

Legalização do aborto no Brasil: pleno exercício dos direitos humanos da mulher – impacto no desenvolvimento regional

Legalization of abortion in Brazil: full exercise of women's human rights - impact on regional development

DOI:10.34117/bjdv7n3-729

Recebimento dos originais: 21/02/2021

Aceitação para publicação: 28/03/2021

Tenner Aires Rodrigues

Mestrando em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté

E-mail: tenner.ar@unitins.br

Quésia Postigo Kamimura

Professora-pesquisadora no Programa de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional - UNITAU. Doutorado e Pós-doutorado em Saúde Pública FSP-USP.

E-mail: qkamimura@gmail.com

Adriana Leônidas de Oliveira

Doutora em Psicologia - PUC/SP, Pós-Doutorado em Administração de Empresas - EAESP/FGV, professora do Programa de Pós-graduação de Administração - UNITAU.

E-mail: adrianaleonidas1@uol.com.br

RESUMO

Os direitos reprodutivos das mulheres foram marcados pelo movimento feminista desde a década de 1970, como parte dos direitos humanos. O aborto é um dos direitos contemplados através da garantia em tratados e conferências internacionais que traz como foco a autonomia feminina sobre o seu corpo. A saúde é um direito fundamental, porém, no Brasil, milhares de mulheres morrem todo ano por complicações do abortamento inseguro, pois, a legislação só permite esse procedimento em três ocorrências, isso causa impactos na saúde e também no desenvolvimento local. A negação do direito reprodutivo sem sua plenitude traz inúmeros prejuízos para a sociedade como um todo.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos; Legalização do aborto; Mortalidade materna; Saúde pública.

ABSTRACT

Women's reproductive rights have been marked by the feminist movement since the 1970s, as part of human rights. Abortion is one of the rights covered by the guarantee in international treaties and conferences that focuses on women's autonomy over their bodies. Health is a fundamental right, however, in Brazil, thousands of women die every year from complications of unsafe abortion, because the legislation only allows this procedure in three instances, this impacts on health and also on local development. The denial of the reproductive right without its fullness brings countless losses to society as a whole.

Keywords: Legalization of abortion; Maternal mortality; Public health; Reproductive rights.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente as mulheres tiveram negados no Sistema Único de Saúde - SUS direitos e liberdades, embora tenham alcançado algumas conquistas, ainda não gozam de autonomia, o domínio do próprio corpo no que se refere à reprodutividade. Isso, reflete uma estrutura patriarcalista que se sedimentou ao longo da história em diferentes sociedades.

Para Saffioti (2004), o patriarcado é um sistema de dominação e exploração que oprime as mulheres, o que se estende na relação de trabalho e do corpo, conseqüentemente, isso implica na produção e reprodução da vida.

Dessa forma, é possível afirmar que tanto a sexualidade quanto a reprodução são elementos de exploração das mulheres. A esse respeito Saffioti (2004), diz ainda que o patriarcalismo, o racismo e o capitalismo formam um único sistema que sedimenta as relações sociais de maneira incisiva, e nessas perspectivas, as escolhas das mulheres ficam centradas nesses três pilares.

O presente artigo traz alguns questionamentos sobre um direito reprodutivo da mulher, que é, por assim dizer polêmico e a legalização do aborto de forma ampla. Serão apresentados dados dos organismos nacionais e internacionais que debatem sobre o referido tema que serão analisados de forma crítico-reflexiva ao longo do trabalho.

2 DIREITOS À REPRODUÇÃO E O ABORTO

Os direitos pertinentes à reprodução e o aborto tem origem no movimento feminista que luta para que haja reconhecimento dos direitos das mulheres quanto à sua sexualidade e reprodução. Ao longo dessa jornada de luta outras pautas foram acrescentadas como o movimento *gay* que foi adquirindo outras classificações. A esse respeito tem-se o seguinte posicionamento:

A perspectiva feminista, adotada aqui, afirma que os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. (ÁVILA, 2003, p. 466).

É interessante tratar o campo da sexualidade e da reprodução de modo separado para que se assegure a autonomia de cada esfera, pois, isso, possibilita que as mesmas se correlacionem na construção social. Assim, é possível contestar a premissa de que as relações só são naturais se forem entre homens e mulheres (ÁVILA, 2003). Os direitos reprodutivos são amplos, pois, estão ligados a uma série de princípios, como estabelece Ventura (2009, p. 19):

Os direitos reprodutivos dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva; à sobrevivência e à vida; à liberdade e segurança; à não discriminação e respeito às escolhas; à informação e educação para possibilitar decisões; à autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade; à proteção social à maternidade, paternidade e família.

O reconhecimento desses direitos como parte dos direitos humanos se deu pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – ICPD, no Cairo em 1994 e pela 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher – FWCW, em Beijing, 1995. Na primeira, foram estabelecidos direitos reprodutivos que já estavam assegurados tanto nas leis nacionais quanto em documentos internacionais sobre direitos humanos. Sendo assim, estabelecidos:

[...]dos direitos básicos de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsabilmente o número, espaçamento e momento de terem seus filhos e ter informação e meios para isso, bem como alcançarem o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1995).

Outra fonte importante de conceituação sobre o tema, foi a Conferência de Beijing, ficaram assim estabelecidos como direitos reprodutivos das mulheres:

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e a decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre mulheres e homens quanto às relações sexuais e reprodutivas, incluindo total respeito à integridade das pessoas, requerem o respeito mútuo, consentimento e compartilhar responsabilidades quanto ao comportamento sexual e suas consequências. (ONU, 1996).

Embora o Brasil seja signatário dos dois dispositivos, a situação desses direitos não tem avançado, sobretudo, quanto à criminalização do aborto e à quantidade de mortes de mulheres que recorrem ao mesmo. Existe inclusive um movimento que pretende proibir os tipos de abortos que são legalizados no Brasil em casos de fatos anencéfalos e

gravidez por estupros. Muitas legislações que restringem o aborto se apoiam muitas vezes no viés religioso.

Cabe ressaltar, que há uma predominância contrária, no entanto, existe o Grupo Católicas pelo Direito de Decidir, que atua no Brasil, e que com base em preceitos teológicos se colocam como defensoras do direito das mulheres, assim, é possível afirmar que há divergência quanto a criminalização do aborto do posicionamento religioso.

