Aborto no Brasil

um guia em Saúde & Direitos



dia 1

Introdução:
aborto, mitos
& evidências

youth coalition
working internationally for sexual and reproductive rights

cravinas

Realização

Cravinas - Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos (FD/UnB)

Coordenação editorial

Amanda Nunes
Gabriela Rondon
Luciana Rosário

Pesquisa

Ana Carolina Dantas
Cecília Rosal
Clara Wardi
Clarissa Cavalcanti
Jessica Wolff
Juliana Santana
Maria Luísa Nunes
Vitória Buzzi

Projeto gráfico

Bruna Braz
Maria Gabriella Costa

youth coalition
working internationally for sexual and reproductive rights

cravinas

Quem são as mulheres que abortam?

O aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres brasileiras.

Estima-se que 1 em cada 5 mulheres aos 40 anos já fez um aborto.

fonte: Pesquisa Nacional de Aborto de 2016.

As mulheres que realizam aborto são mulheres comuns.

Elas são de todas as idades, religiões, níveis educacionais, classes sociais, grupos raciais, regiões, casadas, solteiras e viúvas, trabalhadoras ou não e que possuem filhos ou não.

67% têm filhos



64% são casadas ou estão em união estável



88% possuem religião



56% católicas

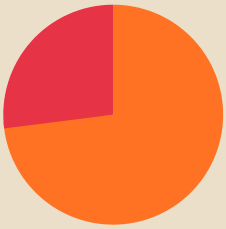
25% evangélicas, protestantes ou cristãs não católicas

7% outras religiões

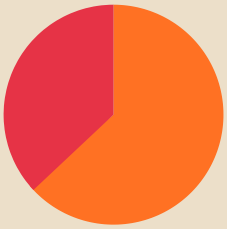
fonte: Pesquisa Nacional de Aborto de 2016.

Apesar de não existir um perfil homogêneo de mulheres que o realizam, o aborto é mais frequente entre aquelas mais vulneráveis.

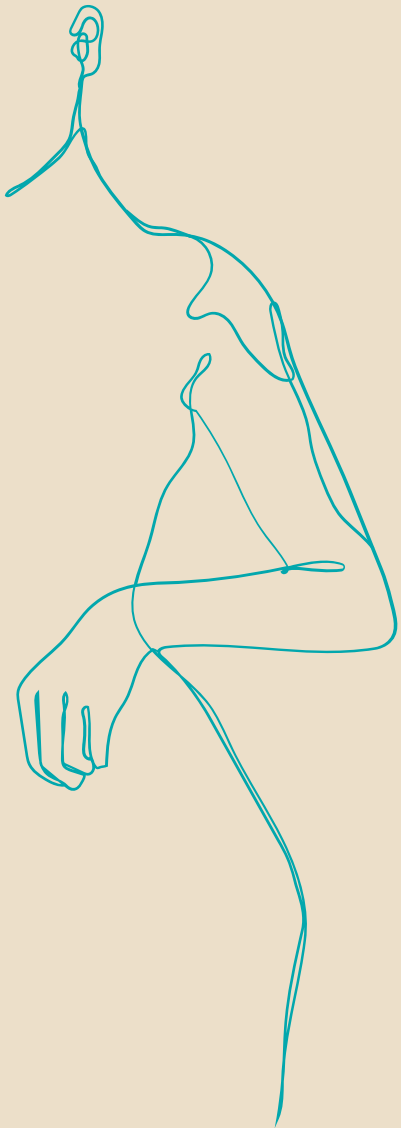
73% são pretas, pardas ou indígenas



63% têm até 2 salários-mínimos de renda familiar



fonte: Pesquisa Nacional de Aborto de 2016.



A magnitude do aborto o coloca como uma **questão de saúde pública** do Brasil.

Por que as mulheres abortam?

- Falta de educação sexual
- Necessidades em contracepção não satisfeitas
- Falta de acesso a métodos contraceptivos
- Falha em métodos contraceptivos
- Situação socioeconômica
- Incompatibilidade da maternidade com seus projetos de vida

Ao contrário do que se imagina,
a decisão pelo aborto costuma ser
uma decisão responsável.



As mulheres reconhecem que não possuem condições - psicológicas ou socioeconômicas - de levar adiante a gestação e responsabilizar-se por um futuro filho.

Trata-se de uma decisão que também pode se dar por **outros fatores**, como a falta de uma rede de apoio familiar e políticas sociais.

De qualquer forma, **a decisão final deve ser, sempre, da mulher,** pois a gestação é algo que impacta diretamente sobre a sua integridade física e psicológica.

COSTA, Rosely G et al., 1995.

É preciso lembrar que métodos contraceptivos não são 100% eficazes!

Índice de falha de contraceptivos
(taxas de gravidezes indesejadas a cada 100 mulheres)

	Uso perfeito	Uso habitual
Preservativo externo	2%	13%
Pílula combinada	0,3%	7%
DIU de cobre	0,6%	0,8%

fonte: Organização Mundial da Saúde, 2018.

É falsa a ideia de que a decisão individual pelo aborto pode ser uma forma de eugenia.

A discriminação está na falta de políticas sociais que promovam a igualdade para pessoas com deficiência.

Muitas vezes, as mulheres temem - com razão - **não ter apoio do Estado, da comunidade ou de familiares** para cuidar de futuros filhos com deficiência.

GUEDES DE MELLO, Anahí; RONDON, Gabriela, 2020.

É preciso lembrar que mulheres com deficiência também abortam e devem ter o direito de fazê-lo como todas as outras mulheres.

Antropóloga Adriana Dias, audiência pública da ADPF 442*, 2018.

* A ADPF 442 é uma ação judicial que pede ao Supremo Tribunal Federal que declare a inconstitucionalidade da criminalização do aborto até as 12 semanas de gestação.

O aborto é um procedimento seguro!

O aborto pode ser cirúrgico ou medicamentoso.

Aborto cirúrgico

É comumente realizado por meio da chamada **Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), um procedimento cirúrgico de baixa complexidade.** Um estudo, que avaliou 11.487 procedimentos de aspiração realizados por enfermeiros e médicos nos Estados Unidos, concluiu que em **apenas 1,3% dos casos houve complicação clínica.**

Anis. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018. / WEITZ, Tracy A. et al. 2013.

Aborto medicamentoso

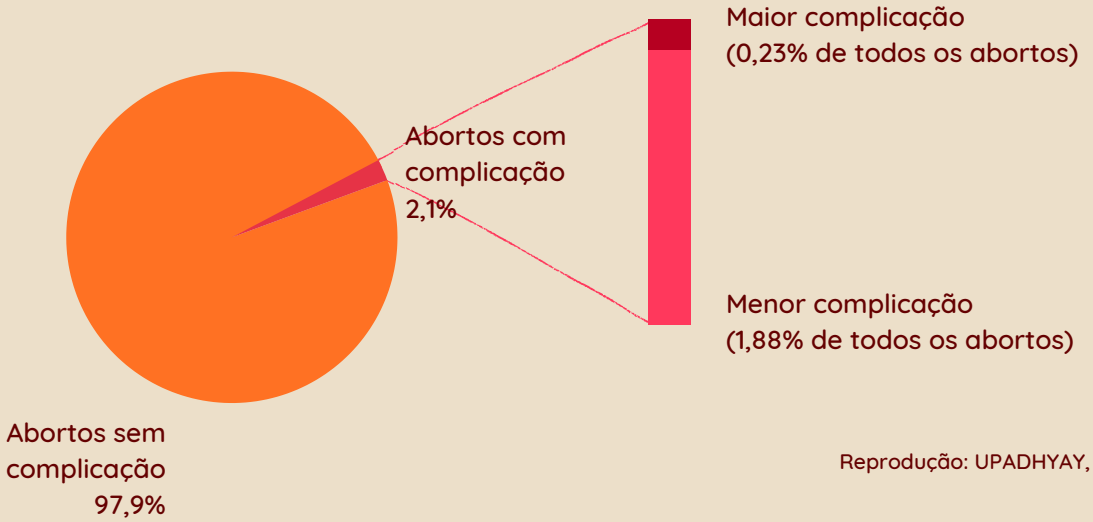
Geralmente realizado com **o misoprostol, ou com a combinação de misoprostol com o mifepristona,** em contextos nos quais o mifepristona está disponível. Trata-se de um procedimento que é tão seguro que, segundo evidências, se realizado até a 12ª semana de gestação, pode ser autogerido pela mulher. **Realizado com o misoprostol, possui uma eficácia de 80 a 95%; quando combinado com o mifepristone, essa taxa é superior a 90%.**

Organização Mundial da Saúde, 2013.

