

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica

**Cenário brasileiro quanto à descriminalização do aborto e bases
legais de outros países onde o aborto foi legalizado**

Beatriz Boiani Barbosa

Trabalho de Conclusão do Curso de
Farmácia-Bioquímica da Faculdade de
Ciências Farmacêuticas da
Universidade de São Paulo.

Orientador(a):

Dr(a). Maria Aparecida Nicoletti

São Paulo

2019

SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Abreviaturas	1
RESUMO	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	6
3. MATERIAL E MÉTODOS	6
4. RESULTADOS	8
5. DISCUSSÃO	17
6. CONCLUSÃO	36
7. BIBLIOGRAFIA	37

LISTA DE ABREVIATURAS

AMIU	Aspiração Manual Intra Uterina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIHI	<i>Canadian Institute for Health Information</i>
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas
DPU	Defensoria Pública da União
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FEBRASGO	Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GAPD	<i>Global Abortion Policies Database</i>
IPESQ	Instituto Professor Joaquim Amorim Neto de Desenvolvimento, Fomento e Assistência a Pesquisa Científica e Extensão
JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAHO	Organização Pan-Americana de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
STF	Supremo Tribunal Federal

RESUMO

BARBOSA, BB. **Cenário brasileiro quanto à descriminalização do aborto e bases legais de outros países onde o aborto foi legalizado.** 2019. xxp. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Palavras-chave: Aborto; Brasil; legislação; descriminalização, saúde da mulher.

INTRODUÇÃO: Prover acesso universal à saúde sexual e reprodutiva é um dos compromettimentos das Nações Unidas e visa dar assistência e proteger a Saúde da Mulher. Assim, o aborto é um tema prioritário, uma vez que está entre as causas mais frequentes de óbito materno e internações hospitalares. O número absoluto de abortos diminuiu de 45,6 milhões em 1995 para 43,8 milhões em 2008, dos quais aproximadamente 22 milhões foram abortos inseguros. No Brasil, estima-se de 729.000 a 1,25 milhões de abortos inseguros por ano, porém esses números possuem uma confiabilidade restrita devido à ilegalidade do aborto no País. **OBJETIVO:** Esse trabalho tem como objetivo compilar dados históricos e atuais a respeito da prática abortiva, analisar a trajetória da legislação brasileira quanto ao direito ao aborto, compreender os movimentos pró e anti-aborto e comparar o cenário brasileiro com o de alguns países em que o aborto foi legalizado. **MATERIAL E MÉTODOS:** A metodologia utilizada será revisão bibliográfica do tipo narrativa através de base de dados e consultas ao Código Penal Brasileiro e aos códigos penais dos países em comparação. Adicionalmente, será analisada a audiência pública ocorrida no Supremo Tribunal Federal em 2018, convocada pela Excelentíssima Ministra Rosa Weber para o debate do tema, além de notícias relevantes e atuais sobre modificações quanto ao aborto no cenário brasileiro. A Organização Mundial da Saúde publicou em janeiro deste ano um guia chamado “*Medical Management of Abortion*”, o qual também será foco de estudo nesse trabalho. **RESULTADOS:** No Brasil, houve mudanças nas exceções da lei permitida para o aborto legal, sendo que atualmente o aborto é permitido em casos de risco de vida à mãe, malformação fetal e gravidez resultante de estupro. A Pesquisa Nacional do Aborto foi uma das mais citadas nas audiências públicas, que traz como dado que 1 em cada 5 mulheres brasileiras já sofreram um aborto ao longo de sua vida. **CONCLUSÃO:** Apesar das discussões ao longo da história do Brasil, a sua penalidade permanece inalterada desde o Código de 1940. Nos países em que descriminalizaram, é possível verificar algumas semelhanças como acesso ao aborto através do serviço público de saúde e dificuldade em implementar o serviço de forma universal em todo o território.

1. INTRODUÇÃO

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, foi elaborado um Programa de Ações, documento no qual define compromissos comuns firmados entre os 179 países participantes para melhorar a vida de todas as pessoas por meio da promoção dos direitos humanos e da dignidade, apoio ao planejamento familiar, direito de reprodução e saúde reprodutiva, promoção da igualdade de gênero, promoção da igualdade de acesso à educação para as meninas, eliminação da violência contra as mulheres, além de questões relativas à população e proteção do meio ambiente (United Nations, 2014). A CIPD é considerada um marco histórico, pois foi o primeiro encontro global que abordou todos os âmbitos da vida humana de forma abrangente, inclusive quanto ao aborto (UNFPA, 2014).

Em 2014, completaram-se 20 anos do Plano de Ação da CIPD e o documento foi revisado para monitorar o que já foi feito nos países para atingir seus objetivos e foram estabelecidas novas metas (UNFPA, 2014). Entre elas, destaca-se a de que todos os países devem esforçar-se para tornar acessível a saúde reprodutiva a todos os indivíduos de idades apropriadas, o que inclui tratar o aborto inseguro como um importante problema de saúde pública o mais rápido possível e, o mais tardar no documento, seria até ao ano de 2015 (UNFPA, 2014).

O Programa de Ações trouxe à tona a importância de prevenir e manejar abortos inseguros, além de fornecer serviços para o aborto seguro onde este é legalizado (United Nations, 2014). Também estabeleceu-se o comprometimento de prover acesso universal à saúde sexual e reprodutiva (SSR) até 2014, buscando especialmente mudanças nos países emergentes e subdesenvolvidos (Snow, Laski & Mutumba, 2015).

Segundo Snow *et al.*, 2015, houve melhoras nesse período, como um declínio de 45% na taxa de mortalidade materna e declínios nas taxas de fatalidade e de aborto. Apesar da dificuldade em obter dados estatísticos reais sobre o aborto, uma vez que não são reportados em países com leis restritivas e são frequentemente sub reportados em outros lugares (Sedgh *et al.*, 2012), a

estimativa sugere que o risco de morte por aborto inseguro diminuiu de 69.000 mortes em 1990 para 47.000 em 2008 (Snow *et al.*, 2015).

Aborto inseguro é definido como a interrupção da gravidez feita por pessoas não qualificadas tecnicamente e/ou realizadas em locais que não possuam a segurança sanitária necessária (Martins-Melo *et al.*, 2014). Por outro lado, considera-se aborto seguro aquele realizado de acordo com a lei, sendo possível fornecer à mulher tratamentos e cuidados adequados e de qualidade, além de um ambiente com boa infraestrutura hospitalar (Martins-Melo *et al.*, 2014).

O número absoluto de abortos diminuiu de 45,6 milhões em 1995 para 43,8 milhões em 2008, dos quais aproximadamente 22 milhões foram abortos inseguros (World Health Organization, 2014). Houve aproximadamente 210 milhões de gravidezes em 2008, portanto, mundialmente, uma em cada dez grávidas realizou o aborto inseguro (World Health Organization, 2014).

Em 2017, no Brasil foram registradas 105.728 internações devido ao aborto por razões médicas e devido a gravidezes que terminam em aborto, esta última representando 98,5% do total de internações (Brasil. Ministério da Saúde, 2017), o que ressalta a importância de planejar estratégias de assistência à mulher pós-aborto (Veras & Mathias, 2014). Segundo DATASUS, em 2016 foram registrados 11 óbitos maternos por aborto espontâneo, um óbito por razões médicas e legais, 15 óbitos por outros tipos de aborto, 21 óbitos por abortos não-especificado, oito óbitos devido à falha de tentativa de aborto e um óbito devido a complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar, totalizando, portanto, 46 óbitos maternos registrados, excluindo-se o espontâneo. É possível que os números da morte materna sejam subestimados devido à ilegalidade do aborto no País, o que induz ao preenchimento incorreto das declarações de óbitos (Martins, Almeida, Paixão, Bicalho, & Errico, 2017). A falta na coleta de dados sobre a existência de gravidez nos últimos doze meses e a desatenção nos eventos prévios que levaram a morte também contribuem para essa subnotificação (Martins *et al.*, 2017).

Quanto ao número de abortos no País, estima-se de 729.000 a 1,25 milhões de abortos inseguros por ano e que uma em cada cinco mulheres terminarão sua vida

reprodutiva tendo feito pelo menos um aborto (Martins-Melo *et al.*, 2014). Adicionalmente, uma pesquisa nacional realizada em 2010 nas áreas urbanas do País detectou que 22% das mulheres que tinham entre 35 e 39 anos em 2002 realizaram um aborto intencionalmente (Victora *et al.*, 2011). Conforme citado anteriormente, esses números possuem uma confiabilidade restrita devido à ilegalidade do aborto no País (Victora *et al.*, 2011), exceto para casos em que há risco de vida à mulher, a gravidez foi resultante de um estupro ou o feto foi diagnosticado anencéfalo (CONGRESSO NACIONAL, 1940)(Adpf, Descumprimento, Fundamental, & Liminar, 2012). Apesar da ilegalidade, a prática do aborto no Brasil continua e as complicações de um aborto inseguro é uma das causas principais de morbidade no País (Victora *et al.*, 2011).

Atualmente, está em discussão no Supremo Tribunal Federal (STF) a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, que descriminaliza a interrupção voluntária da gestação até a 12ª semana da gravidez (PSOL, 2017). A ADPF 442 foi discutida em dois dias de audiência pública no STF e está em preparação para julgamento, ainda sem data definida (Supremo Tribunal Federal, 2018). Por outro lado, também existem propostas de leis mais restritivas às atuais, proibindo o aborto inclusive em casos de estupro ou má formação do feto, como foi a proposta da PEC 181 de 2015 (World Health Organization, 2018).

