

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

AMANDA CASTRO DA SILVA
JEAN DE JESUS NUNES SEGUNDO

**ABORTO COMO POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS
DIRETRIZES INTERNACIONAIS DA ONU E DA LEGISLAÇÃO URUGUAIA**

BELÉM
2021

AMANDA CASTRO DA SILVA
JEAN DE JESUS NUNES SEGUNDO

**ABORTO COMO POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS
DIRETRIZES INTERNACIONAIS DA ONU E DA LEGISLAÇÃO URUGUAIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de grau em Bacharel em Direito, pelo Centro Universitário do Estado do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Natália Mascarenhas Simões Bentes

BELÉM
2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

S586a Silva, Amanda Castro da.

Aborto como política de saúde pública no Brasil/ Amanda Castro da Silva,
Jean de Jesus Nunes Segundo. - Belém, 2021.

30 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do
Estado do Pará, Bacharelado em Direito, Belém, 2021.

Orientadora: Profa. [Dra. Natália Mascarenhas Simões Bentes](#).

1. Aborto. 2. Saúde pública. 3. Direito internacional. I. [Nunes Segundo, Jean de Jesus](#). II. [Bentes, Natália Mascarenhas Simões \(orient.\)](#). II. Título.

CDD 341.1

AMANDA CASTRO DA SILVA
JEAN DE JESUS NUNES SEGUNDO

**ABORTO COMO POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS
DIRETRIZES INTERNACIONAIS DA ONU E DA LEGISLAÇÃO URUGUAIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de grau em Bacharel em Direito, pelo Centro Universitário do Estado do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Natália Mascarenhas Simões Bentes

Data de aprovação: ____/____/____

Conceito:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Natalia Mascarenhas Simões Bentes – Orientadora
Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Nome com titulação
Instituição a que pertence

Nome com titulação
Instituição a que pertence

ABORTO COMO POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS DA ONU E DA LEGISLAÇÃO URUGUAIA

ABORTION AS A PUBLIC HEALTH POLICY BASED ON UN INTERNATIONAL GUIDELINES AND URUGUAYAN LEGISLATION

Amanda Castro da Silva¹

Jean de Jesus Nunes Segundo²

Natália Simões Bentes (orientadora)

RESUMO: O presente artigo busca demonstrar a questão do aborto como problema de saúde pública e planejamento familiar, para além de ser um instrumento capaz de reduzir a mortalidade materna causada por abortos inseguros e efetivar a igualdade entre homens e mulheres prevista no art. 5º da Constituição Federal. Para isso, examina as decisões tomadas nos casos K.L. v. Peru e T.P.F. v. Peru – ambas de comitês alinhados a Organização das Nações Unidas –, o disposto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e culturais sobre saúde sexual e reprodutiva e a Recomendação Geral n. 35 sobre violência de gênero do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Aliado a isso, aborda o contexto sociocultural que levou o Uruguai a reduzir consideravelmente a taxa de mortalidade materna causadas por ou em decorrência de abortos inseguros através de um sistema de redução de danos antes mesmo da descriminalização, e dados quantitativos e qualitativos do cenário após essa mudança. Por fim, o tema é abordado em esfera nacional, através da análise da legislação brasileira e estudos acadêmicos relativos ao tema diante de um cenário proibicionista.

Palavras-chave: Aborto. Direito Internacional. Direitos reprodutivos na América Latina.

ABSTRACT: The following paper intends to demonstrate abortion as a matter of public health and family planning, as well as an instrument capable of reducing maternal mortality caused by unsafe abortions and accomplishing gender equality as stipulated by the article 5th of the Federal

¹ Cursando o 10º semestre de Bacharelado em Direito – CESUPA (turma DI10TA). Email: amanda17060187@aluno.cesupa.br.

² Cursando o 10º semestre de Bacharelado em Direito – CESUPA (turma D10TB). Email: jean16060207@aluno.cesupa.br.

Constitution. For this purpose, examines the decisions taken on the cases of K.L v. Peru and T.P.F. v. Peru – both from committees aligned to the United Nations –, the legal provisions of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights about sexual and reproductive health and the General Recommendation n. 35 about gender-based violence from the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). Beyond that, the paper will approach the social and cultural context that has taken Uruguay to considerably reduce its maternal mortality rates caused by unsafe abortions, through the development of a risk and harm reduction program prior to decriminalization, and the quantitative and qualitative analysis of data collected after the country decriminalized abortion. Finally, the matter is approached on national level, through the analysis of both Brazilian legislation and academic studies related to the subject in the current prohibitionist context.

Keywords: Abortion. International Law. Reproductive rights in Latin America.

INTRODUÇÃO

O aborto é um fenômeno social de historicidade incalculável. Sendo provocado ou não, carrega em si o pesado fardo de determinar a eventualidade de uma nova vida. É emblemático em sentidos e estágios diversos da sociabilidade humana, o que o eleva em regra a um patamar de centralidade no debate público e na mentalidade moral dos indivíduos.

Justamente por sustentar essa carga de controvérsia, o tema foi duramente regulado ao longo da história. Segue sendo, a propósito, uma pauta política de extrema relevância, tanto no âmbito interno dos países quanto na seara internacional. O direito ao aborto seguro e sem risco passou a ocupar um lugar de destaque na defesa das pautas progressistas e na agenda de organismos e instituições supranacionais.

A partir disso, é possível compreender a absoluta relevância de entender de que forma a temática vem sendo tratada, tanto interna quanto externamente. No contexto geopolítico, são várias as resoluções e decisões de comitês especializados na questão dos direitos das mulheres alinhados à Organização das Nações Unidas, assim como de organismos supranacionais de cunho regional, a exemplo da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Internamente, inúmeros países vêm instituindo mudanças legislativas sobre o tema, tendo como regra o afrouxamento de leis de cunho proibicionista e persecutório e a garantia do direito à saúde e à dignidade humana. O aborto deixa, portanto, de ser tratado como uma questão moral e de inevitável persecução penal para uma questão de saúde pública e planejamento familiar.

Dessa maneira, este artigo irá se propor a examinar parte do que vem sendo decidido por organismos internacionais, como o Comitê Para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) e o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, cuja proposição e formação o Brasil é signatário.

Além disso, visa também analisar a experiência de descriminação recentemente protagonizada pelo Uruguai, que há vinte anos sofria com uma crise nacional de mortes maternas causadas por abortos mal sucedidos. Irá se examinar como o país conseguiu instaurar um programa de redução de danos e riscos extremamente bem sucedido, antes mesmo de qualquer inovação legal, e com isso obter uma notável melhora em seus números de mortes relacionadas ao aborto. Se examinará também os impactos que a descriminalização teve nesses números e alguns dos resultados alcançados ao longo dos últimos anos.

Por último, se analisará a realidade brasileira e seu contexto interno relativo à temática tratada. Serão escrutinados os dados nacionais sobre o tema e o nosso atual quadro legislativo, a fim de comparar o panorama do Brasil com o do Uruguai e contrapor, na medida do que é possível, as diferenças e similitudes entre os dois casos. Ademais, também se observará o Brasil como instituição governamental ativa nos debates internacionais sobre o aborto e como isso deve influenciar na condução da nossa política interna.

O desenvolvimento deste estudo tem como norte, para além do fomento à pesquisa e o enriquecimento do diálogo público e científico, o questionamento e a averiguação de novas possibilidades de gerência da questão do aborto no Brasil. Para tanto, visa estudar a possibilidade de aprendizado com a experiência de um país vizinho, examinando a possibilidade de alcançar uma melhora nos índices de morte materna relativas à interrupção voluntária da gravidez.

Esse trabalho será feito através da indução analítica das bibliografias aqui levantadas. A maior parte dela consiste em estudos e levantamentos científicos com dados sobre o tema do aborto e análises fáticas de casos concretos. Além da bibliografia estritamente acadêmica, também serão estudados documentos com valor jurídico emitidos por organismos internacionais que preceituam sobre o tema e legislações e jurisprudências intranacionais.

1 AS DECISÕES E DIRETRIZES INTERNACIONAIS DA ONU

1.1 DECISÕES DO COMITÊ DE DIREITOS HUMANOS E DO COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (CEDAW)

Nesta seção serão discorridos dois casos internacionalmente julgados, respectivamente em 2005 e 2011, ambos ocorridos no Peru. Tais casos foram escolhidos dada a sua relevância no tangente ao posicionamento das cortes internacionais no direito ao aborto, para além de se tratarem de ocorridos na América Latina no último século, o que possibilita uma maior intimidade ao tratar do tema no Brasil nas últimas décadas.