Ao se comparar o aborto a outros procedimentos cirúrgicos, é um procedimento simples, se atendidas especificidades clínicas torna-se perigoso na clandestinidade, esta seria a dimensão política quanto ao tema. Existe ainda a dimensão econômica, ainda que clandestino se a mulher puder pagar, o procedimento é realizado sem grandes riscos (MESQUITA, 2000).

No ano de 2016 foi realizada uma pesquisa intitulada Pesquisa Nacional do Aborto - PNA, a qual afirmou que até os quarenta anos 1/5 mulheres alfabetizadas e moradoras de centros urbanos já fizeram ao menos um aborto. Sobre o perfil delas:

a) de todas as idades (ou seja, permanece como um evento frequente na vida reprodutiva de mulheres há muitas décadas); b) casadas ou não; c) que são mães hoje; d) de todas as religiões, inclusive as sem religião; e) de todos os níveis educacionais; f) trabalhadoras ou não; g) de todas as classes sociais; h) de todos os grupos raciais; i) em todas as regiões do país; j) em todos os tipos e tamanhos de município. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 656).

Isso demonstra que essa prática pode ocorrer com mulheres de todas as classes sociais, credos, diversos níveis de formação educacional, enfim, não, é algo restrito apenas a um grupo particular, mas é algo que está ligado ao poder decisório da mulher. Dessa forma, é preciso garantir a efetividade dos direitos acima elencados.

3 CONTEXTO NACIONAL DO ABORTO NO BRASIL

No Brasil desde meados da década de 1970, já haviam manifestações a respeito dos direitos reprodutivos das mulheres. No entanto, foi em 1980 que esses movimentos das organizações da sociedade civil que passaram a trabalhar pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. Assim, é possível afirmar que a implementação dos direitos das mulheres coincide com a luta pela redemocratização do país, portanto, o Estado, precisava dispor, atenção necessária para os temas ligados à saúde da mulher, seus direitos sexuais e reprodutivos.

Os avanços daquele período possibilitaram a criação do Programa de Atenção à Saúde Integral das Mulheres - PAISM, políticas de feminização da epidemia da Aids, entre outros. Outro avanço a ser apontado é a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde a qual estabeleceu normas gerais para acolhimento, orientação e atenção clínica para mulheres que sofreram abortos espontâneos ou as que provocaram e procuraram assistência em unidades de saúde públicas, ou privadas (BRASIL, 2010).

A legislação brasileira permite que grupos organizados busquem alterações, melhoramentos ou complementações nas leis já existentes e em vigor. Para Rocha (2006), a redemocratização no Brasil fortaleceu a sociedade civil, mesmo que nem todos os direitos conquistados tenham sido efetivados. Na democracia substancial é possível que se encontre nas desigualdades de gênero e classe, fonte para as mudanças referentes ao aborto (BOBBIO,1987).

Atualmente é possível identificar outro elemento que denota um novo tipo de desigualdade social e político, qual seja a identidade religiosa, ou em alguns casos a sua ausência. A formalização da democracia provocou mudanças ainda que parciais sobre o aborto, no entanto, não foram suficientes para alcançar aquelas mais profundas (ROCHA, 2006).

A Constituição de 1988, assegura a livre manifestação do pensamento, direito de resposta em casos de agravos, liberdade de expressão, entre outras garantias fundamentais. Todavia quando se travam debates sobre o aborto é como se houvesse uma retirada maciça desses mesmos direitos, pois, o discurso religioso aflora, como se o Brasil não fosse laico.

Após a Conferência do Cairo em 1996, os dados comprovam que o aborto seguro pautado apenas nas situações que lei permite, no caso do Brasil (com vítimas de estupros ou de fetos anencéfalos) não é suficiente para eliminar a mortalidade das mulheres que recorrem à prática do aborto inseguro, segundo o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2020) a cada dois dias uma mulher morre por complicações decorrentes de aborto, e por ano um milhão de gravidezes são interrompidas através do referido método.

Assim, é válido ressaltar que o Brasil deve assegurar o direito ao aborto, mesmo nos países onde é criminalizado, para tanto, é preciso alterar a legislação, conforme orientações da ONU, que reafirma a recomendação do Programa de Ação de Beijing (ONU,1996).

3.1. IMPACTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM DECORRÊNCIA DA LEGISLAÇÃO

No Brasil as implicações legais provenientes do aborto estão previstas no Código Penal, mais especificamente, no artigo 128, incisos I e II, que estabelecem o seguinte:

I – Aborto necessário: se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – Aborto no caso de gravidez resultante de estupro, e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, 1940).

Mesmo nos casos estabelecidos em lei, as mulheres ainda encontram dificuldade para realizar o aborto. No Brasil predomina-se o aborto clandestino, não é possível fazer a mensuração da sua dimensão, tampouco os aspectos complexos que o envolvem, entre esses é possível apontar econômicos, sociais, legais, além do psicológico, isso, representa abalos diretos na autonomia das mulheres. Essa conduta dificulta o registro do sistema de informação sobre mortalidade materna do Ministério da Saúde, desse modo, o tipo de morte é mascarado por informações falsas como infecções, hemorragias, ou causas não identificadas.

Apesar da falta de dados específicos, segundo o COFEN (2020), no Brasil acontecem aproximadamente um milhão de abortos inseguros por ano. Esses acontecem por intermédio de procedimentos sem assistência adequada e higienização do local o que pode provocar infertilidade e até a morte da paciente em decorrência das complicações do procedimento. Diante desse cenário, é possível afirmar que mesmo a criminalização imputada por lei e a previsão restrita de algumas possibilidades, não influencia na diminuição dos casos de abortamento inseguro que ocorrem no Brasil.

