar assistência ao aborto temem o estigma, a investigação criminal e a revelação de seus prontuários médicos para suas famílias, colegas de trabalho e público em geral., como resultado da intensa e discriminatória investigação e aplicação da lei em Mato Grosso do Sul.<sup>123</sup>

---

<sup>119</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)(2016), para 5, available at <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.

<sup>120</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 3, 12, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>121</sup> O'Neill Institute for National and Global Health Law & Ipas. *Betraying Women: Provider duty to report: Legal and human rights implications for reproductive health care in Latin America*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2016, available at <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Betraying-women-Provider-duty-to-report.aspx>.

<sup>122</sup>Beatriz Galli, *Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights*, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 975, 76; *World Report 2009- Brazil*, Human Rights Watch (14 Jan., 2009), available at <http://www.refworld.org/docid/49705faa78.html>.

<sup>123</sup>Beatriz Galli, *Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights*, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 975.

### *3. A Criminalização do aborto viola os princípios de Não-Discriminação e Igualdade*

Não-discriminação e Igualdade são princípios fundamentais de direitos humanos e componentes centrais do direito à saúde. O Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais proíbe a discriminação no acesso à saúde e demais determinantes subjacentes da saúde, bem como aos meios e direitos para sua aquisição, por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, propriedade, nascimento, incapacidade física ou mental, condição de saúde (incluindo HIV/AIDS), orientação sexual, situação civil, política, social ou qualquer outra que tenha intenção ou efeito de anular ou prejudicar a capacidade de desfrutar ou exercer igualmente do Direito à Saúde.<sup>124</sup> Além disso, os Estados-partes têm a obrigação especial de fornecer, aos que não dispõem de meios suficientes, acesso aos serviços de saúde evitando qualquer forma de discriminação, por motivo internacionalmente proibidos, na prestação da assistência e nos serviços de saúde.<sup>125</sup>

A criminalização do aborto priva as mulheres do acesso a um procedimento, em certos casos, que salva vidas. Mesmo quando o aborto clandestino pode ser realizado em locais relativamente seguros e higiênicos, ele pode ser financeiramente inacessível para mulheres em situação mais vulnerável. A criminalização do aborto discrimina as mulheres por motivo de sexo pois, embora ambos os sexos tem participação na gravidez não planejada, apenas as mulheres são penalizadas. Em 2006, a Corte Constitucional da Colômbia reconheceu que as questões relacionadas à sexualidade e à reprodução afetam as mulheres de forma diferente e em maior grau, ao afirmar que, “[Ao criminalizar o aborto] o legislador não deve impor à mulher, contra sua vontade, o papel de procriadora. As leis criminais que proíbem o aborto em qualquer situação anulam os direitos fundamentais das mulheres e violam sua dignidade, reduzindo-as a mero receptáculo do feto.”<sup>126</sup> Da mesma forma, ao abordar a constitucionalidade da descriminalização do aborto, a Corte Suprema de Justiça do México determinou que “o direito da mulher deve prevalecer, já que a gestação ocorre em seu corpo.”<sup>127</sup> A legislação que permite à mulher tomar a decisão final sobre a interrupção da gravidez não é discriminatória ou despropositada, pois está baseada “na obvia disparidade de posição [da mulher] em relação a outras pessoas (por ex, um homem que considera ter participado da criação daquele embrião, ou qualquer terceira parte).”

---

<sup>124</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 18, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>125</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)(11 August, 2000), E/C.12/2000/4, para 19, available at <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>126</sup> Case C-355/06, Constitutional Court of Colombia, Sections 7, 8.1., 10.1.

<sup>127</sup> Action of Unconstitutionality 146/2007 and its Cumulative 147/2007, Supreme Court of Justice, Mexico.

Mulheres pobres e marginalizadas que não têm acesso a abortos médicos seguros, sofrem ainda mais discriminação por motivos de raça e classe social.<sup>128</sup> Mulheres negras sofrem a maior proporção de mortes devido a causas evitáveis relacionadas a gravidez, como: edema, protênúria, hipertensão, problema durante e após o parto, e aborto inseguro, pois elas mulheres estão mais excluídas do acesso à saúde por razões socioeconômicas.