1.1.1 O caso K.L. vs Peru

Temos, em novembro de 2002, a submissão do caso K.L. v. Peru perante o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, sendo a autora representada pelas organizações Comitê da América Latina para a Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM)³, Centro de Conciliação para a Defesa dos Direitos das Mulheres (DEMUS)⁴ e Centro dos Direitos Reprodutivos⁵. Em março de 2001, aos 17 anos, K.L. engravidou; no dia 27 de junho, após fazer um ultrassom em um hospital nacional de Lima – pertencente ao Ministério da Saúde peruano – os médicos obtiveram o diagnóstico de que o feto de apenas 3 meses era anencefálico.

O diagnóstico fora dado à gestante dias após o exame, em uma consulta com um médico ginecologista e obstetra funcionário do mesmo hospital. Na mesma consulta, K.L. fora informada dos riscos à sua própria vida se aquela gravidez continuasse, sendo sugerido pelo médico que ela fizesse um aborto, considerando sua saúde tanto física quanto mental. A autora decide então por interromper sua gravidez, fazendo os procedimentos e exames necessários que confirmassem a anomalia do feto para assim então obter o aborto por vias legais e seguras. No Peru, à época, o aborto era descriminalizado na hipótese do artigo 119 do seu Código Penal⁶.

Em 19 de julho de 2001, a autora fora informada que para seu procedimento ocorrer era necessário a autorização do diretor do hospital, e, por ser menor de idade na época, a autorização

³ Comité de América Latina para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (tradução própria)

⁴ Counseling Center for the Defense of Women's Rights (tradução própria)

⁵ Center for Reproductive Rights (tradução própria)

⁶ Artículo 119 - Aborto terapéutico - No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente (Peru, 1991).

teve que ser requerida por sua mãe. 5 dias depois, no dia 24 de julho, o diretor do hospital responde negando tal autorização, uma vez que ela estava fora das condições previstas na lei penal peruana. A mesma prevê punição de privação de liberdade de até 3 meses para os abortos realizados em razão de deficiências físicas e/ou mentais do feto. O aborto terapêutico, por sua vez, só é autorizado quando é o único meio possível de salvar a vida da gestante ou de evitar graves e permanentes danos à sua saúde. Em agosto, K.L. obteve avaliações de uma assistente social e de uma psiquiatra, ambas indicando que a gravidez deveria ser interrompida para não causar sérios danos à saúde mental da gestante, o laudo psiquiátrico afirma que a gestação contribuiu de forma substancial para o aparecimento de sintomas de depressão na autora, causando sérios impactos no desenvolvimento da adolescente. Em janeiro de 2002, K.L. deu à luz a uma menina e a amamentou por 4 dias, até que a bebê viesse a óbito. O incidente fora causador de um estado de depressão profunda na autora, como consta em laudo psiquiátrico posterior (HUMAN RIGHTS COMMITTEE, 2005, p. 4-5).

Em novembro do mesmo ano, o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas tomou conhecimento do caso por meio das organizações acima citadas, acompanhado de um laudo elaborado por médicos do Centro dos Direitos Reprodutivos, alegando que o óbito para o feto anencefálico é inevitável em todos os casos, para além de colocar em risco a vida da própria gestante. De acordo com o laudo, a equipe médica peruana atuou de forma prejudicial à autora ao negar o abortamento. É sabido que para ser julgado a nível internacional, é necessária a exaustão de todas as tentativas legais e administrativas dentro do Estado-parte, porém, restou provado que estas se dariam por ineficazes devido a urgência do caso em questão.

Foram acolhidas para deliberação do Comitê as alegações de violações dos artigos 2º, 7º, 17 e 24 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP), concernentes, respectivamente, à garantia dos direitos para todos os indivíduos, sem discriminação; garantia de que ninguém será submetido a tortura ou tratamentos cruéis e degradantes; de que ninguém sofrerá ingerências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada; e, por fim, que as crianças terão direito a proteção estatal que necessitam (BRASIL, 1992).

Dessa forma, o Estado-Parte falhou em garantir o exercício de um direito à K.L., uma vez que o hospital negou o direito a abortar devido uma interpretação restritiva do Código Penal peruano, na falta de regulamentação mais objetiva. Na opinião da autora, o Estado deveria ter tomado medidas contra a oposição da comunidade médica em realizar um aborto terapêutico, medidas para que fosse aberta uma exceção, ou nova interpretação, na regulamentação penal

peruana referente ao aborto, considerando que, se a saúde da gestante, seja ela física ou mental, se encontrar em risco, essa encontre formas legais e seguras de interromper a gestação. A autora também alega que devido a negação da equipe médica em realizar o aborto terapêutico, continuar uma gestação em que sabia que seu bebê não sobreviveria por muito tempo após nascer e, após o parto, ter que ver as deformidades e amamentar sua filha por 4 dias só corroborou para a piora de seu estado mental que já se encontrava prejudicado. Na visão do Comitê, a omissão Estatal em garantir o aborto terapêutico fora a causa do sofrimento da autora; sendo citado o Comentário Geral n. 20, que dispõe que o direito posto no artigo 7º do PIDCP, concernente a tortura, se refere não somente a dor física quanto também a sofrimento mental, sendo agravado no contexto em tela pelo fato da autora ser uma adolescente a época (HUMAN RIGHTS COMMITTEE, 2005).

Em suma, na ausência de apresentação de defesa por parte do Peru, quase todas as alegações da autora foram acolhidas, estando o Estado requerido a reparar o dano, fornecendo um remédio legal efetivo para K.L., além de indenização. Ademais, o Peru também ficou obrigado a tomar medidas para que tais violações ao PIDCP não ocorressem novamente.

1.1.2 O caso L.C. vs Peru

O segundo caso aqui apresentado também ocorreu no Peru, 2 anos após o julgamento do caso anterior. Foi submetido ao Comitê para Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) em 2009 por T.P.F., mãe de L.C., representada pelo Centro dos Direitos Reprodutivos e pelo Centro para a Promoção e Proteção de Direitos Sexuais e Reprodutivos⁷ com base na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁸.

L.C. tinha 11 anos de idade quando começou a ser sexualmente abusada por um homem com mais do triplo de sua idade. Em 31 de março de 2007, aos 13 anos, engravidou do mesmo e entrou em um profundo estado de depressão, chegando a tentar suicídio ao se jogar de um prédio. Ela sobreviveu à tentativa, mas teve danos gravíssimos em sua coluna vertebral, causando paralisia do pescoço pra baixo e requerendo uma cirurgia de urgência para que tais danos não se tornassem permanentes. O procedimento fora marcado pro dia 12 de abril do mesmo ano; uma semana antes ela fez uma avaliação psicológica que constatou que os motivos para sua tentativa de suicídio foram os constantes abusos e o medo da gravidez. Para além, os

⁷ Centre for the Promotion and Protection of Sexual and Reproductive Rights (tradução própria)

⁸ Promulgada pelo Brasil através do Decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002.

relatórios médicos diários apontavam o risco de infecções e deterioração da pele devido à sua condição de paralisia total dos membros. Na data marcada para sua cirurgia, que deveria ser feita o quanto antes para evitar danos permanentes em sua mobilidade física, ela fora informada que o procedimento havia sido adiado e que deveria se apresentar novamente ao hospital no dia seguinte para uma consulta com um ginecologista. Nessa consulta, o médico lhe informou que a cirurgia – da qual L.C. necessitava urgentemente para a reparação dos danos causados e ter mais chances de voltar a andar – não poderia ser realizada devido sua gestação. Ademais, ela fora diagnosticada com transtorno de ansiedade moderada, o qual não recebeu tratamento também em decorrência de sua gravidez. No dia 18 de abril de 2007, a autora após acordar com sua filha, entra com um pedido perante a equipe médica do hospital de aborto terapêutico com base no artigo 119 do Código Penal peruano, previamente tratado no tópico acima. Nesse requerimento, a mãe alega que a gravidez de L.C. colocava sua vida, saúde – física e psicológica – e integridade pessoal em risco seríssimo e permanente, e que a gravidez era o impedimento para que fosse realizada a cirurgia reparadora em sua coluna (CEDAW, 2011, p. 3).

Com a demora em obter uma resposta do hospital, a mãe procurou a assistência da organização não-governamental Centro de Promoção e Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (PROMOSEX)⁹ que levou o caso ao defensor público de direitos das mulheres em maio do mesmo ano. A autora obteve resposta negativa do seu requerimento perante o hospital aproximadamente 42 dias depois de proposto o mesmo, sob a alegação de que a gestação de L.C. não representava risco à sua vida. Nisso, o defensor público já ciente do caso requere um laudo da Comissão de Direitos Reprodutivos da Faculdade de Medicina do Peru; o referido laudo constata que haviam razões suficientes para interromper a gravidez da jovem, considerando que a continuação da mesma causaria sérios riscos a saúde física e mental da mesma. Em junho de 2007, quando L.C. já estava grávida de 16 semanas, a mãe submeteu uma apelação perante o conselho médico do hospital que havia negado a solicitação, anexando o laudo da Comissão da Faculdade de Medicina, alegando que este apresentava motivos suficientes para a interrupção da gestação pelas vias legais previstas no Código Penal peruano (CEDAW, 2011. p. 3-4).