De acordo com uma pesquisa realizada em 2016 pelo Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – ANIS em parceria com a Pesquisa Nacional De Aborto – PNA, uma a cada cinco mulheres até os quarenta anos já fizeram pelo menos um aborto. Estas em sua maioria são casadas, têm filhos e religião, pertencem a diferentes classes sociais. Não foram inclusas adolescentes e/ou residente na zona rural (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Dados publicados pelo Ministério da Saúde expressam que entre 2007 a 2017, 500 milhões de reais do Sistema Único de Saúde foram gastos com internações por complicações de aborto inseguro. Apesar dos avanços em políticas públicas, existem problemas no Brasil quanto a implementação efetiva para que as mulheres não sofram

discriminação no acesso e na qualidade assistencial dos serviços públicos quanto à aos direitos sexuais e reprodutivos.

3.1.1 Desenvolvimento regional e aborto

Um dos maiores problemas referentes ao aborto diz respeito à questão de saúde pública, pois, acontecem de forma clandestina e insegura, e suas complicações são tratadas no SUS. Além disso, é a quinta maior causa de mortalidade materna no país e futuramente pode ocasionar problemas mais graves na estrutura social do país. O aborto no Brasil resulta de omissões como: planejamento reprodutivo; falta de informação sobre métodos e usos contraceptivos; além da ausência de serviços de saúde. Para Diniz, Medeiros e Madeiro (2017), este deve ser tratado como um problema epidemiológico e nos grupos mais vulneráveis da população, porque representa o maior risco de morbidade.

Assim, sabendo que o abortamento é um problema de saúde pública, é possível apontá-lo como algo que implica diretamente no desenvolvimento regional, pois, diante da mortalidade e dos problemas na saúde da mulher em decorrência das complicações do aborto de modo inseguro e clandestino, causa maior dispêndio no SUS e muitas vezes incapacita essas mulheres nas atividades produtivas e econômicas. Para Viana e Elias (2007), saúde e desenvolvimento estão relacionados entre si, pois, são dinâmicos e visam o crescimento econômico.

Sendo assim, não é possível descartar a saúde do contexto de desenvolvimento, pois, o impacto na vida das pessoas provoca efeitos sobre as variáveis econômicas. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil, gasta mais de 500 milhões de reais para tratar as complicações decorrentes do aborto, e esse procedimento se fosse legalizado de modo irrestrito não causaria esse *déficit* orçamentário, valor esse que poderia ser aplicado em outras áreas. Não há país que possa ser considerado desenvolvido com saúde precária, por ser parte inerente e estratégica na dimensão social do desenvolvimento, principalmente no polo econômico (GADELHA, 2007).

Ao analisar saúde x desenvolvimento, há divisão em duas dimensões: a primeira dimensão nota-se à saúde como instrumento de proteção social, fundamentado na Constituição de 1988, que afirma ser um direito de todos garantida através de políticas sociais e econômicas. No entanto, tem-se um sério problema de saúde pública como exposto, o aborto inseguro, que mata milhares de mulheres por ano, onerando a saúde, mas poderia ser menos arriscada e onerosa se não fossem as implicações penais; a segunda dimensão, está ligada à base produtiva da saúde, de bens e serviços que se

relaciona com diferentes setores da economia gerando emprego e renda, portanto, promove o desenvolvimento econômico e social do país. As duas dimensões são importantes para o desenvolvimento social e econômico de uma sociedade, porque a saúde induz o desenvolvimento (GADELHA E COSTA, 2012).

Portanto, é válido afirmar que não legalizar o aborto de forma irrestrita até 12ª semana de gestação, implica diretamente nos gastos com a saúde pública, bem como na qualidade de vida das mulheres que sofrem com sequelas com procedimento clandestinos, e isso, vai impactar no desenvolvimento regional, pois, recursos deixam de ser direcionadas para o desenvolvimento social e econômico.

3.2 LAICIDADE DO ESTADO E AS INTERFERÊNCIAS RELIGIOSAS

No que concerne a laicidade do Estado brasileiro tem o artigo 5º, VI da Constituição Federal de 1988 que diz o seguinte:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: **VI** – é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias; (BRASIL, 1988, **grifo nosso**).

Sendo assim, teoricamente o país está desagregado da religião no que se refere à atos governamentais, posto que há uma pluralidade de crenças, repousada na liberdade de cada cidadão. Assim, o Estado, deve agir de forma neutra, prevalecendo a igualdade para a manutenção da democracia. A esse respeito tem o seguinte asseveramento:

Permite, também, a cada um dos seus, individualmente, a perspectiva da escolha de ser ou não crente, de associar-se ou não a uma ou outra instituição religiosa. E, decidindo por crer, ou tendo o apelo para tal, é a laicidade do Estado que garante, a cada um, a própria possibilidade da liberdade de escolher em que e como crer, , enquanto é plenamente cidadão, em busca e no esforço de construção da igualdade. (FISCHMANN, 2012, p. 16).

Ante o exposto, ao mesmo no que diz respeito ao texto constitucional o princípio da laicidade deveria prevalecer nas decisões pertinentes ao Estado. Isso, não é assegurado sobretudo quando há determinados debates, sendo um desses sobre o aborto. Um exemplo disso foi o que ocorreu no período de vigência do mandato da Relatoria de Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva de 2012-2014, este apresentou conflito com forças religiosas isso fez com que aumentasse os desafios quanto aos direitos humanos de

autonomia sexual e reprodutiva, sendo necessário monitoramento legislativo e de movimentos sociais.

Houve, portanto, crescimento do conservadorismo religioso que se posiciona contrariamente aos direitos sexuais e reprodutivos, junto com representantes do auto escalão do Governo Federal. Significa dizer que é necessário defender a laicidade nas políticas públicas, bem como o pluralismo e diversidade de ideias do Estado Democrático de Direito.

Desde o ano de 2014, o Executivo Federal não encaminhou nenhuma proposta que ampliasse o aborto legal, em contrapartida, há projetos de lei para derrubar os casos que são permitidos no Brasil. De acordo com pesquisa realizada em 2016 pelo ANIS, 67% das mulheres que abortaram tem filhos, 88% tem religião, 56% são católicas, 25% são evangélicas e 7% representam outras religiões. Fica evidenciado que a religião não pode ser colocada como obstáculo para a legalização do aborto, pois, mulheres de diferentes religiões já realizam o procedimento e na maioria das vezes de forma insegura.

