

**EXCELENTÍSSIMA SENHORA MINISTRA ROSA WEBER, EMINENTE  
RELATORA NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO  
FUNDAMENTAL Nº 442**

**ADPF nº 442**

**CENTRO ACADÊMICO AFONSO PENA (CAAP - UFMG)**, pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação sem fins lucrativos, órgão de associação e de representação dos membros do corpo docente da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o nº 17.390.964/0001-96, neste ato representado, na forma de seu Estatuto Social, por sua presidente VICTORIA REZENDE FAGUNDES DE ALBUQUERQUE, em parceria com a **DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA DA UFMG (DAJ - UFMG)**, órgão complementar vinculado à Faculdade de Direito, incumbido de prestar assessoria jurídica a pessoas hipossuficientes, e com a **CLÍNICA DE DIREITOS HUMANOS DA UFMG (CdH - UFMG)**, programa de extensão vinculado à **DAJ - UFMG** que tem por finalidade atuar em casos de violações a direitos humanos, todos com sede à Avenida João Pinheiro, nº 100, Bairro: Centro, CEP 30130-180, Belo Horizonte/MG, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por meio de suas procuradoras subscritoras, conforme procuração anexa (Doc. 01), com fundamento no art. 6º, §2º da Lei nº 9.882/1999, no art. 7º, §2º da Lei nº 9.868/1999, no art. 138 do Código de Processo Civil, e no art. 169 e seguintes do Regimento Interno deste Excelso Supremo Tribunal Federal, requerer sua admissão na qualidade de

**AMICUS CURIAE**

nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 442, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade - PSOL, com o objetivo de que seja reconhecida a não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal, para excluir do seu âmbito de incidência a interrupção da gestação realizada nas primeiras 12 (doze) semanas, pelos fundamentos expostos adiante.

## 1. DA REPRESENTATIVIDADE DOS POSTULANTES

O Centro Acadêmico Afonso Pena é órgão de associação e de representação dos membros do corpo discente da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Possui como uma de suas competências apoiar movimentos estudantis e sociais que estejam fundados em princípios democráticos e objetivam valorizar o bem estar da comunidade ou defender os interesses nacionais (art. 2º, “d”, do Estatuto do CAAP - Doc. 02).

Em obediência ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, previsto no art. 207, *caput*, da Constituição Federal, o CAAP busca uma atuação de intervenção social por meio do ensino jurídico.

A Divisão de Assistência Judiciária realiza orientação jurídica, advocacia preventiva na busca de soluções extrajudiciais para os conflitos, e ajuizamento e acompanhamento de ações judiciais de forma gratuita e voltada à população hipossuficiente de Belo Horizonte, tendo como principais propostas atuar na busca da efetivação dos direitos fundamentais, bem como proporcionar aos alunos do curso de graduação da Faculdade de Direito da UFMG a oportunidade de exercer a prática da advocacia em áreas de relevância social. Desse modo, a DAJ se destina à formação de profissionais capazes de refletir criticamente sobre o Direito e de promover uma atuação de impacto social, por meio da defesa e valorização dos direitos humanos.

A Clínica de Direitos Humanos é um Programa de Pesquisa e Extensão que utiliza o método da advocacia estratégica em seu trabalho, em consonância com a legislação, jurisprudência e tratados internacionais em direitos humanos dos quais o Brasil é signatário, e tem como objetivo defender e promover direitos humanos, buscando uma perspectiva crítica e interdisciplinar, adotando linhas de ação tanto no âmbito judicial quanto extrajudicial. Quando se trata de uma violação sistemática e/ou inserida nas estruturas estatais, como ocorre no caso da criminalização do aborto, a atuação da CdH se dá a partir do contato com a rede de proteção de direitos humanos. O trabalho se desenvolve considerando as seguintes possibilidades de ação: a) articulação com redes de proteção envolvendo movimentos sociais, agentes/órgãos estatais e entidades da sociedade civil; b) proposição de mudanças em práticas e estruturas institucionais; c) incidência em processos legislativos; d) acompanhamento de demandas individuais ou coletivas judicializadas; e) divulgação de pautas e mobilização por

meio de recursos de comunicação; f) elaboração de documentos técnicos: pareceres, notas técnicas, estudos e Amici Curiae; g) desenvolvimento de pesquisa sobre determinadas temáticas; h) oferecimento de denúncias; i) promoção e organização de eventos acadêmicos; e j) internacionalização de casos, quando possível.

O programa procura trazer para o âmbito da comunidade acadêmica questões sensíveis que envolvem o acesso a direitos humanos, promovendo o diálogo entre profissionais, estudantes e membros da comunidade. Desse modo, as atividades desenvolvidas promovem uma formação humanística e complexa dos estudantes, por meio da compreensão das diversas possibilidades de proteção a direitos fundamentais no âmbito nacional e internacional, do desenvolvimento de habilidades amplas e plurais, especialmente quanto à definição de estratégias, identificação da repercussão social e legal de demandas, e produção científica e técnica.

Demonstrada, portanto, a representatividade dos postulantes, diante da finalidade de promover o ensino da advocacia crítica, pautada pela defesa de grupos vulneráveis, garantia de direitos fundamentais e consolidação de igualdade social.

## **2. DA RELEVÂNCIA DA MATÉRIA**

A ADPF nº 442 requer a declaração de não recepção parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal, que criminalizam a prática de interrupção da gravidez, com a consequente descriminalização do aborto realizado até a décima segunda semana de gestação.

A relevância da matéria em debate é evidenciada diante de seu impacto social, sobretudo no que diz respeito aos direitos das mulheres. O aborto se relaciona diretamente com a autonomia, integridade física e psicológica das mulheres, e, deste modo, a criminalização dessa conduta provoca graves impactos ao direito à saúde.

A interrupção da gravidez ocorre ainda que a conduta seja criminalizada, o que acarreta drásticas consequências à vida de milhares de mulheres e pessoas que engravidam<sup>1</sup> que se veem obrigadas a se submeterem a procedimentos cirúrgicos em clínicas clandestinas

---

<sup>1</sup> No presente Amicus Curiae utilizou-se majoritariamente o termo *mulheres* para se referir às pessoas que podem engravidar e, conseqüentemente, optar pelo interrompimento da gestação. Entretanto, é fundamental considerar que este grupo não é composto apenas por mulheres, vez que homens transexuais e pessoas de identidade não binária - que não se reconhecem enquanto homens ou mulheres - também podem viver uma gestação e, conseqüentemente, decidir interrompê-la. A fim de respeitar a identidade de gênero e a autonomia reprodutiva dessas pessoas, destaca-se que a argumentação desta peça se volta à defesa dos direitos de todas as mulheres e pessoas que engravidam, ainda que não se faça tal referência em todo o texto.

que não possuem a segurança e as condições de higiene necessárias, colocando em risco sua saúde. **O aborto é um fato da vida reprodutiva das mulheres e uma necessidade de saúde que precisa ser considerada pelo Poder Público.** Sua descriminalização terá o potencial de garantir que seja respeitado o direito das mulheres à autonomia para as decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva, assegurando sua liberdade e evitando sua submissão às diversas formas de violência que hoje permeiam sua experiência sexual, reprodutiva e gestacional, e que atingem principalmente as mulheres negras e pobres, que mais sofrem com os impactos das desigualdades de gênero, raça e classe.

A presente demanda, portanto, se relaciona diretamente com a efetivação dos direitos humanos garantidos pelo Estado Democrático de Direito. Diante da importância do tema, é essencial que se amplie o debate, por meio da participação de entidades e instituições que efetivamente representem os interesses e valores essenciais de diversos segmentos sociais.

### 3. MÉRITO

#### 3.1 Do Controle de Convencionalidade

##### 3.1.1 *O direito internacional dos Direitos Humanos e seus mecanismos de aplicação no ordenamento jurídico interno dos países*

O processo de elaboração e ratificação de tratados internacionais de Direitos Humanos partiu, segundo Mac-Gregor<sup>2</sup>, de uma necessidade, surgida depois do pós-Segunda Guerra, de que houvesse garantias, para além da legislação constitucional própria de cada Estado, de cumprimento dos pressupostos básicos de Direitos Humanos. Para o autor, este foi o início de um processo de profundas mudanças na maneira como os países se relacionam: as ligações tornaram-se mais complexas, e a existência de diferentes ordens jurídicas, que se organizavam em níveis distintos, deu lugar ao chamado *transconstitucionalismo*.

Comienza un proceso de internacionalización del derecho constitucional (de los derechos humanos). El derecho internacional, que se encontraba fundamentado en las relaciones de los Estados y no en la protección de los individuos, inicia una transformación importante. Surge así el derecho internacional de los derechos

---

<sup>2</sup> MAC-GREGOR, Eduardo Ferrer. *El Control Difuso de Convencionalidad en el Estado Constitucional*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Cidade do México: 2010. Disponível em: <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2873/9.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

humanos, donde la interacción entre los derechos internacional, constitucional y procesal resulta evidente, lo que también provoca nuevos entendimientos con el tradicional concepto de “soberanía” y de los Estados nacionales.<sup>3</sup>

Essa mudança foi fruto, segundo Piovesan<sup>4</sup>, do novo paradigma jurídico que surgiu na América Latina no período de redemocratização desses países, na década de 1980. A necessidade do estabelecimento de normas de proteção aos Direitos Humanos se consolidou com a elaboração da Convenção Interamericana de Direitos Humanos (também chamada de Pacto de San José da Costa Rica), em 1969, e com as reformulações do direito interno dos países signatários do Pacto para a incorporação de suas diretrizes. Para Piovesan:

O sistema regional interamericano simboliza a consolidação de um “constitucionalismo regional”, que objetiva salvaguardar direitos humanos fundamentais no plano interamericano. A Convenção Americana, como um verdadeiro “código interamericano de direitos humanos”, foi acolhida por 25 Estados, traduzindo a força de um consenso a respeito do piso protetivo mínimo e não do teto máximo de proteção. Serve a um duplo propósito: a) promover e encorajar avanços no plano interno dos Estados; e b) prevenir recuos e retrocessos no regime de proteção de direitos.<sup>5</sup>

O entendimento de que esse sistema internacional de proteção aos Direitos Humanos é parte efetivamente integrante do ordenamento jurídico dos países signatários dos tratados internacionais motivou o desenvolvimento da chamada *Teoria do Controle de Convencionalidade* pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). O conceito apareceu pela primeira vez na jurisprudência da Corte no julgamento do caso *Almonacid Arellano v. Chile*<sup>6</sup>, em 2006, e dispõe sobre a necessidade de que os agentes do Estado

<sup>3</sup> “Começa um processo de internacionalização do Direito Constitucional (dos Direitos Humanos). O direito internacional, que se encontrava fundamentado nas relações dos Estados e não na proteção dos indivíduos, inicia uma transformação importante. Surge assim o direito internacional dos direitos humanos, em que a interação entre os direitos internacional, constitucional e processual é evidente, provocando também novos entendimentos sobre o tradicional conceito de “soberania” dos Estados nacionais.” (tradução nossa). Idem, p. 159-160.

<sup>4</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e Diálogo entre Jurisdições. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*. São Paulo, n. 19, jan/jun, 2012. Páginas 67-93. Disponível em: <[http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-19/RBDC-19-067-Artigo\\_Flavia\\_Piovesan\\_\(Direitos\\_Humanos\\_e\\_Dialogo\\_entre\\_Jurisdicoes\).pdf](http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-19/RBDC-19-067-Artigo_Flavia_Piovesan_(Direitos_Humanos_e_Dialogo_entre_Jurisdicoes).pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

<sup>5</sup> Idem, p. 83.