Também é interessante analisarmos o cenário do Canadá, onde o aborto era permitido apenas a alguns casos, porém foi descriminalizado totalmente em 1988 por decisão da Suprema Corte, que considerou as leis do aborto inconstitucionais (Berer, 2017).

Em contrapartida, as legislações nos países africanos não prosseguiram com tantas reformas, como é o caso da Tanzânia, onde não está claro legalmente se o aborto é permitido para preservar a vida da mulher, sua saúde física ou mental (Berer, 2017). Essas diferenças de legislações também se refletem nos números de mortalidade de cada país. O número de óbitos maternos da Tanzânia em 2013 era de 7.745 (Kassebaum *et al.*, 2014), sendo que 16% das causas dos óbitos está relacionado ao aborto inseguro (Berer, 2017). Já o número de óbitos maternos do Canadá era de 33 no mesmo ano (Kassebaum *et al.*, 2014).

Prosseguindo com a comparação, na África subsaariana oriental, o aborto foi considerado como causa da morte em 10.142 óbitos maternos, ao passo que a América do Norte foi de apenas 1.130 óbitos maternos (Kassebaum *et al.*, 2014). Devido aos números significativos apresentados acima, às complicações que um aborto inseguro pode gerar, ao comprometimento da ONU em entregar acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, aos números de aborto no Brasil e à dificuldade de conseguir dados confiáveis na área, além do atual debate da legalização do aborto no País, esse texto visa fazer um levantamento do cenário brasileiro quanto ao aborto, trazendo informações quanto às suas bases legais, as justificativas de sua legalização ou criminalização e uma comparação entre o Brasil e alguns países em que o aborto foi legalizado.

2. OBJETIVO(S)

Este trabalho tem como objetivo compilar dados históricos e atuais a respeito da prática abortiva, como as estatísticas do aborto seguro e inseguro, o perfil epidemiológico das mulheres que praticam o aborto no Brasil e dados numéricos de procedimentos hospitalares que estão relacionados à prática do aborto, como por exemplo a curetagem uterina.

Adicionalmente, o trabalho visa analisar a trajetória da legislação brasileira quanto ao direito ao aborto, analisando as mudanças ocorridas na lei, se a tornou mais restritiva ou não, além de comparar com a tendência global. Também será analisado os movimentos pró e anti-aborto, compreendendo as justificativas e bases legais de cada um. Busca-se compreender como a questão deve ser tratada como um problema de saúde pública e quais são as consequências do aborto inseguro nos cofres públicos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Estratégias de pesquisa

O trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, utilizando base de dados como *US National Library of Medicine. National Institutes*

of Health (PubMed), Web of Science, Google Scholar e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foram foco da revisão as revistas científicas como *The Lancet*, *Social Science & Medicine*, Revista de Saúde Pública e Cadernos de Saúde Pública. Na abordagem relacionada à legislação, foram consultados o Código Penal Brasileiro e as ADPFs em questão, bem como as audiências públicas que ocorreram para debater o tema no STF, fazendo um levantamento dos principais pontos expostos tanto a favor quanto contra à ADPF 442. Como uma parte do trabalho visa à comparação entre a legislação brasileira e legislações em países onde o aborto foi descriminalizado, o código penal desses últimos também foi consultado, bem como dados e trabalhos trazidos pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização das Nações Unidas, como o guia “*Medical Management of Abortion*”, “*Programme of Action of the International Conference on Population Development*” e demais publicações relevantes sobre o tema.

Por tratar-se de um tema atual e dinâmico, o trabalho inclui reportagens jornalísticas recentes, como decisões divulgadas pela ANVISA ou reuniões convocadas para discussão do assunto, que impactem na atual conjuntura brasileira.

3.2. Critérios de inclusão

Foram incluídos como referência para esse trabalho publicações da OMS, ONU e artigos científicos, principalmente, aqueles que focalizam no cenário brasileiro. Os países que legalizaram o aborto foram escolhidos por meio de critérios como ano em que o aborto foi legalizado, ou seja, foram escolhidos dois países que possuíam a descriminalização não recente, Canadá e Romênia, de modo que fosse possível obter dados sobre as estatísticas do aborto pós-descriminalização. Também foi incluído o Uruguai pelo critério de localização, sendo um dos poucos países que possui o aborto legalizado na América Latina.

3.3. Critérios de exclusão

Foram excluídos trabalhos religiosos e/ou de cunho moral, sem base científica ou metodologia aceitável de acordo com os padrões de pesquisa científica.

4. RESULTADOS

4.1 Legislação Brasileira entre o período de 1830 à mar/2019

O primeiro Código Penal Brasileiro foi sancionado em 1830 pelo imperador D. Pedro (Costa, 2013) e previa penas de um a cinco anos de prisão a pessoas que ocasionassem aborto por “qualquer meio empregado interior ou exteriormente com consentimento da mulher pejada” (Silva, 2012). As penas seriam dobradas caso o crime fosse cometido sem o consentimento da mulher (Silva, 2012). O código também punia com pena de prisão com trabalhos, por dois a seis anos, àqueles que, sabendo que a mulher estava grávida, fornecessem drogas ou quaisquer outros meios para produzir o aborto, mesmo que este não se verificasse. Caso esse fornecimento fosse cometido por médico, boticário, cirurgião, ou praticante de tais artes, as penas seriam dobradas (Brasil, 16 dez., 1830). Nota-se que o texto não cita punição para a própria mulher que praticasse o aborto (Brasil, 16 dez., 1830), ponto a ser contemplado somente no Código Penal de 1890, no qual o aborto está qualificado como crimes contra a segurança de pessoa e vida, e pune o abortamento realizado tanto pela gestante quanto por terceiros (Brasil, 11 outubro, 1890; Silva, 2012). Cita-se pela primeira vez no Código de 1890 o aborto legal, no artigo 302, permitido apenas para salvar a gestante da morte inevitável, e mesmo nesses casos, se a gestante falecesse por imperícia ou negligência do médico ou da parteira, o profissional seria punido com prisão celular de dois meses a dois anos com privação do exercício da profissão pelo mesmo tempo (Brasil, 11 outubro, 1890; Silva, 2012).

O terceiro e atual Código Penal Brasileiro foi criado em 1940 durante o regime ditatorial do Estado Novo (Rocha, 1996) e o aborto foi inscrito na PARTE ESPECIAL - TÍTULO I: DOS CRIMES CONTRA A PESSOA, CAPÍTULO I: DOS CRIMES CONTRA A VIDA. Nesse novo código, o aborto passou a ser permitido para casos de estupro, além de manter a permissão já deferida para casos em

não há outro meio de salvar a vida da gestante (CONGRESSO NACIONAL, 1940). Com a abertura do Congresso após o Estado Novo, iniciaram-se as discussões sobre o tema e, entre 1946 e 1995, foram feitas 49 proposições abrangendo diferentes setores, sendo a maioria referente ao Código Penal, com menos frequência a Lei das Contravenções Penais, com menos frequência ainda a Consolidação das Leis do Trabalho e um único projeto de lei refere-se à Constituição Brasileira (Rocha, 1996). Esse período de discussões pode ser dividido em quatro etapas: entre 1946 e 1971 foram apresentadas três proposições em seis legislaturas; entre 1971 e 1983 foram treze proposições em três legislaturas; entre 1983 e 1991 foram quinze proposições em duas legislaturas e por fim, no período de 1991 até 1995 foram apresentadas dezoito proposições em uma legislatura, mostrando que o debate foi intensificando-se ao longo do tempo (Rocha, 1996). Na primeira etapa, apenas um projeto era favorável à descriminalização do aborto, alegando que este seria um direito da mulher, o que causou oposição imediata da Igreja Católica (Hardy & Rebello, 1996). Na segunda etapa a maioria dos projetos eram contrários à legalização do aborto e os favoráveis propunham mudanças no texto do Artigo 128 do Código Penal, a maior parte incluindo exceções médicas para permissão do aborto, como em casos de psicose grave ou debilidade mental, ou graves anormalidades no feto. Nessa fase houve grande participação da classe médica nas discussões e proposições de como seria a permissividade do aborto no Brasil (Hardy & Rebello, 1996; Rocha, 1996). Já no período entre 1983 e 1991, o debate intensificou-se devido à redemocratização do País e ao forte crescimento do movimento feminista, levando a um espaço aberto para discussão do tema no Congresso e um equilíbrio entre o número de projetos contrários e o de favoráveis (Hardy & Rebello, 1996). Durante a elaboração da Constituição entre 1987 e 1988, a Igreja Católica inseriu o tema no documento com o objetivo de proibir o aborto sob qualquer circunstância, porém, devido à sua característica controversa e ao grande debate que gerou, o aborto não foi contemplado na Carta (Rocha, 2006). Avaliando-se os projetos sobre o aborto que se referem ao Código Penal, pode-se

dizer que até o fim do terceiro período, predominou-se quase sempre uma tendência favorável à possibilidade do aborto provocado (Rocha, 1996).

A Constituição de 1988 permitiu que iniciasse uma nova fase no Estado e na sociedade Brasileira, esta última tendo mais voz nas decisões do governo e atuação nos debates. Além disso, a participação do Brasil na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, foram referências para a discussão que se desenvolveu nesse período (Rocha, 2006). No campo da saúde, o Poder Executivo envolveu-se nas decisões sobre a questão do aborto no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério correspondente. Houve uma iniciativa do governo federal em 1998 e que foi atualizada e ampliada em 2005, na qual se expandiu o número de serviços de saúde que atendem o aborto legal. Segundo um estudo realizado em 2005 por Talib e Citeli, foram localizados 37 hospitais que realizam ou que estão preparados para realizarem esse atendimento, em 21 Estados e no Distrito Federal (Rocha, 2006). Por fim, proposições favoráveis à permissibilidade do aborto aumentaram imediatamente após a Constituição, incluindo projetos de lei sobre a questão do aborto por malformação fetal. Como reação, ergueu-se uma oposição a tais projetos e nenhuma proposta substantiva em relação à discussão do tema foi aprovada na época (Rocha, 2006).