De acordo com a OMS, estima-se que aproximadamente apenas de 2 a 5% das mulheres que fazem abortos com medicamentos confiáveis precisam de alguma intervenção posterior.

Organização Mundial da Saúde, 2013.

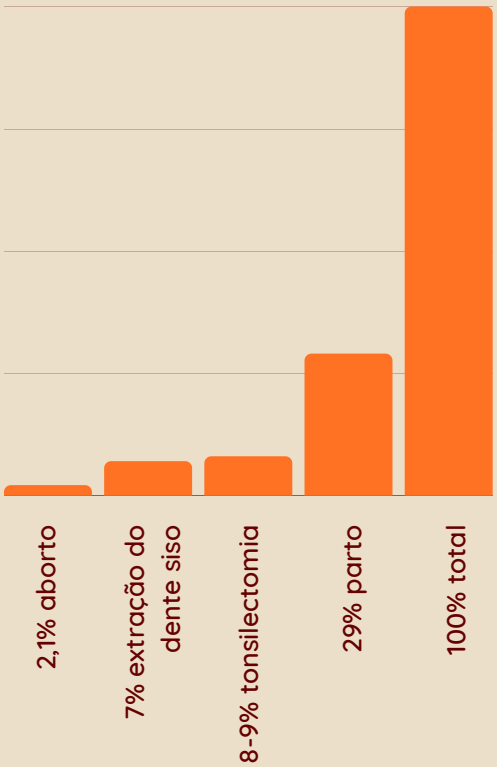
Porcentagem de procedimentos de aborto com complicações:



Reprodução: UPADHYAY, U., 2014.

Comparação das taxas de complicação (maior e menor)*.

*em todos os casos, esses são principalmente complicações menores.



Mesmo nos raros casos em que há complicações, a maior parte é considerada de menor risco.

É baixíssima a incidência de complicações de maior gravidade, que demandam intervenção cirúrgica, transfusão sanguínea ou internação hospitalar

Gráfico: reprodução de UPADHYAY, U., 2014.

Pandemia da covid-19 e aborto medicamentoso por telemedicina

O aborto por telemedicina é feito com o uso de medicamentos, apresentando **taxas elevadas de aceitação e eficácia entre as mulheres**. Países como a Inglaterra, França e Irlanda adotaram essa modalidade durante a pandemia. No Brasil, a primeira - e até o momento, única - iniciativa foi implementada em Uberlândia.

AIKEN, Abigail et al. 2020. / TODD-GHER, Jaime; SHAH, Payal K., 2020. / BRANDALISE, Camila, 2021. / DINIZ, Debora; AMBROGI, Ilana; CARINO, Giselle, 2021.

O que torna o aborto **inseguro** é a **criminalização**.



Com a criminalização e a indisponibilidade de métodos seguros, as mulheres acabam recorrendo a **procedimentos clandestinos**, realizados por **profissionais não capacitados**, com **métodos inseguros** e em **condições inadequadas.**

Cerca de metade das mulheres que abortam na clandestinidade precisam ser internadas para finalizar o aborto.

fonte: Pesquisa Nacional de Aborto de 2016.

O aborto realizado nessas condições pode resultar em complicações como:

- hemorragias
- infecções do trato reprodutor e do trato genital
- perfuração do útero e de vísceras
- choque séptico
- traumatismos genitais
- sequelas como dor pélvica crônica e infertilidade

A clandestinidade resulta em um número elevado de mortes maternas completamente evitáveis.

Devido à criminalização, não é possível dizer, com exatidão, quantas mulheres morrem em decorrência de abortos inseguros. Apesar disso, dados do Ministério da Saúde estimam que, em 2016, houve 1 morte a cada 2 dias por aborto no SUS.

Anis. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018. / Memoriais do Ministério da Saúde, audiência pública da ADPF 442, 2018.

Além da morte de mulheres, a criminalização causa, ainda, gastos elevados para o sistema público de saúde.

No Brasil, os gastos com internações por complicações de aborto custaram ao SUS R$ 486 milhões entre 2008 e 2017. Somente em 2017, esse custo foi de mais de R$ 50 milhões. Esses gastos envolvem leitos hospitalares, suprimento de bolsas de sangue, medicações, centros cirúrgicos, anestesia e especialistas.

Anis. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018. / Memoriais do Ministério da Saúde, audiência pública da ADPF 442, 2018.

Apesar disso, é possível que as mulheres estejam recorrendo a métodos de maior segurança, o que coincide com a difusão do aborto medicamentoso.

É o que sugere a comparação entre a PNA de 2010 e a de 2016. Isso reforça a segurança e a importância do acesso a esses medicamentos para a saúde das mulheres. Segundo a pesquisa, como o medicamento mais comum é o misoprostol, recomendado pela OMS, é provável que, atualmente, a mortalidade materna por complicações de aborto seja menor.

Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 e 2016.



O **julgamento moral** e a **falta de acesso a procedimentos seguros**, e não o aborto em si, é o que **causa danos psicológicos** para as mulheres.

Não há evidências confiáveis de que realizar um aborto seguro possa ser um fator de risco à saúde mental das mulheres. Se há efeitos à saúde mental é pela criminalização do aborto e pela expectativa social de maternidade que recai sobre as mulheres.

Anis. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018. / Memoriais do Conselho Federal de Psicologia, audiência pública da ADPF 442, 2018 / PEDROSO, D., 2012

Tratar o aborto como uma questão de saúde, e não de direito penal, é mais efetivo e protege os direitos das mulheres.

A persistência de abortos e de internações em países com leis restritivas de aborto, como o Brasil, mostra que uma resposta fundamentada na criminalização e na repressão, além de ser nociva, é ineficaz.

Isso porque, por um lado, ela não consegue atingir o seu objetivo de reduzir o número de abortos e, por outro, coloca as mulheres em uma situação de risco.

Países que optaram pela **descriminalização do aborto**, associada a **políticas públicas de planejamento familiar**, observaram a **redução das taxas de aborto e de mortalidade materna.**

Há evidências de queda de taxas de aborto em anos seguintes à descriminalização em países como a Romênia, Portugal e França.

Na Romênia, a revogação da lei que criminalizava o aborto e, posteriormente, o aumento no uso de contraceptivos modernos vieram acompanhados de queda de 94% nas taxas de abortos provocados, que **reduziram de 163,6 a cada 1000 mulheres em 1990 para 10,1 a cada 1000 mulheres em 2010.**

Em Portugal, entre 2008, um ano após a legalização, e 2015, houve uma **queda de 14% no número de abortos.**

Já na França, houve uma **queda de mais de 24% no número de abortos** entre 1976 e 2016.