<sup>6</sup> “A Corte tem consciência de que os juízes e tribunais internos estão sujeitos ao império da lei e, por isso, são obrigados a aplicar as disposições vigentes no ordenamento jurídico. Mas quando um Estado ratifica um tratado internacional como a Convenção Americana, seus juízes, como parte do aparato estatal, também estão submetidos a ela, o que os obriga a velar para que os efeitos das disposições da Convenção não se vejam diminuídos pela aplicação de leis contrárias a seu objeto e a seu fim e que, desde o início, carecem de efeitos jurídicos. Em outras palavras, o Poder Judiciário deve exercer uma espécie de “controle de convencionalidade” entre as normas jurídicas internas aplicadas a casos concretos e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos. Nesta tarefa, o Poder Judiciário deve levar em conta não apenas o tratado, mas também a interpretação que a Corte Interamericana, intérprete última da Convenção Americana, fez do mesmo.” Corte

adequem o ordenamento jurídico interno aos termos ratificados por aquele país nos tratados internacionais de direitos humanos – sobretudo a Convenção Interamericana de Direitos Humanos.

O Brasil, enquanto signatário da Convenção desde 1992, fica submetido ao dever de exercício do Controle de Convencionalidade – que, segundo as diretrizes da Corte<sup>7</sup>, compreende não apenas o dever *ex officio* de interpretar as normas segundo as disposições convencionadas no tratado internacional, mas também de seguir as orientações jurisprudenciais adotadas pela Corte, órgão máximo de interpretação do texto da Convenção.

Importante observar que o Controle de Convencionalidade deve ser efetuado por todos os integrantes do Poder Judiciário, na medida de sua competência, bem como por todos aqueles que representam a máquina estatal, vez que a adesão ao tratado internacional foi feita pelo Estado como um todo. O exercício desse controle, portanto, seja na forma de adequação do ordenamento, seja na aplicação dos preceitos do direito internacional dos direitos humanos materializados nas disposições da Convenção, é parte crucial da efetiva aquiescência do Estado aos termos ratificados, uma vez que não podem ser utilizados mecanismos internos de um ordenamento jurídico para justificar a não atenção aos princípios acordados.

O Controle de Convencionalidade não deve ser restrito ao contencioso, podendo também se estender às demandas de caráter não contencioso e de caráter consultivo, de modo a efetivamente garantir a harmonia entre o ordenamento jurídico e as práticas e decisões jurídicas e administrativas de um país e toda a gama de princípios que norteiam o direito internacional dos direitos humanos.

### *3.1.2 Proteção à liberdade e à vida: sobre o entendimento consagrado na jurisprudência da Corte*

O artigo 4.1 do Pacto de San José da Costa Rica preceitua, *in verbis*: “*Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, **em geral**, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente*” (grifos

---

IDH. Caso *Almonacid Arellano e outros Vs. Chile. Exceções Preliminares, Mérito, Reparações e Custas*. Sentença de 26 de Setembro de 2006. Parágrafo 124. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/04/7172fb59c130058bc5a96931e41d04e2.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2018.

<sup>7</sup>Corte IDH. Control de Convencionalidad. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos n° 17*. Disponível em <<http://www.corteidh.or.cr/tablas/r33825.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

nossos). Em razão das discussões suscitadas durante a elaboração do documento, optou-se por prever, expressamente, a expressão “**em geral**”. Nesse sentido, a Corte, no julgamento do caso *Artavia Murillo e outros (“fertilização in vitro”) vs. Costa Rica*, apontou a possibilidade de exceções à regra geral.

O argumento adotado pela Corte, no caso em questão, diz respeito à impossibilidade de hierarquização entre os direitos fundamentais defendidos pela Convenção:

Os antecedentes que foram analisados até agora permitem inferir que a finalidade do artigo 4.1 da Convenção é proteger o direito à vida sem que isso implique a negação de outros direitos que a Convenção protege. Nesse sentido, a cláusula "em geral" tem como objeto e fim permitir que, diante de um conflito de direitos, seja possível invocar exceções à proteção do direito à vida desde a concepção. **Em outras palavras, o objeto e fim do artigo 4.1 da Convenção é que não se entenda o direito à vida como um direito absoluto, cuja alegada proteção possa justificar a negação total de outros direitos.**

**Em consequência, não é admissível o argumento do Estado no sentido de que suas normas constitucionais concedem uma maior proteção do direito à vida e, por conseguinte, procederia fazer prevalecer este direito de forma absoluta. Ao contrário, esta visão nega a existência de direitos que podem ser objeto de restrições desproporcionais sob uma defesa da proteção absoluta do direito à vida, o que seria contrário à tutela dos direitos humanos, aspecto que constitui o objeto e fim do tratado.** Ou seja, em aplicação do princípio de interpretação mais favorável, a alegada "proteção mais ampla" no âmbito interno não pode permitir nem justificar a supressão do gozo e exercício dos direitos e liberdades reconhecidos na Convenção ou limitá-los em maior medida que a prevista nela

A esse respeito, a Corte considera que outras sentenças no Direito Constitucional comparado buscam realizar um adequado balanço de possíveis direitos em conflito e, portanto, constituem uma referência relevante para interpretar os alcances da cláusula "em geral, desde a concepção" estabelecida no artigo 4.1 da Convenção. A seguir se faz alusão a alguns exemplos jurisprudenciais nos quais se reconhece um legítimo interesse em proteger a vida pré-natal, mas onde se diferencia este interesse da titularidade do direito à vida, enfatizando que toda tentativa de proteger este interesse deve ser harmonizada com os direitos fundamentais de outras pessoas, em especial da mãe.<sup>8</sup>

Anteriormente, no julgamento do caso *Baby Boy vs. Estados Unidos da América*<sup>9</sup>, em 1981, a Corte já havia deixado claro seu posicionamento acerca da possibilidade de o aborto se tornar uma das exceções permitidas pelo uso da expressão “em geral” contida no artigo 4.1, ao rejeitar o pedido de condenação do Estado pela legalização do aborto em

---

<sup>8</sup> CORTE IDH. "*Artavia Murillo e outros (“fertilização in vitro”) vs. Costa Rica*". Sentença de 28 de novembro de 2012. Série C, N. 257. Parágrafos 258, 259 e 260. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2018.

<sup>9</sup> Corte IDH. "*Baby Boy vs. Estados Unidos da América*". Sentença de 6 de março de 1981. Caso 2141. Resolução nº 23/81. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

Massachusetts<sup>10</sup>. Na ocasião, a Corte embasou sua decisão justamente no fato de a redação do tratado prever expressamente a expressão “em geral”, o que torna o texto substancialmente diferente da versão mais curta apresentada pelos petionários, que considerava que “toda pessoa tem direito que se respeite a sua vida desde o momento da concepção”.

Em 2012, ainda no julgamento sobre a possibilidade de fertilização *in vitro* na Costa Rica, a Corte fez uma análise sobre a diferenciação entre o momento da fertilização e o da concepção, admitindo a existência de inúmeras correntes que buscam determinar o momento exato de percepção do início da vida humana, aduzindo que:

Por outro lado, em relação à controvérsia sobre quando começa a vida humana, a Corte considera que se trata de uma questão apreciada de diversas formas sob uma perspectiva biológica, médica, ética, moral, filosófica e religiosa, e coincide com tribunais internacionais e nacionais, no sentido de que não existe uma definição consensual sobre o início da vida. Entretanto, para a Corte é claro que há opiniões que veem nos óvulos fecundados uma vida humana plena. Alguns destes pensamentos podem ser associados a opiniões que conferem certos atributos metafísicos aos embriões. Estas opiniões não podem justificar que se conceda prevalência a algum tipo de literatura científica no momento de interpretar o alcance do direito à vida consagrado na Convenção Americana, pois isso implicaria impor um tipo de crenças específicas a outras pessoas que não as compartilham<sup>11</sup>.

Outra noção importante trazida pelo Pacto é a de liberdade individual. Diversos artigos do tratado reafirmam o direito à integridade pessoal e à construção e desenvolvimento de um projeto de vida. Nesse sentido:

Além disso, esta Corte interpretou de forma ampla o artigo 7 da Convenção Americana ao afirmar que este inclui um conceito de liberdade em um sentido extenso como a capacidade de fazer e não fazer tudo o que esteja lícitamente permitido. Em outras palavras, constitui o direito de toda pessoa de organizar, de acordo com a lei, sua vida individual e social em conformidade com suas próprias opções e convicções. A liberdade, definida assim, é um direito humano básico, próprio dos atributos da pessoa, que se projeta em toda a Convenção Americana. Além disso, a Corte ressaltou o conceito de liberdade e a possibilidade de todo ser humano de se autodeterminar e escolher livremente as opções e circunstâncias que

<sup>10</sup> “*el Estados Unidos tiene razón en recusar la suposición de los peticionarios de que el artículo I de la Declaración ha incorporado la noción de que el derecho a la vida existe desde el momento de la concepción. En realidad, la conferencia enfrentó esta cuestión y decidió no adoptar una redacción que hubiera claramente establecido ese principio.*” “Os Estados Unidos têm razão em recusar a suposição dos petionários de que o artigo I da Declaração incorporou a noção de que o direito à vida existe desde o momento da concepção. Na verdade, a Conferência enfrentou essa questão e decidiu não adotar uma redação que tinha claramente estabelecido esse princípio.” (tradução nossa). Corte IDH. “*Baby Boy vs. Estados Unidos da América*”. Sentença de 6 de março de 1981. Caso 2141. Resolução nº 23/81. Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141.htm>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>11</sup> CORTE IDH. “*Artavia Murillo e outros (“fertilização in vitro”) vs. Costa Rica*”. Sentença de 28 de novembro de 2012. Série C, N. 257. Parágrafo 185. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2018.

dão sentido à sua existência, em conformidade com suas próprias opções e convicções.<sup>12</sup>

A análise dos julgados anteriores da Corte, versando sobre a proteção à mulher<sup>13</sup>, o caráter não absoluto da proteção à vida, a impossibilidade de hierarquização dos direitos sociais protegidos pela Convenção e a valorização da liberdade pessoal<sup>14</sup>, quando aplicada ao caso da descriminalização do aborto, revela um posicionamento consistente da CIDH favorável à medida.

O aborto, conforme já apontado, é uma questão relacionada à autonomia da mulher e à saúde pública, que não pode ser prejudicada pela valorização indevida de um suposto direito incondicional à vida desde o momento da concepção - que, como já provou a Corte, não se verifica nem no contexto jurídico atual, nem no momento da elaboração do Pacto.

### 3.1.3 O dever de aplicação do Controle de Convencionalidade

<sup>12</sup> Idem, parágrafo 142.

<sup>13</sup> Em 2009, no julgamento do caso “Gonzáles e outras (“campo algodoeiro”) vs. México”, o Estado foi condenado, num caso sobre a morte, com sinais de tortura, de 3 jovens, que foram encontradas em um campo de algodão, a melhorar as políticas de gênero e a criar subsídios para a realização dessas, através de pesquisas e levantamentos sobre a violência contra a mulher. A condenação foi baseada na violação do artigo 7 da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher), que prevê os deveres dos Estados para proteção das mulheres. CORTE IDH. “Gonzáles e outras (“campo algodoeiro”) vs. México”. Sentença de 16 de novembro de 2009. Série C, N. 205. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_205\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_por.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, órgão das Nações Unidas, postulou, na Recomendação Geral nº 24, que “Os Estados Partes devem também, em particular: [...] c) Dar prioridade à prevenção da gravidez indesejada através de serviços de maternidade segura e assistência pré-natal. Quando possível, a legislação que penaliza o aborto deve ser emendada para remover as disposições punitivas impostas às mulheres que se tenham submetido ao aborto; [...] e) Exigir que todos os serviços de saúde sejam consistentes com os direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento e escolhas informadas.” COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. *Recomendação geral nº 24, artigo 12º (As mulheres e a saúde)*. 1999. Disponível em <<http://unhr.tl/por/mulher-e-saude/>> Acesso em: 28 fev. 2017.