4 AMÉRICA LATINA: LEGALIZAÇÃO DO ABORTO

Segundo informações publicadas pela Organização mundial de Saúde no ano de 2018, sobre o aborto no mundo a situação da América Latina para o referido ano é que a cada mil mulheres 44 abortam, porém, apenas dos 20 países que fazem parte dessa região apenas 4 o aborto é legalizado independente do motivo.

Para a Organização *Abortion Worldwide* (2017), a América latina é a região do mundo com o maior número de aborto. São 44 a cada mil mulheres, contrapondo-se à média global que é 35 a cada mil mulheres e 76% desse tipo de procedimento é feito de forma insegura, referendada pelo Instituto GuttMacher que atua mundialmente (SINGH; *et al*, 2017).

Somente três países nas Américas do Sul e Central permitem a interrupção da gestação independentemente do motivo são eles Cuba, Guiana e Uruguai. Outros países o aborto pode ocorrer até a 12ª semana sem restrições, Porto Rico que é território norte-americano no Caribe e na Cidade do México. De acordo com o Instituto GuttMacher até o ano de 2017, em 7 países o aborto não era permitido de forma alguma, o Chile fazia parte desse grupo, mas começou a flexibilizar a legislação sobre o tema, assim restaram os seguintes países que proíbem o procedimento Salvador, Haiti, Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Suriname.

Em outros países dessa região, a interrupção da gravidez é criminalizada, no entanto, pode ser realizado em casos específicos como risco de vida para a gestante, estupro, e anomalia fetal. Nos seguintes países esse procedimento só é permitido se houver riscos para a gestante: Barbuda, Guatemala e Dominica. Para os demais países as outras exceções são aplicadas de modo mais ou menos restritivos. A legislação colombiana é mais flexível que a brasileira, pois, eles consideram a proteção da saúde física e mental da gestante. No Brasil, a legalidade é restrita aos casos de estupro, risco de morte da mãe ou feto anencefálico.

No Brasil e na Argentina existe um debate para se ampliar a legalização do aborto. O Supremo Tribunal Federal (STF) promoveu audiências públicas para debater sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF/442 que pedia a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Na Argentina, o Projeto de Lei para a descriminalização desse procedimento é até 14ª semana, em ambos países aguardam a decisão da Câmara de Deputados. Nos países da América Latina onde o aborto é legalizado é possível escolher o procedimento, até a nona semana o uso de pílulas, a partir disso, alguma cirurgia. No Uruguai é preciso ser residente por dois anos para ter acesso, na Guiana e na Cidade do México muitos profissionais falam português e como o procedimento quase não é procurado, mesmo gratuito.

4.1 NOVOS PANORAMAS PARA AS BRASILEIRAS

No ano de 2006, o STF negou o pedido de aborto legal para Rebecca Mendes, que, realizou o procedimento na cidade de Bogotá, Colômbia, nesse mesmo ano o tribunal constitucional havia descriminalizado o procedimento nos seguintes casos: de estupro; risco para a saúde da mãe; e morte do extrauterina. Atualmente se uma mulher colombiana afirmar para seu médico e psicólogo que deseja abortar porque a gravidez a está deixando ansiosa e deprimida o procedimento é realizado (O GLOBO, 2017). Vale destacar que nenhum desses profissionais podem pedir laudo psiquiátrico, conforme informações da Organização não Governamental – Profamília que é referência na realização de abortos legais.

No ano de 2017, a Colômbia realizou 10.517 procedimentos, ganhando internacional num período de redução da taxa de natalidade do país, esse procedimento também é realizado pela rede pública de saúde. Quanto a mortalidade materna das colombianas foi de 53,7 a cada 100 mil nascidos vivos (NV) em 2015, conforme o Observatório de Igualdade de Gênero da Cepal – Comissão Econômica para América

Latina e o Caribe. Quanto a média da América Latina foi de 47,8 para cada 100 mil NV, esses dados são estabelecidos de acordo com as informações dos governos federais. O Brasil, foi 59,9 a cada 100 mil NV.

Na América Central, Cuba, foi o primeiro país a legalizar o aborto, fato ocorrido em 1968. No início da Revolução cubana, ou seja, em 1959 a 1964, a lei que tratava desse assunto era mais restrita. Alguns fatores contribuíram para a legalização, primeiramente a criminalização seguida da emigração, o número de médicos aumentou no país, bem como a taxa de mortalidade materna. Atualmente o aborto é permitido até a 12^a sem exposição de motivos, existem algumas variações, até a 22^a semana em caso de estupros. Para todos os casos são preciso um diagnóstico e uma declaração por escrito do consentimento da mulher.

De acordo com dados do governo cubano foram realizados em 2017, 83.904 abortos. No mesmo ano 77,1% da população receberam métodos contraceptivos, quanto a taxa de mortalidade materna foi 41,9 a cada 100 mil NV, nesse ano, referência houve 2,6 por aborto induzido ou espontâneo. Esse número de interrupção é menor que o ano de 2016 e quase a metade do que foi registrado no ano de 1986 que foi 160.926 abortos (FONTES, 2021).

Porto Rico que é um território integrado aos Estados Unidos, permite aborto até a 12^a semana sem restrições, geralmente em clínicas particulares, figurando nas menores taxas de mortalidade materna da América Latina, em 2015, 28,8 a cada 100 mil NV (FONTES, 2021).

Na América do Sul, o Uruguai legalizou o aborto em 2012, assim: até a 12^a semana de gestação a mulher pode realizar o procedimento; casos de estupros até 14^a semana; e se houver risco de morte materna ou má formação fetal pode ser feito a qualquer tempo (FONTES, 2021).

A legalização no Uruguai foi um marco coletivo e histórico, por quase dez anos movimentos sociais defenderam esse direito, que passou a ser conhecido como “modelo uruguaio de redução de danos”. Segundo Diniz (2015), médicos e enfermeiras não podiam auxiliar as mulheres na interrupção do aborto, mas, sentiam que deviam orientá-las quanto aos riscos. Sendo permitido o aborto até a 12^a semana de gestação, em casos de estupros até 14^a semana e se houver riscos de morte materna ou má formação, a qualquer tempo.