A cirurgia reparadora de sua coluna ocorreu no dia 11 de julho de 2007, decorridos mais de 3 meses do fato gerador que a fez necessitar de tal intervenção de urgência, enquanto L.C. ainda estava gestante. 5 dias depois, no dia 16 de julho, a menina teve um aborto espontâneo.

⁹ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (tradução própria)

Segundo a autora, não existem medidas administrativas a serem tomadas em tal situação – para se requerer o direito de abortar – ou sequer um protocolo a ser seguido que indique o procedimento certo para se obter o aborto por vias legais, recursos apropriados para garantir o acesso a uma demanda requerida somente por mulheres (CEDAW, 2011, p. 4).

A queixa perante o Comitê reside no fato de que L.C., ao ter seu direito ao aborto terapêutico – necessário, haja vista sua condição e suas chances de voltar a andar, que dependiam que a cirurgia ocorresse o quanto antes – negado, teria tido seu direito à vida, à integridade e a não discriminação violados. Ademais, a falha no sistema de saúde peruano em garantir um serviço essencial a mulheres, como é o caso do aborto, compromete o país nas suas obrigações perante a Convenção (CEDAW, 2011, p. 5). Dado o contexto, o Comitê considera que toda a trajetória de L.C. para se obter tal procedimento fora demasiada longa e insatisfatória (CEDAW, 2011, p. 14).

Outras considerações do Comitê residem no fato de que, se o Peru descriminaliza o aborto terapêutico em determinadas situações, deve também dispor de direcionamentos que permitam que mulheres busquem tal direito em condições de legalidade e segurança; ressaltando ainda que é imprescindível que esses direcionamentos possibilitem a rápida tomada de decisões, para que o procedimento seja realizado a tempo útil, que a decisão da gestante seja considerada e que se haja formas de recorrer diante de tal decisão (CEDAW, 2011, p. 17). Pode-se notar como esse segundo caso está intimamente ligado com o primeiro apresentado, ambas vítimas tiveram seu direito de abortar negado, apesar de previsto legalmente, por falta de uma devida regulamentação.

Dito isso, o Comitê decide que o Peru violou os direitos previstos nos artigos 2º (itens c e f), 3º, 5º e 12 da Convenção, estando todos esses dispositivos ligados ao artigo 1º do referido dispositivo. Tais artigos discorrem, respectivamente, a proteção jurídica dos direitos da mulher, adoção de medidas legais e legislativas para modificar dispositivos que constituam discriminação contra a mulher, medidas que garantam o “pleno desenvolvimento e progresso da mulher, com o objetivo de garantir-lhe o exercício e gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem” (BRASIL, 2002), que o Estado haja no sentido de “modificar os padrões socioculturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos e práticas consuetudinárias e de qualquer outra índole que estejam baseados na ideia da inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos ou em funções estereotipadas de homens e mulheres” (BRASIL, 2002) e, por fim, que o Estado

tome providências para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar (BRASIL, 2002).

Nisso, o Peru fora condenado perante o Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres à reparação de danos no que tange a L.C., como compensação pelos danos morais e materiais e reabilitação proporcionais à gravidade de seu caso, garantindo que a partir dali ela tenha a possibilidade de gozar de uma vida com a maior qualidade possível. Para além, o Estado deve tomar medidas para estabelecer um mecanismo que forneça aborto terapêutico considerando a saúde, tanto física quanto mental, da gestante (CEDAW, 2011, p. 18).

1.2 DIRETRIZES DA ONU

1.2.1 O Comentário Geral n. 22 sobre Direitos a Saúde Sexual e Reprodutiva no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁰ (COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2016)

O terceiro elemento aqui analisado é o Comentário Geral n.º. 22, sobre Direitos a Saúde Sexual e Reprodutiva. Tal Comentário tece a noção de que os Direitos ali referidos no Pacto implicam em uma coletânea de direitos e liberdades. Entre os direitos, é ressaltado o livre acesso a serviços relacionados a saúde, que assegure a todos o pleno aproveitamento da saúde sexual e reprodutiva. Entre as liberdades, destaca-se o direito de tomar decisões e fazer escolhas, de forma livre, responsável e sem violência ou discriminação em relação a assuntos tocantes a saúde sexual e reprodutiva e ao corpo de cada indivíduo, sendo complementar ao direito do ser, permitindo o gozo amplo do mais alto nível de saúde física e mental.

Com relação a outros direitos, os direitos a saúde sexual e reprodutiva são indivisíveis e estão diretamente ligados com outros direitos humanos, como o direito à vida, à liberdade, a não ser submetido a tortura. Por exemplo, a falta de serviços de cuidados obstétricos de emergência ou a negação do aborto frequentemente levam à mortalidade e morbidade materna, que, por sua vez, são formas de violação do direito à vida ou a segurança, e, em determinadas circunstâncias, podem constituir tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

¹⁰ Promulgado pelo Brasil através do Decreto n.º. 591, de 6 de julho de 1992.

(COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2016) como restou configurado no primeiro caso discorrido no presente artigo.

Tais direitos devem estar disponíveis de forma que haja pessoal médico capacitado para o amplo gozo destes, bem como medicamentos, ressaltando-se aqui os medicamentos para assistência em casos de aborto e pós aborto, citados pelo dispositivo em análise. Para além, o Comentário dispõe que deve haver equipe médica suficiente para realizar tais serviços, independente de opiniões políticas ou ideológicas. Todas as pessoas e grupos, inclusive adolescentes e jovens, têm o direito a receber informação com base empírica sobre todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, entre eles a saúde materna, os contraceptivos, o planejamento familiar, as doenças sexualmente transmissíveis, a prevenção de HIV, o aborto sem risco e a assistência posterior em caso de aborto (...) (COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2016).

Nesse sentido, o Comentário dispõe que a indisponibilidade ou simples rejeita em determinados serviços médicos, como medicamentos abortivos, diminui a qualidade do serviço prestado no tangente a saúde sexual e reprodutiva. No tocante a igualdade entre homens e mulheres, o Comentário tece disposições para que essa seja efetivada, tais como cuidado obstétrico de urgência e assistência qualificada nos partos, visando diminuir a mortalidade materna; medidas de prevenção aos abortos realizados em situação de risco, requerendo que os estados signatários do Pacto “adotem medidas legais e políticas para garantir a todas as pessoas o acesso a contraceptivos seguros e eficazes e uma educação integral sobre a sexualidade, em particular para os adolescentes; liberalizem as leis restritivas do aborto; garantam o acesso das mulheres e meninas a serviços de aborto sem risco e assistência de qualidade posterior em casos de aborto, especialmente capacitado aos provedores de serviços de saúde; e respeitem o direito das mulheres de adotar decisões autônomas sobre sua saúde sexual e reprodutiva (COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2016) (grifo nosso).

Nas obrigações dos Estados-parte, está entre elas a de garantir o acesso de todos a serviços médicos de qualidade para manutenção da saúde sexual e reprodutiva, a exemplo da saúde materna e o acesso ao aborto seguro (sem risco). Para além, há a obrigação de “adotar medidas para prevenir abortos em condições de risco e fornecer assistência e ajuda psicológica após o aborto para quem necessitar” (COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2016). Caracteriza violação ao Pacto, mais especificamente das obrigações de proteger, a omissão dos Estados na tomada de medidas efetivas impeditivas que

terceiros interfiram na saúde sexual e reprodutiva de cada indivíduo, à exemplo de violência para com mulheres, que buscam assistência pré ou pós aborto.

1.2.2 A Recomendação Geral n. 35 sobre Violência de Gênero contra as Mulheres¹¹ do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)

A Recomendação em tela tece disposições que caracterizam a violência de gênero contra a mulher, estando incluído nesta lista a “criminalização do aborto, negação ou atraso do aborto seguro e de cuidados pós aborto, continuação forçada de gravidez (...) são formas de violência de gênero que, dependendo das circunstâncias, podem ser equiparadas à tortura ou ao tratamento cruel, desumano ou degradante” (CNJ, 2019, p. 21-22).

Dentre as recomendações presentes no documento, o Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher dispõe que os Estados devem tomar medidas a nível legislativo para a garantia da criminalização da violência de gênero em todas as suas formas, que todos os sistemas legais protejam as vítimas de violência de gênero e assegurem que estas tenham acesso a justiça de maneira efetiva e, sobretudo, revogar leis “que sejam discriminatórias contra as mulheres e, assim, consagram, encorajam, facilitam, justificam ou toleram qualquer forma de violência de gênero. Em particular, revogar o seguinte: (...) legislação que criminalize o aborto” (CNJ, 2019, p. 26-27).