HORGA, Mihai et al., 2013 / VICENTE, Lisa Ferreira, 2020 / INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, 2020.

Com a **descriminalização**, o aborto deixa de ser assunto de **polícia** e passa a ser um tema de cuidado em **saúde**.



Com as mulheres sendo acolhidas e ouvidas pelos serviços de saúde, e não tendo medo de procurá-los, é possível:

entender por que e como as políticas de planejamento familiar falharam;

prover educação sexual, métodos contraceptivos eficazes e mais adequados às suas necessidades e prevenir um segundo aborto;

bem como identificar e agir sobre situações de violência.

Anis. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Violência sexual e sistema penal: proteção ou duplicação da vitimação feminina?. Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos, Florianópolis, p. 87-114, jan. 1996. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15741>. Acesso em 08 Set. 2021.

ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de et al. Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [online], v. 36, n. 2, p. 243-248, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400013>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

GUEDES DE MELLO, Anahí; RONDON, Gabriela. Feminismo, deficiência e autonomia reprodutiva: o aborto em tempos de Zika no Brasil. Somatosphere, 2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/2020/abortion-zika.html/>. Acesso em 26 Ago. 2021.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, v. 39, jan. 2013. Disponível em: <https://srh.bmj.com/content/39/1/2>. Acesso em 26 Ago. 2021.

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES. Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels, 2020. Disponível em: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>. Acesso em 26 Ago. 2021.

PEDROSO, Daniela. Aborto e saúde mental. Cienc. Cult. v. 64, n. 2, São Paulo, Abr./Jun, 2012. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200016>. Acesso em 26 Ago. 2021.

TODD-GHER, Jaime; SHAH, Payal K. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. Sexual and Reproductive Health Matters, v. 28, n. 1, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32308156/>. Acesso em 26 Ago. 2021.

UPADHYAY, U. Safety of abortion in the United States. ANSIRH - Advancing New Standards In Reproductive Health, Research on Abortion Care, issue brief 6, p. 1-2, dec. 2014. Disponível em: <https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/safetybrief12-14.pdf>. Acesso em 26 Ago. 2021.

VICENTE, Lisa Ferreira. Aborto por opção da mulher: a experiência portuguesa da implementação da Rede Nacional. Cad. Saúde Pública [online], vol. 36, n. 13, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1010/aborto-por-opcao-da-mulher-a-experiencia-portuguesa-da-implementacao-da-rede-nacional>. Acesso em 26 Ago. 2021.

WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health, p. 454–461, mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673521/>. Acesso em 26 Ago. 2021.

WHO. World Health Organization. Family Planning - a global handbook for providers. Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. Updated 3rd edition 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf;jsessionid=D4A8BC98CBF3B754CA14B700475A3434?sequence=1>. Acesso em 26 Ago. 2021.

WHO. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/>. Acesso em 26 Ago. 2021.

Aborto no Brasil

um guia em Saúde & Direitos



dia 2

Contexto político
& social do aborto
no Brasil

Construção sociológica do aborto

Para entender por que o aborto hoje é um tema estigmatizado, criminalizado e alvo de julgamento morais negativos, é preciso considerar alguns fenômenos históricos, conceitos e construções sociais que afetam particularmente às mulheres.

Gênero, divisão sexual do trabalho, maternidade compulsória e discriminação racial

Aqui, apresentamos alguns conceitos centrais para entender as disputas de enquadramentos sobre o direito ao aborto no país:

Gênero

É uma construção sociocultural que opera sobre distinções reprodutivas para definir a posição dos indivíduos nos processos e relações sociais.

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca, 2015.

Vale ressaltar que o conceito de gênero não é um consenso mesmo dentro dos debates feministas. Ainda é uma ideia em constante disputa e construção!

Divisão sexual do trabalho

Conceito fundamental para o regulamento da procriação e da expropriação da autonomia feminina sobre os processos reprodutivos. O trabalho de reprodução da sociedade no âmbito doméstico é relegado a corpos identificados como femininos. A autora Silvia Federici demonstra, em sua obra, como esse trabalho é essencial para a estrutura das sociedades capitalistas. Os papéis de “mães” e “esposas” envolvem a naturalização e a imposição das funções reprodutivas para as mulheres como destino único. Surge, assim, a ideia de que o corpo feminino foi designado para a gestação e isso não pode ser objeto de escolha. Mas isso não ocorre de forma homogênea entre mulheres de diferentes raças e classes.

FEDERICI, Silvia, 2017; MARTIN, Emily, 2006.

"Essa forma de encarar as mulheres as enreda na teia da natureza, dado o pressuposto inquestionável de que o potencial reprodutivo e a anatomia feminina obriga as mulheres a ser mães, elas são governadas passivamente por uma ordem fatalista que não lhes deixa outra opção"

DONATH, Orna, 2017, p. 27.

Raça e classe: elementos determinantes das experiências reprodutivas das mulheres

Intelectuais negras têm chamado a atenção para a importância de se incluir raça e classe nas análises sobre gênero e reprodução, como em torno do direito ao aborto. Mulheres negras e pobres são as mais afetadas pelo controle exercido sobre a capacidade reprodutiva. Tanto o direito de serem mães, como o direito de poderem escolher pela interrupção da gestação, são de acesso mais difícil para essas mulheres, que historicamente foram alvos de políticas eugênicas de esterilização e são as mais afetadas pela criminalização do aborto.

Carneiro, Sueli (2003); Diniz, Debora (2017)

Igualmente, mulheres com deficiência sofrem as consequências de visões paternalistas sobre sua sexualidade e capacidade reprodutiva, e são também, com frequência, foco de políticas de esterilização, negativa de acesso a planejamento familiar e falta de apoio a projetos de maternidade.

Justiça reprodutiva: marco para a análise dos direitos sexuais e reprodutivos

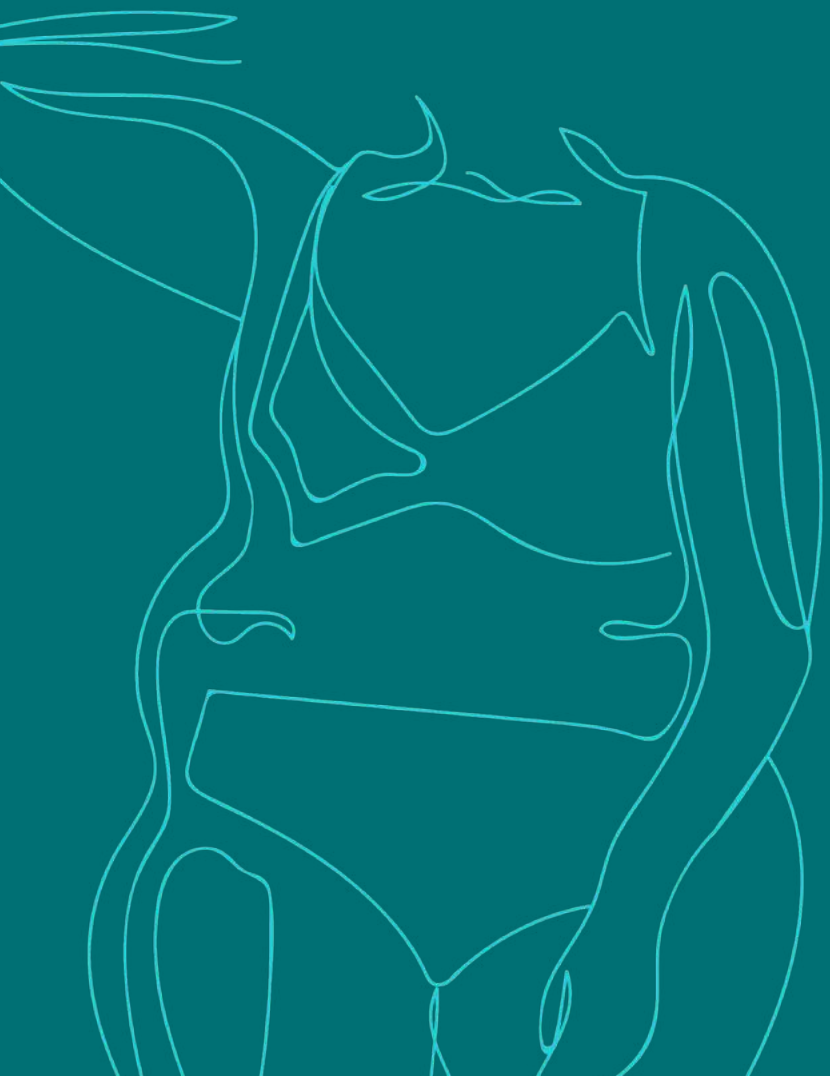
A justiça reprodutiva alia a luta por saúde sexual e reprodutiva com a luta por justiça social. Trata-se de um conceito importante para pensar o direito ao aborto não como uma questão individual, mas como algo marcado por desigualdades de raça e classe, que impactam sobre as experiências reprodutivas das mulheres de forma coletiva. Sua definição vai além da ideia de "pró-escolha" x "pró-vida" e centraliza três aspectos centrais:

1) o direito de não ter filhos;

2) o direito de ter filhos; e

3) o direito de criar crianças em ambientes seguros e saudáveis.

Ross; Solinger, 2017.



Quais são as narrativas construídas por opositores para enquadrar o direito ao aborto?

"Ideologia de gênero"

Formulação criada para contrapor demandas por direitos que rompem com estereótipos de gênero impostos às mulheres, transexuais, pessoas de gênero diversos e à comunidade LGBTQIA+.

Segundo essa narrativa, a demanda por igualdade é uma criação de ativistas sociais visando subverter relações “naturais” entre os sexos, quando se sabe que a invenção está nas construções socioculturais relacionadas à função reprodutiva. Assim, a diferença sexual é afirmada como condição ontológica e imutável dos seres humanos.

Os discursos que se embasam na "ideologia de gênero" fazem parte de um discurso político global, que visa garantir a existência de uma estrutura social baseada na família nuclear heterossexual, marcada claramente pelos papéis de gênero e na reprodução como função das mulheres.

Um exemplo disso no contexto brasileiro foi o projeto chamado “Escola Sem Homofobia”, que se tratava de um kit de apoio para a formação de professores em temas relacionados aos direitos LGBT, como o combate à violência e ao preconceito no ambiente escolar. A partir de imagens e de livros que não tinham a ver com o referido material, Jair Bolsonaro nomeou o projeto de “Kit Gay”, fazendo campanhas falaciosas em veículos de comunicação contra a implementação do projeto e não demorou para que a proposta fosse vetada. O combate ao “Kit Gay” foi um dos principais motes da campanha presidencial de Jair Bolsonaro contra seu opositor Haddad, alvo das fake news relacionadas ao projeto.

Defesa da família

Atores conservadores e religiosos contrários ao aborto se apresentam muitas vezes como defensores da família. Segundo sua narrativa, demandas como a descriminalização do aborto implicariam no fim dessa instituição. O conceito de família mobilizado é construído com base nos estereótipos de gênero, na divisão sexual do trabalho e no binarismo (entendimento sobre a definição do gênero de forma dupla e oposta), que, juntos, operam para negar às mulheres e membros da comunidade LGBTQIA+ escolhas sexuais e reprodutivas. Essa lógica está atrelada à família heteronormativa, patriarcal e branca, dado o controle sexual, o domínio e centralidade do patriarca e a referência da estrutura familiar branca de raízes coloniais.

É importante lembrar que mulheres que abortam também possuem famílias, que são igualmente legítimas. Muitas vezes sua decisão por abortar é justamente uma decisão responsável para garantir o cuidado de outros filhos ou outros vínculos de dependência.

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana e dos direitos sexuais e reprodutivos, como o planejamento familiar, supera a ideia de que relações devem ter como fim único a procriação: O acesso ao aborto legal e seguro é parte das políticas públicas necessárias para o exercício pleno desses direitos. Todas as pessoas com capacidade de gestar têm o direito de poder decidir se, como e quando desejam ter filhos.

Aborto no Brasil

Permitido, atualmente, nos casos de violência sexual, risco à vida da mulher ou anencefalia fetal.

Império (até o final do século XIX)

1

Punição daqueles que realizavam o aborto na mulher com ou sem o seu consentimento. Em 1890, o autoaborto já era condenado.

(Gatto, Yasmin, 2017; Machado, Lia Zanotta, 2017)

Governo do Estado Novo, de Getúlio Vargas (1940)

2

Instituição do Código Penal vigente até os dias de hoje, que não penaliza o aborto apenas em casos de gravidez decorrente de estupro e de risco de vida para a mulher gestante.

Assembleia Nacional Constituinte (1987 e 1988)

3

Houve forte atuação da Igreja Católica para tentar restringir ainda mais o direito ao aborto, através da inserção de cláusula do direito à vida "desde a concepção" na Constituição de 1988. A atuação do movimento feminista foi fundamental para impedir esse retrocesso.

ADPF 54 (2012)

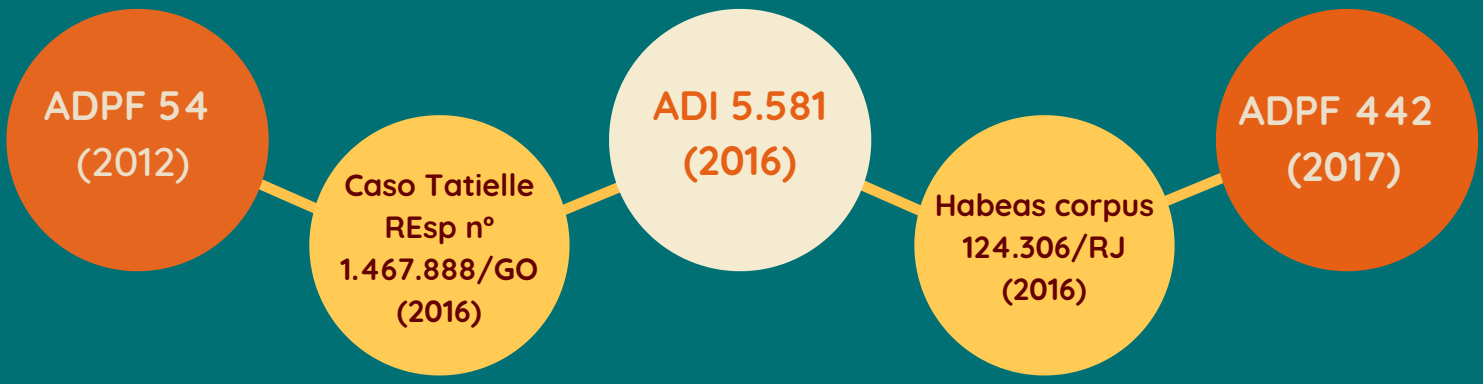
4

O Supremo Tribunal Federal autoriza a interrupção da gestação de feto com anencefalia.