De acordo com os dados fornecidos pela Organização não Governamental – Mujer y Salud en Uruguay – MYSU, estima-se que antes de 2012 eram feitos 16,3 mil até 33

mil abortos por ano no país; em 2013, foram realizados 7.171; em 2016 foram realizados 9.719 abortos no país, um total de 26 por dia. Em todo esse período não houve nenhuma morte por procedimentos legais ocorrendo 3 mortes por procedimento ilegal. Assim, o Uruguai apresenta a terceira menor taxa de mortalidade da região, 19,1 a cada 100 mil NV (GONZALEZ; VILELLA, 2012).

No Uruguai um problema que tem afetado quanto ao índice de abortos clandestinos diz respeito à objeção de muitos profissionais de saúde não quererem realizar o ato alegando questão de consciência, as áreas do país que mais ocorrem essa situação são a oeste com 60% e norte com 80%, conforme Organização não Governamental – Mujer y Salud en Uruguay –(2017). Para que o aborto seja realizado, ocorre: consulta médica; ecografia; equipe ginecológica; psicólogo; assistente social; e um período de reflexão de cinco dias. Em 2016, 6% das mulheres acabaram desistindo (GONZALEZ; VILELLA, 2012).

No México a legalização do aborto ficou restrita à capital, sendo realizado até a 12ª semana da gravidez e não restrição de motivos. Anteriormente, só era permitido em casos de risco de vida materna, estupro ou má formação fetal (BRASIL, 2017).

Com essa legalização mexicana para o aborto, muitos estados passaram a alterar suas legislações para proteger o direito à vida do nascituro, para o *Center for Reproductive Rights*, isso, pode implicar em restrições futuras. Outros estados flexibilizaram os casos de legalização.

Conforme os dados produzidos pelas organizações que ajudam mulheres a terem aborto legal, 36% das grávidas que recorrem a procedimentos clandestinos no México precisam de atendimento hospitalar, porém, desse total 25% não chega aos hospitais. Quando se trata das mulheres campesinas a porcentagem é de 45%, quanto às mulheres que residem na capital, o percentual é de 0,68%. Segundo essas instituições, do ano de 2007 que foi legalizado o aborto até 2016, foram realizados 164.954 de procedimentos no Distrito mexicano.

O Chile tinha uma legislação bastante severa quanto ao aborto, desde 1989, todas as formas desse procedimento eram proibidas. Em 2017 o Congresso aprovou a lei que autoriza o procedimento em casos de estupro, risco de vida materna e má formação fetal. Segundo a Organização não Governamental – Miles Chile, apesar da ilegalidade, estima-se que 70 mil abortos eram realizados por ano antes da mudança na lei. Segundo a Miles Chile entre 2010 a 2014, 497 pessoas foram condenadas pela prática do aborto consentido,

sendo 86% de mulheres e 14% homens, o índice de mortalidade da região 15,5, a cada 100 mil NV (MONTES, 2017).

A Bolívia também alterou seu Código Penal, ampliando a descriminalização do aborto, em alguns casos já era permitido como estupro, incesto risco de morte da mãe, a mudança atual permite que se realize o procedimento se o risco de vida para a mãe for atual ou futuro, ou ainda se for criança, adolescente ou se for responsável pelo cuidado de outras pessoas. No entanto, o presidente Evo Morales acabou por vetar o texto completo. Segundo a Organização não Governamental – IPAS, que atua pelos direitos reprodutivos na Bolívia estima-se que 185 mulheres fazem abortos inseguros todos os dias no país (DREZETT; PEDROSO, 2012).

Percebe-se que muitos países da América Latina possuem legislação restrita quanto à legalização do aborto, o que provoca mortes de mulheres em decorrência dos procedimentos clandestinos, sem falar que as complicações dos mesmos são resolvidas no sistema de saúde.

4.2 ÍNDICES DE REFERENTES AO ABORTO NO BRASIL

No ano de 2017, foram realizados, segundo o Ministério da Saúde, 1.636 abortos legais esses índices são calculados a partir das informações de atendimentos realizados no SUS ajustados por fatores estatísticos, porém, esses dados contam apenas abortos realizados em concordância com a legislação (estupro, risco de morte para a mãe e feto anencéfalo).

O Ministério da Saúde não detalhou quais foram os tipos de abortamento, apenas os enquadrados como abortos legais. Um ponto que foi exposto no sítio governamental é que entre os anos de 2011 e 2016, foram 4.262 adolescentes de 10 a 19 anos que tiveram gestações resultantes de estupro com NV, sendo que, por ano, são mais de 700 jovens que têm seu direito legal negado e 68% das adolescentes que foram estupradas e tiveram a gestação mantida, tiveram como autor da violência um familiar (MARINHO E PASSOS, 2017).

Segundo uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 7,1% dos estupros resultaram em gravidez. Desse percentual, 19,3% das vítimas adultas conseguiram realizar o aborto legal, sendo 5% quando adolescentes e 5,6% quando crianças, pois, nesses casos só podem ser feitos se houver concordância da menor e do responsável.

Quanto ao abortamento em decorrência de fetos anencéfalos, o Ministério da Saúde, afirmou que houve uma flutuação nos dados de 2006 a 2016 de 500 a 420 nascimentos de fetos com essa condição (BRASIL, 2017).

4.1.2 Internações por aborto ilegal e os custos para o Sistema Único de Saúde

O governo federal não possui dados sobre o número de abortos ilegais no Brasil, até porque é crime, e como já exposto só há três previsões legais, no entanto, há indicativos que auxiliam na contabilização dos procedimentos clandestinos. Segundo o Datasus, em 2017, registrou-se 177.464 de curetagens procedimento realizado pós-aborto. No mesmo ano também foram realizadas 13.046, aspiração manual intrauterina, que é o esvaziamento do útero, feito depois do aborto, essas duas ações totalizaram 190.510 internações (BRASIL, 2017).

Os números acima mencionados dizem respeito aos atendimentos por abortamento sejam espontâneos ou clandestinos, entretanto, estima-se que 2/3 desse total sejam de procedimentos ilegais. Segundo Villela e Lago (2017), embora tenha havido uma diminuição de procedimentos de curetagem no Brasil, as taxas de abortos para cada cem partos continuam a mesma, em 2016 fora 11,7 para 100 partos, equivalente ao que ocorreu em 2012, 11,24.