Para além, a Recomendação prevê que os Estados forneçam “capacitação, educação e treinamento obrigatórios, recorrentes e efetivos para membros do Judiciário, advogados e policiais, incluindo médicos forenses, legisladores, profissionais de saúde, inclusive na área da saúde sexual e reprodutiva (...) para capacitá-los a adequadamente prevenir e enfrentar a violência de gênero contra as mulheres. (CNJ, 2019, p. 29).

A seguir, examina-se a realidade uruguaia, país que também ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e o seu Protocolo Opcional, estando, assim como o Brasil, submetido às disposições acima descritas. Além disso, se situa geográfica e socioeconomicamente no contexto latino-americano, e muito recentemente, como será demonstrado, passou por um período de severo aumento nos índices

¹¹ Traduzido pelo Conselho Nacional de Justiça em 2019.

de mortalidade materna causada por abortos mal sucedidos, quadro esse que foi revertido progressivamente ao longo dos últimos vinte anos.

2 O EXEMPLO URUGUAIO: DA PROIBIÇÃO À LEGALIDADE

2.1 O CONTEXTO LATINO-AMERICANO

A primeira seção desta pesquisa ilustrou de forma crua a dura realidade do aborto no continente latino-americano. Essencialmente subdesenvolvido e severamente desigual, ele escancara as contradições típicas dos lugares que insistem na permanência das legislações proibicionistas. A agenda pretensamente moralista de dirimir o acesso ao aborto seguro através de um arcabouço legal restritivo é implacavelmente encontrada com a realidade estatística que escapa dos anseios reacionários: o aborto provocado é significativamente mais comum onde não existem legislações liberais sobre o tema (BRIOZZO, 2013, p. 115).

O Peru, protagonista das injustiças atrozadas expostas anteriormente, é um caso bastante característico. Apesar das implacáveis limitações à prática do aborto seguro, o país detém uma taxa de abortos provocados de 52/1.000 mulheres em idade reprodutiva, exponencialmente maior que a de países como Holanda – com 5,5 a cada 1.000 mulheres – e Canadá – com 12/1.000 –, ambos com acesso garantido ao aborto legal e seguro (BRIOZZO, 2003, p. 193).

Além da expressiva quantidade de abortos conduzidos sem amparo legal, a América Latina também figura no centro das regiões com a maior quantidade de interrupções inseguras, com a assustadora margem de 95% dos procedimentos realizados em mulheres entre 15 e 44 anos se encaixando nessa categoria (SEDGH et al, 2012, p. 22).

Onde prevalece a criminalização da autonomia feminina e a sua conseqüente marginalização também se nota uma taxa de mortalidade expressivamente maior que a média mundial. Os abortos inseguros são responsáveis por 13% das mortes maternas em todo o mundo; na América Latina esse número chega a assustadores 21% (2003, p. 190).

A gravidade desses dados se justifica em parte pela junção de um cenário socioeconômico fragilizado – com desigualdades alarmantes e miséria extrema – a persistência de uma agenda política conservadora no *mainstream* político dos países, que dificulta gravemente a mudança legislativa e engessa as regulações sobre o tema em suas versões originais, majoritariamente editadas no século XX. Essa mesma agenda se materializa na ausência de políticas de planejamento familiar efetivas, na baixa difusão de materiais educativos e informativos sobre a sexualidade e na estigmatização de métodos contraceptivos.

É esse contexto policialesco que transfere o aborto da alçada da saúde pública para a esfera criminal. Essa estrutura propicia a instauração de um clima de medo e desconfiança das

mulheres em relação ao serviço público. Além da possibilidade de perseguição penal, há também o julgamento de profissionais da saúde moralmente alinhados aos movimentos pró-vida, que com alguma frequência assumem uma postura essencialmente paternalista e supostamente disciplinadora. O resultado lógico desse clima persecutório é a exclusão da mulher do sistema de saúde e o aumento significativo dos riscos associados aos procedimentos abortivos, que passam a ser norteados por sentimentos de desconhecimento e desamparo, o que explica ao menos em parte a alarmante taxa de mortalidade citada acima.

2.2 O URUGUAI E AS INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EM CONDICIONES DE RIESGO

O Uruguai, apesar de geográfica e culturalmente inserido na mesma região que países como o Peru, possuía uma realidade social um pouco menos austera que a de seus vizinhos. O ginecologista uruguaio Leonel Briozzo, um dos grandes responsáveis pelo processo de descriminalização da interrupção voluntária da gravidez no país, argumenta que “apesar dos índices de mortalidade materna do Uruguai serem similares a de países desenvolvidos, a morte por abortos inseguros é a principal contribuinte para a formação desse número, e uma das maiores em todo o mundo” (tradução nossa)¹² (BRIOZZO, 2004, p. 70). Ou seja, mesmo que acomodasse uma taxa de mortalidade materna consideravelmente baixa para a região, esses poucos óbitos eram majoritariamente compostos por abortos inseguros.

Essa situação se agravou, explica Briozzo, com o contexto de crise econômica vivido pela pequena nação sul-americana na virada do século. De 1995 a 1999, o aborto inseguro foi responsável por 28% das mortes maternas no país (LABANDERA, 2016, p. S7); esse número chegou a atingir assustadores 46,1% (2004, p. 72) no renomado *Centro Hospitalario Pereira Rossell* (CHPR), conhecido por ser o principal centro de atendimento obstétrico a mulheres uruguaias de baixa renda. A diferença gritante entre os números de morte gerais e os números de morte em um hospital responsável pelo atendimento às populações economicamente vulneráveis escancara uma realidade cruel: a proibição afeta desproporcionalmente as mulheres mais pobres, relegadas a métodos abortivos arcaicos e exponencialmente perigosos.

Nesse cenário de deterioração social um grupo de médicos do CHPR, liderados por Briozzo, deram impulso a um projeto que pretendia reduzir os danos causados pela criminalização, mesmo que de forma paliativa. Denominado *Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*, ou simplesmente *Iniciativas Sanitarias*, a organização – inicialmente composta unicamente por médicos e mais centrada em aspectos

¹² Texto original: “although the maternal mortality rates of Uruguay are similar to those of developed countries, death from unsafe abortion is the main single contributor to that rate, and one of the highest in the world”.

clínicos – passou a contar com uma equipe interdisciplinar um ano após a sua fundação, feita em 2001.

Em seu momento inicial, a iniciativa visava a conversão de um aborto de alto risco para um aborto de baixo risco, através do aconselhamento individual e da divulgação de informação a respeito dos métodos abortivos e de como escolhê-los. Isso porque se presumia que a escolha pela interrupção já havia sido feita, restando à equipe o papel de diminuir os riscos envolvidos no processo, através de uma cartilha que envolvia o aconselhamento anterior a 12 semanas, o uso de misoprostol¹³ em alinhamento com as recomendações internacionais, a ausência de complicações biopsicossociais, entre outros (2016, p. S8).

O modelo do projeto passou a se centrar na ideia de que o aborto é uma temática de estimada relevância para âmbitos distintos da vida humana. Isso ensejou o estabelecimento de uma estrutura de acolhimento tripla, que contava com uma equipe formada por: médicos ginecologistas, psicólogos e assistentes sociais.

Essa equipe passou a atuar na linha frente do CHPR, acolhendo as mulheres que buscavam as *Iniciativas* em um formato de três visitas: 1) na primeira, a mulher era ouvida pelo tempo que precisasse a respeito de seus anseios e motivos, tinha a gravidez diagnosticada ou não através de exames médicos e, finalmente, aconselhada a respeito de suas alternativas (que envolviam a escolha pelo aborto, o prosseguimento da gravidez para adoção ou não, etc.); 2) caso decidisse seguir com a interrupção, num segundo momento ela recebia um aconselhamento detalhado a respeito da forma correta e mais segura de conduzir o aborto e, por último, 3) uma terceira visita para a avaliação pós-aborto e recebimento de métodos contraceptivos seguros e eficientes (2016, p. S8).

Briozzo enfatiza que nesse momento histórico de desenvolvimento do projeto, a confidencialidade era um ponto basilar na boa condução dos procedimentos. Havia uma necessidade de primeiramente humanizar as mulheres que procuravam ajuda, estabelecendo uma necessária relação de confiança e acolhimento entre usuárias e provedores. Além de instruir a respeito da forma correta de administração do misoprostol na segunda visita, na avaliação pós-aborto, as equipes das *Iniciativas* providenciavam aspiração uterina nos casos em que o aborto era incompleto, evitando infecções e diminuindo ainda mais a taxa de mortalidade materna uruguaia (BRIOZZO *et al.*, 2006, p. 224).