O órgão também atuou na elaboração da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ratificada pelo Brasil em 2002. Todos os posicionamentos do órgão também fazem parte do Sistema Internacional de Proteção aos Direitos Humanos, e já foram usados como embasamento em julgamentos realizados pela Corte, inclusive no caso “fertilização *in vitro*”.

<sup>14</sup> “A proteção à vida privada inclui uma série de fatores relacionados com a dignidade do indivíduo, incluindo, por exemplo, a capacidade para desenvolver a própria personalidade e aspirações, determinar sua própria identidade e definir suas próprias relações pessoais. O conceito de vida privada engloba aspectos da identidade física e social, incluindo o direito à autonomia pessoal, desenvolvimento pessoal e o direito a estabelecer e desenvolver relações com outros seres humanos e com o mundo exterior. A efetividade do exercício do direito à vida privada é decisiva para a possibilidade de exercer a autonomia pessoal sobre o futuro curso de eventos relevantes para a qualidade de vida da pessoa. A vida privada inclui a forma em que o indivíduo vê a si mesmo e como decide se projetar para os demais, e é uma condição indispensável para o livre desenvolvimento da personalidade. Além disso, a Corte afirmou que a maternidade faz parte essencial do livre desenvolvimento da personalidade das mulheres. Tendo em consideração todo o anterior, a Corte considera que a decisão de ser ou não mãe ou pai é parte do direito à vida privada” Artavia, parágrafo 143.

Conforme analisado nos tópicos anteriores, o Controle de Convencionalidade faz parte do Sistema de Proteção Internacional aos Direitos Humanos, e já foi consagrado pela CIDH como mecanismo primordial para o efetivo cumprimento de suas diretrizes, devendo ser efetuado *ex officio* por todos os integrantes do Judiciário e por todos os representantes do Estado, não apenas em relação aos artigos da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, mas também aos posicionamentos consolidados pela Corte - órgão máximo de interpretação do Pacto - por meio dos julgados e opiniões consultivas.

**Estabelecido, portanto, o posicionamento da Corte em defesa dos direitos da mulher, da liberdade individual e da integridade física, bem como o entendimento de que o direito à vida não é absoluto e de que os supostos direitos do embrião - cuja condição de pessoa não é uma unanimidade em nenhum sentido - não podem ultrapassar a esfera dos direitos individuais da mulher, faz-se necessário, por parte das autoridades judiciais brasileiras, o exercício do Controle de Convencionalidade para descriminalizar a prática do aborto nas doze primeiras semanas de gestação.** Ao Supremo Tribunal Federal, enquanto órgão máximo de jurisdição no país, compete a obrigação de fazer valer as determinações do direito internacional dos direitos humanos. Nesse sentido:

[...] Além do controle de constitucionalidade – análise da compatibilidade vertical entre as normas internas e a Constituição – é imperioso o controle de convencionalidade de Direitos Humanos: a análise da compatibilidade das normas internas às normas de tratados internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil. Mas, este controle de convencionalidade não pode se limitar a meramente citar o texto da convenção ou tratado de Direitos Humanos: urge que o Brasil, por meio do seu tribunal maior – o Supremo Tribunal Federal, exercite um controle de convencionalidade aplicado, ou seja, que utilize a interpretação realizada pelos intérpretes finais destas normas de tratados de Direitos Humanos que são os órgãos internacionais de Direitos Humanos instituídos por estes citados tratado<sup>15</sup>.

Revela-se, portanto, a urgente necessidade de que o Supremo Tribunal Federal efetue o devido Controle de Convencionalidade e reconheça o caráter violador, segundo a legislação internacional de Direitos Humanos, da criminalização do aborto.

### **3.2. Da inadequação da criminalização do aborto aos princípios do direito penal brasileiro**

Em um Estado de Direito, o poder punitivo estatal constitui o instrumento de controle

---

<sup>15</sup> RAMOS, André de Carvalho. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. V. 104. Jan./Dez. - 2009. São Paulo: USP, 2009. p. 241-246.

social que mais contém reminiscências do Estado de Polícia. Nesse ensejo, a proteção de determinado bem jurídico pelo Poder Público pode se realizar por diversos meios - tais como políticas públicas, investimento em serviços públicos e financiamento a entidades privadas prestadoras de serviço de relevância social -, de modo que, em consonância com os princípios regentes do direito penal brasileiro, a criminalização, primária e secundária, deve ser sempre a última via a ser elegida para solucionar determinado conflito. Segundo Cezar Roberto Bitencourt<sup>16</sup>, determina o princípio da intervenção mínima que a “*criminalização de uma conduta só se legitima se constituir meio necessário para a prevenção de ataques contra bens jurídicos importantes*”, e que, “*se outras formas de sanção ou outros meios de controle social revelarem-se suficientes para a tutela desse bem, a sua criminalização é inadequada e não recomendável*”<sup>17</sup>.

Cumpra-se aclarar que, por criminalização primária, entende-se todo ato e efeito “*de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas*”, enquanto que a criminalização secundária corresponde à “*ação punitiva exercida sobre pessoas concretas*”<sup>18</sup>, por meio da atuação dos agentes policiais, judiciários e penitenciários.

No âmbito da criminalização primária do aborto, tem-se que o bem jurídico a ser tutelado é o valor intrínseco do produto da concepção – qual seja, o embrião/feto. Entretanto, conforme evidenciam os dados disponíveis acerca do número de abortos realizados no Brasil, a criminalização fracassa em inibir a interrupção voluntária de gestações, não logrando êxito em proteger referido bem jurídico. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), entre 1996 e 2012 verificou-se tendência ao declínio na taxa de abortos inseguros, o que, todavia, não se deve à diminuição de sua prática, mas sim a uma “*redução da necessidade de internação para tratar as complicações do aborto*”<sup>19</sup>. Estima-se que, no ano de 2015, tenham sido realizados aproximadamente 503.000 abortos entre mulheres de 18 a 39 anos<sup>20</sup>.

---

<sup>16</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral 1*. São Paulo: Saraiva, 20ª edição, 2014. p. 53-54.

<sup>17</sup> BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral 1*. São Paulo: Saraiva, 20ª edição, 2014. p. 53-54.

<sup>18</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: primeiro volume – Teoria Geral do Direito Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2003, 4ª edição, maio de 2011, p. 43.

<sup>19</sup> DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017, p. 656.

<sup>20</sup> Idem. p. 656.

Mister ressaltar que a coleta desses dados é patentemente prejudicada pela existência de uma considerável cifra oculta em torno da taxa de abortos. Nesse sentido, segundo o Ministério da Saúde: *“O maior desafio para o cálculo da magnitude do aborto no Brasil é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, além do alto número de mulheres que omitem ter induzido aborto em questionários com perguntas diretas”*<sup>21</sup>.

Perante a escassez de políticas públicas que promovam a educação sexual e o acesso ao planejamento familiar e a métodos contraceptivos, resta nítido que a criminalização é a *sola ratio* escolhida pelo Poder Público para enfrentar esta problemática, o que patentemente viola o princípio da intervenção penal mínima.

Como afirma Roxin<sup>22</sup>, *“o castigo penal coloca em perigo a existência social do afetado, se o situa à margem da sociedade e, com isso, produz também um dano social”*. Neste caso, o dano social tem início antes mesmo da sanção penal, vez que a criminalização primária enseja a estigmatização e marginalização das mulheres que optam pela interrupção voluntária da gravidez. Tal estigma se funda precipuamente na construção social de que o desejo da maternidade seria intrínseco ao “ser mulher”. Dessa forma, a mulher que realiza um aborto torna-se estigmatizada duplamente, tanto pelo cometimento de um delito quanto pelo rompimento com este arquétipo de feminilidade, tornando-a alvo de severo julgamento moral. Importa salientar que o estigma é um fator crucial para a existência da cifra oculta em torno dos dados sobre a realização de abortos supra mencionada.

Diante da proibição, surge a clandestinidade. Para sua compreensão, é preciso analisar a problemática da criminalização secundária, que no Brasil se dá de maneira essencialmente seletiva<sup>23</sup>, classista e racista, punindo desigualmente algumas mulheres em detrimento de outras<sup>24</sup>. Isto se reflete diretamente no perfil de mulheres vitimadas pelas clínicas

---

<sup>21</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília, 2009, p. 16. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>22</sup> ROXIN, Claus. *Introducción al Derecho Penal y al Derecho Procesal Penal*. Barcelona, Ariel Derecho, 1989, p. 23.

<sup>23</sup> Destaca-se que o Ministério da Justiça, no Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária vigente (2015), reconhece o racismo como elemento estrutural do sistema punitivo, bem como a maior vulnerabilidade dos mais pobres ao poder punitivo, conforme Medidas nº 6 e 7.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Plano nacional de política criminal e penitenciária*. Brasília-DF, 2015, p. 14-15. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/imagens-cnpcp/plano-nacional-de-politica-criminal-e-penitenciaria-2015.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>24</sup> Para compreender de que maneira a convergência de categorias de subordinação, tais como gênero, raça e classe, engendram este fenômeno, é imprescindível partir da análise interseccional. Nesse sentido:

clandestinas de aborto, via de regra pobres e negras – as mesmas que se encontram mais suscetíveis à criminalização secundária.

Assim, além da ineficácia na proteção do bem jurídico tutelado, a criminalização do aborto contribui para o agravamento da desigualdade de classe e raça no país, visto que as mulheres que possuem mais recursos logram realizar a interrupção da gestação com maior segurança - e, frequentemente, em países nos quais o procedimento seja legalizado e seguro -, enquanto às mulheres pobres restam apenas as clínicas e métodos clandestinos de menor custo, frequentemente insalubres e cujos procedimentos são de alto risco.

Consagrado pela Constituição Federal em seu artigo 5º, inciso XLVII, alínea “e”, o princípio da humanidade também oferece fundamental contribuição em prol da descriminalização do aborto. Isto porque, para além de banir a imposição de sanções cruéis, tais como tortura, pena de morte e prisão perpétua, referido princípio também incide sobre delitos cujas circunstâncias particulares acarretam ao agente consequências que per si lhe impliquem grande sofrimento<sup>25</sup>. Tal tese encontra-se reforçada pelo Código Penal em seu artigo 121, § 5º, que possibilita a absolvição em casos de homicídio culposo “*se as consequências da infração atingirem o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária*”.

É evidente que esta lógica se aplica à interrupção voluntária da gestação, prática que acarreta severas implicações e riscos ao bem-estar físico e psicológico da gestante. Nesse sentido, a penalização do aborto é perniciososa e cruel às mulheres, visto que soma a possibilidade de uma sanção penal ao estigma social, à restrição da liberdade e autonomia da mulher e à invasão de sua privacidade e intimidade. Ademais, a criminalização provoca sofrimento ainda maior à mulher, que, por temer a tutela penal, se vê forçada a prosseguir em uma gestação indesejada e suportar todas suas implicações fisiológicas, emocionais, financeiras, sociais, entre outras.

A decisão pela interrupção da gestação se insere no âmbito do projeto de vida, da intimidade, da autonomia reprodutiva e do bem estar da mulher, e deveria estar protegida e amparada pelo Estado, não ser alvo de sua repressora ingerência.

---

CRENSHAW, Kimberlé. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. Relações raciais, setembro de 2012.

<sup>25</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: primeiro volume – Teoria Geral do Direito Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2003, 4ª edição, maio de 2011, p. 234.

Existentes outras vias para melhor enfrentar a problemática do aborto, tais como políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, educação sexual e planejamento familiar, bem como medidas preventivas como o investimento na disseminação de informações e acesso a métodos contraceptivos, não há justificativa plausível para sua criminalização, que, além de não efetivar a proteção do bem jurídico que se alça a tutelar, acarreta a realização do aborto pela via clandestina, colocando em risco a vida de mulheres e acentuando a discriminação de raça e classe ao vitimar especialmente mulheres pobres, negras, marginalizadas. Ainda, a criminalização fere a autonomia reprodutiva e o direito à intimidade da mulher, assim como sustenta o estigma em torno do aborto, infligindo ainda maior sofrimento às mulheres.