4.1.3 Aborto ilegal e os custos para o sistema de saúde

De acordo com o Instituto GuttMacher (2017), os abortos acontecem de modo semelhante em países com restrições contrapondo àqueles com regulamentos flexíveis.

Um dos procedimentos mais comuns no Sistema Único de Saúde é a curetagem, 3,9% dos 4.570.216 de cirurgias realizadas em 2017, ficando em defasagem apenas para os procedimentos cirúrgicos múltiplos 213.203 e parto cesariano 653.097. No ano de 2017, foram gastos com curetagem 37,97 milhões, nos anos anteriores os valores também foram equivalentes 2015 (38,8 milhões) e 2016 (37,2 milhões), em contrapartida, o valor da aspiração tem custo de R\$ 120,00, sendo que a média por ano dessa despesa fica em torno de 1,56 milhão. Essas informações demonstram que o sistema público de saúde tem despesas significativas por consequência do abortamento ilegal.

Segundo um estudo publicado em 2014 pelo Instituto GuttMacher estima-se que os procedimentos no pós-aborto tenham custado para os países em desenvolvimento US\$ 232 milhões. Outra pesquisa realizada em 2014 “*The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*”, afirma que há precariedade no atendimento de

mulheres, que se todas as mulheres que precisaram de atendimento em decorrência do aborto tivessem tido acesso aos procedimentos hospitalares os custos seriam de US\$ 562 milhões, oposto a estes valores, se todos os abortos fossem legalizados, estes custos cairiam para US\$ 20 milhões. No Brasil o custo com abortos legais foi de R\$ 360 mil por ano.

4.2 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O ABORTO NO BRASIL

Segundo pesquisa publicada pelo IBGE (2017), são pertinentes aos índices de abortos realizados por região: na Região Norte representa 10.1%, ou seja, 108.000; na Região Nordeste o percentual é 39.2% cujo total é 419.000; Região Centro-Oeste apresenta o seguinte 5.1% equivalendo a 55.000; Região Sudeste possui o seguinte índice 38.5%, com o total de 412.000. Por fim; Região Sul, apresenta 6.9% com total em 74.000.

Há ainda os dados referentes ao nível de escolaridade das mulheres que fazem aborto no país, assim representado pelo gráfico a seguir elaborado pela Huffpostbrasil, tendo por base a pesquisa publicada pelo IBGE (2017), 33% não tem instrução, 33% tem ensino médio completo, 24% tem fundamental completo e 10% tem nível superior completo.

Outros levantamentos foram feitos com relação à cor e religião, segundo o estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Aborto no ano de 2016, 24% das mulheres que foram entrevistadas se declararam indígenas, 15% negras, 14% pardas, 13% amarelas e 9% brancas. Do total das entrevistadas 15% das mulheres que abortaram já tinham filhos, 13% se declararam católicas e 10% de outra religião cristã. Considerando a 2.002 mulheres entrevistadas 48% precisou de internação para finalizar o aborto (IBGE, 2017).

Diante do que foi exposto, percebe-se que o estado age por negligência com relação ao aborto de forma irrestrita, visto que este é considerado um dos maiores problemas de saúde pública do país, o que piora a situação é que não políticas públicas adotadas para o enfrentamento do mesmo.

4.3 MORTES EM DECORRÊNCIA DO ABORTO

O aborto é 5ª causa de morte materna no Brasil. No ano de 2016, das 1.676 mortes oriundas de problemas relacionadas à gravidez e parto ou ocorridas até 42 dias depois, 127 foram por abortos (BRASIL, 2016). Sendo assim discriminadas afecções obstétricas 500; edema 341; complicações do trabalho de parto e do parto 260; complicações do puerpério 246. Ficam evidenciados fatores de desigualdade social uma vez que,

ocorreram 559 mortes de mulheres brancas e 1.079 mortes de mulheres negras (MARINHO; PASSOS, 2017).

O Datasus enquadra a morte materna como Classificação Internacional de Doença – CID -10, dessa forma é possível estabelecer comparações com outros países. Para o Ministério da Saúde existe um problema que é a subnotificação, sobretudo, em casos de aborto. De acordo com Ministério da Saúde, as mortes maternas não sofreram muitas oscilações nos últimos anos, entre 1990 a 2015, o indicador mostra uma redução de 143 para 62 óbitos para cada 100 mil NV. Nos países em que houve a descriminalização do aborto foram 148 mortes a cada cem mil NV em 1989 (até esse momento não havia sido legalizado de modo irrestrito), caindo para 9 óbitos em 2002, com a legalização ampla (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018). Segundo o Instituto Guttmacher, na África do Sul as mortes antes da legalização eram 425 em 1994 para cada cem mil NV, caindo para 40 de 1999 a 2001, após a mudança na legislação em 1996.

Conforme o Instituto Guttmacher (2017), os procedimentos de abortos clandestinos matam 22 mil mulheres todos os anos no mundo inteiro, se os tratamentos fossem aplicados de modo integral o número seria 9 mil mortes, e, caso o aborto fosse descriminalizado, o número de mortes seria 400 por ano. Fica evidenciado, portanto, que se o aborto fosse legalizado o haveria redução das mortes maternas, como também o custo com o tratamento por complicação.

5 AVANÇOS E RETROCESSOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO PARA O ACESSO AO ABORTO

A Lei 12.845, foi promulgada em 2013, a mesma regulamenta o atendimento integral, obrigatório para pessoas que sofreram violência sexual. Impondo aos hospitais prestar atendimento multidisciplinar, assim como, anticoncepção de emergência, diagnóstico e tratamento das lesões do aparelho genital, psicológico e social, prevenção e combate às doenças sexualmente transmissíveis, realização do exame de HIV, além do acesso a informações legais. Outra medida disciplinada na lei é a profilaxia de gravidez inclui informações sobre o aborto legal para as vítimas de estupros.

Muitos movimentos conservadores se opuseram a esta lei, e ainda tentam revogar essa decisão. Após dois dias de publicada a Portaria 415 do Ministério da Saúde que incluía o aborto legal na tabela de serviços do SUS, que configuraria um avanço no acesso aos serviços de abortamento seguro, houve a revogação da mesma, devido à pressão dos parlamentares que compõem a “bancada evangélica”. Esse recuo provou uma série de

manifestações e uma nota de repúdio de organizações da sociedade, referendada pela Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva e pela Plataforma de Direitos Humanos – Dhesca Brasil.