¹³ Medicamento originalmente criado para o tratamento de úlceras. Hoje em dia é a principal substância usada na indução do chamado aborto farmacológico ou farmacêutico, em que se provoca a interrupção da gravidez através da administração de fármacos.

Em 2004, três anos após o início do projeto, já se via uma redução na quantidade de internações de emergência e nas mortes maternas causadas por abortos inseguros. Em reconhecimento, o Ministério da Saúde do Uruguai reconheceu o aborto inseguro como um problema de saúde e concedeu status oficial ao modelo das *Iniciativas Sanitarias*, através da Ordenanza 369/04.

Os resultados promissores observados no CHPR culminaram na formação da *Asociación Civil Iniciativas Sanitarias*, em 2006. Em conjunto com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) lançaram o “Iniciativas Sanitarias – Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo”, projeto que almejava a expansão a nível nacional do modelo iniciado por Briozzo no período de 2006 a 2010. O objetivo central era reduzir os abortos inseguros e a mortalidade materna por eles causada, incentivando a inclusão das mulheres com gestações indesejadas no sistema de saúde, estabelecendo relações de confiança que possibilitassem o empoderamento feminino no que tange os cuidados com a saúde. Em segunda instância, também pretendia reduzir a problemática da gravidez indesejada e a necessidade de procura por métodos abortivos (2016, p. S8).

O modelo das *Iniciativas* foi replicado no total em oito centros hospitalares distintos, que juntos representavam aproximadamente 62% da população feminina do Uruguai. A ação se centrava em quatro pontos principais: 1) o treinamento dos profissionais da saúde e dos profissionais administrativos, com foco na construção da relação de confiança entre usuária e provedores; 2) cursos ministrados para os profissionais diretamente ligados aos atendimentos das usuárias, priorizando a natureza do trabalho interdisciplinar; 3) ações educativas e informacionais centradas nas usuárias e nas comunidades, além de disseminar o modelo de redução de riscos e danos na academia e nos meios políticos; 4) a implementação de serviços de saúde sexual e reprodutiva monitorados por um supervisor, que garantiriam o monitoramento do desenrolar do projeto e avaliariam seus resultados (2016, p. S8-S9).

O resultado direto dessa expansão foi a melhora significativa dos dados uruguaios em relação à saúde reprodutiva. Como demonstrado por Briozzo, a taxa de mortalidade materna caiu de 26.6 a cada 100.000 nascimentos no período de 2001-2005 – referente ao início da implementação das *Iniciativas Sanitarias* – a 21.5 no período de 2006-2010 e 15.4 no período de 2011-2015 (BRIOZZO, 2016, p. S22).

Seria possível indagar se essa redução não estaria ligada a motivos alheios a questão do aborto. Os dados apresentados na mesma publicação demonstram que, em verdade, que “[...] essa redução foi predominantemente resultante da dramática redução na mortalidade

relacionada ao aborto inseguro” (2016, p. S22). A redução tratada por Briozzo é de fato dramática: no período de 2001-2005 o Uruguai registrou que 37.3% das mortes maternas se davam por causa de abortos mal sucedidos. No período seguinte, entre 2006-2010, essa cifra caiu para apenas 7.8% (2016, p. S22).

O autor conclui o estudo sustentando, entre outras coisas, que paralelamente à expansão das *Iniciativas* também se notou uma redução nos índices de pobreza e desigualdade uruguaios. Ele observa que “Políticas públicas que miram no incremento da justiça social, desenvolvimento e igualdade coincidem com uma redução mais rápida da mortalidade materna” (2016, p. S23).

2.3 A DESCRIMINALIZAÇÃO E SEUS IMPACTOS NO PANORAMA DA SAÚDE MATERNA URUGUAIA

Os avanços alcançados com a estrutura de redução de danos montada pelo governo uruguaio foram um fator importante no avanço da agenda de descriminalização da interrupção voluntária da gravidez. Ainda em 2008, o congresso uruguaio já havia aprovado a Lei nº 18.426, que foi chamada *Ley Sobre Salud Sexual y Reproductiva*, e que incluía em seus artigos a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gravidez. Apesar disso, o presidente em exercício Tabaré Vázquez vetou os artigos referentes ao aborto, atrasando a descriminalização da prática para o dia 25 de setembro de 2012, quando foi aprovada a Lei nº 18.987 ou *Ley de Interrupción Voluntária del Embarazo*.

A nova lei, dado o contexto de negociações e concessões políticas necessário para viabilizá-la, emergiu como uma versão consideravelmente mais restritiva que a primeira, de 2008, e muito menos centrada na autonomia e nos direitos femininos (WOOD, 2016, p. 103).

A Lei nº 18.987 passou a autorizar a interrupção da gestação até a 12ª semana, e até a 14ª em casos de violência sexual; não há imposição de limites quando a vida da mulher está em risco ou quando o feto apresenta anomalias severas. O procedimento é feito de forma gratuita e exclusiva pelo serviço público de saúde uruguaio e permanece criminalizado caso seja feito fora dos parâmetros legalmente estabelecidos.

O formato é essencialmente baseado no modelo estabelecido pelas *Iniciativas Sanitarias* e sua implementação foi largamente facilitada pela pré-existência do projeto, tanto do ponto de vista logístico quanto do ponto de vista da estigmatização social (STIFANI *et al*, 2018, p. 46). Consiste no mesmo formato de visitas de aconselhamento estabelecido pela equipe de Briozzo na primeira metade dos anos 2000, mas com um teor consideravelmente mais rígido, como já exposto acima.

O processo é dividido em três visitas. Em um primeiro momento, a mulher comunica a sua opção pela interrupção da gravidez a um profissional da saúde. Esse profissional encaminhará a usuária a sua segunda visita, uma sessão de aconselhamento com um time multidisciplinar com a mesma formação usada pelas *Iniciativas* – um médico, um psicólogo e um assistente social. Após a sessão, a usuária é submetida a um período de reflexão obrigatório de cinco dias, para que em tese acabe por tomar a decisão mais consciente possível. A terceira visita só ocorre caso a mulher opte por seguir com o aborto, e é administrada por um médico, que irá receitar o aborto farmacológico ou realizar o procedimento cirúrgico necessário. O Ministério da Saúde uruguaio ainda adicionou uma quarta visita, com o mesmo propósito da sessão final das *Iniciativas*: aconselhamento sobre métodos contraceptivos e avaliação pós-procedimento (2018, p. 47).

O resultado da construção progressiva de um ambiente em que as mulheres não precisam mais encarar o sistema público de saúde como um tribunal moral, que poderia inclusive levá-las inevitavelmente a um tribunal real, é traduzido no comparativo entre os dados relativos à saúde reprodutiva uruguaia nos períodos pré e pós descriminalização. A pequena nação sul-americana conseguiu reduzir, num período de 25 anos compreendidos entre 1990 e 2015, a sua taxa de mortalidade materna em acentuados 59.5%, posicionando-se hoje em dia com a segunda menor taxa de mortalidade de todo o continente americano – 14 mortes a cada 100.000 nascimentos –, atrás apenas do Canadá, que lidera com 11 mortes a cada 100.000 nascimentos. À título de comparação, o Brasil tem 69 mortes, quase cinco vezes mais que o país vizinho (PAHO, 2015, p. 4).

Além disso, ao contrário do que os movimentos pró-vida costumam alegar, a descriminalização não implicou no aumento da quantidade de abortos induzidos, como indicado por Briozzo em um estudo que avaliou a evolução do panorama uruguaio ao longo desses 25 anos (2016, p. S23). Em verdade, como ele mesmo afirma, a descriminação é amplamente responsável pela melhora nos índices de mortalidade materna e da saúde da mulher em geral. Um dado que é por vezes negligenciado é o fato de que parte das mulheres que se submetem a um aborto de risco nem ao menos estavam grávidas, ou carregavam consigo um feto já morto, hipótese que autorizaria a limpeza uterina dentro das vias legais. Tanto a descriminalização, quanto a implementação de programas de redução de danos, criam um ambiente mais receptivo para que essas mulheres se sintam seguras em procurar o sistema de saúde, procura essa extremamente dificultada em países com legislações demasiadamente proibicionistas e persecutórias.

Há de se pontuar, entretanto, que apesar dos avanços uruguaios serem, de modo geral, notáveis, o país ainda enfrenta algumas limitações dentro de seu próprio processo de expansão do acesso aos direitos reprodutivos e da saúde da mulher *lato sensu*. A melhora dos indicadores uruguaios caminha lado a lado com problemas criados pela versão da lei aprovada pelo parlamento em 2012, como a previsão de que instituições inteiras podem se posicionar como objetoras conscientes e por essa razão se negarem a dar seguimento às interrupções voluntárias, que inevitavelmente limita a efetivação do direito recém-conquistado.