No dia 3 de agosto de 2018, a Excelentíssima Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF) Cármen Lúcia Antunes Rocha abriu a audiência pública que discute a descriminalização da interrupção voluntária da gestação até a 12ª semana da gravidez, na qual participaram diferentes setores da sociedade. A audiência foi convocada pela Excelentíssima Ministra Rosa Maria Pires Weber, relatora da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, para questionar os artigos 124 e 126 do Código Penal que criminalizam a interrupção voluntária da gravidez (Federal, 2018).

Atualmente, o aborto é permitido por lei no Brasil em apenas três casos: gestação consequente de estupro, gestação com risco de vida à mãe ou gestação de feto anencéfalo (CONGRESSO NACIONAL, 1940).

No Quadro 1, a seguir, estão representadas as mudanças descritas anteriormente de maneira ilustrativa para facilitação do entendimento da evolução histórica abordada.

Quadro 1: as mudanças descritas acima sobre a legislação brasileira e discussões sobre o tema que ocorreram desde 1830 até os dias atuais.

Período na história do Brasil	Ano	Principais fatos
Brasil Império	1830	Imperador D. Pedro sanciona o primeiro Código Penal Brasileiro; Penas àqueles que realizassem o aborto em uma mulher grávida, com ou sem seu consentimento; Não punia as próprias mulheres que realizam o aborto.
Proclamação da República	1889 - 1890	O aborto é qualificado como crimes contra a segurança de pessoa e vida; Pune o abortamento realizado tanto pela gestante quanto por terceiros; Artigo 302: cita pela primeira vez o aborto legal, permitido apenas para salvar a gestante da morte inevitável.
Regime ditatorial do Estado Novo	1940	Terceiro e atual Código Penal Brasileiro; O aborto foi inscrito na PARTE ESPECIAL - TÍTULO I: DOS CRIMES CONTRA A PESSOA, CAPÍTULO I: DOS CRIMES CONTRA A VIDA; O aborto passou a ser permitido para casos de estupro, além dos casos para salvar a vida da gestante.
Abertura do Congresso; pós-Estado Novo	1946 - 1971	Três proposições em seis legislaturas; Apenas um projeto era favorável à descriminalização do aborto, alegando que este seria um direito da mulher.
	1971 - 1983	Treze proposições em três legislaturas; Maioria dos projetos eram contrários à legalização do aborto e os favoráveis propunham mudanças no texto do Artigo 128 do Código Penal, a maior parte incluindo exceções médicas para permissão do aborto, como em casos de psicose grave ou debilidade mental, ou graves anormalidades no feto.

Redemocratização do País	1983 - 1991	Quinze proposições em duas legislaturas; Espaço aberto para discussão do tema no Congresso e um equilíbrio entre o número de projetos contrários e o de favoráveis. Constituição de 1988: permitiu mais voz da sociedade Brasileira nas decisões do governo e atuação nos debates
História recente do País	1991 - 1995	Dezoito proposições em uma legislatura; Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo; Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim; Proposições favoráveis à permissibilidade do aborto aumentaram imediatamente após a Constituição, incluindo projetos de lei sobre a questão do aborto por malformação fetal
	1988	Iniciativa do governo federal em expandir o número de serviços de saúde que atendem o aborto legal
	2005	37 hospitais que realizam ou que estão preparados para realizarem o aborto 21 Estados e no Distrito Federal
	2012	STF libera a interrupção de gravidez de feto anencéfalo
	2018	ADPF 442: questiona os artigos 126 e 128 do Código Penal Audiência pública no STF sobre a descriminalização da interrupção voluntária da gestação até a 12ª semana da gravidez
2019	Defensoria Pública da União solicitou que o medicamento abortivo volte a ser vendido em farmácias	

Fonte: Barbosa, 2019.

4.2 Legislação Internacional: Canadá, Romênia e Uruguai

A taxa de aborto mundial é calculada pela quantidade de abortos realizados por mil mulheres em idade fértil, entre 15 e 44 anos. Essa taxa foi de 35 para 29 entre 1995 e 2003, e, a partir de 2003 até 2008, a taxa permaneceu inalterada em 28 (Guttmacher Institute, 2012). A Tabela 1, a seguir, mostra os números globais e regionais quanto ao aborto, além de sua taxa nos anos de 1995, 2003 e 2008.

Tabela 1: Taxa e número de abortos realizados nos anos 1995, 2003 e 2008 por região.

NUMBERS AND RATES						
Global and regional estimates of induced abortion, 1995, 2003 and 2008						
Region	No. of abortions (millions)			Abortion rate*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
World	45.6	41.6	43.8	35	29	28
Developed countries	10.0	6.6	6.0	39	25	24
Excluding Eastern Europe	3.8	3.5	3.2	20	19	17
Developing countries	35.5	35.0	37.8	34	29	29
Excluding China	24.9	26.4	28.6	33	30	29
Africa	5.0	5.6	6.4	33	29	29
Asia	26.8	25.9	27.3	33	29	28
Europe	7.7	4.3	4.2	48	28	27
Latin America	4.2	4.1	4.4	37	31	32
Northern America	1.5	1.5	1.4	22	21	19
Oceania	0.1	0.1	0.1	21	18	17

*Abortions per 1,000 women aged 15–44.

Source: Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, (forthcoming).

Fonte: Organização Mundial da Saúde e Instituto Guttmacher, 2012.

A Tabela 1 indica que as taxas de aborto são maiores em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos, e a probabilidade de uma mulher realizar um aborto é maior caso ela viva em um país em desenvolvimento. Em 2008, trinta e oito milhões de abortos foram realizados em países em desenvolvimento contra apenas seis milhões nos países desenvolvidos (Guttmacher Institute, 2012). No Canadá por exemplo, o aborto foi legalizado em 1988, quando a Suprema Corte Canadense considerou a Lei do aborto inconstitucional e que fere os direitos à liberdade, além de declarar que o feto não é reconhecido como uma pessoa civil (Sabourin & Burnett, 2012). Antes disso, o aborto só era permitido se realizado por um hospital que possuísse um “Comitê de aborto terapêutico”, o qual aprovaria o procedimento apenas se a continuação da gravidez colocasse em risco a saúde física ou mental da mãe (W. V. Norman & Downie, 2017). Atualmente, o aborto é considerado um serviço de saúde

essencial, totalmente coberto pelos seguros de saúde que vigoram no país e também oferecido pelo sistema público de saúde aos cidadãos (Myran, Bardsley, El Hindi, & Whitehead, 2018; Sabourin & Burnett, 2012). Apesar da decisão da Suprema Corte Canadense, desde 1990 houve protestos daqueles contra a descriminalização, além de atos com o objetivo de impedir médicos de realizarem a prática ou projetos de leis mais restritivos, nenhum deles implementados (W. V. Norman & Downie, 2017; Sabourin & Burnett, 2012).

Médicos canadenses não são obrigados a realizar um aborto caso seja contrário às suas crenças e costumes e, também, não há um requerimento legal que os obriguem a referenciar outro médico que proverá o ato, apesar do referenciamento ser uma recomendação da Associação Médica do Canadá (R. & Crankshaw, 2007; Sabourin & Burnett, 2012).

Embora não exista restrição quanto à semana gestacional no Código Criminal do Canadá, o aborto após a 20ª semana de gestação não está disponível prontamente e é realizado normalmente por razões médicas maternas ou malformação fetal. As mulheres com avançada semana gestacional podem até serem direcionadas aos EUA para realizar o procedimento (Sabourin & Burnett, 2012). Quanto aos tipos de aborto, o medicamentoso é escolhido por até 50% das canadenses elegíveis ao tratamento, o qual é efetuado com metotrexato, misoprostol e recentemente aprovado o uso de mifepristona, porém, é o aborto cirúrgico o mais realizado no país (Sabourin & Burnett, 2012; Vogel, 2018).

O Instituto Canadense de Informação em Saúde (CIHI) é o órgão responsável pela coleta de dados desde 1995 e publicaram em 2012 que aproximadamente 100 mil abortos por ano são notificados no país. As estatísticas do Canadá em relação ao aborto podem ser incompletas, uma vez que não há um requerimento legal que obrigue o reporte do procedimento em detalhes (Sabourin & Burnett, 2012). Entretanto, análises comparativas mostraram que a taxa de aborto diminuiu entre 1996 e 2005, caindo de 16,6 para 14,1. O artigo "*Induced abortion in Canada 1974–2005: trends over the first generation with legal access*" (2012) analisa a primeira geração de mulheres que conviveram com o aborto descriminalizado no país. Traz, também, resultados que mostram o declínio da taxa de aborto durante

os anos, além da estimativa de que pelo menos 1 em 3 mulheres farão um aborto em sua vida, majoritariamente realizado no primeiro trimestre de gestação.

Quanto às complicações pelo aborto, estas são de notificação voluntária e os dados disponíveis mostram que foram raras ocorrências desde a descriminalização, assim como o número de óbitos. Segundo o relatório especial sobre mortalidade materna e morbidade grave publicado pelo governo Canadense, em 2004, as taxas de mortalidade devido ao aborto aproximam--se de zero, e, de acordo com o CIHI em 2009, não houve complicações em 97,7% de 28.814 abortos reportados e realizados nos hospitais canadenses (Sabourin & Burnett, 2012).