Atuação do Judiciário

Com o progressivo fechamento do Poder Legislativo até mesmo para debates sobre o tema, especialmente a partir dos anos 2000, o Judiciário se tornou um importante lócus de atuação na temática de gênero e do aborto, dado o exemplo paradigmático da **ADPF 54**, já mencionado.



Caso Tatielle REsp nº 1.467.888/GO (2016)

Ajudou a estabelecer a jurisprudência que alargou o entendimento de que outras malformações incompatíveis com a vida se adequam ao entendimento proferido pelo STF na ADPF 54.

Em 2005, Tatielle Gomes estava no meio do procedimento de interrupção da gestação devido a uma anomalia no feto que seria incompatível com a vida, quando um padre entrou com um habeas corpus -- uma ação judicial usada para garantir a liberdade de alguém, no caso, a do feto -- ordenando que o procedimento fosse interrompido. Ainda que tivesse a autorização judicial e já estivesse em processo de indução do parto, os médicos pararam o procedimento. Os dias seguintes foram de dor e sangramento sem nenhum tipo de amparo do sistema de saúde, que se recusou a cuidar de Tatielle por causa do trâmite judicial iniciado pelo padre. Diante da situação, Tatielle e sua família entraram com uma ação contra a atitude abusiva do padre em 2008. O processo foi longo e, apenas em 2016, o STF se posicionou a favor de Tatielle.

ADI 5581 (2016)

A ação, proposta com a participação da Anis - Instituto de Bioética, impulsionou o debate sobre a epidemia do vírus zika e o direito ao aborto no cenário nacional. Um dos pedidos era a possibilidade de que mulheres infectadas pelo zika pudessem interromper a gestação para a proteção de sua saúde mental, considerando a responsabilidade do Estado em mitigar as consequências da pandemia e as incertezas sobre os impactos do zika durante a gestação. Em 2020, a ação foi extinta pelo STF por questões processuais, mas contou com um voto de divergência do Ministro Barroso, que entendeu ser necessária a reflexão sobre a descriminalização do aborto.

Habeas corpus 124.306/RJ (2016)

Julgado quatro anos após a decisão da ADPF 54. No caso, que tratava de uma mulher e um homem presos preventivamente por manter uma clínica clandestina de aborto. O Ministro Barroso, ao decidir sobre a liberdade provisória, defendeu a tese de inconstitucionalidade da criminalização do aborto no terceiro trimestre. A decisão proferida no habeas corpus foi um importante precedente para a fundamentação da ADPF 442.

ADPF 442 (2017)

Ainda pendente de julgamento, a ação pede a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Essa foi a primeira vez que a demanda pela descriminalização no primeiro trimestre chegou às cortes supremas na América Latina.

Criminalização das mulheres

No cenário estadual, ao mesmo tempo em que concede autorizações para a interrupção voluntária da gestação, o Judiciário é porta de entrada para os processos que criminalizam mulheres que abortaram de forma clandestina.

de 2015 a 2018 ···· a criminalização do aborto gerou ao menos um processo na Justiça a cada dois dias

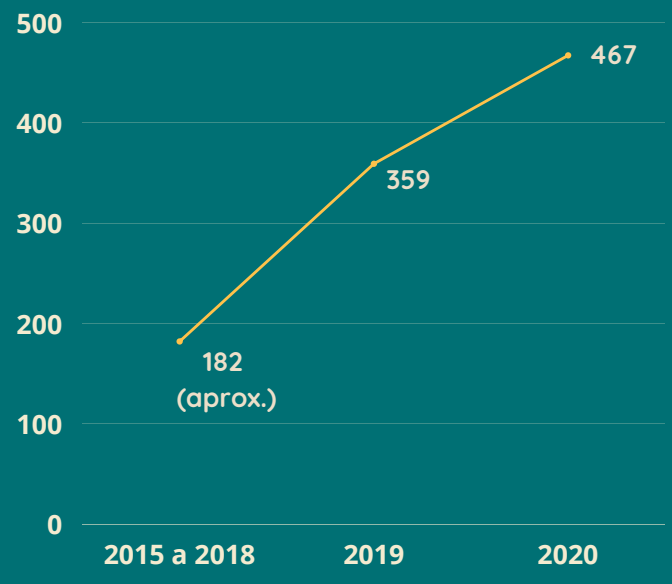
Fonte: Gênero e Número.

2019 ..... foram contabilizados 359 processos ao ano

Fonte: Justiça em Números Digital, CNJ.

467 processos em 2020
ano de pandemia da Covid-19 ..... a cada dois dias, foram contabilizados 2,5 processos que versam sobre abortos ilegais

Fonte: Justiça em Números Digital, CNJ.

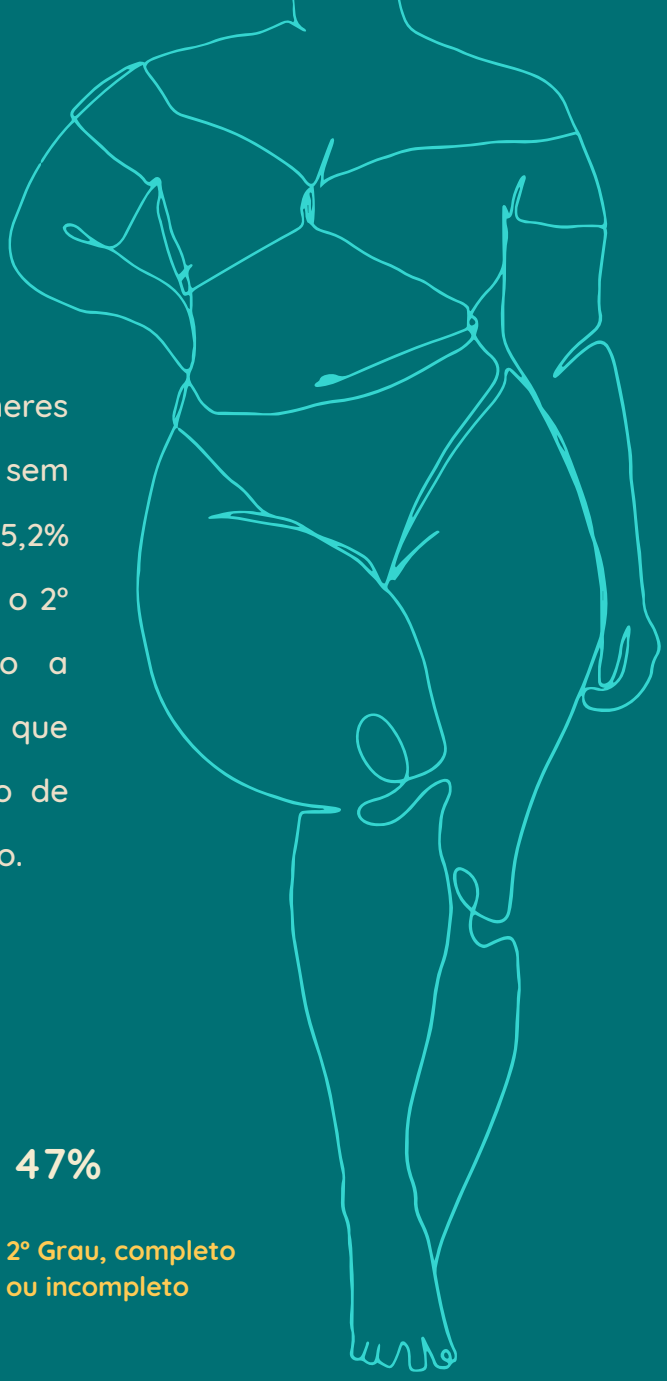


Aumento do número de processos que criminalizam o aborto de 2015 a 2020

Fonte: Gênero e Número; Justiça em Números Digital, CNJ.