Vale destacar que o estupro é crime tipificado em lei e é considerado um problema de saúde pública, segundo o Anuário da Violência (2018), foram 66 mil vítimas de estupros no referido ano, estima-se que a cada 12 segundo uma mulher sofre violência sexual. Conforme o referido estudo, 53,8% das vítimas foram mulheres de até 13 anos, resta demonstrado que esse tipo de violência é um grave problema de saúde pública e social. A Portaria revogada trazia os seguintes atendimentos:

9 Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social. Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida. (BRASIL, 2013).

A Portaria revogada trazia direitos pertinentes à dignidade sexual e reprodutiva para as mulheres brasileiras. A referida portaria possuía conformidade com o Decreto 7.958/2013 que estabelecia as diretrizes para atendimento de violência sexual pelos profissionais de saúde e de segurança pública. Com os procedimentos adequados facilitariam os dados estatísticos o que contribuiria para o desenvolvimento de políticas públicas além de diminuir as subnotificações.

Assim, quando se trata do abortamento nos casos tanto irrestritos quanto legais, a própria lei vem sofrendo resistência de setores conservadores que são contrários a autonomia feminina no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Todo esse conservadorismo religioso é oposto a laicidade do estado democrático de direito estabelecido na Constituição Federal de 1988. Sendo assim, é dever do Estado garantir e proteger os direitos das mulheres se opondo a tais iniciativas conservadora e contrárias à saúde sexual e reprodutiva. Isso é necessário para que se consolide o estado democrático de direito que cumpre as leis vigentes e os acordos dos quais é signatário, bem como as políticas de saúde voltadas para as mulheres, posto que, é seu direito à igualdade, não devendo ser discriminado.

Outra situação motivada por setores mais conservadores do parlamento brasileiro foi a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI do Aborto nº 21/13 como ficou conhecida, instaurada em 2013. Segundo a comissão havia interferência financeira

de organizações estrangeiras para pressionar o Brasil a votar uma agenda que não fazia parte de seu interesse. O texto da comissão pedia que quatro organizações da sociedade civil brasileira fossem investigadas – Centro Feminista de Estudos e Assessoria - CFEMEA, Rede Feminista de Saúde, Católicas pelo Direito de Decidir no Brasil - CDD e IPAS, pois, segundo a denúncia estas teriam recebido financiamento das seguintes instituições internacionais – Fundação MacArthur, Fundação Ford, Fundo de Ação para o Aborto Seguro - SAAF, Federação Internacional de Planejamento Familiar - IPPF e a Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM. Os requerentes da comissão esclareceram que a iniciativa se deu no âmbito da Frente Parlamentar Evangélica do Congresso Nacional e da Frente Mista em Defesa da Vida.

Para Vital e Lopes (2012), os discursos religiosos como estão sendo impostos, se configuram como produto da verdade, assim como a ciência. Sendo assim, a religião e a ciência estariam no mesmo patamar, ou seja, a verdade. De certa forma, são forças antagônicas nesse cenário, pois, pelos vieses políticos e filosóficos a religião não deve fazer parte das decisões políticas e sociais, pois, a ciência é o lugar da verdade. Portanto, a CPI do aborto ameaça diretamente alguns direitos fundamentais do estado democrático.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de 1990 os direitos sexuais e reprodutivos passaram a fazer parte da pauta internacional, através da assinatura de tratados internacionais de direitos humanos, e o Brasil por ser signatário desses acordos, assumiu obrigações para implementá-los.

No ano de 1993 foi realizada a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, em Viena, a qual enfatizou os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos, e assim sendo, devem ser incluídos na política de direitos humanos das nações que assinaram o acordo. No ano de 1994, na cidade do Cairo, foi realizada a Conferência Internacional de População em Desenvolvimento – CIPD a qual consagrou os direitos reprodutivos como direitos humanos, reconhecendo o aborto inseguro como um problema severo de saúde pública.

A Conferência Mundial sobre Mulheres realizada em Pequim, em 1995, reconheceu que as mulheres precisavam se empoderar para superar os desequilíbrios provocados pelo patriarcado. Orientou que as nações eliminassem as leis que puniam as mulheres que praticavam o aborto inseguro, além de garantir o acesso a serviços de saúde para tratar das complicações decorrentes do aborto.

O que ficou estabelecido nessas conferências foi a inclusão do direito à integridade corporal, direito individual de viver a sexualidade de forma plena e satisfatória, tomar as decisões reprodutivas e livres pressão, violência ou criminalização, de modo que questões culturais/religiosas e morais não interfiram nos comportamentos sexuais e reprodutivos.

Conforme exposto o aborto é quinta causa de morte materna no Brasil. O país conseguiu acrescentar três possibilidades de abortamento legal no Código Penal brasileiro de 1940, quais sejam: risco de morte para a mulher, estupro e feto anencéfalo. No entanto, esses direitos não são esclarecidos para as mulheres e sofrem forte pressão de grupos conservadores.

As recomendações internacionais são pragmáticas, pois abordam o tema do aborto como autonomia reprodutiva das mulheres, por se tratar de saúde pública. Esses documentos afirmaram que as leis punitivas violam os direitos humanos das mulheres, por limitar o controle de seu corpo, impondo a elas a continuidade de uma gestação contrária à sua vontade.

Atualmente tramita no Congresso Nacional um projeto de lei complementar – PLS 236/2012, elaborado por juristas que é indicada pelo Senado Federal que propõe uma reforma no Código Penal, umas das alterações seria o afastamento da ilicitude quando o aborto for realizado até 12ª semana de gestação sem restrição de motivos como ocorrem em vários países, visto que está em acordo com os documentos internacionais assinados pelo país, e de acordo com o compromisso firmado pelo governo federal no Plano Nacional de Direitos Humanos III (2010), de “implementar mecanismos de monitoramento dos serviços de atendimento ao aborto legalmente autorizado, garantindo seu cumprimento e facilidade de acesso”¹²; e de “considerar o aborto como tema de saúde pública, com a garantia do acesso aos serviços de saúde”, recomendando ao poder legislativo a adequação do Código Penal para a legalização do aborto.