A tipificação penal do aborto não traz, portanto, qualquer benefício a esta problemática e implica violação direta aos direitos fundamentais das mulheres e aos princípios basilares do direito penal brasileiro, em especial ao princípio da intervenção mínima. Além disso, constitui uso nocivo do poder punitivo estatal, o qual deve ser contido pelo Poder Judiciário, que cumpre, neste contexto, imprescindível função dialética em prol do fortalecimento do Estado de Direito em nosso país.

### **3.3 Da Saúde Pública**

#### *3.3.1 O aborto como um fenômeno social amplo e mundial*

Conforme analisado anteriormente, o aborto é um fenômeno social que ocorre independentemente do posicionamento favorável ou contrário dos cidadãos e de sua criminalização pelos Estados.

De acordo com estudo realizado pelo centro de pesquisa e coleta de dados globais *Pew Research Center*<sup>26</sup>, 96% de 196 países analisados autorizam a prática do aborto a fim de

---

<sup>26</sup> O site oficial do centro de pesquisa afirma que o “*Pew Research Center is a nonpartisan fact tank that informs the public about the issues, attitudes and trends shaping the world. We conduct public opinion polling, demographic research, content analysis and other data-driven social science research. We do not take policy positions*”. (PEW RESEARCH CENTER. *Site oficial*. Outubro de 2015. Disponível em: <<http://www.pewresearch.org/about/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

“O Pew Research Center é um think tank não partidário que informa ao público sobre as questões, atitudes e tendências que moldam o mundo. Realizamos pesquisas de opinião pública, pesquisa demográfica, análise de conteúdo e outras pesquisas de ciências sociais orientadas a dados. Não tomamos posições políticas.” (Tradução nossa).

salvaguardar a integridade da mulher sob alguma circunstância<sup>27</sup>. Entretanto, 26% dos Estados permitem o aborto apenas se a vida da mulher estiver em risco. Em 42%, o aborto é permitido diante de razões específicas, como deficiência do feto, impossibilidade socioeconômica de sustentar um novo indivíduo e estupro ou incesto, por exemplo, além do risco para a vida da mãe. Por fim, apenas três em cada dez Estados permitem o aborto por escolha da mulher, ainda que em muitos casos haja um período limite para a realização do procedimento<sup>28</sup>. Cabe pontuar que a maioria dos países que legalizaram o aborto em qualquer circunstância são desenvolvidos, segundo dados do *World Abortion Law*<sup>29</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Guttmacher<sup>30</sup> afirmam que no período compreendido entre os anos de 2010 e 2014, mais de 25 milhões de abortos inseguros foram realizados no planeta, tendo 97% desses procedimentos ocorrido em países em desenvolvimento da África, Ásia e América Latina, os quais, em sua maioria, impõem amplas restrições ao aborto, contexto no qual o Brasil está inserido<sup>31</sup>. Ou seja, a proibição pelo Estado não inibe a prática do aborto, que deve ser tratado como uma questão de saúde pública objetivando-se a erradicação da prática do aborto inseguro.

### 3.3.2 Aborto e Direito à Saúde

A saúde, salvaguardada pela Constituição Federal em seus arts. 6º, *caput* e 196 e seguintes como direito social e universal, impõe ao Estado a obrigação de garanti-la mediante a manutenção e o fomento de políticas públicas voltadas à sua promoção, proteção e recuperação. Segundo os mencionados dispositivos constitucionais, é dever do Estado intervir na ampliação do acesso a serviços de saúde e na redução de riscos de doenças e outros agravos.

---

<sup>27</sup> THEODOROU, Angelina E.; SANDSTROM, Aleksandra. *How abortion is regulated around the world*. Pew Research Center. Outubro de 2015. Disponível em: <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2015/10/06/how-abortion-is-regulated-around-the-world/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> WORLD ABORTION LAWS. *Site oficial*. 2018. Disponível em: <<http://worldabortionlaws.com/map/>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>30</sup> O Instituto Guttmacher é uma organização não governamental estadunidense que se dedica à pesquisa e elaboração de políticas comprometidas com o avanço da saúde e direitos sexuais e reprodutivos nos Estados Unidos e em todo o mundo. (GUTTMACHER INSTITUTE. *Site oficial*. Washington, 2018. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/>>).

<sup>31</sup> GEMZELL-DANIELSON, Kristina et al. *Estimating abortion safety: advancements and challenges*. The Lancet, Volume 390, Issue 10110, 2333-2334. Novembro de 2017. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32135-9/abstract)>. Acesso em 28 fev 2018.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>32</sup>.

Deste modo, sendo a saúde um direito garantido constitucionalmente, o Estado tem o dever de promover políticas que reduzam os índices de mortalidade e danos à saúde das mulheres decorrentes de procedimentos inseguros de aborto, conforme abordado no presente documento. A prática da interrupção voluntária da gestação, neste contexto, traduz-se como objeto de intervenção necessária em termos de saúde pública, e, portanto, dever do Estado, na medida em que consubstancia ato de proteção integral à saúde da mulher, em seus aspectos sociais, reprodutivos, sexuais e mentais, inserindo-se numa perspectiva de proteção que encontra guarida na definição de saúde expressa no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde<sup>33</sup>, segundo a qual “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

O direito ao aborto seguro, portanto, compõe o arcabouço de proteção relativo ao Direito à Saúde de todas as mulheres brasileiras, sem discriminação em virtude de condições socioeconômicas, devendo o Estado intervir diretamente para garantir o acesso ao procedimento igualitário e universal, segundo os termos da Constituição<sup>34</sup>. Além disso, o artigo 197 desta Constituição<sup>35</sup> afirma que o Poder Público não pode se omitir no seu dever de assegurar aos cidadãos o acesso a serviços de saúde relevantes, omissão esta que é patente em relação ao procedimento de aborto seguro, em razão da criminalização e do fato de que um número expressivo de mulheres realiza o procedimento de maneira insegura e fora dos padrões indicados pela OMS<sup>36</sup>.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,

<sup>32</sup> BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.

<sup>33</sup>OMS: Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> . Acesso em 28 fev 2018.

<sup>34</sup> Idem.

<sup>35</sup> Idem.

<sup>36</sup> GEMZELL-DANIELSON, Kristina et al. *Estimating abortion safety: advancements and challenges*. The Lancet, Volume 390, Issue 10110, 2333-2334. Novembro de 2017. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32135-9/abstract)>. Acesso em 28 fev 2018.

devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado<sup>37</sup>.

O Ministro Marco Aurélio, em seu voto a favor da descriminalização da interrupção gravidez nos casos de fetos anencefálicos, nos autos da ADPF nº 54, foi além ao considerar o direito ao aborto não apenas um direito à saúde, mas também à dignidade, à liberdade, à autonomia e à privacidade, entendendo ainda que o ato de obrigar a mulher a manter a gestação contra a sua vontade, tolhendo-a de sua autonomia e liberdade, pode contribuir para submetê-la a uma situação análoga à tortura:

A Organização Mundial de Saúde, no Preâmbulo do ato fundador, firmado em 22 de julho de 1946, define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de enfermidade”[76]. No Plano de Ação da Conferência Mundial sobre população e desenvolvimento, realizado na cidade do Cairo, Egito, em 1994, além de reconhecerem-se como direitos humanos os sexuais e os reprodutivos, estabeleceu-se como princípio que “toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental”.(...)

Impedida de dar fim a tal sofrimento, a mulher pode desenvolver, nas palavras do Dr. Talvane Marins de Moraes, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria\*85+, “um quadro psiquiátrico grave de depressão, de transtorno, de estresse pós-traumático e até mesmo um quadro grave de tentativa de suicídio, já que não lhe permitem uma decisão, ela pode chegar à conclusão, na depressão, de autoextermínio”[86].

(...) vale ressaltar caber à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez. (...).

Franquear a decisão à mulher é medida necessária ante o texto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, ratificada pelo Estado brasileiro em 27 de novembro de 1995, cujo artigo 4o inclui como direitos humanos das mulheres o direito à integridade física, mental e moral, à liberdade, à dignidade e a não ser submetida a tortura. Define como violência qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada[108].

(...) O ato de obrigar a mulher a manter a gestação, colocando-a em uma espécie de cárcere privado em seu próprio corpo, desprovida do mínimo essencial de autodeterminação e liberdade, assemelha-se à tortura[109] ou a um sacrifício que não pode ser pedido a qualquer pessoa ou dela exigido. (...) <sup>38</sup>.

Depreende-se, portanto, que a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres é um direito que deve ser garantido e efetivado pelo Estado em consonância com os parâmetros e diretrizes estabelecidos pela OMS, de modo que é dever do Poder Público, em obediência ao texto constitucional, implementar políticas públicas de saúde que visem à promoção de um

<sup>37</sup> BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.

<sup>38</sup> STF, Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental no. 54, Relator Min. Marco Aurélio, Julgado em 12/04/2012, Publicação: DJe 30/04/2013.

estado de completo de bem-estar físico, mental e social às mulheres, viabilizando a realização de uma vida sexual consciente, informada e segura. Nesse contexto, a descriminalização do aborto e a sua regulamentação na forma de política pública de saúde por parte do Estado representa medida primordial para garantir às mulheres a proteção integral do direito fundamental à saúde.

### 3.3.3 Segurança nos procedimentos

De acordo com a pesquisadora do Departamento de Saúde Reprodutiva da OMS, Bela Ganatra, as regiões em desenvolvimento são as localidades que carecem de esforços governamentais para garantir às mulheres acesso ao aborto seguro. Também ressalta que, apesar dos avanços tecnológicos que poderiam amenizar os riscos e promover procedimentos seguros à saúde feminina, quando as mulheres não podem ter acesso a serviços eficientes de aborto (como ocorre quando há proibição do procedimento), há grande possibilidade de o aborto acarretar problemas à sua saúde, sofrimento ou morte.<sup>39</sup>

Em 2017, a revista *The Lancet* publicou um importante estudo sobre a segurança global em relação ao aborto. Segundo a pesquisa, de 2010 a 2014, 55% dos abortos realizados no mundo foram classificados como seguros, ou seja, contaram com profissionais qualificados e adotaram procedimentos recomendados pela OMS. 31% dos abortos foram considerados menos seguros, uma vez que foram feitos por profissionais sem a devida qualificação, que utilizaram métodos inseguros ou desatualizados, ou por pessoas não treinadas, mas que fizeram procedimentos seguros, como a indicação do uso do medicamento Misoprostol (popularmente conhecido como Cytotec). Por fim, 14% dos abortos foram considerados pouco seguros, considerando que foram realizados por pessoas não treinadas, que utilizaram procedimentos perigosos, como chás abortivos ou introdução de objetos estranhos no corpo da mulher grávida<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> OMS: PROIBIÇÃO NÃO reduz número de aborto e aumenta procedimentos inseguros. *Site oficial das Nações Unidas do Brasil*. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-proibicao-nao-reduz-numero-de-abortos-e-aumenta-procedimentos-inseguros/>>. Acesso em 28 fev 2018.

<sup>40</sup> GEMZELL-DANIELSON, Kristina et al. *Estimating abortion safety: advancements and challenges*. *The Lancet*, Volume 390, Issue 10110, 2333 – 2334. Novembro de 2017. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32135-9/abstract)>. Acesso em 28 fev 2018.



Fonte: Produção nossa, baseado nos dados publicados pela Revista The Lancet<sup>41</sup>.

No caso dos procedimentos pouco seguros de aborto, foram registrados altos índices de mortalidade feminina, além de complicações, como falha na remoção total do tecido uterino remanescente de gravidez, hemorragia, ferimentos vaginais, cervicais, uterinos e infecções. A OMS, por sua vez, afirma que os abortos realizados de acordo com os padrões e diretrizes indicadas pela organização possuem um risco insignificante de morte ou complicações severas<sup>42</sup>.