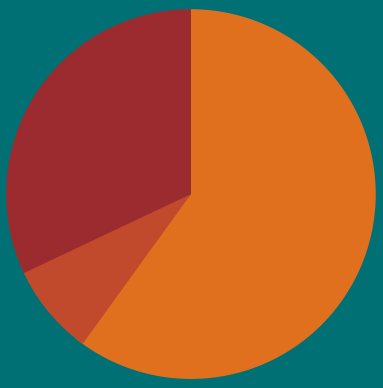
Perfil das mulheres criminalizadas

Vale destacar que a maioria das mulheres processadas por aborto ilegal são negras e sem formação educacional básica completa -- 35,2% têm o 1º Grau, completo ou incompleto, e 47%, o 2º Grau, completo ou incompleto --, segundo a pesquisa "Entre a Morte e a Prisão" (2018), que analisou processos judiciais de aborto do Rio de Janeiro, pela Defensoria Pública Geral do Estado.



35,2%

1º Grau, completo ou incompleto



47%

2º Grau, completo ou incompleto

Fonte: pesquisa "Entre a Morte e a Prisão" (2018), realizada pela Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

Tais informações fortalecem a construção do perfil específico de mulheres vulnerabilizadas como as principais criminalizadas pelo por aborto.

Atuação do Legislativo

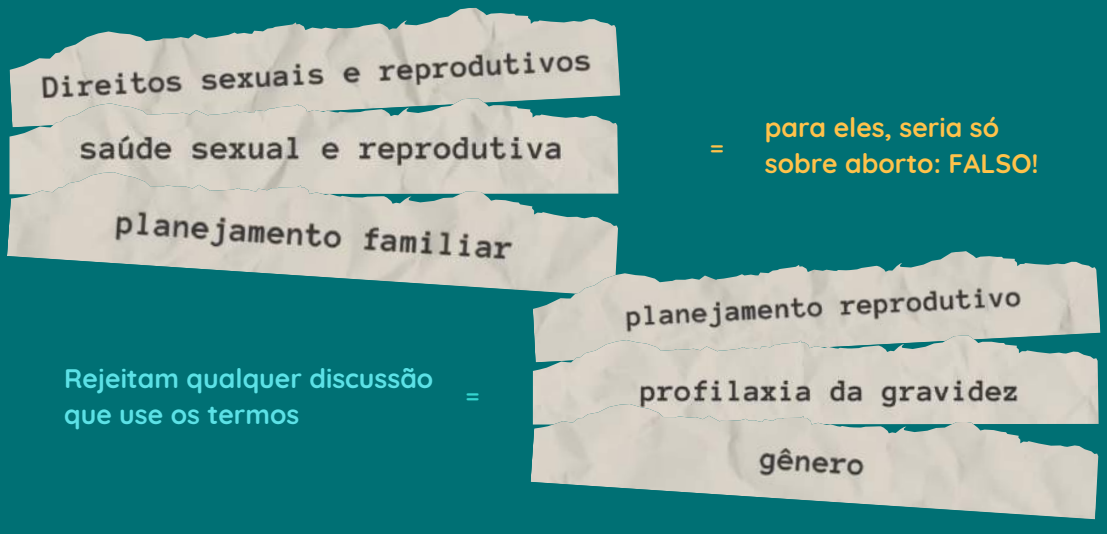
- No Congresso Nacional, o discurso conservador e religioso tem ganhado cada vez mais ressonância através de novas tentativas de tornar absoluta a criminalização do aborto no Brasil, retrocedendo na legislação vigente. A estratégia tem sido adotar uma linguagem de direitos, com aparência laica e científica, no intuito de esconder as razões morais e religiosas por trás das ofensivas. Projetos de lei e emendas constitucionais visam estabelecer o direito à vida "desde a concepção".

Exemplo: Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 181, conhecida como "Cavalo de Tróia"

- Narrativas anti-gênero e "pró-natalistas" utilizadas pela oposição: escolha das palavras para se referir aos temas que dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva de forma a relacioná-la com a "cultura da morte".

Machado, 2018

Segundo o Dicionário do Conservadorismo no Congresso, segundo AzMina



Eleições de 2018: Ingresso significativo de conservadores e religiosos no Congresso Nacional. Isso reflete o aumento de proposições apresentadas na Câmara dos Deputados no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. No ano de 2020, estiveram em tramitação 114 projetos de lei sobre a temática do aborto, segundo levantamento feito pela Cfemea.

Elas no Congresso (AzMina) e Radar Feminista no Congresso (CFEMEA)

O trabalho de organizações feministas tem sido crucial para o monitoramento e articulação contra retrocessos relacionados às pautas de gênero no Congresso.

Atuação do Executivo: Covid-19 e o direito ao aborto no Brasil

- Com o resultado das eleições de 2018, houve um aumento da presença de atores conservadores e com tendências autoritárias nas instâncias do Poder Executivo. Sem conseguir alcançar mudanças legais, esses atores têm recorrido a atos administrativos antidemocráticos para impor obstáculos para o acesso ao aborto nas hipóteses legais.

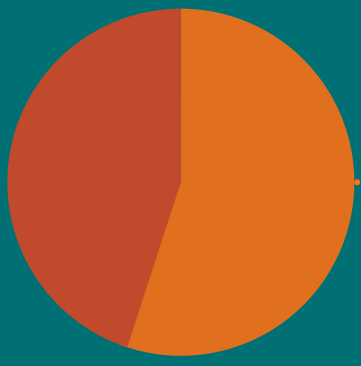
- Rechaço dos serviços de saúde sexual e reprodutiva essenciais durante a pandemia da Covid-19: Na pandemia da Covid-19, o governo demarcou, mais uma vez, sua posição de não reconhecer o serviço de aborto legal como parte dos cuidados essenciais no campo da saúde das mulheres.

Em junho de 2020, foi revogada a Nota Técnica nº 16, que reiterava a necessidade de garantir o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva já fornecidos pelo SUS, como o planejamento familiar, contracepção de emergência, prevenção e tratamento de IST's e a interrupção legal da gestação. Sob alegação de má-fé do presidente da república de que a nota versava sobre a legalização do aborto, a nota foi retirada do ar dias após sua publicação e os técnicos envolvidos em sua elaboração foram exonerados.

O caso nos ajuda a perceber como a estigmatização do aborto afeta o entendimento sobre a saúde sexual e reprodutiva de forma ampla e impacta a vivência dos direitos das meninas e mulheres.

Instituição da notificação compulsória da violência sexual pelos profisisonais de saúde, com a identificação da vítima, na atenção ao aborto legal - Portarias 2.282/2020 e 2.581/2020, do Ministério da Saúde: Durante a pandemia, e logo após o caso da menina de 10 anos do Espírito Santo que quase teve seu direito ao aborto legal negado, o governo publicou portaria visando dificultar ainda mais o acesso ao serviço. Um dos obstáculos foi a notificação compulsória à polícia, por parte dos profissionais de saúde, em caso de violência sexual, o que tem o potencial de afastar meninas e mulheres dos serviços de saúde.