Apesar de leis liberais e do financiamento público, o acesso universal ao aborto ainda é restrito no país, devido às barreiras geográficas principalmente para moradores rurais, profissionais inexperientes, não suprimento da demanda pelos serviços de saúde, falta de informações e estigmatização perante à sociedade (Sabourin & Burnett, 2012).

Estudo publicado em 2018 analisou 158 países das regiões da África, Ásia, Europa, América Latina e Caribe, América do Norte e Oceania, cujos dados sobre abortos estão inclusos no *Global Abortion Policies Database* (GAPD), e mostrou que o aborto é permitido sem requerer uma justificativa em 50 desses países, sendo que metade estão na Europa (Lavelanet, Schlitt, Johnson, & Ganatra, 2018). Um exemplo é a Romênia, cujo aborto é legalmente permitido quando solicitado desde 1898. O procedimento pode ser realizado até as 14 semanas gestacionais e, após esse período, é permitido em casos de risco à vida da mulher, quando necessário para salvar sua vida sem outras possibilidades (IPPF European Network, 2012). Na Romênia, a principal forma de aborto é a cirúrgica, sendo o método medicamentoso raramente utilizado. O procedimento é oferecido gratuitamente nos hospitais públicos do país, que se encontram usualmente nas grandes cidades, sendo que as mulheres de áreas rurais encaram dificuldades em seu acesso. De acordo com a *International Planned Parenthood Federation* (2012), a mortalidade materna diminuiu em 317% desde a legalização do aborto.

Em relação à América Latina, o Uruguai apresentava taxas moderadas de mortalidade materna em meados de 1990, de acordo com a OMS e Organização Pan-Americana de Saúde, sendo que uma das principais causas da mortalidade na época era o aborto inseguro (Briozzo, 2016). Em 2001, o país desenhou um modelo de saúde efetivo com o objetivo de diminuir o risco de abortos inseguros e investir em iniciativas na área, que contou com o comprometimento de muitos profissionais da saúde, até o aborto ser totalmente descriminalizado em 2012.

Nos dois primeiros anos após a introdução da nova lei, o número de interrupções voluntárias da gravidez foi de 15.176, segundo o Ministério de Saúde Pública do país. Em 2014, isso significou uma taxa de aborto de 12 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 45 anos, um nível semelhante ao de países como Espanha, Portugal e Itália, segundo a ONU no mesmo ano (Antón, Ferre, & Triunfo, 2018). Um estudo avaliou quanto às complicações do aborto nesse mesmo período e teve como resultado que apenas 3,4% dos abortos realizados necessitaram de hospitalização (Fiol et al., 2016).

Nos 25 anos passados, a taxa de mortalidade materna diminuiu drasticamente no Uruguai e de acordo com PAHO-WHO, o país tem a segunda menor taxa no mundo, com 14 por 100.000 nascidos vivos, ficando atrás apenas do Canadá, com 11 por 100.000 nascidos vivos (Briozzo, 2016).

Atualmente no Uruguai, o aborto pode ser realizado até a 12ª semana de gestação e até a 14ª semana em casos de estupro. O procedimento é oferecido pela rede pública de saúde e possui um período obrigatório de reflexão para a mulher, entre a primeira consulta até o procedimento (Briozzo, 2016). Esse período de reflexão também foi implementado em alguns países europeus que descriminalizaram o aborto (Hoctor & Lamačková, 2017).

Quanto ao método utilizado no Uruguai, a primeira opção deve ser o aborto medicamentoso, no caso com o uso de misoprostol e mifepristona, e a lei também permite que o médico não realize o procedimento caso alegue objeção de consciência (Briozzo, 2016).

Apesar da descriminalização, as uruguaias enfrentam dificuldades em obter acesso ao procedimento devido aos próprios impeditivos da lei, como o tempo de reflexão mandatória, aconselhamento obrigatório com três profissionais da saúde e médicos que se recusam a prover o aborto devido a objeção de consciência (Berro Pizzarossa, 2018).

5. DISCUSSÃO

5.1 Audiência pública – Supremo Tribunal Federal *(esclarecimento da autora desse trabalho: optou-se pela colocação desse evento pela magnitude de sua importância quanto à manifestação das diferentes entidades sobre o tema à sociedade)*

Cita-se, a seguir, um resumo das apresentações feitas pelos principais expositores que se apresentaram no STF durante a audiência pública ocorrida em agosto/2018 para discussão do aborto (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2018). Foram dois dias de audiência nos quais foram ouvidos 60 especialistas do Brasil e do exterior, entre eles pesquisadores de diversas áreas, profissionais da área de saúde, juristas, advogados e representantes de organizações da sociedade civil de defesa dos direitos humanos e entidades de natureza religiosa (Notícias STF, 2018).

Ministério da Saúde

Representantes: Dra. Mônica Almeida Neri (Coordenadora-Geral da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde) e Dra. Maria de Fátima Marinho de Souza (Secretaria de Vigilância em Saúde).

- Ações realizadas para reduzir o número de mortalidade materna brasileiro: fortalecimento da Rede Cegonha e capacitação de profissionais de saúde quanto ao manejo da hemorragia no parto;
- O aborto inseguro é problema de saúde pública que gera impacto social e econômico;
- Estima-se um milhão de abortos induzidos por ano;

- Perfil de maior risco à vida: mulheres mais vulneráveis e com menor renda, negras, jovens, solteiras e com baixa escolaridade;
- Gastos realizados pelo SUS para tratar complicações do aborto inseguro poderiam ser evitáveis;
- O procedimento do aborto inseguro gera: 250 mil hospitalizações no SUS, 15 mil complicações, mil complicações extremamente graves e 203 mortes por ano, levando à uma superlotação nos serviços de obstetrícia, dificuldade do manejo e sobrecarga no SUS;
- No Brasil, as complicações de maior gravidade são as infecções do trato pélvico genital, hemorragias, insuficiência renal, distúrbios metabólicos, choque e embolia;
- Desafio de reduzir a mortalidade materna com esse cenário, uma vez que essas complicações consomem recursos humanos, leitos hospitalares, bolsas de sangue e especialistas para salvar vidas.

Ao final do primeiro dia de audiência, abriu-se um espaço para perguntas e respostas, sendo que a maioria das perguntas foram destinadas às representantes do MS, questionando a metodologia empregada pelo órgão para estimar o número de abortos inseguros e as complicações trazidas por eles. Estão iteinizados, a seguir, as manifestações e os esclarecimentos das representantes:

- É um cálculo complexo feito pelo MS e utiliza uma base de dados *online* sobre mortalidade mantida pelo MS desde 1979;
- Essa base coleta as mortes e causas de mortes por meio da declaração de óbito, padronizado mundialmente, sendo que o sistema tem cobertura próxima a 100%;
- Diferença entre causa imediata e causa básica, sendo esta última a que interessa ao MS para prevenir futuras mortes;
- A morte materna é subnotificada por dificuldades de atribuir a causa básica pelos médicos.
- Existem investigações pelo MS sobre as mortes maternas em idade fértil, sendo 80% das mortes maternas investigadas por ano, o que perfaz um perfil de 55 mil mortes investigadas por ano;

- Nessa investigação, descobriu-se 30% de mortes maternas que estavam escondidas sobre outra causa, e corrige-se a probabilidade de ocorrer uma morte materna nos 20% não investigados;
- Aplica-se um fator de correção nas mortes de mulheres jovens em idade fértil que são suspeitas de serem maternas, como sepsemia, ou embolia pulmonar, ou infarto agudo do miocárdio;
- Após todos esses fatores de correção, chega-se ao dado final publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde;
- O DATASUS é um disseminador de dado, sendo que o sistema publica o dado, porém não o produz. Por isso a diferença entre os números no DATASUS e os números divulgados pelo MS;
- Não existe o fator de correção no DATASUS, e para fins de políticas públicas, são utilizados os dados com fator de correção;
- Esse dado tratado é publicado no *síte* da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- A metodologia de cálculo do aborto utilizada pelo MS já foi publicada na revista científica *The Lancet*.