Para além dessa problemática, alguns profissionais uruguaios também apontam para as limitações práticas de se impor o modelo de atendimentos multidisciplinares como uma exigência legal para que se prossiga com o aborto. Eles pontuam que existem dificuldades logísticas, principalmente em localidades mais afastadas dos grandes centros, para reunir esse tipo de equipe, o que pode tornar o processo burocrático e inconveniente. Pontuam também que algumas exigências impostas pela lei, como a de residir no Uruguai por pelo menos um ano, empurram mulheres imigrantes para a clandestinidade (2018, p. 49).

Apesar de algumas limitações práticas e relativas ao contexto político uruguaio, o país conseguiu uma inegável melhora em todos os indicadores sociais que medem a saúde feminina e a saúde reprodutiva. Stifani *et al* avaliam que “No geral, a implementação de serviços relativos ao aborto no Uruguai foi rápida, estrategicamente planejada, bem documentada, e resultou numa redução significativa da morbidade e mortalidade materna” (2018, p. 50). No mesmo sentido, Briozzo *et al* sustentam que o processo deve ser encarado como “um exemplo que poderia ser seguido por outros países em condições similares como uma forma de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) recentemente estabelecidos pelas Nações Unidas em 2015” (2016, p. S23).

3 O CASO BRASILEIRO

3.1 HIPÓTESES LEGALMENTE AUTORIZADAS E O PANORAMA DO ABORTO NO BRASIL

O Código Penal brasileiro, datado em 1940, teve poucas mudanças relativas ao tema desde então, apesar de algumas tentativas de mudanças legislativas. Segundo Ruibal (2020), as disposições penais sobre aborto no Brasil se encontram dentre as mais restritivas do mundo, permitindo aborto apenas em casos de estupro e risco de vida à gestante. Tratam-se do aborto sentimental e/ou humanitário (em casos de estupro) e aborto terapêutico (em caso de risco de vida) podendo ser executado exclusivamente por médicos após autorização judicial e

investigações, conforme o disposto nos incisos I e II do artigo 128 do Código Penal. Nota-se que tais disposições não fazem menção alguma à saúde – seja física ou mental – da gestante.

Para além, as situações previstas e puníveis na legislação penalista se tratam de autoaborto e consentimento para realização de aborto (artigo 124, *caput*) – punindo a mulher gestante – e aborto provocado, seja ele com ou sem consentimento da gestante (artigos 125 e 126). Ademais, o artigo 127 do Código Penal tipifica como “qualificado” todo aborto ou método utilizado para provocá-lo que tiver como consequência lesão corporal grave ou morte à gestante.

Em âmbitos jurisprudenciais, o Supremo Tribunal Federal tem tratado pontualmente sobre o tema. Em um primeiro momento, temos o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 54 (ADPF 54), submetida em 2004 e sendo julgada em 2012, que abriu mais uma exceção à criminalização, nos casos de gestações de fetos anencefálicos. Nos ensina Ruibal (2020, p. 3) que “em 2004, se converteu na primeira corte constitucional na América Latina a receber uma demanda originada em litígio estratégico, conduzido por uma organização feminista, pela ampliação do direito ao aborto.”.

Para além, temos a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 5.581 (ADI 5581), ajuizada em 2016 e julgada em 2020, dado o contexto do Zika vírus e a seqüela neurológica causada por este em fetos de gestantes infectadas – microcefalia. A Ação fora proposta pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP) requerendo, entre outras coisas, que as gestantes infectadas pelo vírus não restassem tipificadas no previsto no art. 124 do Código Penal e tivessem a conduta interpretada a partir do disposto no art. 128, incisos I e II do mesmo dispositivo. A relatora, Ministra Carmen Lúcia, votou no sentido de desconhecer a ação, considerando que a ANADEP não cumpria os requisitos autorizadores para tal proposição. O Ministro Luís Roberto Barroso acompanhou a Relatora, porém, com ressalvas no tocante ao direito de abortar.

A demanda mais recente nesse sentido, ainda sem voto da corte constitucional, é a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 442 (ADPF 442), submetida pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) em 2017. Ela trata diretamente sobre a exclusão da incidência penal sobre interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas, não recepcionando os artigos 124 e 126 do Código Penal; a argumentação se baseia na interpretação de que a criminalização de tal medida viola os preceitos fundamentais da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da não discriminação, bem como os direitos fundamentais à inviolabilidade da vida, à liberdade, à igualdade, à proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, à

saúde e ao planejamento familiar, previstos nos arts. 1º, I e II, 3º, IV, 5º, caput e I e III, 6º, caput, 196 e 226, § 7º, da Constituição Federal (STF, 2020). Enuncia como tese da ADPF a de que “as razões jurídicas que moveram a criminalização do aborto pelo Código Penal de 1940 não se sustentam, porque violam os preceitos fundamentais” acima mencionados (MPF, 2020, p. 3).

Tanto o Senado Federal, quanto a Câmara dos Deputados e a Advocacia Geral da União se posicionaram no sentido de que seria invasão da competência legislativa por parte do STF e que o tema deveria ser discutido no Congresso Nacional. A Relatora, Ministra Rosa Weber, “convocou audiência pública para discutir a controvérsia referente à descriminalização do aborto até a décima segunda semana de gestação, tendo sido realizada nos dias 3 e 6 de agosto de 2018, na qual foram ouvidos 60 especialistas do Brasil e do exterior” (MPF, 2020, p. 11) sendo ouvidas as mais diversas opiniões; ainda assim, sobreviveu o entendimento, por parte do Procurador Geral da República, de que não cabia ao STF apreciar a demanda, uma vez que isso violaria a divisão de poderes – tal tema deve ser tratado por representantes democraticamente eleitos pelo povo brasileiro, que tem competência para versar sobre a tipificação ou não da conduta. Nesse sentido:

Na controvérsia afeta à descriminalização do aborto, as vastas possibilidades de tomada de decisão compatíveis com a Constituição Federal de 1988 sobre o marco inicial a partir do qual a conduta de interrupção da gravidez merece ser considerada crime, somadas com a falta de clareza e certeza sobre o que a Carta da República permite ou proíbe no tema, acrescidas de elevado conteúdo político, indicam ser do Congresso Nacional a responsabilidade pela escolha de uma entre as várias opções constitucionalmente válidas da aludida matéria, ao tempo em que impõem ao Supremo Tribunal Federal um comportamento de autocontenção e deferência ao papel constitucionalmente atribuído ao Parlamento. (MPF, 2020, p. 25).

Apesar da previsão jurídica do aborto legal nos casos descritos acima e das decisões de teor progressista que subsistem no direito brasileiro, a realidade médica do Brasil é consideravelmente diferente do que é estipulado por lei. Um estudo desenvolvido pelo departamento de psicologia da Universidade Federal de Pernambuco mapeou as experiências de oito mulheres diferentes que induziram abortos em momentos distintos da vida. Os relatos contêm uma série de abusos físicos e psicológicos sistemáticos por parte das equipes de saúde, além de casos graves de negligência médica e julgamento moral. (LIMA; CORDEIRO, 2020).

As autoras apontam para uma dura realidade do aborto no Brasil: “As instituições que deveriam cuidar e acolher relegam as jovens ainda mais à clandestinidade, haja vista que muitas retardam a ida às maternidades com medo de serem maltratadas e discriminadas” (2020, p. 10).

Além das violências sofridas, há ainda o risco de persecução penal: um estudo desenvolvido nos anos 2000 e compilado em uma meta-análise de artigos e relatórios oficiais sobre a temática no Brasil, emitido pelo Ministério da Saúde e denominado *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*, apontou que metade de um grupo composto por 11 mulheres processadas criminalmente pela prática de aborto induzido foi denunciado pelos médicos que realizaram os atendimentos, e quase todas por denúncias feitas durante a hospitalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 33).

O documento acima, resultado do levantamento bibliográfico de mais de duas mil fontes de informação coletadas em um intervalo de tempo de vinte anos, é extremamente importante para a compreensão de dois fenômenos a nível nacional: o aborto em si, e os dados e pesquisas que são levantados sobre ele. No que concerne o primeiro, o documento é uma das fontes mais completas para a compreensão da evolução da questão no Brasil, do final dos anos 80 ao final dos anos 2000. Quanto ao que se pesquisa, ele é bastante ilustrativo na abordagem do problema da subnotificação, resultado direto do quadro de desconfiança e medo que se instaura entre mulheres, profissionais da saúde e o sistema penal.