Em 2015, a crise da saúde pública no Brasil, seu se seguiu a infecção pelo Zika vírus, agravou-se devido ao acesso inadequado à água e ao saneamento; às disparidades raciais e socioeconômicas na saúde; e às restrições nos direitos sexuais e reprodutivos.<sup>129</sup> Os impactos de longo prazo do surto de Zika atingiram de forma desproporcional mulheres jovens, solteiras e negras. A região nordeste do Brasil, uma das mais pobres do país, registrou mais de 3/4 dos casos confirmados de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, desde o início da epidemia.<sup>130</sup> Quase metade das mulheres e meninas que tiveram bebês com microcefalia eram solteiras e mais de três quartos se declarava "negra" ou "parda".<sup>131</sup>

No Brasil, em comparação com as mulheres brancas, os riscos de mortalidade por tais causas para as mulheres negras são aproximadamente três vezes maior.<sup>132</sup> Pesquisas mostraram que as mulheres mais propensas a morrer ou sofrer complicações decorrentes de abortos inseguros são Afro-descendentes, de baixa renda, com nível mínimo de escolaridade e acesso limitado a serviços de planejamento familiar.<sup>133</sup>

Importante destacar que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos notou que no Brasil existe desproporcionalmente um alto o número de mulheres pobres, indígenas e/ou afro-descendentes, a maior parte das quais vive na zona rural, que não gozam plenamente de seus direitos humanos com respeito à saúde materna. Estes grupos marginalizados de mulheres estão vulneráveis às mais variadas formas interseccionais de discriminação (de sexo, gênero, raça, etnia, pobreza e localização geográfica), que afetam seu acesso aos serviços de saúde.<sup>134</sup> Em 2008, o

---

<sup>128</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 31, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

<sup>129</sup>Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil, Human Rights Watch (12 July 2017), p. 18, available at: <http://www.refworld.org/docid/59671dcb4.html>.

<sup>130</sup>Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil, Human Rights Watch (12 July 2017), p. 26, available at: <http://www.refworld.org/docid/59671dcb4.html>.

<sup>131</sup>Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil, Human Rights Watch (12 July 2017), p. 26, available at: <http://www.refworld.org/docid/59671dcb4.html>.

<sup>132</sup> Beatriz Galli, Information regarding Resolution 11/8 on Preventable maternal mortality and morbidity and human rights: Rio de Janeiro, IPAS (November 25<sup>th</sup> 2009), p. 4.

<sup>133</sup> Beatriz Galli, Negative Impacts Of Abortion Criminalization In Brazil: Systematic Denial Of Women's Reproductive Autonomy And Human Rights, 65 U. Miami L. Rev. 969 (2011), p. 971.

<sup>134</sup> Access to Maternal Health Services from a Human Rights Perspective, Inter-American Commission on Human Rights (2010), para 11.

Comite para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres apresentou suas opiniões a respeito da morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, devido à falta de acesso a serviços de saúde materna inadequados e inacessíveis.<sup>135</sup> O Comitê observou que a falta de acesso a atendimento médico de qualidade durante o parto era problema sistemático no Brasil, que tem impacto diferenciado no direito à vida das mulheres. Ao falhar em assegurar a necessária assistência de emergência para Alyne que resultou em sua morte, o estado discriminou Alyne não somente por motivo de sexo, mas pela sua condição mulher Afrodescendente e suas condições socioeconômicas.

Portanto, a criminalização do aborto tem um impacto desproporcional na saúde e na vida de mulheres marginalizadas, violando os princípios de não-discriminação e igualdade.

#### ***4. A criminalização do aborto viola o dever do Estado de Respeitar, Proteger e Realizar o Direito à Saúde***

Órgãos internacionais de direitos humanos e expertos como o Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW), Comitê pelos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (CESCR) e Comitê dos Direitos da Criança (CRC) criticaram especificamente a abordagem punitiva no Brasil em relação ao aborto e as consequências prejudiciais para a saúde reprodutiva. Em 2000, o Comitê de Direitos Humanos, em seu Comentário Geral No. 28 sobre a Igualdade de Direitos entre Homens e Mulheres (Artigo 3), enfatizou a necessidade dos Estados ajudarem as mulheres na prevenção de gravidezes indesejadas, assegurando que elas não terão que se submeter a abortos clandestinos que ameaçam suas vidas.<sup>136</sup> Em 2003, o CESCR, em suas Observações Finais para o Brasil, comentou que os abortos ilegais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, estavam causando as altas taxas de mortalidade materna e solicitaram a revisão das normas punitivas sobre o aborto.<sup>137</sup> No Comentário No. 4 (2003), o CRC destacou a vulnerabilidade da saúde das adolescentes quando são realizados abortos inseguros e a necessidade de serviços de aborto seguro no Brasil.<sup>138</sup> Nos Comentários Finais do CEDAW para o Brasil, em 2007 e 2012, o Comitê declarou estar preocupado com “o alto número de abortos inseguros, as medidas punitivas impostas às mulheres