FEBRASGO

Representante: Dr. Rosires Pereira de Andrade (ginecologista)

- Pediu urgência nesse tema considerado uma necessidade de saúde pública por profissionais e instituições;
- 503 mil Mulheres que interromperam a gravidez de maneira clandestina, e possivelmente insegura, apenas em 2015;
- Apesar dos avanços na pesquisa científica, não houve redução de aborto inseguro, morte e mortalidade materna em igual proporção no País;
- O aborto quando realizado em condições seguras, apresenta baixíssimos riscos a saúde da mulher, e risco de morte quase insignificante;
- A literatura médica já estabeleceu o uso de certos medicamentos e AMIU para realização de aborto seguro quando feito por profissionais devidamente capacitados e em ambiente de atenção à saúde;

- Os métodos mais utilizados para a indução do aborto são: aborto farmacológico medicamentoso com uso de misoprostol, o qual possui índice de eficácia de 98% e integra a lista da RENAME;
- No Brasil, profissionais da saúde realizam o aborto legal medicamentoso apenas pela utilização do misoprostol, porém, a OMS recomenda a combinação com mifepristona como mais adequada por reduzir a necessidade de acompanhamento médico futuro;
- Apenas 2 a 5% de mulheres tratadas com a combinação podem vir necessitar de qualquer intervenção médica posterior;
- Metade das mulheres brasileiras que enfrentam o aborto ilegal precisam ser internadas após o procedimento, causando grande impacto na saúde pública;
- Solução: permissão do aborto medicamentoso, no qual complicações são raras se realizado até as doze semanas de gestação e que podem ser tratadas por qualquer médico capaz de manejar um aborto espontâneo;
- A OMS recomenda que até as nove semanas de gestação, o aborto medicamentoso seja realizado em casa, sendo o uso de hospitais reservado a abortos após nove semanas ou complicações.
- Concluiu que são os métodos inseguros oferecidos na clandestinidade e a falta de apoio médico que permite a persistência de riscos associados à interrupção de uma gravidez não planejada: intoxicações, hemorragias, perfuração do útero e morte;
- A clandestinidade e a falta de políticas públicas de saúde criam o cenário do aborto inseguro;
- A criminalização do aborto é um obstáculo para exercício adequado da medicina, pois não há a proteção da relação médico-paciente que possibilita o elo de confidencialidade que o cuidado integral de saúde exige;
- Não existe assistência médica integral, se a relação do médico com suas pacientes for mediada pelo medo ou estigma. Caso a paciente confidencie para seu médico que deseja interromper a gestação, o médico se torna responsável pela saúde dessa paciente e em prover todos os tratamentos disponíveis e cuidar da sua saúde, de acordo com seu princípio de ética médica;

- Devido à lei, o médico é impedido de exercer sua profissão e indicar métodos abortivos seguros para a paciente. Médicos estão sujeitos a sanções criminais por exercerem sua profissão e não é coerente criminalizar aqueles que pelo conhecimento são capazes de salvar a mulher de mutilação e lesões graves;
- Países desenvolvidos como Suécia, Finlândia, Dinamarca, Reino Unido, França, Itália e Espanha, já deixaram de tratar a interrupção de gravidez no primeiro trimestre como crime;
- Pesquisa com alta evidência científica, publicada na revista JAMA, na qual se estudou a partir de qual semana o feto sente dor: o resultado é de que seja improvável a dor fetal antes de 20 a 24 semanas de gestação;
- Concluiu que devido à impossibilidade de realizar o procedimento seguro, cerca de meio milhão de mulheres seguem realizando abortos todos os anos sob risco de morte no Brasil e permitir que isso continue viola princípios éticos e de deveres médicos.

Academia Nacional de Medicina

Representantes: Dr. José Gomes (ginecologista) e Dr. Jorge Filho (ginecologista)

- O aborto inseguro gera grande impacto na mortalidade gestacional e no SUS, sendo uma das principais causas de mortalidade materna, plenamente evitável dada a segurança já conhecida pelo procedimento;
- Consome recursos em saúde como anestésias, médicos especialistas, salas de cirurgia e gera impactos adversos na saúde mental da mulher quando lhe é recusado o serviço de aborto em condições adequadas;
- Países que tiveram a prática descriminalizada revelaram ser possível reduzir simultaneamente a mortalidade materna, como também as taxas de aborto como um todo.
- Estudo publicado na revista *The Lancet* em 2016 o qual comprovou que países onde o aborto foi legalizado, houve uma queda tanto no número de procedimentos quanto no número de mortes maternas;
- O artigo descreve que em 1990, ano seguinte à legalização do aborto na Romênia, a taxa de aborto induzida era muito alta. Nesse mesmo ano, foi

desenvolvida uma política de planejamento familiar, fazendo com que o uso de métodos contraceptivos no país ficasse acima de 70%. Em 2010, a taxa de abortos induzidos passou de 163 para 10 por mil mulheres e houve uma queda expressiva da mortalidade materna.

IPESQ

Representantes: Dra. Melania Amorim (ginecologista)

- A legislação proibitiva não é definitiva para diminuir as taxas de aborto do País;
- As taxas mais baixas de aborto provocado no mundo são encontradas nos países com leis permissivas e acesso aos serviços de aborto legal;
- A taxa anual de aborto mundial é de 36 por mil mulheres nos países em desenvolvimento e 27 por 1000 mulheres nos países desenvolvidos;
- '*Near missing*': casos de graves complicações de saúde devido ao aborto induzido levando 'quase à morte', porém que foram salvas devido ao atendimento médico e não são contabilizados no sistema de saúde como aborto;
- Mundialmente são quase 7 milhões de mulheres tratadas por complicações devido ao aborto, 47 mil mortes maternas por aborto inseguro, e 1 milhão ou mais de mulheres que sofrem complicações graves com sequelas, que podem pendurar por toda a vida.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Representante: Dr. Raphael Câmara (ginecologista)

- Contestou os números de abortos apresentados até então, uma vez que não seria possível contabilizá-los justamente por serem ilegais e não existir uma classificação CID-10 para o aborto ilegal;
- Os números são enviesados por causas ideológicas, sendo as pesquisas financiadas por ONGs pró-aborto;
- O número de 203 mortes por ano trazido pelo MS refere-se a todo tipo de aborto (gravidez ectópica, aborto espontâneo) e não apenas ao aborto ilegal;
- Contestou a segurança dos métodos abortivos, trazendo um artigo publicado na revista *The Lancet*, que mostrou que as chances de a paciente desenvolver

tromboembolismo venoso após um aborto induzido são altas, maior que quando comparado àquelas que não abortaram;

- Caso o aborto seja legalizado, as maternidades não teriam capacidade para cobrir toda a demanda, uma vez que já trabalham com recursos precários;
- Objeção de consciência: a maioria dos médicos alegam para não realizar o aborto, e caso descriminalizado, não teriam médicos para realizá-lo;
- A maioria dos obstetras são contrários a legalização do aborto, inclusive na FEBRASGO, e declara que não foram consultados quanto a escolha do representante do órgão;
- Pelo próprio senso comum, quando o aborto é descriminalizado, o mesmo tende a aumentar, sendo uma falácia dizer que diminui;
- Explicou que ocorre um aumento no número de abortos quando este é legalizado e depois tende a diminuir, porém comparado ao número que aumentou inicialmente e não ao número basal que já existia;
- Cita a Islândia como exemplo de país onde ocorreu a descriminalização e que não existem mais crianças com Síndrome de Down, pois são abortadas quando se descobre a doença, podendo levar a uma seleção de crianças;
- O Brasil não possui verba para atender à demanda de aborto se descriminalizado.

Instituto Baresi

Representante: Dra. Adriana Dias (professora)

- A descriminalização do aborto não geraria eugenia no País, uma vez que políticas eugênicas nazistas jamais convidaram especialistas, religiões e sociedade civil a se pronunciarem na maior corte do País;
- Esclareceu que decisões individuais de mulheres por aborto em qualquer circunstância não são decisões eugênicas, e sim, pessoais;
- Informou que mulheres com deficiência também fazem aborto, pois nascer uma mulher deficiente não distancia das mesmas demandas que mulheres sem deficiências;

- Apontou ainda que a situação de maior vulnerabilidade de mulheres com deficiência torna mais urgente a descriminalização do aborto, uma vez que a sociedade tem uma visão estereotipada de que deficientes não tem liberdade sexual, são mulheres esterilizadas compulsoriamente, com frágil acesso a políticas de saúde sexual e reprodutiva;
- Informou que meninas com deficiência são as principais vítimas de violência sexual e deveriam ter todos os acessos e direitos de sua saúde reprodutiva, conforme vigora em lei que a mulher pode decidir quantos filhos ter e o espaçamento entre eles;
- Convenção de direitos das pessoas com deficiência: não há nenhuma menção a feto. Declara que pessoas com deficiência não são comparadas com feto e que podem existir, ao mesmo tempo, legislações que permitam o aborto e protejam pessoas com deficiência, não sendo mutualmente excludente;
- A garantia da proteção integral dos direitos das pessoas que vivem com deficiência - serviços de saúde, política de suporte para família, inclusão no trabalho, e arquitetura social favorável à diferença – é a única solução em reduzir o número de abortos nos casos em que marcadores genéticos para deficiência são detectados. Assim, a decisão de mulheres grávidas de abortar não seria por medo dos filhos serem abandonados pelo Estado ou pela família.

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

Representantes: Dr. Tomás Rafael (ginecologista), Dr. Olímpio Filho (ginecologista) e Dra. Helena Nader (ginecologista)

- A descriminalização do aborto é imprescindível para que as políticas de planejamento reprodutivo sejam mais efetivas;
- Quando a gestante busca um aborto, ela entra na rota crítica de aborto, uma vez que ela tende a procurar assistência no pré e pós-aborto. Consegue-se entender o que a levou a interromper a gravidez e tem-se a chance de descobrir como surgiu a gravidez não desejada – falta de contraceptivos, falta de informações, etc.;
- É possível prover informações de assistência para aquela mulher evitando a repetição da prática;

- A criminalização impede essa rota crítica e favorece um segundo aborto;
- Não existe consenso científico de quando inicia a vida humana. Existe um consenso de vida celular, quando ela consegue se dividir, porém afirmar que a vida se inicia desde a concepção é uma postura moral e que encontra obstáculos biológicos;
- Em 1981, a Academia Nacional de Medicina dos EUA aprovou uma resolução que afirma que a ciência não é capaz de responder à pergunta sobre quando a vida humana se inicia.