A subnotificação, comum em países que criminalizam a interrupção voluntária da gravidez, é provavelmente o maior empecilho para a boa compreensão da dimensão do problema. Dada a desconfiança das instituições, as mulheres que praticam abortos mentem sobre ou omitem suas experiências, por temerem represálias legais e sociais. Como bem apontam Diniz, Medeiros e Madeiro, pesquisas que priorizam metodologias que preservam melhor a confidencialidade das entrevistas – como as que utilizam a técnica de urna – tendem a atingir números expressivamente maiores (2016), já que provavelmente estabelecem sentimentos de confiança e conforto mais sólidos entre entrevistadores e entrevistadas, possibilitando a confissão da prática. Esse entendimento é reiterado por um estudo citado no documento emitido pelo Ministério da Saúde, em que o número de mulheres que admitiram ter induzido ao menos um aborto entrevistadas via técnica de urna foi 1,89 vezes maior que o de mulheres entrevistadas via entrevista indireta (2009, p. 18).

Ante o exposto, é possível compreender que dimensionar o aborto no Brasil de forma acurada não é uma tarefa fácil. Apesar disso, é possível estimar o tamanho do problema de forma minimamente satisfatória, a fim de que seja possível, por exemplo, comparar nossos números com o de outros países e analisar as evoluções e regressões históricas.

A publicação de 2009 aponta para uma diminuição no número de abortos induzidos e nos índices de mortalidade materna por eles causada no intervalo de tempo que se propôs a estudar. A isso, ela atribuiu a popularização do misoprostol como método abortivo mais comum (2009, p. 32), em contrapartida às técnicas mais rudimentares utilizadas nos anos 80, período em que apenas 15% dos abortos induzidos era farmacológico (2009, p. 36).

Em outro estudo, Monteiro, Adesse e Drezett sugerem que a melhora dos números relativos ao aborto também pode ter relação com “o aumento da escolaridade da população feminina, a redução da taxa de fecundidade total e a maior cobertura das medidas anticoncepcionais” (2015, p. 12). Eles também observaram redução no número de abortos induzidos, incluindo o período de 2008 a 2013, não contemplado pela meta-análise do Ministério da Saúde, e que manteve a tendência de queda. Em 1995 o Brasil tinha uma média de 22,2 abortos provocados a cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva; em 2013 era de 14,2/1.000 (2015, p. 15).

Apesar da melhora significativa, atribuída à difusão de métodos mais seguros e do aumento do uso de contraceptivos, Monteiro *et al* afirmam que “a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública, com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna” (2015, p. 18).

3.2 A RATIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS

Os instrumentos mencionados no item 1.2 do presente artigo são de Pactos e Convenções da qual o Brasil é signatário, sendo citados o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ratificado em 1992, através do Decreto nº. 591) e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ratificada em 2002, através do Decreto nº. 4.377). O primeiro dispositivo, em seu artigo 12, dispõe que os Estados Partes do Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

Nesse sentido, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – parte do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, através do Comentário Geral nº. 22 de 2016 – dispõe que, ao tratar de saúde física e mental, também se fala em saúde sexual e reprodutiva e que, para se ter o exercício desse direito garantido é obrigação básica de qualquer Estado Parte, dentre outras, adotar medidas para prevenir abortos em condição de risco e fornecer

assistência ajuda psicológica após o aborto para quem necessitar. O Brasil, sendo signatário de tal instrumento e o tendo ratificado, resta obrigado.

Ademais, temos a Recomendação Geral nº 35 sobre Violência de Gênero contra as Mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), criado a partir da referida Convenção. A mesma caracteriza como violência de gênero, violando os direitos sexuais e reprodutivos, a criminalização do aborto. Propõe como medida legislativa dos Estados Parte que revoguem leis “que sejam discriminatórias contra as mulheres e, assim, consagram, encorajam, facilitam, justificam ou toleram qualquer forma de violência de gênero. Em particular, revogar o seguinte: [...] legislação que criminalize o aborto” (CNJ, 2019, p. 26 e 27). Mais uma vez, resta comprovado que o Brasil, como Estado Parte signatário da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, precisa rever sua legislação no tocante ao tema para coadunar com este e outros dispositivos internacionais.

3.3 A CONTRAPOSIÇÃO COM A REALIDADE URUGAIA E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Como apontado no início da seção 2.1, apesar de ser geograficamente inserido na América Latina, o Uruguai tem uma realidade relativamente excepcional quando comparada à média dos outros países que compõem a região, especialmente quando comparado ao Brasil. O país tem uma população gritantemente menor e menos desigual – em 2017 o Uruguai ostentava uma pontuação de 0,39 no índice Gini, responsável por medir a desigualdade nos países, ao passo que no mesmo ano o Brasil pontuou 0,54 (COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 2018), o que o coloca acima da média latino-americana, de 0,47.

Além de menos desigual, o Uruguai também tem um panorama de desenvolvimento social moderadamente mais avançado que o do Brasil, o que se reflete em um Índice de Desenvolvimento Humano 52 pontos maior (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020). Apesar disso, como já exposto, a pequena nação sul-americana passava por uma grave crise de saúde pública relativa à mortalidade materna causada por abortos mal sucedidos, ainda no início dos anos 2000. Em um curto intervalo de tempo, através da implementação de um programa de redução de riscos e danos – inicialmente à nível local e posteriormente à nível nacional –, conseguiu obter notável melhora nos quadros de saúde pública. A posteriori, com a

descriminalização do aborto até a 12ª semana através da aprovação da Lei nº 18.987, seguiu reduzindo a mortalidade materna e a incidência de abortos de risco.

Briozzo afirma taxativamente que “a natureza clandestina do aborto é a causa fundamental por trás da sua falta de segurança” (tradução nossa)¹⁴ (2006, p. 225). No mesmo sentido, rememora a experiência negativa protagonizada pela Romênia, que manteve o aborto criminalizado dos anos 60 à 90 e com isso piorou consideravelmente seus índices de mortalidade materna e de incidência de abortos provocados.

O Brasil, mesmo obtendo avanços significativos nos índices acima citados, ainda detém um cenário interno bem distante do Uruguai, que só fica atrás do Canadá – um país desenvolvido e com uma situação de justiça social incomparavelmente superior – quando o assunto são os baixos números relativos às mortes maternas. Como elaborado na seção 2.3, o Brasil tem quase cinco vezes mais mortes que o vizinho, e uma quantidade imensuravelmente maior de abortos inseguros.

Além disso, a severa desigualdade social que assola o país se reflete de maneira ainda mais cruel quando se trata da questão da interrupção voluntária da gravidez. Como pontuado por Cardoso, Vieira e Saraceni, as mulheres com o maior risco de morrer por aborto no Brasil são as “de cor preta e as indígenas, de baixa escolaridade, com mais de 40 anos ou menos de 14, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste e vivendo sem união conjugal” (2020, p. 11).

São as mesmas mulheres que têm redes de apoio menos sólidas, que tem situações financeiras delicadas e na maioria das vezes já são mães – o relatório do Ministério da Saúde aponta que apenas entre 9,5% e 29,2% das mulheres que abortaram não tinham filhos anteriores ao aborto (2009, p. 20). Dada a fragilidade econômica e social rotineira à uma parcela considerável da população nacional, são essas brasileiras que se expõe a métodos abortivos de altíssimo risco e acabam vindo a óbito, ou que mesmo fazendo uso de métodos mais seguros – como o farmacológico –, o fazem sem conhecimento e acabam tendo complicações severas.

O que se propõe é que é necessário reconhecer que o aborto é um fenômeno que perpassa por diversas áreas da vivência humana, e envolve questões éticas de extrema complexidade e pluralidade de posições. Essas posições, por óbvio, se refletem nos processos democráticos que

¹⁴ Texto original: “the clandestine nature of abortion is the underlying cause of their lack of safely (sic)”.

envolvem mudanças legislativas, dificultando a aprovação de leis mais modernas sobre o tema e retardando e dirimindo o acesso à saúde das mulheres brasileiras.

Briozzo propõe nesse sentido que “a conversão de um aborto de alto risco em um de baixo risco é atingível mesmo em contextos legais restritivos e que o MODELO é adaptável e reproduzível em países com legislações restritivas quanto ao aborto” (tradução nossa)¹⁵ (2016, p. S10). As *Iniciativas Sanitarias*, ou MODELO para fins de autorreferência interna ao artigo, foram reconhecidas e premiadas pela Organização Pan-Americana da Saúde pela redução da mortalidade materna com uma perspectiva centrada em gênero, raça e saúde (2016).

Por essa razão, entende-se que mesmo que a prática abortiva permaneça criminalizada no Brasil, a dimensão de seus danos pode ser controlada e reduzida através da implementação de um programa de redução de riscos e danos de proporção semelhante, amparado na proteção e na garantia do acesso à saúde das mulheres brasileiras.