Também está referendado na versão anterior do Plano Nacional de Direitos Humanos PNDH II de 2002, que visa o alargamento dos dispositivos que permitem a prática do aborto legal, compromisso assinado pelo país na Plataforma de Ação de Pequim. No entanto, o texto foi suprimido por pressões de grupos religiosos sobre o Poder Executivo.

Vale frisar que o debate culminado com a legalização do aborto no Brasil até 12ª semana de gestação é de assegurar um direito constitucional, além de solucionar grave problema de saúde pública, e custos com a saúde pública em decorrência das complicações desse tipo de procedimento seriam reduzidos drasticamente.

Punir e discriminar mulheres que procuram o aborto seguro, é penalizá-las. A decisão de interromper a gestação é de cunho pessoal, e ao se adotar tais comportamentos, podem causar na mulher, danos irreversíveis tanto físicos quanto mentalmente. A sociedade tem falhado na capacidade de promover condições de educação, cidadania, planejamento reprodutivo, violência de desigualdades de gêneros e isso se concretiza em gravidezes indesejadas.

Diante do que foi exposto, ilustrado com os números que comprovam que a dimensão do aborto inseguro como problema de saúde pública, demonstra que deve ser priorizado por governantes, legisladores e sociedade civil, seja por reforma na legislação ou educação. Sendo Assim, o Estado, deve garantir às mulheres as condições de saúde adequadas, direito esse que está dentro do mínimo existencial e que, portanto, não deve ser negado sob a justificativa de preceitos morais e religiosos e/ou subjetivos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf. Acesso em: 16 de fev. 2021.

ÁVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para a política de saúde.**

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política.** Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: paz e terra, 1987.

BRASIL, **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL, Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 14 jul. 2020.

BRASIL, Lei 12.845/2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.** Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/lei-no-12845-2013-dispoe-sobre-o-atendimento-obrigatorio-e-integral-de-pessoas-em-situacao-de-violencia-sexual/#:~:text=Lei%20N%C2%BA%2012845%2F2013%20E2%80%93%20Disp%C3%B5e,Portal%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde> Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 415 de 21 de maio de 2014. **Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL, PAISM. Cartilha “A gravidez não acontece só na barriga da gente. Gravidez, parto e pós-parto”. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI (Fundo Hildete Pereira de Melo, Arquivo Nacional – RJ).

BRASIL, Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, Petição Inicial. Relatoria: Ministra Rosa Weber, Brasília, 08 de março de 2017. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5144865> Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Governo Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 17 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde**. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html Acesso em: 27 fev. 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2. 2003.

DREZETT, JEFFERSON; PEDROSO, DANIELA. Aborto e violência sexual. **cienc. cult.**, São paulo, v. 64, n. 2, p. 35-38, jun. 2012. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.21800/s0009-67252012000200015>.

FISCHMANN, R. **“Estado Laico, Educação, Tolerância e Cidadania ou simplesmente não crer”**. Factash Editora, 2012.

FONTES, R. Argentina e brasil: a questão do aborto e os direitos reprodutivos das mulheres. **Observatório Feminista de Relações Internacionais**. Disponível em: <https://ofri.com.br/argentina-e-brasil-a-questao-do-aborto-e-os-direitos-reprodutivos-das-mulheres/> Acesso em: 16 fev. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 7º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>, 2013.

FRIGO; *et al.* Relatoria em Direitos Humanos: Informe: 2012-2014. Curitiba: **Terra de Direitos**, 1ª ed, 2015.

GADELHA C.A.G. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. *Ciência Saúde Coletiva* 2003; 8:521-35

GADELHA, C.A.G.; COSTA L.S. **Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios**. *Rev Saúde Pública* 2012; 46 Suppl 1:13-20

GONZALEZ, M.; VILELLA, P. Uruguay despenaliza el aborto pero continúa infantilizando a las mujeres 2012 **Pikara**. Disponível em: <https://www.pikaramagazine.com/2012/10/uruguay-despenaliza-el-aborto-pero-continua-infantilizando-a-las-mujeres-la-ley-exige-a-las-mujeres-pasar-por-un-comite-interdisciplinario-de-profesionales-y-cumplir-un-plazo-de-reflexion/> Acesso em: 20 jan. 2021.

indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013:

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016. Disponível em: . Acesso em: 13 fev 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. atual. e ampl. ed., 2010

MONTES, Congresso do Chile aprova lei que permite aborto ao menos em caso de estupro. **El País**, 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/03/internacional/1501732590_533051.html Acesso em: 17 fev. 2021.

O GLOBO, **Mulheres apoiam grávida que pediu aborto ao STF: #PelaVidaDeRebeca**. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/mulheres-apoiam-gravida-que-pediu-aborto-ao-stf-pelavidaderebeca-22108651> Acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf> Acesso em: 17 jan. 2021.

ONU. PNDH III - Objetivo estratégico III: Garantia dos direitos das mulheres para o estabelecimento das condições necessárias para sua plena cidadania In: Resolução nº 4, de 11 de março de 2020 Publicado em: 27/03/2020, Edição: 60, Seção: 1. Página: 80.

ONU. Propostas de ação governamental para MULHERES do PNDH II, In: Resolução nº 4, de 11 de março de 2020 Publicado em: 27/03/2020, Edição: 60, Seção: 1. Página: 80.

ONU. **Report of the Fourth World Conference of Women, Beijing**. Nova York: Nações Unidas (n. 96. IV. 13), 1996.

ONU. **Report of the International Conference of Population and Development, Cairo**. Nova York: Nações Unidas (n. 95 XIII. 18), 1995.

ROCHA, M. I. B. da. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 369-374, Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SINGH, S. *et al.* **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress**. Nova Iorque: Guttmacher Institute. 2017.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VIANA, AL; ELIAS, PE. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, Suplemento, p. 1765-1776, 2007.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025. Acesso em: 05 jun. 2020.

VITAL DA CUNHA, Christina; LOPES, Paulo Victor Leite. *Religião e Política: uma análise da atuação de parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2012, 232pp.