Fundação Oswaldo Cruz

Representantes: Dr. Marcos Dias (ginecologista) e Dra. Marisa Miranda (epidemiologista em saúde pública)

- O aborto precisa fazer parte dos cuidados integral a saúde da mulher, pois só assim se cumpriria os objetivos de ginecologia de promover o maior bem-estar possível em seu processo no estado produtivo;
- Pesquisa da Fiocruz realizada entre 2011 e 2012, a qual entrevistou 24 mil mulheres em todo o País, traz como resultado que gravidezes não planejadas atingiram 55% das gestações que chegaram até o parto;
- Entre as mulheres que não planejaram, 25% queriam esperar mais tempo, 30% não desejavam engravidar, e 7,7% tentaram interromper a gestação sem sucesso;
- Em 2016, o número foi de 1,5 milhão de gestações não desejadas e de 7.028 mulheres que desejaram postergar a gestação;
- As mulheres que não desejam a gravidez têm a propensão menor de cuidar de si mesmas, devido ao estresse gerado e 40% maior de risco de desenvolver depressão após o parto.

Instituto de Bioética Anís

Representante: Dra. Débora Dinis

- Expôs em sua apresentação o que significa e o que deve significar ciência confiável (empírica) para que a corte do STF responda a ADPF 442;

- Explicou os erros nas pesquisas de opinião comum, quando se pergunta a um indivíduo se é contra ou a favor do aborto;
- A pergunta não é factível com o tema do direito a mulher, há uma expectativa moral de resposta correta quando alguém faz uma pergunta inquisitorial como essa;
- Muitas mulheres brasileiras sequer sabem que o aborto é um crime de prisão, sabem que há um erro, ou pecado, para aquelas de comunidade de fé;
- Informou que a Pesquisa Nacional do Aborto foi financiada pelo Ministério da Saúde e realizada com a mesma metodologia em dois momentos da história do País: em 2010 e em 2016;
- Cobriu o Brasil urbano, ou seja, 83% da população, e 17% das mulheres não alfabetizadas não responderam ao inquérito, o que significa dados com subnotificação, pois as mulheres mais vulneráveis são aquelas das áreas rurais e pouco escolarizadas;
- A população coletada foi entre 18 e 39 anos, podendo ter maior número de mulheres se ampliada a faixa etária;
- A coleta de dados foi feita apenas por mulheres entrevistando mulheres, e a técnica utilizada foi aquela denominada como técnica de urna: urna secreta, em que a mulher recebia uma cédula anônima com 5 perguntas e havia um pareamento com um questionário;
- A primeira pergunta questiona se a mulher já havia feito um aborto, e não 'passado' por um, que é o caso do aborto espontâneo;
- Esse estudo ganhou um prêmio da organização Pan-Americana de saúde, em melhor estudo de saúde das Américas em 2012;
- Uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já fez pelo menos um aborto na vida;
- Isso corresponde a uma mulher por minuto, e dessa forma, haveriam 503 mil mulheres no sistema prisional nesse momento no País;
- Se todas as mulheres que fizeram aborto estivessem na prisão hoje, ou já tivessem passado por ela, existiria no Brasil um contingente de 4 milhões e 700 mil mulheres, pelo menos cinco vezes o sistema prisional brasileiro, já o quarto maior do mundo;

- Esse dado (uma a cada cinco mulheres) é diferente daquele apresentado pelo Ministério da Saúde, pelo qual apresenta outra metodologia de coleta;
- Apesar do aborto ser algo comum a vida das mulheres, há uma distribuição diferente, sendo mais comum para as mais pobres, nordestinas e nortistas;
- As mulheres em risco de vida são aquelas que enfrentam o aborto como desproteção integral do Estado brasileiro a seus direitos fundamentais;
- Quanto maior a escolaridade, menor a probabilidade do aborto, o que indica como renda e informação são instrumentos eficientes para prevenir o aborto;
- A Pesquisa Nacional do Aborto também indica que metade das mulheres fazem uso de medicamentos para abortar. Do total de mulheres que realizaram o aborto, metade delas precisaram ficar internadas;
- Questionou ao STF como manter esse grave quadro de violação de direitos constitucionais quando uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já fez pelo menos um aborto;

Várias entidades brasileiras e estrangeiras também apresentaram seus pontos de vistas defendendo a descriminalização do aborto, com base de que a sua ilegalidade é incompatível com a garantia de assistência plena de saúde das mulheres, e viola os direitos das mulheres de autonomia, igualdade, dignidade e liberdade sexual e reprodutiva, sendo considerado inconstitucional. Também trazem à tona pactos mundiais dos quais o Brasil é signatário e que visam proteger a saúde física e psicológica da mulher.

Por outro lado, várias entidades defenderam uma escolha 'pró-vida', alegando que a vida se inicia na concepção, sendo o feto um ser humano em desenvolvimento e com o direito a nascer. Além disso, é o principal protagonista dessa discussão e ainda não teria voz para defender-se. Afirmam ainda que o feto não pertence ao corpo da mãe e, portanto, não cabe a ela decidir quanto à continuidade ou não da gestação. Adicionalmente, declaram que a legalização do aborto levaria a prática como uma ferramenta de planejamento familiar, tornando-se algo banal sem uma profunda reflexão. Por fim, questionaram também a metodologia empregada para

as pesquisas sobre o aborto no Brasil e sua confiabilidade, afirmando que possuem viés ideológico.

Ao final das exposições, a Excelentíssima Ministra Rosa Weber encerrou a audiência pública agradecendo a todos os envolvidos e anunciando o começo da preparação para o julgamento do tema. “*O próximo tempo é de reflexão, e esse tempo de reflexão se faz necessário para o amadurecimento da causa, e precederá necessariamente o momento do julgamento*”, afirmou (Nacional, 2018). A APDF 442 ainda não foi julgada até o momento (CONGRESSO NACIONAL, 1940).

Recentemente, a Defensoria Pública da União solicitou que o medicamento abortivo volte a ser vendido em farmácias, com o argumento de que essa restrição viola o direito à saúde de mulheres que querem interromper gestações em casos já previstos por lei. A DPU enviou à ANVISA, em fins de fevereiro de 2019, uma recomendação de revisão de protocolos sobre esse tipo de medicamento e convocou no dia 28 de março/2019, em São Paulo, uma audiência pública para discutir o tema e propor novas resoluções à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A maioria dos protocolos da ANVISA sobre esse assunto tem mais de dez anos, sendo considerados desatualizados (Pains, 2019).

5.2 Manejo médico do aborto - OMS

Em janeiro de 2019, a OMS divulgou um guia intitulado “*Medical Management of Abortion*” com o objetivo de atualizar as suas recomendações sobre como realizar um aborto seguro, baseado nos estudos mais recentes sobre o assunto (WHO, 2018). A Tabela 2 mostra um resumo das recomendações presentes no guia.

Tabela 2: Resumo de recomendações para manejo de um aborto.

TABLE 1 Summary chart of recommendations on medical management of abortion

RECOMMENDATIONS	COMBINATION REGIMEN (RECOMMENDED ^a)		MISOPROSTOL-ONLY (ALTERNATE)
	MIFEPRISTONE (1-2 DMS)	MISOPROSTOL	MISOPROSTOL
1A. INCOMPLETE ABORTION < 13 WEEKS	None	Use misoprostol-only regimen	600 µg PO ^b or 400 µg SL ^b
1B. INCOMPLETE ABORTION ≥ 13 WEEKS	None	Use misoprostol-only regimen	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b
2. INTRAUTERINE FETAL DEMISE ≥ 14-28 WEEKS	200 mg PO once	400 µg PV or SL every 4-6 hours ^b	400 µg SL (preferred) or PV every 4-6 hours ^b
3A. INDUCED ABORTION < 12 WEEKS	200 mg PO once	800 µg B, PV or SL ^b	800 µg B, PV or SL ^b
3B. INDUCED ABORTION ≥ 12 WEEKS	200 mg PO once	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b	400 µg B, PV or SL every 3 hours ^b
TIMING OF POST-ABORTION CONTRACEPTION			
IMMEDIATE INITIATION			
4A. HORMONAL CONTRACEPTION	Immediately after the first pill of the medical abortion		
4B. IUD	With assessment of successful abortion		

B: buccal; PO: oral; PV: vaginal; SL: sublingual

^a Combination regimen is recommended because it is more effective.

^b Repeat doses of misoprostol can be considered when needed to achieve success of the abortion process. In this guideline we do not provide a maximum number of doses of misoprostol. Health-care providers should use caution and clinical judgement to decide the maximum number of doses of misoprostol in pregnant individuals with prior uterine incision. Uterine rupture is a rare complication; clinical judgement and health system preparedness for emergency management of uterine rupture must be considered with advanced gestational age.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2019.

O misoprostol e a mifepristona integram a lista de Medicamentos Essenciais da OMS e devido a facilidade de manuseio e armazenamento, sua ação não invasiva e eficácia confirmada fazem com que o misoprostol para manejos de abortos – seja combinado com mifepristona ou não – tenha diversas vantagens.

O guia também aponta que apesar das diferentes regulamentações entre os países, a maioria aceita o aborto quando há o risco à vida da mãe, e mais de dois terços dos países tem pelo menos um ou mais permissivos legais para o aborto.

O documento traz ainda recomendações sobre o procedimento considerando diferentes cenários:

- manejo médico de aborto incompleto com maior ou igual a 13 semanas de gestação;
- manejo médico de aborto incompleto com menos que 13 semanas de gestação;
- manejo médico de morte fetal intrauterina;
- manejo médico do aborto induzido entre 9 e 12 semanas de gestação;
- manejo médico do aborto induzido com menos que 9 semanas de gestação;
- manejo médico do aborto induzido com maior ou igual a 12 semanas de gestação e
- tempo de início da contracepção após um aborto médico.