Interrupção nos serviços de aborto legal



apenas 55%

dos serviços que realizavam aborto legal antes da pandemia seguiam funcionando em 2020

Fonte: Revista AzMina e Artigo19

Aliança Internacional contra o aborto

O governo brasileiro se uniu à Aliança, assinando a Declaração do Consenso de Genebra, a qual mobiliza conceitos religiosos de “família” e de “vida” na oposição à interrupção da gestação, demarcando para a comunidade internacional o atual posicionamento do Brasil contrário aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Em 2020, houve o aumento no número de denúncias, queda de registros (indicando dificuldades para a formalização da denúncia), ausência de medidas concretas para o enfrentamento à violência de gênero e, ao mesmo tempo, interrupção dos serviços de aborto legal.

Dos 60.560 estupros notificados, 60% foram em crianças menores de 13 anos, em sua maioria do sexo feminino.



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021

17.528
meninas menores de 14 anos deram à luz no Brasil

em contraposição aos

89 abortos
por razões médicas feitos por meninas dessa faixa etária.

Todas essas meninas poderiam ter acesso a um aborto, já que toda gravidez de meninas 14 anos é entendida como fruto de violência sexual.

Aborto por telessaúde

Em 2020, um serviço de saúde implementou a telessaúde como forma de assegurar a manutenção e acessibilidade aos serviços durante a pandemia para meninas e mulheres. Essa forma de atendimento é amparada pela atual legislação brasileira e pelas evidências científicas mais recentes sobre a temática.

No intuito de sistematizar as principais informações que outros serviços de saúde necessitariam para replicar essa forma de atendimento, foi publicada, em 2021, a cartilha "Aborto legal via telessaúde: Orientações para os serviços de saúde", parceria entre a Anis - Instituto de Bioética, a Rede Médica Pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brasil) e o Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas), vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU).

Semanas após a divulgação da cartilha nas redes sociais, o Ministério Público Federal, no nome de dois procuradores, publicou uma recomendação ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e ao Ministério da Saúde (MS) contrária ao serviço, sem nenhum tipo de embasamento científico. As tentativas de criminalizar o serviço e as profissionais envolvidas não tiveram êxito graças às ações de incidência coordenadas pela Anis - Instituto de Bioética e pelo Projeto Cravinas. Até a presente data, o serviço segue em funcionamento, com perspectivas de ser replicado para outros estados do país, já tendo atendido 17 mulheres com 100% de êxito.



O serviço de aborto por telessaúde é utilizado em diversos países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) asseguram a **segurança** e a **eficácia** dessa modalidade de atendimento, principalmente no contexto de crise de saúde pública.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. Aborto, saúde e cidadania. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, n. Supl. 1

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe Aborto. Introdução: Aborto, democracia e laicidade. In:____. Aborto e Democracia. São Paulo: Alameda, 2016, p. 9 - 16.
BIROLI, Flávia. Gênero e Desigualdades: Limites da Democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. Resvista Estudos Avançados, v. 17, n. 49, p. 117–32, 2003.

CFEMEA. Mulheres e Resistência no Congresso Nacional 2020. Centro Feminista de Estudos e Assessoria Brasília, 2021.

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. Gênero: uma perspectiva global. São Paulo: nVersos, 2015.

CORRÊA, S, Kalil I. Políticas antigénero en América Latina: Brasil. Rio de Janeiro: Observatorio de Sexualidad y Política, ABIA; 2020. Disponível em: <https://sxpolitics.org/GPAL/uploads/Ebook-Brasil%2020200204.pdf>

DAVIS, Angela. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: Mulheres, Raça e Classe. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 205-223.

DINIZ, Débora. A arquitetura de uma ação em três atos - anencefalia no STF. Direito. UnB, julho – dezembro de 2014, v. 01, n.02

DONATH, Orna. Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a Bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante. 2017.

GATTO, Yasmin. Aborto no Brasil e a cobertura jornalística: uma disputa de vozes hegemônicas. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste. Volta Redonda: 22 a 24 de junho 06 de 2017.

hooks, bell. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

MACHADO, M. DAS D. C. The christian discourse of “Gender ideology”. Revista Estudos Feministas, v. 26, n. 2, p. 1–18, 2018.

_____. Discursos pentecostais em torno do aborto e da homossexualidade na sociedade brasileira. Cultura y Religión, v. 7, n. 2, 2013, p. 48-68.

MARTIN, Emily. A Mulher no Corpo: Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

PITANGUY, Jacqueline. “Mulheres, Constituinte e Constituição”. In: Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade e gênero. Brasília: Ipea, 2011.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v.23, n.2, p.169-174, 2006.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. Reproductive Justice: An Introduction. Oakland: The University of California Press, 2017.

Aborto no Brasil

um guia em Saúde & Direitos



dia 3

Direito à saúde, aborto e
deveres ético-profissionais

Aborto e atenção à saúde das mulheres

No Brasil, o aborto é permitido em apenas três casos:

- Gravidez de risco à vida da gestante;
- Gravidez resultante de violência sexual;
- Anencefalia e outras malformações fetais incompatíveis com a vida – conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal, em 2012.

Apesar de duas dessas hipóteses (gravidez de risco à vida da gestante e gravidez resultante de violência sexual) serem permitidas desde 1940, quando o atual Código Penal entrou em vigor, o primeiro serviço de aborto legal do Brasil foi implementado apenas em 1989, graças à articulação de movimentos feministas com atores estatais.

“Apesar dos entraves observados na época, o serviço foi pioneiro não só no Brasil como também na América Latina”.

Fanti, 2016, p. 156.

A atenção ao abortamento integra a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, que teve como base para a sua elaboração o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983, no período da redemocratização.**

Essa Política rompe com estereótipos de gênero associados à função reprodutiva e à maternidade e incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, de modo a englobar **todas as questões necessárias para que as mulheres vivam sua vida sexual e reprodutiva com liberdade e autonomia.**

Ministério da Saúde, 2004.

A legislação restritiva do aborto é incompatível com os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Não há como garantir saúde integral, promover a igualdade de gênero e reduzir mortes maternas mantendo a criminalização como regra.

O documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes”, de 2004, do Ministério da Saúde, reconhece que:

“**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.** Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde”.

Ministério da Saúde, 2004, p. 31.

Abortos inseguros e redução de danos

O fato de a **atenção ao abortamento inseguro** ser considerada parte da política de atenção à saúde das mulheres apoia-se na compreensão de que o procedimento realizado nessa circunstância **é uma das principais causas de mortalidade materna** e de que **promover o cuidado das mulheres que passam por abortos inseguros é fundamental para garantir o direito ao planejamento reprodutivo e evitar que o aborto se repita.**

Ministério da Saúde, 20044.

Quando médicos e médicas identificam uma gravidez indesejada e o risco de aborto inseguro, devem:

- Orientar sobre situações em que o aborto é permitido;
- Orientar sobre os riscos de práticas inseguras;
- Se ocorrer o aborto, auxiliar a mulher no planejamento reprodutivo para evitar nova gestação indesejada.

Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

O estigma reforçado pela criminalização faz com que meninas e mulheres sofram **violência institucional** nos serviços de saúde, mesmo nos casos em que o aborto é permitido por lei. **Retardo no atendimento, julgamentos morais e exigência de documentos desnecessários** estão entre essas violências.

Os dados mostram um distanciamento entre as previsões normativas e a realidade dos serviços:

Apesar de o consentimento da vítima de violência ou de seu representante legal ser requisito suficiente para o acesso ao aborto legal, pesquisa realizada com 68 serviços revelou que, para abortos em caso de estupro, **14% ainda solicitavam boletim de ocorrência, 8%, laudo pericial e 8%, alvará judicial. Em caso de anencefalia, 6% dos serviços ainda requeriam alvará judicial.**

Diniz; Madeiro, 2016.