Referido estudo também analisou contextos de proibição e legalização do procedimento de aborto, bem como leis e políticas públicas de saúde. E concluiu-se ser seguro apenas um em cada quatro procedimentos realizados em países onde o aborto é proibido em qualquer circunstância, ou permitido somente no caso de risco à vida ou à saúde da mulher. Por sua vez, em países onde o aborto é legalizado em diversas situações, aproximadamente nove entre dez abortos são realizados de maneira segura<sup>43</sup>.

No norte da Europa e América do Norte, regiões que possuem sistemas de saúde eficientes e onde o aborto é amplamente legalizado, a incidência de abortos em geral é baixa, sendo quase inexistentes procedimentos inseguros. Já na América Latina, a maioria dos procedimentos foram classificados como menos seguros em virtude da autoadministração do medicamento Misoprostol sem a devida supervisão médica<sup>44</sup>.

<sup>41</sup>Idem.

<sup>42</sup>Idem.

<sup>43</sup>Idem.

<sup>44</sup>Idem.

Nesse contexto, a OMS e as Nações Unidas recomendam aos Estados que adotem políticas públicas de saúde para evitar gestações indesejadas e abortos inseguros, conforme consta a seguir:

[...] por meio de políticas de apoio e compromissos financeiros para fornecer educação sexual abrangente; uma ampla gama de métodos contraceptivos, incluindo contraceptivos de emergência; adequado aconselhamento para planejamento familiar; e acesso a aborto seguro e legal<sup>45</sup>.

### 3.3.4 O aborto no Brasil

De acordo com dados de 2014, aproximadamente 800 mil mulheres praticam abortos todos os anos no país. E 200 mil dessas mulheres sofrem complicações em razão de procedimentos mal feitos e precisam recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>46</sup>.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, apresentou dados que confirmam a ampla existência da prática do aborto e delimitam os perfis das mulheres brasileiras que abortam, ainda que estes valores não representem fielmente a realidade em virtude da referida cifra oculta<sup>47</sup>.

Segundo o IBGE (2013)<sup>48</sup>, mais de 1 milhão de mulheres entre 18 e 49 anos podem ter praticado aborto ao menos uma vez na vida. O estudo aponta que 93% das mulheres que praticaram aborto vivem em zona urbana, enquanto 7% vivem em zona rural. Além disso, 36% delas são brancas, 45% são pardas e 14% são pretas. As regiões do Brasil com maior incidência de abortos em valores absolutos são as regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente. Além disso, ao menos 40% dessas mulheres possui ensino médio completo, o que demonstra que a prática não é exclusiva de mulheres com menor grau de escolaridade. Entretanto, o grupo de mulheres em que se constata o maior número de abortos realizados é justamente o daquelas com menor nível de escolaridade e, conseqüentemente, menor grau de informação, especialmente em relação à educação sexual.<sup>49</sup>

<sup>45</sup> OMS: PROIBIÇÃO NÃO reduz número de aborto e aumenta procedimentos inseguros. *Site oficial das Nações Unidas do Brasil*. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-proibicao-nao-reduz-numero-de-abortos-e-aumenta-procedimentos-inseguros/>>. Acesso em 28 fev 2018.

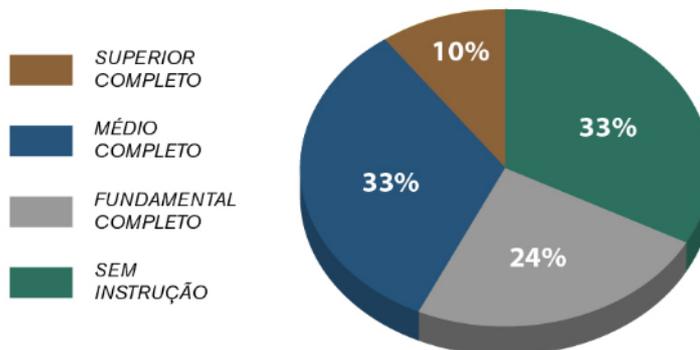
<sup>46</sup> ABORTO É UM dos principais causadores de mortes maternas no Brasil. *Site oficial da Câmara dos Deputados*. Novembro de 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/EXPRESSAO-NACIONAL/478093-ABORTO-E-UM-DOS-PRINCIPAIS-CAUSADORES-DE-MORTES-MATERNAS-NO-BRASIL.html>>. Acesso em 28 fev 2018.

<sup>47</sup> IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2013. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5526>>. Acesso em 28 fev 2018.

<sup>48</sup> Idem.

<sup>49</sup> Idem.

*TOTAL DE MULHERES QUE FIZERAM ABORTO  
 PROVOCADO NO BRASIL, POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE*



Fonte: Site oficial do Huffpost. Edition BR, 2017. Disponível em: <[http://www.huffpostbrasil.com/2015/08/21/veja-onde-se-faz-mais-aborto-no-brasil-de-acordo-com-o-ibge\\_a\\_21694557/](http://www.huffpostbrasil.com/2015/08/21/veja-onde-se-faz-mais-aborto-no-brasil-de-acordo-com-o-ibge_a_21694557/)>. Acesso em 28 fev 2018.

**Em 2004, o aborto era a quarta maior causa de morte materna no Brasil<sup>50</sup>, segundo o Ministério da Saúde<sup>51</sup>. Em 2013, o IBGE atualizou esses dados e não houve nenhuma melhoria substancial, e mesmo após nove anos, o aborto se mantém entre as cinco principais causas de morte materna no país.** Além disso, atualmente, uma em cada cinco mulheres com mais de 40 anos já se submeteu a pelo menos um aborto. Considerando que há no país aproximadamente 37 milhões de mulheres nessa faixa etária, é possível estimar que em torno de 7,4 milhões de brasileiras já fizeram pelo menos um aborto<sup>52</sup>. Conforme explica o médico Drauzio Varella<sup>53</sup>, são as mulheres pobres e com menos escolaridade e informação que endossam estatísticas nacionais de mortes decorrentes de práticas de aborto inseguras, afinal "proibir o aborto é punir quem não tem dinheiro".<sup>54</sup>

<sup>50</sup> As primeiras são: hipertensão arterial, hemorragias ligadas à gestação, parto e puerpério e infecção puerperal. Estas, assim como o aborto, seriam causas evitáveis, de acordo com o Ministério da Saúde. BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Dimensão “Atenção à Saúde” - 3a fase Taxa de Mortalidade Materna. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/Atenc\\_saude3fase.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf)>

<sup>51</sup> BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 28 fev 2018.

<sup>52</sup> IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2013. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5526>>. Acesso em: 28 fev 2018.

<sup>53</sup> VARELLA, Drauzio. A questão do aborto. Site pessoal. 2015. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez/a-questao-do-aborto/>>. Acesso em: 28 fev 2018.

<sup>54</sup> 'ABORTO JÁ É livre no Brasil. Proibir é punir quem não tem dinheiro', diz Drauzio Varella. *BBC Brasil*. São Paulo. Fevereiro de 2016. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160201\\_drauzio\\_aborto\\_rs](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160201_drauzio_aborto_rs)>. Acesso em 28 fev 2018.

Mister salientar que, conforme já apresentado, o Brasil não é um Estado em que os procedimentos de aborto são realizados de forma segura. Deste modo, observa-se que, em virtude da criminalização, muitas mortes e sequelas ocorrem em razão de complicações geradas em abortos clandestinos. Em 2016, o Ministério da Saúde apontou que aproximadamente quatro mulheres morrem diariamente no país em virtude de complicações em procedimentos abortivos clandestinos<sup>55</sup>. A Pesquisa Nacional de Aborto 2016 publicou dados que afirmam que *"dois terços (67%) das mulheres que confirmaram ter abortado em 2015 foram internadas para finalizar o aborto"*<sup>56</sup>.

### 3.3.5 Sistema de saúde no Brasil: como tornar o aborto seguro?

**Conforme fartamente demonstrado, mais do que um tema que envolve reações emotivas, questionamentos filosóficos e religiosos, o aborto é um grave problema de saúde pública, que exige uma solução urgente. Sua criminalização faz com o que o Estado se omita no seu dever de garantir condições seguras de saúde a todas as mulheres brasileiras.** De acordo com o próprio Ministério da Saúde<sup>57</sup>, *"o aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde"*.

Deste modo, a transição para um estágio em que seja possível tornar o aborto seguro no Brasil envolve um planejamento estratégico estatal para tratar da questão, também, por meio de métodos preventivos, a iniciar pela educação sexual. Ainda, são recomendáveis a adoção de medidas preventivas como investimentos na distribuição de métodos contraceptivos, priorizando o emprego de contraceptivos reversíveis de longo prazo como o DIU (Dispositivo Intrauterino) e implantes hormonais, por exemplo.

Por fim, de acordo com a OMS, no Brasil, medicamentos como o Misoprostol já são encontrados e amplamente utilizados para a realização de procedimentos seguros de aborto. Deste modo, bastaria que os profissionais do SUS fossem qualificados para ministrar o medicamento, e realizar o acompanhamento qualificado das pacientes após a utilização do

---

<sup>55</sup>DIARIAMENTE, 4 mulheres morrem nos hospitais por complicações do aborto. *O Estado de S. Paulo*. Dezembro de 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,diariamente-4-mulheres-morrem-nos-hospitais-por-complicacoes-do-aborto,10000095281>>. Acesso em 28 fev 2018.

<sup>56</sup> DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017, p. 656.

<sup>57</sup> BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 28 fev 2018.

medicamento, em respeito às recomendações e diretrizes da OMS, o que tornaria a prática do aborto segura. É dever do Estado, portanto, assumir a responsabilidade pela problemática do aborto inseguro e regulamentar o acesso universal a um procedimento seguro a todas as mulheres, independentemente de suas condições socioeconômicas.

### **3.4 Do Impacto Orçamentário**

Ao tratar de medidas governamentais e mudanças legislativas, o impacto orçamentário é um dos aspectos de maior relevância na tomada de qualquer decisão da Administração Pública. Em razão do contexto de instabilidade econômica atualmente enfrentado pelo país, o que afeta sobremaneira a área da saúde em decorrência do corte de gastos e do congelamento de investimentos públicos neste setor para os próximos vinte exercícios financeiros, determinado com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016<sup>58</sup>, é importante tratar a descriminalização do aborto sob a perspectiva orçamentária.

Um dos argumentos contrários à legalização do aborto é o de que as despesas do SUS iriam aumentar drasticamente, em razão do suposto aumento do número de mulheres que se submeteriam a tal procedimento. No entanto, tal premissa não corresponde aos fatos observados na realidade brasileira.