O guia inicia afirmando que o primeiro passo a ser dado pelo serviço de saúde é prover informações ao paciente sobre quais métodos estão disponíveis, quais os riscos de cada procedimento, como identificar sinais alertas e onde procurar ajudar. Além disso, documenta que o acompanhamento médico não é necessário após um aborto cirúrgico ou medicamentoso bem-sucedido.

Por fim, o guia indica o aborto medicamentoso, utilizando mifepristona seguido de misoprostol, ou apenas misoprostol quando a primeira não está disponível, para induzir um aborto até a décima segunda semana de gestação, conforme tabela 3.

Tabela 3: Recomendações para manejo médico de um aborto induzido até a 12^a semana de gestação.

RECOMMENDATION 3A				Medical management of induced abortion at < 12 weeks of gestation⁹		
RECOMMENDATIONS	COMBINATION REGIMEN (RECOMMENDED^a)		MISOPROSTOL-ONLY (ALTERNATE)			
	MIFEPRISTONE	1-2 DAYS	MISOPROSTOL		MISOPROSTOL	
INDUCED ABORTION < 12 WEEKS	200 mg PO once		800 µg B, PV or SL ^{b,c}		800 µg B, PV or SL ^{b,c}	
B: buccal; PO: oral; PV: vaginal; SL: sublingual						
<p>We recommend the use of 200 mg mifepristone administered orally, followed 1–2 days later by 800 µg misoprostol administered vaginally, sublingually or buccally.^{b,c} The minimum recommended interval between use of mifepristone and misoprostol is 24 hours.</p> <p>For the misoprostol-only regimen, we recommend the use of 800 µg misoprostol administered vaginally, sublingually or buccally.^{b,c}</p> <p>Notes:</p> <ul style="list-style-type: none"> There is limited evidence to suggest that simultaneous dosing of mifepristone and misoprostol is efficacious (39,40). 						
<p>RECOMMENDATION TYPE: NEW OR UPDATED</p> <p>Recommendation 3a has been updated from the WHO 2012 <i>Safe abortion</i> guidance (6). This updated recommendation applies to pregnancies up to 12 weeks of gestation, whereas in the prior guidance, different regimens were recommended for pregnancies up to 7 weeks, 9 weeks and 12 weeks. For the recommended misoprostol-only regimen, buccal route of administration has been added and the maximum number of doses has been removed. Interval dosing has been removed and a note has been added that repeat doses of misoprostol can be considered to achieve success of the abortion process.</p>						
<p>^a Combination regimen is recommended because it is more effective.</p> <p>^b Consideration for patient and provider preference suggests the inclusion of all routes, including buccal administration.</p> <p>^c See note on next page (for Recommendation 3b).</p>						

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2019.

Considerando a natureza do aborto medicamentoso quando usado em combinação (mifepristona e misoprostol), o documento indica ser possível que gestantes com menos de 12 semanas realizem o procedimento em domicílio, sem necessariamente precisar comparecer a um serviço de saúde, quando bem informadas e com acesso a um profissional de saúde disponível.

5.3 Manejo médico do aborto – Nota Técnica Ministério da Saúde

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica intitulada “Atenção Humanizada ao Abortamento” com o objetivo de garantir os direitos sexuais das mulheres e apoiar os profissionais da saúde quanto à abordagem no acolhimento das mulheres. A norma declara que o aborto inseguro é importante causa da morte materna brasileira e que a atenção tardia ao abortamento inseguro pode causar complicações clínicas, danos à saúde mental e física da mulher, e óbito (Brasil, 2011).

O documento ressalta que a escolha do método abortivo deve ser concordada entre o médico e paciente, de forma que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Apesar da norma apontar que durante o primeiro trimestre da gravidez, a aspiração uterina, o abortamento farmacológico e a curetagem uterina são aceitáveis, pede também para considerar as condições de cada serviço e preferência da mulher no momento da escolha, diferentemente do guia da OMS, que determina claramente o aborto farmacológico como método de escolha para gestações até 12 semanas (BRASIL, 2011; WHO, 2018).

Embora esclareça que no Brasil estão disponíveis tanto o misoprostol quanto a ocitocina para a indução do aborto, a nota mostra apenas o uso recomendado de misoprostol para os três primeiros trimestres gestacionais, na indução do parto com feto vivo e no amolecimento de colo prévio a AMIU ou curetagem (Brasil, 2011).

Tabela 4: uso do misoprostol para esvaziamento uterino no 1º trimestre gestacional.

**ESVAZIAMENTO UTERINO NO 1º TRIMESTRE GESTACIONAL
(ABORTO LEGAL OU ABORTO RETIDO)**

1ª opção: Misoprostol 4 cápsulas de 200mcg via vaginal a cada 12 horas. (3 doses – 0,12 e 24 horas).

2ª opção: Misoprostol 2 cápsulas de 200mcg via vaginal a cada 8 horas (3 doses – 0,8 e 16 horas).

3ª opção: Misoprostol 1 cápsula de 200mcg via vaginal a cada 6 horas (4 doses – 0,6,12 e 18 horas).

Observação: Os últimos trabalhos científicos têm demonstrado que a 1ª opção apresenta maior eficácia, com expulsão do produto da concepção dentro as primeiras 24 horas podendo alguns casos demorarem 48 ou 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Tabela 5: uso do misoprostol para esvaziamento uterino no 2º trimestre gestacional.

**ESVAZIAMENTO UTERINO NO 2º TRIMESTRE GESTACIONAL
(ÓBITO FETAL INTRAUTERINO)**

De 13 a 17 semanas – misoprostol 1 cápsula de 200mcg via vaginal cada 6 horas.(4 doses)

De 18 a 26 semanas – misoprostol 1 cápsula de 100mcg via vaginal cada 6 horas.(4 doses)

Observação: Se necessário repetir após 24 horas

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Tabela 6: uso do misoprostol para esvaziamento uterino no 3º trimestre gestacional.

**ESVAZIAMENTO UTERINO NO 3º TRIMESTRE GESTACIONAL
(ÓBITO FETAL INTRAUTERINO)**

- Se o colo não está maduro, colocar misoprostol 1 cápsula de 25mcg via vaginal e repetir a dose se necessário após 6 horas.
- Se não houver resposta utilizar misoprostol 2 cápsulas de 25mcg via vaginal de 6/6 horas até 4 doses. Não usar mais de 50mcg por vez.
- Não administrar uma nova dose se já houver atividade uterina.
- Não usar ocitocina dentro das seis horas após o uso do misoprostol.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Tabela 7: uso do misoprostol para indução do parto com feto vivo.

INDUÇÃO DO PARTO COM FETO VIVO

Misoprostol 1 cápsula (25mcg) via vaginal a cada 6 horas. Recomendado utilizar as doses durante o dia (7, 13 e 19 horas). Se não houver resultado repetir as doses no dia seguinte.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Tabela 8: uso do misoprostol para amolecimento de colo uterino previo a AMIU ou curetagem.

**AMOLECIMENTO DE COLO UTERINO PRÉVIO
A AMIU OU CURETAGEM**

Misoprostol 2 cápsulas de 200mcg via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

O AMIU é recomendado para casos de abortamento infectado e casos de interrupção de gravidez previsto em lei até 12 semanas (Brasil, 2011). Já a

curetagem uterina é uma técnica mais antiga e ainda muito utilizada no Brasil (Brasil, 2011). Nas gestações acima de 12 semanas, recomenda-se a expulsão fetal com uso de misoprostol e posteriormente, a realização de curetagem (Brasil, 2011).

Comparando-se a norma técnica do Ministério da Saúde e o guia da OMS, pode-se dizer que a primeira considera as limitações do país e traz menos recomendações do que a segunda (Brasil, 2011). O guia da OMS considera o cenário ideal, no qual todos os medicamentos abortivos estão disponíveis assim como serviços de saúde (WHO, 2018). Já no Brasil, por não haver uso da mifepristona, não é citado o medicamento na nota técnica (Brasil, 2011).

5.4 Educação em saúde a adolescentes e mulheres em idade reprodutiva

Mulheres que já fizeram um aborto possuem mais riscos de passar por um novo abortamento e, portanto, necessitam de mais cuidados e orientações para evitar uma gravidez indesejada (Brasil, 2011). A mulher que reinicia relações sexuais no primeiro mês pós-abortamento já está exposta a nova gestação e assim, o hospital que realizou o aborto necessita oferecer métodos contraceptivos de imediato para essas pacientes (Brasil, 2011).

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou cadernos de atenção básica com foco na saúde sexual e reprodutiva, com o objetivo de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais nessa área, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos (Brasil, 2013). Um dos tópicos da cardeneta é o atendimento aos adolescentes, que não costumam frequentar os serviços de saúde. O órgão orienta que os serviços devem desenvolver estratégias para incluir os adolescentes nas questões relacionadas à prevenção da gravidez, das doenças sexualmente transmissíveis e na criação dos filhos (Brasil, 2013). Já na anticoncepção pós-aborto, orienta-se a estimular o uso de preservativos em todas as relações sexuais, por ser o único método contraceptivo que protege contra doenças sexualmente transmissíveis (Brasil, 2013). Além desses cardenos, o Ministério da Saúde disponibiliza outros materiais como a Cardeneta do

Adolescente e o *Blog da Saúde*, que trazem informações e recomendações sobre cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

A UNFPA Brasil também possui ações no País em prol da educação sexual para adolescente. Em parceria com a ITAIPU Binacional, os dois órgãos firmaram o projeto “Prevenção e Redução da Gravidez Não Intencional na Adolescência” em 2018, cuja finalidade é desenvolver políticas públicas em 54 municípios do Oeste do Paraná e também algumas localidades na fronteira Argentina-Brasil, a fim de prevenir e reduzir a gravidez indesejada na adolescência, através de levantamento de dados e ações diretas com o adolescente (UNFPA, 2018).