CONCLUSÃO

Dado o exposto na primeira seção do presente trabalho, podemos concluir que o posicionamento das cortes e convenções internacionais das Nações Unidas, caminha no sentido da descriminalização da prática da interrupção voluntária da gravidez. O Brasil, como Estado Parte signatário de instrumentos internacionais, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, tendo inclusive ratificado os referidos instrumentos em Decretos próprios, deve tomar medidas para se adequar internamente ao disposto nas normas internacionais.

O Uruguai, como visto, se destacou na implementação de políticas públicas bem sucedidas em reduzir suas taxas internas de mortalidade materna causada por abortos inseguros. O país fugiu a regra da América Latina, que concentra grande parte dos abortos inseguros induzidos pelo mundo, e superou as estatísticas de países desenvolvidos, como os Estados Unidos.

Isso foi alcançado, inicialmente, através da implementação de uma política local e de cunho administrativo, focalizada na redução dos danos e riscos associados à prática do aborto ilegal (*i.e.* inseguro). O programa teve resultados promissores desde o início de sua implantação

¹⁵ Texto original: “converting a high-risk abortion into a ‘lower-risk abortion’ is feasible even in restrictive legal contexts and that the MODEL is adaptable and reproducible in countries with restrictive legislation on abortion”.

e foi seguramente um dos responsáveis pelo início do processo de declínio das mortes maternas uruguaias. Isso se deve ao fato de que as *Iniciativas Sanitarias* foram capitaneadas no renomado Centro Hospitalario Pereira Rossell, que concentra grande parte dos atendimentos obstétricos e ginecológicos das populações de baixa renda do país, em regra as mais afetadas pela criminalização.

Quatro anos após a instituição do modelo de assistência interdisciplinar, o programa passou a ser replicado em menor escala em outros hospitais uruguaios. Seis anos depois, foi efetivado como política pública através da aprovação da Lei n.º 18.426. Dez anos depois, o Uruguai aprovava a *Ley de Interrupción Voluntária del Embarazo*, momento histórico que o alçou a ostentar a segunda menor taxa de mortalidade materna de todo o continente americano.

Adiante, para além da breve leitura das disposições legislativas instituídas pelo Código Penal brasileiro, são analisadas as recentes mudanças e debates no âmbito jurisprudencial brasileiro, mostrando que, ainda que de forma pontual, o tema vem sendo trabalhado pelos poderes estatais, mesmo diante do enorme debate das questões que giram em torno do mesmo. Expõem-se as discordâncias relativas ao que é verdadeiramente previsto pela Constituição: há grupos que defendem que a mesma não prevê o direito ao aborto expressamente, outros já defendem que ela não o proíbe expressamente; concomitantemente, também se ratifica a incongruência brasileira em assinalar convenções internacionais sobre o tema e permanecer praticamente inerte quanto a sua resolução.

Por último, faz-se um apanhado de dados sobre o panorama do aborto no Brasil, através da leitura de meta-análises e fontes primárias que auxiliam na compreensão da dimensão do problema. Se evidencia que, apesar da considerável melhora nos índices usados para avaliar o tema – como a mortalidade materna causada pela indução de abortos inseguros –, o Brasil ainda vivencia uma realidade cruel, que se abate principalmente sobre as populações mais vulneráveis.

Considerando as limitações do processo legislativo e sua inerente morosidade, é invocada a proposição da implementação de programas de redução de danos e riscos estipulada por Briozzo, que efetivamente independem dos incessantes debates éticos a respeito do marco de início da vida intrauterina e se assentam na garantia do direito de acesso à saúde pública, universal e gratuita, cumprindo com as diretrizes internacionais e estrangeiras de políticas de combate aos abortos clandestinos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº. 591, de 6 de julho de 1992. **Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRASIL. Decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002. **Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54.** FETO ANENCÉFALO – INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ – MULHER – LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA – SAÚDE – DIGNIDADE – AUTODETERMINAÇÃO – DIREITOS FUNDAMENTAIS – CRIME – INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS). Relator: Min. Marco Aurélio. Distrito Federal, 27 de abril de 2005. Disponível em:

<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.581.** AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE COM ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. ZIKA VÍRUS. POLÍTICAS PÚBLICAS.

REVOGAÇÃO DO ART. 18 DA LEI N. 13.301/2019 PELA MEDIDA PROVISÓRIA N.

894/2019. PERDA SUPERVENIENTE DE OBJETO. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE PREJUDICADA. ILEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM. FALTA DE PERTINÊNCIA TEMÁTICA. NÃO CONHECIMENTO DA

ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep). Relatora: Min. Carmen Lúcia. Distrito

Federal, 04 de maio de 2020. Disponível em:

<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1116906617/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-5581-df-4003652-0920161000000/inteiro-teor-1116906622>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer do Procurador Geral da República sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442.** Relatora: Min. Rosa Weber. Disponível em:

<http://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/ADPF000442InterrupodaGestaoCD.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRIOZZO, Leonel. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideu, v. 19, n. 3, p. 188-200, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v19n3/v19n3a02.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRIOZZO, Leonel *et al.* Unsafe abortion in Uruguay. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 85, n. 1, p. 70-73, abr. 2004. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2003.09.014>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRIOZZO, Leonel *et al.* A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 95, n. 2, p. 221-226, nov. 2006. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2006.07.013>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRIOZZO, Leonel. La despenalización del aborto hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideu, v. 40, n. 2, p. 114-117, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v29n2/v29n2a06.pdf>. Acesso em: 16 de novembro de 2021.

BRIOZZO, Leonel *et al.* Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 134, n. S1, p. S20-S23, ago. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2016.06.004>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

CARDOSO, Bruno; VIEIRA, Fernanda; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt#:~:text=92%3A155.-,Conclusão,abortos%20que%20ocorrem%20no%20Brasil>. Acesso em: 30 nov. 2021.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Panorama Social da América Latina**. 2018. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44412/1/S1801085_pt.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

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)**. Maio de 2016. Disponível em: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sGFQktiae1vlbbOAekmaOwDOWsUe7N8TLM%2BP3HJPzxiHySkUoHMavD%2Fpyfcp3YlZg>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. **Communication n. 22/2009**. Outubro de 2011. Disponível em: http://www.worldcourts.com/cedaw/eng/decisions/2011.10.17_T.P.F._v_Peru.htm. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação Geral n. 35 sobre Violência de Gênero contra as Mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). **Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos**. Brasília, 2019. Traduzido por: Neri Accioly. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/769f84bb4f9230f283050b7673aeb063.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

ETIENNE, Carissa. Pan American Health Organization; World Health Organization. **Health Situation in the Americas: Basic Indicators**. 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-basic-indicators.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

HUMAN RIGHTS COMMITTEE. **Communication n. 1153/2003**. CCPR/C/85/D/1153/2003. Novembro de 2005. Disponível em: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/KL-HRC-final-decision.pdf>. Acesso em: 17 nov. de 2021.

LABANDERA, Ana; GORGOROSO, Monica; BRIOZZO, Leonel. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 134, n. S1, p. S7-S11, ago. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2016.06.007>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

LIMA, Nathália; CORDEIRO, Rosineide. “A minha vida não pode parar”: itinerários abortivos de mulheres jovens. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mQDcbXmXdmcv4mtJ7jftCbF/?lang=pt>. Acesso em: 30 de novembro de 2021.

MONTEIRO, Mario; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000254#:~:text=De%201999%20a%202012%20as,41%25\)%2C%20conforme%20tabela%205](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000254#:~:text=De%201999%20a%202012%20as,41%25)%2C%20conforme%20tabela%205). Acesso em: 30 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. United Nations Development Programme: Human Development Reports, 2020. Latest Human Development Index Ranking. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/latest-human-development-index-ranking>. Acesso em: 3 dez. 2021.

RUIBAL, Alba. A controvérsia constitucional do aborto no Brasil: Inovação na interação entre movimento social e Supremo Tribunal Federal. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1166-1187, Abril de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/50431>. Acesso em: 19 nov 2021.

SEDGH, Gilda *et al.* Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**, Londres, v. 379, n. 9816, p. 625-632, fev. 2012. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/Sedgh-Lancet-2012-01.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

STIFANI, Bianca; COUTO, Martin; LOPEZ GOMEZ, Alejandra. From harm reduction to legalization: the Uruguayan model for safe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Hoboken, v. 143, n. S4, p. 45-51, out. 2018. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12677>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

WOOD, Susan *et al.* Reform of abortion law in Uruguay: context, process and lessons learned. **Reproductive Health Matters**, Londres, v. 24, n. 48, p. 102-110, dez. 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.11.006>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.