Conforme abordado no Tópico 3.3 - Da Saúde Pública, no Brasil, os abortos são realizados de forma clandestina, pela própria pessoa em sua residência ou em clínicas clandestinas desprovidas de condições mínimas de estrutura e segurança. Deste modo, o número de complicações após o uso de medicamentos abortivos ou de procedimentos mal feitos chega a 25%<sup>59</sup>, o que gera um custo muito mais alto para o SUS, se comparado a um procedimento realizado de forma correta e segura, visto que abortos realizados de acordo com as diretrizes da OMS, com profissionais da saúde treinados e métodos corretos, apresentam risco insignificante de complicações ou morte. Em 2016, o Ministério da Saúde apontou que

---

<sup>58</sup>BRASIL. Constituição (1988). *Emenda Constitucional nº 95*, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>59</sup> ABORTO É UM dos principais causadores de mortes maternas no Brasil. *Site oficial da Câmara dos Deputados*. Novembro de 2014. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/materias/EXPRESSAO-NACIONAL/478093-ABORTO-E-UM-DOS-PRINCIPAIS-CAUSADORES-DE-MORTES-MATERNAS-NO-BRASIL.html>. Acesso em 28 fev 2018.

aproximadamente quatro mulheres morrem diariamente no país em virtude de complicações em procedimentos abortivos clandestinos.<sup>60</sup>

Em 2015, o custo para o SUS com procedimentos emergenciais decorrentes de complicações após abortos ilegais mal feitos, somando os procedimentos de curetagem e de aspiração manual intrauterina (AMIU), foi de R\$ 40,4 milhões<sup>61</sup>. Além disso, vale ressaltar que as mulheres que estão grávidas e deixam de fazer o aborto em razão de sua criminalização acabam se submetendo ao parto normal ou cesariano. O custo de um aborto legal (realizado em casos permitidos pela lei), segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, é de R\$443,00 (quatrocentos e quarenta e três reais)<sup>62</sup>, mesmo valor repassado para realização do parto normal. No caso da cesárea, o valor é de R\$ 545,73 (quinhentos e quarenta e cinco reais e setenta e três centavos), preço mais alto que o procedimento de aborto. Conclui-se, portanto, que não haverá aumento do custo ao SUS para realização do aborto, tendo em vista que se tal procedimento não for realizado, ao fim da gestação a mulher terá que realizar o parto normal ou cesariano, cujos gastos podem ser superiores aos custos de um procedimento seguro de aborto.

Importante ressaltar também que um dos métodos mais seguros e baratos para realização do aborto, desde que da forma correta, é por meio do uso de medicamentos. Por meio de pesquisas pela internet, observa-se que o Misoprostol é comercializado ilegalmente no Brasil por um preço que varia entre R\$200,00 (duzentos reais) e R\$600,00 (seiscentos reais). Por outro lado, em países onde o uso do medicamento é legalizado, sua venda é feita em caixas de 60 comprimidos pelo valor de US\$48,00 (quarenta e oito dólares), aproximadamente R\$156,00 (cento e cinquenta e seis reais)<sup>63</sup>, sendo que a dosagem adequada depende do momento da interrupção da gravidez, mas gira em torno de dois a quatro comprimidos. A PNA 2016<sup>64</sup> mostra que metade das mulheres brasileiras abortou usando medicamentos, sendo o mais comum o Misoprostol, por isso é provável que o índice de

---

<sup>60</sup> DIARIAMENTE, 4 mulheres morrem nos hospitais por complicações do aborto. *O Estado de S. Paulo*. Dezembro de 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,diariamente-4-mulheres-morrem-nos-hospitais-por-complicacoes-do-aborto,10000095281>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>61</sup> GONÇALVES, J; BORGES, H. *Qual o preço que o Brasil paga pela criminalização do aborto?* Disponível em: <<https://theintercept.com/2017/03/16/qual-o-preco-que-o-brasil-paga-pela-criminalizacao-do-aborto/?comments=1#comments>> Acesso em: 08 nov. 2017.

<sup>62</sup> Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acesso em: 10 nov. 2017.

<sup>63</sup> Disponível em: <<https://www.universaldrugstore.com/medications/Cytotec/200mcg>> Acesso em: 28 fev 2018.

<sup>64</sup> DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2018.

mortalidade por complicações seja muito menor hoje do que em outras décadas, por se tratar de um método mais seguro. No entanto, permanecem ainda outras complicações à saúde que levam muitas mulheres a serem internadas, já que não recebem as orientações adequadas para administrar o medicamento. Se a venda do remédio fosse legalizada no Brasil, as mulheres teriam acesso a um método muito mais seguro e mais barato para o SUS, podendo contar também com a assistência de profissionais da saúde, o que evitaria as diversas complicações decorrentes de abortos mal feitos que, conforme analisado, geram um custo altíssimo para o sistema de saúde.

Injustificável e sem fundamento, portanto, o argumento de que a legalização do aborto acarretaria um elevado impacto orçamentário para o sistema de saúde. Pelo contrário, haverá uma redução de gastos, visto que as mulheres terão maior acesso à informação, assistência e métodos seguros que permitirão também um procedimento abortivo seguro e sem complicações.

### **3.5 Dos Dados Estatísticos**

O Estado brasileiro reconhece o direito ao planejamento familiar como fundamental para garantia da cidadania e dignidade da pessoa humana, prevendo o art. 226, § 7º, CF, que “*o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas*”. As diretrizes dessa política são regulamentadas pela Lei 9.263/96, que trata do planejamento familiar, e é fruto de intenso debate público, principalmente ancorado nos trabalhos desenvolvidos pela CPI Mista criada em 1993 para Investigar a Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil<sup>65</sup>, que afastou a ideia de uma política de controle de natalidade e reforçou o caráter de autonomia na vida reprodutiva, a partir de decisões responsáveis e informadas, livres de discriminação ou qualquer tipo de coerção. Segundo Relatório da Consultoria Legislativa sobre Planejamento Familiar, “*os objetivos da Política de Planejamento Familiar são evitar a gravidez indesejada, reduzir o número de abortos clandestinos e as mortes maternas*”.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. *Pontos mais relevantes da Lei do Planejamento Familiar*. Brasília, Novembro de 2005, p. 3. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema19/2005\\_14630.pdf](http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema19/2005_14630.pdf). Acesso em 28 fev 2018.

<sup>66</sup> Ibid, p. 6.

O Ministério da Saúde lançou, em 2005, a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, reforçando o compromisso do Estado com políticas que garantam autodeterminação reprodutiva, maternidade livre, consentida e planejada e humanização no atendimento às pessoas que passam por situação de abortamento.

Entre algumas ações propostas por essa política estão:

- a) a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS;
- b) capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva;
- c) ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS;
- d) implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- e) ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento.<sup>67</sup>

Entretanto, a ilegalidade da interrupção voluntária da gestação não somente gera impedimentos para que mulheres usufruam de saúde plena, como cria obstáculos para que políticas públicas de planejamento familiar, orientadas por escolhas informadas, livres e autônomas, sejam efetivadas de forma abrangente e satisfatória. O impedimento de acesso universal a métodos preventivos de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis submete mulheres ao risco de gestações indesejadas e a sofrimento físico, psicológico e emocional, ao passarem por abusos e maus-tratos em situações de abortamento.<sup>68</sup>

Um estudo realizado pela OMS sobre a incidência da taxa de abortos pelo mundo, realizado entre os anos de 1990 e 2014<sup>69</sup>, demonstra um alto número de abortos realizados em países que possuem legislações restritivas ou proibitivas, como o Brasil. Importante frisar que o levantamento aponta que a América do Sul apresenta um aumento substancial em seus

---

<sup>67</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

<sup>68</sup> NAÇÕES UNIDAS. Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes – A/HRC/31/57. 5 jan. 2016. Disponível em: <[http://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/31/57](http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

<sup>69</sup> Sedgh G., Bearak J., Singh S., Bankole A., Popinchalk A., Ganatra B., Rossier C., (...), Alkema L. *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*. (2016) *The Lancet*, 388 (10041), p. 258-267. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext). Acesso em 28 fev. 2018.

números, passando de 25% em 1990 para 34% em 2014. Já a taxa na América Latina ampliou de 23% para 32%<sup>70</sup>.

O estudo também revela que países desenvolvidos, onde houve políticas liberalizantes para a interrupção da gravidez, apresentaram queda substancial em suas taxas de abortamento, de 46 casos em 1990, para 27 em 2014 (a cada mil mulheres), enquanto que nos países em desenvolvimento a variação foi ínfima, de 39 para 37 casos<sup>71</sup>, o que demonstra o êxito das políticas de cuidados básicos de saúde reprodutiva, além de contrariar a falaciosa afirmação de que a legalização representaria um incentivo à prática de interrupção da gravidez.

A defesa desse argumento se ancora em dados coletados imediatamente após descriminalização, ou nos primeiros anos de legalização do aborto. De fato, a incidência de abortos registrados costuma aumentar em relação ao período imediatamente anterior à legalização. Este aumento, porém, se relaciona com a cifra oculta, uma vez que muitas mulheres omitem a realização do aborto em razão do estigma social e da possibilidade de serem criminalmente punidas. Logicamente, com a legalização os casos anteriormente subnotificados são evidenciados e sistematizados, o que dá a falsa impressão de um crescimento vertiginoso nas taxas de incidência do aborto. Na verdade, procedimentos que anteriormente eram realizados de modo clandestino passam a ser feitos por meio do sistema público de saúde, formando-se um banco de dados fidedigno para apuração de dados estatísticos. Ademais, é sabido que dados analisados numa curta série histórica são imprecisos, sendo necessária a observação por um maior período para uma mensuração mais consistente dos dados. Essa situação foi percebida em relação às interrupções voluntárias de gravidez de repetição (IVG de repetição):

[...] após um aumento inicial, esta proporção tende a atingir um plateau e ficar relativamente constante daí em diante. Este efeito deve-se, provavelmente, a dois principais fatores: (1) uma adaptação social que deixa as mulheres mais confortáveis em admitir que já realizaram uma IVG antes (conforto que podia não existir nos primeiros anos da lei) e (2) evidentemente, a despenalização em si, permite que haja mais mulheres que já tenham recorrido a uma IVG.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> CHADE, Jamil. Países que liberaram aborto têm taxas mais baixas de casos do que aqueles que o proibem. Disponível em:

<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,paises-que-liberaram-aborto-tem-taxas-mais-baixas-de-casos-que-aqueles-que-o-proibem,10000050484>. Acesso em: 25 fev. 2018

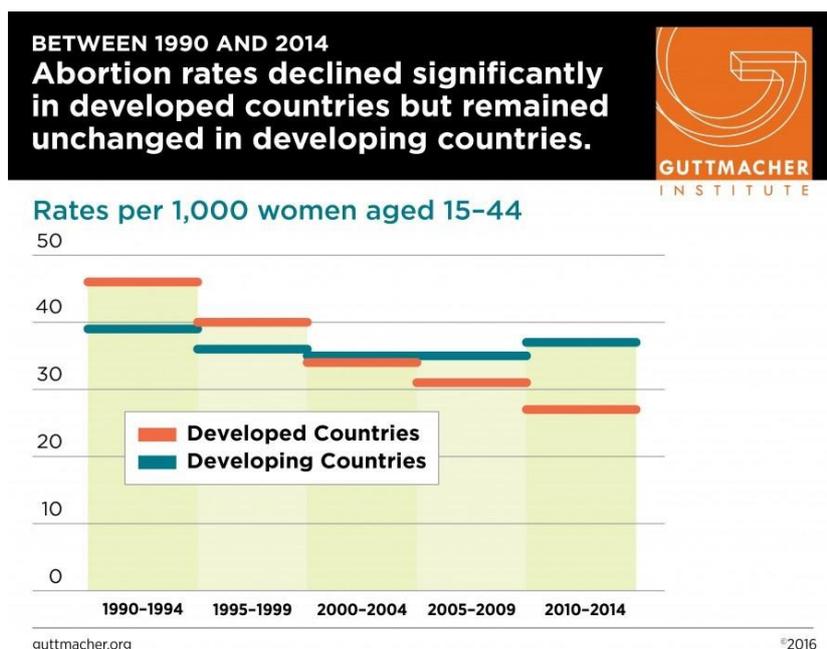
<sup>71</sup> Idem.

<sup>72</sup> GABINETE DE ESTUDOS POLÍTICOS. Diagnóstico sobre implementação da legislação referente à Interrupção Voluntária da Gravidez. Lisboa, Portugal - 2014. Disponível em:

Esse argumento simplório representa, na verdade, um controle social e moral dos corpos que engravidam, sem se importar com a garantia de bem-estar e segurança física e psíquica daquelas que passam pela experiência de interrupção voluntária da gestação.