---

<sup>135</sup>Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Communication No. 17/2008 (10 August 2011), CEDAW/C/49/D/17/2008.

<sup>136</sup> CCPR, General Comment No. 28: Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), UeN Human Rights Committee (29 March, 2000), para 10, available at <http://www.refworld.org/docid/45139c9b4.html>.

<sup>137</sup>CESCR, Concluding Observations: Brazil (26 June 2003), E/C.12/1/Add.87, para 27, 51, available at [http://www.refworld.org/publisher\\_CESCR,,BRA,3f242bf04,0.html](http://www.refworld.org/publisher_CESCR,,BRA,3f242bf04,0.html).

<sup>138</sup> CRC, General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child (July, 2003), para 27, available at <http://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>.

que realizam abortos e as dificuldades de acesso a tratamento e manejo das complicações decorrentes.”<sup>139</sup>

O Brasil falhou em suas obrigações de respeitar, proteger e realizar o Direito à Saúde, estabelecidas no Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais. Primeiramente, ao criminalizar o aborto, o Estado impôs barreiras legais que impedem o acesso dos indivíduos a serviços de saúde sexual e reprodutiva. O estado violou seu dever de respeitar, ao proibir e negar acesso na prática a serviços de saúde sexual e reprodutiva e a medicamentos como, por exemplo, a contracepção de emergência.<sup>140</sup> Em segundo lugar, quando o aborto é criminalizado, normas de saúde pública e de segurança sobre o aborto, relacionadas ao treinamento e licenciamento dos profissionais de saúde inexistem, aumentando potencialmente as práticas de aborto inseguro.<sup>141</sup> Ao não tomar medidas para evitar a interferência no Direito à Saúde das mulheres no país, o Estado violou sua obrigação de proteger. Por fim, ao adotar medidas legislativas e administrativas que geram constantemente impactos negativos na saúde física e mental, o estado violou sua obrigação de realizar o direito a saúde, que incluem mortes que poderiam ter sido evitadas, morbidade e doenças; além de desfechos de saúde mental negativos.<sup>142</sup>

A criminalização do aborto obriga as mulheres a recorrerem a procedimentos de aborto clandestino e inseguro, ferindo os preceitos fundamentais consagrados pela Constituição do Brasil, que incluem: a dignidade humana, a cidadania, a igualdade e a não-discriminação, a inviolabilidade do direito à vida e à liberdade, a privacidade, a proibição de tortura e de tratamento desumano ou degradante, o direito à saúde e o planejamento familiar, conforme o Artigo 1, itens II e III; Artigo 3, item IV; Artigo 5, itens I, III, X; Artigo 6 e Artigo 196; e Artigo 226 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, respectivamente.

O Supremo Tribunal Federal do Brasil deve considerar que a criminalização do aborto é inconstitucional, pelos motivos acima mencionados.

---

<sup>139</sup>Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Aug., 2007), CEDAW/C/BRA/CO/6, para 29-30, available at [http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cdrom\\_cedaw/EN/files/cedaw25years/content/english/CONCLUDING\\_COMMENTS\\_ENGLISH/Brazil/Brazil%20-%20CO-6.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cdrom_cedaw/EN/files/cedaw25years/content/english/CONCLUDING_COMMENTS_ENGLISH/Brazil/Brazil%20-%20CO-6.pdf); Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Brazil (Feb., 2012), Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Brazil (2012) CEDAW/C/BRA/CO/7, para 29(b), available at <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CEDAW-C-BRA-CO-7.pdf>.

<sup>140</sup>Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)(2016), para 57, available at <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>.

<sup>141</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 28, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

<sup>142</sup>UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, A/66/254 (2011), para 21, available at <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>.