6. CONCLUSÕES

É possível perceber que apesar do aborto ter ganhado espaço nas discussões ao longo da história do Brasil, a sua penalidade permanece inalterada desde o Código de 1940. Também se destaca no Brasil uma discussão atual e veemente em relação à lei: o movimento pró-vida questiona os dados trazidos pelas pesquisas de aborto no Brasil, enquanto as correntes favoráveis à descriminalização do aborto explicam sobre a sobrecarga do aborto inseguro no SUS e os direitos reprodutivos das mulheres.

Quanto ao cenário internacional, pode-se observar que a taxa de mortalidade materna diminuiu em países que descriminalizaram a prática, quando políticas públicas de saúde para prevenção da gravidez indesejada foram implementadas.

Apesar da OMS considerar o aborto medicamentoso como método preferencial, nem todos os países seguem essa recomendação para realizar o aborto legal, sendo o aborto cirúrgico predominante no Canadá e Romênia. Três pontos comuns entre os países estrangeiros estudados são: o aborto legal é oferecido pelo sistema público de saúde, houve um menor número de hospitalizações pós-aborto após a lei da descriminalização e o serviço não é oferecido de forma universal em seus territórios.

Conclui-se ainda que há muitos outros fatores a serem abordados sobre o tema, como a visão médica sobre o procedimento e a objeção de consciência; a inclusão de novos países que descriminalizaram a prática e suas estatísticas futuras, e a

contracepção e aconselhamento pós-aborto, entre tantos outros que devem ser avaliados em um trabalho futuro. Saliente-se, entretanto, a necessidade de Educação em Saúde para a orientação da saúde da mulher que deverá ter início desde a infância, para que se possa ter um cenário de melhoria de qualidade de vida, em todas as fases de sua vida.

7. BIBLIOGRAFIA

- Adpf, A. D. O., Descumprimento, A. D. E., Fundamental, D. E. P., & Liminar, M. (2012). Relator : MINISTRO MARCO AURÉLIO, 1–4.
- Antón, J. I., Ferre, Z., & Triunfo, P. (2018). The impact of the legalisation of abortion on birth outcomes in Uruguay. *Health Economics (United Kingdom)*. <https://doi.org/10.1002/hec.3659>
- Audiência Pública - Descriminalização do aborto (1/4) – Supremo Tribunal Federal. Youtube. 06 ago. 2018. 5h23min38s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dugDjoH-PYI&t=16524s>>. Acesso em 22 abr.2019
- Audiência Pública - Descriminalização do aborto (2/4) – Supremo Tribunal Federal. Youtube. 06 ago. 2018. 5h02min05s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=73iYI4OxCYE&t=10s>>. Acesso em 22 abr.2019
- Audiência Pública - Descriminalização do aborto (3/4) – Supremo Tribunal Federal. Youtube. 08 ago. 2018. 4h33min45s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=a2_4-xvdWYc&t=8074s>. Acesso em 22 abr.2019
- Audiência Pública - Descriminalização do aborto (4/4) – Supremo Tribunal Federal. Youtube. 07 ago. 2018. 4h45min50s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=La8DG6eLyyY&t=1s>>. Acesso em 22 abr.2019
- Berer, M. (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. *Health and Human Rights*.

- Berro Pizzarossa, L. (2018). Legal barriers to access abortion services through a human rights lens: the Uruguayan experience. *Reproductive Health Matters*. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1422664>
- Brasil, 11 outubro, . Promulga o código penal (1890). Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htmimprensa.htm
- Brasil, 16 dez., P. 3. Manda executar o Código Criminal (1830). Brasil. Retrieved from https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). DATASUS. *Departamento de Informática Do SUS*.
- Brasil. (2011). *Atenção Humanizada Ao Abortamento: Norma Técnica*. MS.
- Brasil, M. da S. (2013). *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Briozzo, L. (2016). From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.003>
- CONGRESSO NACIONAL. (1940). CODIGO PENAL BRASIL. *LEI FEDERAL*.
- Costa, V. C. (2013). *O Código Criminal de 1830 e a positivação das leis no pós-Independência*. Instituto de Estudos Brasileiros. Universidade de São Paulo Instituto de Estudos Brasileiros. <https://doi.org/10.11606/D.31.2013.tde-04112013-164930>
- Federal, S. T. (2018, August 3). Com destaque para o respeito às divergências ministras Cármen Lúcia e Rosa Weber abrem audiência pública, pp. 2–4. Retrieved from <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385625>
- Fiol, V., Rieppi, L., Aguirre, R., Nozar, M., Gorgoroso, M., Coppola, F., & Briozzo, L. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>
- Guttmacher Institute. (2012). *Facts on Induced Abortion Worldwide*. WHO. <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2004.07.001>

- Hardy, E., & Rebello, I. (1996). La discusión sobre el aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño : el papel del movimiento de mujeres T. *Cad. Saúde Públ.* <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200015>
- Hocor, L., & Lamačková, A. (2017). Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* <https://doi.org/10.1002/ijgo.12288>
- IPPF European Network. (2012). Abortion Legislation in Europe. *International Planned Parenthood Federation*, 9, 1–86. Retrieved from https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2017-08/Final_Abortion_legislation_September2012.pdf
- Kassebaum, N. J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M. S., Shackelford, K. A., Steiner, C., Heuton, K. R., ... Lozano, R. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
- Lavelanet, A. F., Schlitt, S., Johnson, B. R., & Ganatra, B. (2018). Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights.* <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0183-1>
- Martins-Melo, F. R., Lima, M. da S., Alencar, C. H., Ramos, A. N., Carvalho, F. H. C., Machado, M. M. T., & Heukelbach, J. (2014). Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. *Revista de Saude Publica.* <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878>
- Martins, E. F., Almeida, P. F. B. de, Paixão, C. de O., Bicalho, P. G., & Errico, L. de S. P. de. (2017). Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cadernos de Saúde Pública.* <https://doi.org/10.1590/0102-311x00133116>
- Myran, D. T., Bardsley, J., El Hindi, T., & Whitehead, K. (2018). Abortion education in Canadian family medicine residency programs. *BMC Medical Education.* <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1237-8>
- Nacional, C. (2018). Notícias STF. *Supremo Tribunal Federal.* Retrieved from

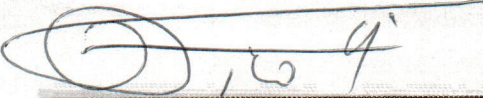
- <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=386005>
- Norman, W. V. (2012). Induced abortion in Canada 1974-2005: Trends over the first generation with legal access. *Contraception*.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.06.009>
- Norman, W. V., & Downie, J. (2017). Abortion care in Canada is decided between a woman and her doctor, without recourse to criminal law. *BMJ (Online)*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j1506>
- Notícias STF. (2018, August 6). Notícias STF. Retrieved from
<http://www.stf.jus.br/portal/geral/verImpressao.asp>
- Pains, C. (2019). Defensoria Pública da União pede que medicamento abortivo volte a ser vendido em farmácias no Brasil. *O GLOBO*, 1–7. Retrieved from
<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/defensoria-publica-da-uniao-pede-que-medicamento-abortivo-volte-ser-vendido-em-farmacias-no-brasil-23554665>
- PSOL, P. S. E. L. –. (2017). Notícias STF. *Partido Questiona No STF Artigos Do Código Penal Que Criminalizam Aborto*, p. 1. Retrieved from
<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=337860>
- R., H. A., & Crankshaw, J. (2007). The Criminal Code of Canada. *Harvard Law Review*. <https://doi.org/10.2307/1322334>
- Rocha, M. I. B. da. (1996). A Questão do Aborto no Brasil o debate no Congresso TT - The Abortion Issue in Brazil: a study of the debate in Congress. *Estudos Feministas*.
- Rocha, M. I. B. da. (2006). A discussão política sobre aborto no Brasil : uma síntese. *R. Bras. Est. Pop.* <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000200011>
- Sabourin, J. N., & Burnett, M. (2012). A Review of Therapeutic Abortions and Related Areas of Concern in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35269-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35269-0)
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Hman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8)

- Silva, M. dos S. (2012). Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012005000005>
- Snow, R. C., Laski, L., & Mutumba, M. (2015). Sexual and reproductive health: Progress and outstanding needs. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986178>
- Supremo Tribunal Federal. (2018). Notícias STF. *Audiência Pública Sobre Descriminalização Do Aborto Prossegue Na Segunda-Feira (6)*, p. 70175. Retrieved from <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verImpressao.asp>
- UNFPA. (2014). *Programme of Action of the International Conference on Population Development. Report*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- UNFPA. (2018). *Gravidez na Adolescência no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas*.
- United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. *Economic & Social Affairs*.
- Veras, T. C. da S., & Mathias, T. A. de F. (2014). Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Revista Da Escola de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300003>
- Victora, C. G., Aquino, E. M., Do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Barros, F. C., & Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
- Vogel, L. (2018). More doctors providing abortion after federal rules change. *Canadian Medical Association Journal*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5552>
- WHO. (2018). *Medical Management of Abortion. Obstetrics & Gynecology* (Vol. 109). Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181e8b073>
- World Health Organization. (2014). WHO | Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. *Who*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

World Health Organization. (2018). Nota do UNFPA , ONU Mulheres , OPAS /
OMS e ACNUDH sobre a PEC 181/15, pp. 2017-2018.

Beatriz B. Barbosa 25/04/19

Data e assinatura do aluno(a)



Data e assinatura do orientador(a)