O declínio das taxas de abortamento se deve às políticas de contracepção, uma vez que a legalização traz consigo políticas públicas de planejamento familiar e saúde reprodutiva. O Estado e a sociedade civil passam a dispor de números mais próximos à realidade, relacionados ao perfil das pessoas que procuram o procedimento, ao modo como o serviço é oferecido e acessado. Tais dados permitem a implementação de políticas públicas referenciadas em princípios de autonomia e autodeterminação reprodutiva.

O gráfico abaixo demonstra que a incidência de taxas de aborto em países desenvolvidos, onde há legislações liberalizantes sobre interrupção da gravidez, vem decaindo ao longo dos anos, o que não acontece com os países em desenvolvimento onde a prática é criminalizada, que apresentam leve crescimento a partir dos anos 2000, após uma década de estabilização em seus números:



A relevância do aludido estudo é sua mirada global sobre a realização de interrupções de gestação por todo mundo, por um considerável período, observando as especificidades geográficas, socioeconômicas e legislativas das regiões pesquisadas. Ainda é possível se referenciar em experiências particulares de países que legalizaram, também há um período considerável de tempo, a interrupção voluntária de gravidez. Citaremos, brevemente, os casos de Portugal, França, Romênia e Albânia, por possuírem dados mais robustos sobre o perfil das pessoas que interrompem a gravidez, os estabelecimentos que oferecem o serviço e a vigilância sobre estes, produzidos por agências governamentais ou institutos de pesquisa.

### *3.5.1 Dados sobre incidência da taxa de aborto por país*

#### *3.5.1.2 Portugal*

O país ibérico tem uma experiência dessemelhante aos demais vizinhos europeus, por convocar um referendo para confirmar a despenalização da interrupção voluntária da gravidez. A decisão foi validada com a publicação da Lei n.º 16/2007, que tornou lícita a prática de aborto até a décima semana, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado<sup>73</sup>.

Os estabelecimentos com permissão para a interrupção da gravidez são, em sua maioria, da rede pública de saúde, ainda que haja prestação do serviço pela iniciativa privada, sendo que não há cobrança de taxa moderadora. Estes locais estão sob a vigilância da Inspeção Geral de Actividades em Saúde (IGAS)<sup>74</sup>.

A Direção Geral de Saúde (DGS) é a responsável pelo acompanhamento da política pública de saúde reprodutiva e dos dados acerca da interrupção voluntária de gravidez, alimentados por relatórios anuais<sup>75</sup>, comparativos aos anos anteriores, com dados fornecidos pelos estabelecimentos públicos e privados mensalmente. Com o slogan “*Saber mais, decidir melhor*”, a DGS se compromete à “*prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, que garantam e respeitem a dignidade e os direitos da mulher, com*

<sup>73</sup> PORTUGAL. Lei 16/2007. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/519464/details/maximized>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>74</sup> “Todos os requisitos contemplados na legislação e nas normas da DGS são avaliados, incluindo: acessibilidade à consulta, verificação da constituição de um grupo de trabalho multidisciplinar, cumprimento do tempo de reflexão, procedimento na interrupção de gravidez, número de IVG realizadas e registadas na plataforma de DGS, orientação contraceptiva e a orientação para a consulta de Planeamento Familiar.” Sociedade Portuguesa de Contraceção: *A interrupção da gravidez em Portugal*. Disponível em: [https://www.spdc.pt/files/publicacoes/A\\_interrupcao\\_de\\_gravidez\\_em\\_Portugal.pdf](https://www.spdc.pt/files/publicacoes/A_interrupcao_de_gravidez_em_Portugal.pdf). Acesso em: 28 fev 2018.

<sup>75</sup> Relatórios anuais de registo de interrupção de gravidez. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interrupcao-da-gravidez.aspx?v=c94df2ed-1eae-49b8-823e-ab3295205820>. Acesso em: 28 fev 2018.

*reconhecimento da sua capacidade de escolha e decisão, e inseridos num contexto mais abrangente que contemple a perspectiva duma vida sexual e reprodutiva saudável*<sup>76</sup>.

Após dez anos da legalização da interrupção voluntária de gravidez, Portugal apresenta dados de abortamento otimistas, abaixo das médias dos países integrantes da União Européia, ainda que haja a necessidade de ampliação de acesso aos meios contraceptivos.

### 3.5.1.3 França

O Estado francês foi pioneiro entre os países ocidentais, tendo descriminalizado a interrupção voluntária de gravidez há mais de 40 anos, por meio da Lei nº 75-17/1975<sup>77</sup>, aprovada experimentalmente por um período de cinco anos. Posteriormente, A Lei nº 79-1204<sup>78</sup> ratificou a licitude do aborto, permitindo-o até a décima semana de gestação. As legislações posteriores estenderam a autorização para meninas que não atingiram a maioridade e mulheres estrangeiras, e alargaram o limite para a interrupção até a décima segunda semana.

### 3.5.1.4 Romênia

O Estado Romeno passou por momentos de autorização e restrição da prática de aborto nas últimas décadas. Entre os anos 1957 e 1966, a interrupção voluntária da gravidez era legalizada. No entanto, a taxa de abortamento sofreu um aumento em razão da falta de políticas contraceptivas. Consequentemente, a liberação sofreu restrições quando o governo optou por uma política de controle de fertilidade. Nesse momento, taxas elevadíssimas de letalidade materna foram verificadas, de 85 mortes por cem mil nascidas vivas em 1965 para um pico de 169 no ano de 1989<sup>79</sup>. Em 1990, um ano após a revogação da lei que proibia o aborto, este foi novamente legalizado, de modo que as taxas de mortalidade materna caíram pela metade, atingindo a taxa de 84 por cem mil nascidas vivas<sup>80</sup>.

<sup>76</sup> DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Circular Normativa nº 11/SR, p.1. Portugal, 2007. Disponível em: [http://www.spdc.pt/files/legix/11270\\_3.pdf](http://www.spdc.pt/files/legix/11270_3.pdf). Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>77</sup> Loi nº 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>78</sup> Loi nº 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000705056>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>79</sup> Horga M, Gerds C, Potts M. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2013, 39, 2-4. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a225/be70e2e3ab68fa02f678f7659e21bbce03f7.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>80</sup> Idem. p.1.

### 3.5.1.5 Albânia

Em 1991, a Albânia legalizou a interrupção voluntária de gravidez, que foi regulamentada pela Lei nº 8045/1995. A interrupção passou a ser permitida até décima segunda semana de gestação, havendo a possibilidade de extensão do prazo até a vigésima segunda semana em caso de riscos sociais ou de saúde<sup>81</sup>.

Inicialmente, não houve, por parte das instituições públicas, uma sistematização rigorosa dos números referentes à prática de abortamento. Somente no ano de 2005 foi criado um grupo de trabalho para aprimorar as estatísticas, composto pelo Instituto de Saúde Pública (IPH), Ministério da Saúde e Instituto de Estatística e apoiado pelo escritório do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) em Tirana<sup>82</sup>. Este grupo elaborou, em 2017, um protocolo para padronização dos dados coletados nas instituições de saúde, sendo o IPH responsável por processar esses dados e informá-los ao Ministério da Saúde.

Em todas as experiências exemplificadas, cabe ressaltar duas consequências exitosas: a redução dos índices de mortes maternas e o controle das taxas de incidência de aborto, com posterior declínio, por serem acompanhadas de políticas de contracepção. **Em Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde<sup>83</sup>, constatou-se que nos últimos cinco anos não houve registro de nenhuma morte materna em decorrência de aborto. Na França, após quarenta anos de legalização do aborto voluntário, os índices quase zeraram, há menos de uma morte/ano (0,3 morte por 100.000 IVG).<sup>84</sup>** Já na Romênia, em um breve período, foi possível verificar reduções drásticas na mortalidade de mulheres que passam pela experiência do aborto. Observa-se que tais medidas revelaram-se essenciais para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, da saúde integral e da vida digna.

---

<sup>81</sup> Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. *Albania Demographic and Health Survey 2008-09*. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr230/fr230.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>82</sup> Idem.

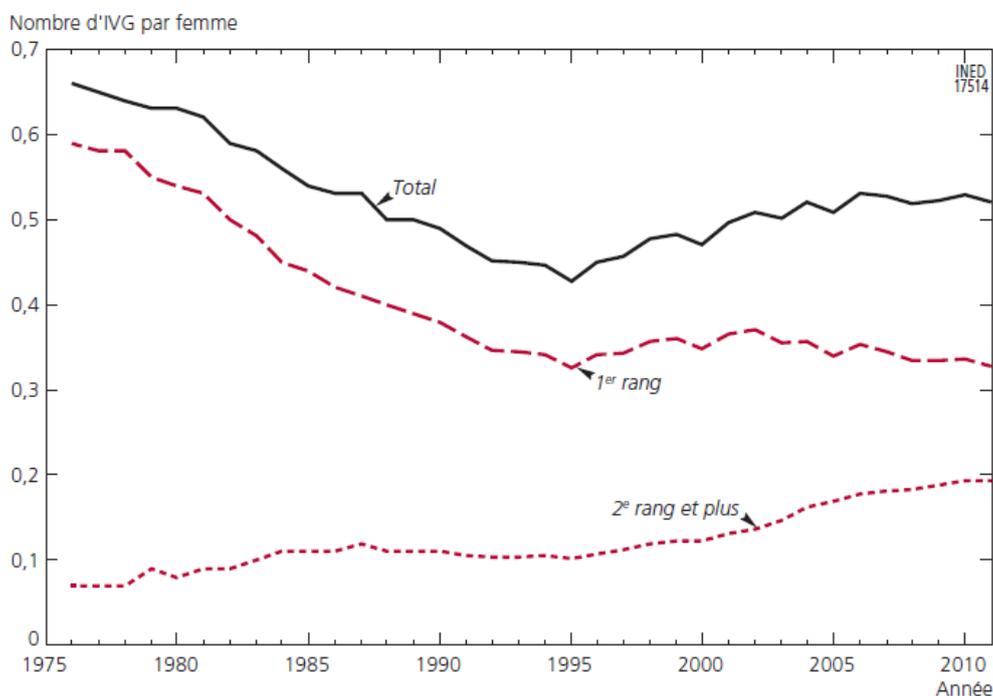
<sup>83</sup> A DGS publicou nos últimos anos dois relatórios que contemplam as mortes maternas (*Relatório das mortes maternas em Portugal 2002-2007; Relatório das complicações relacionadas com a interrupção de gravidez 2011-2012*) onde é explícito que o grande objetivo da despenalização da gravidez foi atingido com a diminuição da mortalidade materna relacionada com a interrupção de gravidez: Em 92 mortes maternas registradas no período de 2002 a 2007, 14 mortes foram notificadas como aborto clandestino, já entre os anos de 2011 e 2012 foram registradas zero mortes maternas relacionadas com o aborto. Sociedade Portuguesa de Contracepção: A interrupção da gravidez em Portugal. Disponível em: [https://www.spdc.pt/files/publicacoes/A\\_interrupo\\_de\\_gravidez\\_em\\_Portugal.pdf](https://www.spdc.pt/files/publicacoes/A_interrupo_de_gravidez_em_Portugal.pdf). Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>84</sup> Mazuy Magali, Toulemon Laurent, Baril Élodie, «Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours», *Population*, 2014/3 (Vol. 69), p. 365-398. DOI: 10.3917/popu.1403.0365. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-population-2014-3-page-365.htm>. Acesso em: 01 mar. 2018

Sobre os decréscimos nas interrupções de gravidez, em Portugal o decréscimo é associado à escolha de uso de algum método contraceptivo, sendo que entre os anos de 2008 e 2013, houve a diminuição de 1,6% no número de abortos realizados. O relatório oficial produzido pela DGS, em 2015, informa que houve uma redução de 1,9% nos abortos voluntários entre 2014 e 2015, tendo sido feitas 15.873 interrupções por decisão da grávida nesse período<sup>85</sup>.

Na França, informações fornecidas pelo Instituto Nacional de Estudos Demográficos (INED) atestam que os números apresentaram queda entre os anos de 1975 a 1995, sendo que após esse período houve pequeno crescimento devido à extensão do número de dez para doze de semanas de gestação permitidas para a realização da interrupção da gravidez, se estabilizando no início dos anos 2000 (0,51 ou 0,52 abortos por cem mil nascidas vivas).

**Figure 4. Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG et l'année**

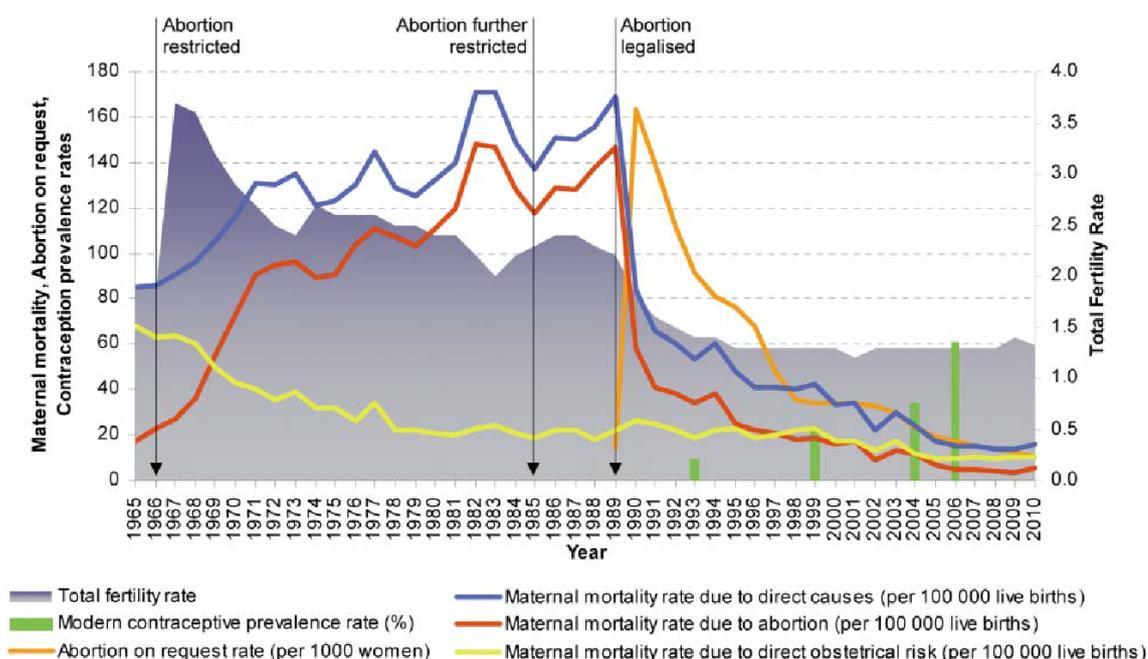


**Note** : sur ce graphique nous avons adopté les estimations de la Drees pour le nombre moyen d'IVG par femme à partir de 1991 (Vilain, 2014). Avec les estimations de l'Ined (tableau 1), la progression des IVG répétées est plus régulière sur la période, et la stagnation des IVG de rang 2 ou plus entre 1985 et 1995 est moins apparente. Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

**Source** : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

<sup>85</sup> “A grande maioria das mulheres escolhe um método contraceptivo depois da IVG, o que se constitui como um importante fator na diminuição/estabilização do número global de IVG realizadas. GABINETE DE ESTUDOS POLÍTICOS. *Diagnóstico sobre implementação da legislação referente à Interrupção Voluntária da Gravidez*. Lisboa, Portugal - 2014. Disponível em: [https://juventudesocialista.pt/juventudesocialista/wp-content/uploads/2016/04/JS-GEP\\_Doc\\_IVG\\_final.pdf](https://juventudesocialista.pt/juventudesocialista/wp-content/uploads/2016/04/JS-GEP_Doc_IVG_final.pdf). Acesso em: 25 fev. 2018

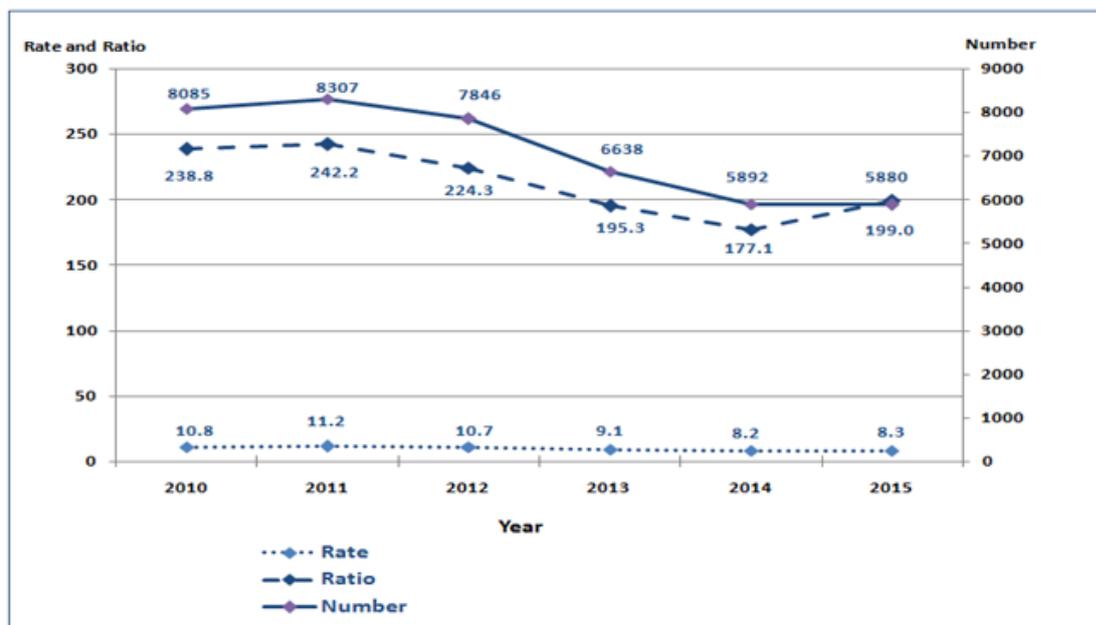
A Romênia mostra uma experiência próspera, como constatado no gráfico abaixo, revertendo o histórico dramático de altíssimos índices de mortes decorrente de abortos inseguros. A elevada taxa de 163,6 mortes por 1000 mulheres registrada em 1990 sofreu redução para apenas 10,1 mortes em 2010. Essa considerável queda é resultado da oferta de anticoncepcionais e de uma política pública de saúde reprodutiva estruturada<sup>86</sup>.



Na Albânia, após o esforço de sistematização do IPH, o índice de abortamento tem sofrido gradativa redução, de 238,8 em 2010 para 199,0 em 2015. Importante ressaltar que o estudo levanta dados sobre abortos espontâneos, que representam cerca de 60% dos casos e que há um crescimento em áreas rurais dos números de abortamentos, evidenciando as consequências do acesso prejudicado a meios contraceptivos. De modo geral, entre os anos

<sup>86</sup> Horga M, Gerds C, Potts M. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2013, 39, 2–4. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a225/be70e2e3ab68fa02f678f7659e21bbce03f7.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

de 2010 e 2015, a taxa de aborto diminuiu significativamente, em 23,1%<sup>87</sup>.



\*Abortion rate - Number of abortions per 1,000 women aged 15–49 years.

† Abortion ratio - Number of abortions per 1,000 live births.

Source: Abortion number from the National Abortion Surveillance System, IPH

Source: Live births from the Ministry of Health

Source: Women aged 15–49 years from INSTAT and Albanian Civil Office

Diante do exposto, conclui-se que a incidência da taxa de abortamento é diretamente influenciada por políticas de planejamento familiar, informação e uso de meios contraceptivos de forma consentida, adequados às necessidades e circunstâncias de vida das mulheres. Por outro lado, a proibição e perseguição daquelas que decidem interromper a gravidez em nada contribui para a redução dos índices de aborto, pelo contrário. As gestações indesejadas não podem ser completamente evitadas, seja pela falta de acesso a contraceptivos ou mesmo pela sua falha, ou pelas situações de violência a que estão submetidas as mulheres em decorrência de uma sociedade patriarcal e machista como a brasileira.<sup>88</sup> Já a mortalidade

<sup>87</sup> Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. *Albania Demographic and Health Survey 2008-09*. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr230/fr230.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

<sup>88</sup> De acordo com o relatório de 2018 da ONU Mulheres (UN Women): TURNING PROMISES INTO ACTION: GENDER EQUALITY IN THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT, “segundo dados obtidos de 45 países, apenas 52% das mulheres entre 15 e 49 anos que são casadas ou estão em uma relação estável têm autonomia para tomar suas próprias decisões sobre relações sexuais e o uso de contraceptivos e serviços de saúde de forma livre e informada. “ No original: “Based on data from 45 countries, mostly in sub-Saharan Africa, only 52% of women aged 15–49 who are married or in a union make their own informed decisions about sexual relations and the use of contraceptives and health services.” Disponível em: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018#view>. Acesso em: 02 de março de 2018

decorrente de abortos inseguros é um fenômeno contornável, desde que sejam disseminadas informações e adotadas práticas preventivas à gravidez e que, quando estes meios não forem eficazes, haja atendimento humanizado para aquelas que escolham interromper a gestação. É preciso que o direito à maternidade autodeterminada alcance todas as mulheres, e que as interrupções voluntárias de gestação sejam excepcionais e seguras.

#### **4. DO PEDIDO**

Diante de todo o exposto, o **Centro Acadêmico Afonso Pena** requer sejam deferidos os seguintes pedidos:

- I. que seja admitido na qualidade de *Amicus Curiae* nos autos da ADPF 442, nos termos do art. 7º, § 2º da Lei 9.868/99, para, deste modo, exercer todas as faculdades inerentes a tal função, destacando-se a apresentação de memorial;
- II. que seja intimado, por meio de suas advogadas, de todos os atos do processo;
- III. que seja deferida a realização de sustentação oral em Plenário por ocasião da apreciação de mérito da presente ADPF;

No mérito, uma vez admitido seu ingresso na lide, requer que a presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental seja julgada integralmente procedente, pelas razões acima expostas.

Nestes termos, pede deferimento.

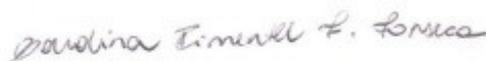
De Belo Horizonte/MG para Brasília/DF, 8 de março de 2018.



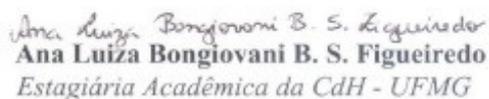
**Camila Silva Nicácio**  
Coordenadora da CdH - UFMG



**Daniela Bicalho Godoy**  
OAB/MG nº 170.965  
Advogada Orientadora da CdH - UFMG  
e da DAJ - UFMG



**Carolina Pimentel Fischer Fonseca**  
OAB/MG nº 155.421  
Advogada Orientadora da CdH - UFMG



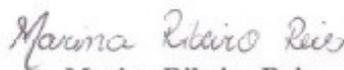
**Ana Luíza Bongiovani B. S. Figueiredo**  
Estagiária Acadêmica da CdH - UFMG



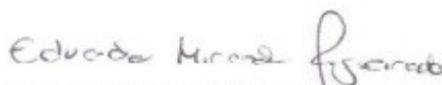
**Elisa Borges Matos**  
OAB 49.790-E  
Estagiária Acadêmica da CdH - UFMG  
e da DAJ - UFMG



**Thiago Moreira Gonçalves**  
Estagiário Acadêmico da CdH - UFMG



**Marina Ribeiro Reis**  
Estagiária Acadêmica da CdH - UFMG



**Eduarda Miranda Figueiredo**  
Estagiária Acadêmica da CdH - UFMG