Pesquisa com estudantes do 1º e 6º ano do curso de medicina de uma universidade de São Paulo mostrou que **apenas 8,1% dos alunos do 1º ano e 7,8% dos alunos do 6º ano acertaram cinco questões referentes aos documentos necessários para para o acesso ao aborto legal.** Dentre as questões estava a necessidade de **boletim de ocorrência.**

Almeida et al., 2012.

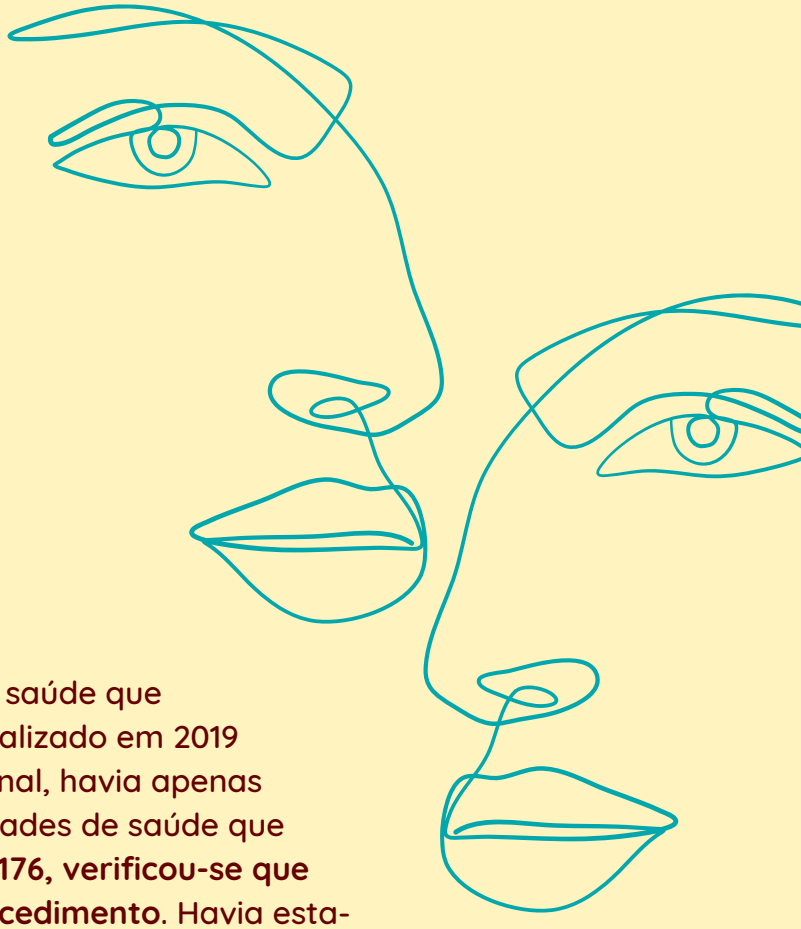
Um dos principais obstáculos é a pequena disponibilidade de profissionais para a realização do aborto.

Um estudo de 2014 mostrou que **43,5% dos médicos entrevistados não realizariam o aborto por estupro; 10%, por motivos religiosos,** e os demais sem justificativa explícita.

Diniz; Madeiro, 2014

"A razão para a recusa em realizar o procedimento não seria a proteção de convicções morais ou religiosas, mas **o temor das consequências legais e sociais negativas relacionadas ao estigma do aborto."**

Diniz; Madeiro, 2016.



Há, no entanto, outras barreiras ao acesso ao abortamento legal.
Muitas mulheres não sabem da existência do programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual e do direito legal à interrupção da gestação.

Machado et al., 2015.

Há também uma escassez de serviços de saúde que ofertam o aborto legal. Levantamento realizado em 2019 constatou que, em todo o território nacional, havia apenas 176 hospitais cadastrados na lista de unidades de saúde que prestavam o serviço. No entanto, **desses 176, verificou-se que só 76, de fato, estavam realizando o procedimento**. Havia estados da federação, como Alagoas, Pará, Amapá e Rondônia, que **sequer possuíam um único serviço disponível de interrupção legal da gestação.** E, nos estados onde o atendimento estava presente, **a maioria se concentrava nas capitais**, deixando as regiões interioranas completamente desassistidas.

Mapa do Aborto Legal, 2019.

Direitos das mulheres e deveres de profissionais de saúde

O atendimento deve ser pautado pelos seguintes deveres éticos:

- Garantia da privacidade;
- Respeito ao sigilo profissional;
- Escuta qualificada;
- Confiança na palavra da mulher;
- Ausência de julgamento e discriminação.

Notificação compulsória à autoridade policial:

Tendo em vista o dever de sigilo profissional, diante de aborto **os profissionais não podem notificar o fato às autoridades policiais e judiciárias**, salvo para a proteção da mulher e desde que tenha o seu consentimento.

Lei n. 10.778/03, art. 3º

A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei **tem caráter sigiloso**, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido;

A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, **em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima**, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

A notificação compulsória não é apenas um meio ineficaz para a proteção das vítimas de estupro, como também, na verdade, pode vir a torná-las vítimas novamente, dessa vez da **violência institucional do sistema penal**, que reproduz os estereótipos da moral sexual dominante.

Se os dados mostram que a atitude discriminatória vinda dos profissionais da saúde já desestimula as mulheres a solicitarem atendimento e restringe o acesso ao aborto legal, com mais verdade pode-se dizer que empurrá-las contra suas vontades para o sistema penal pode diminuir a chance de as vítimas contarem aos profissionais de saúde sobre o abuso, **reduzindo a busca por assistência e aumentando os riscos.**

Faúndes et al., 2006.

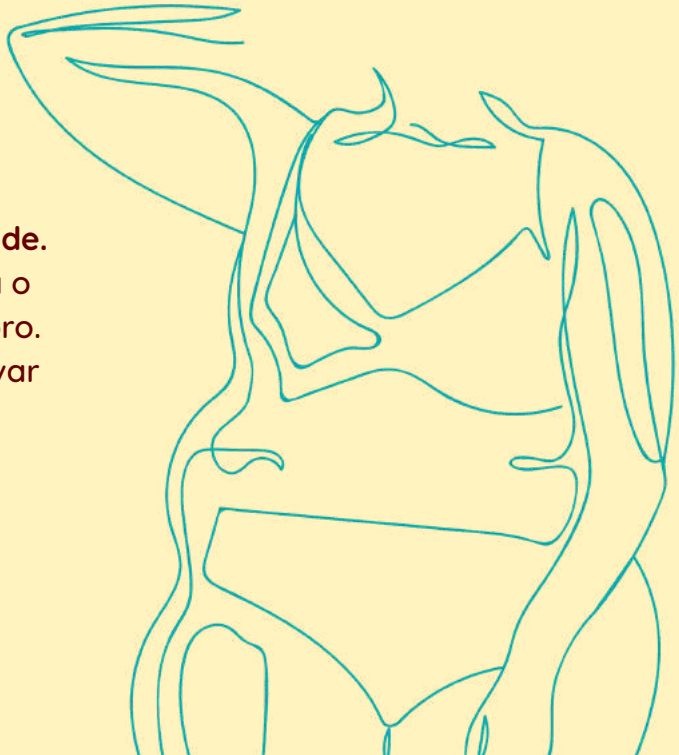
Em caso de suspeita de aborto clandestino, profissionais de saúde apenas devem anotar aquilo que for necessário para o tratamento oferecido, de maneira a resguardar a privacidade das mulheres. **Em regra, o sigilo do prontuário não pode ser quebrado**, mas essa é uma hipótese que não pode ser descartada.

Só se deve perguntar o que for estritamente necessário para prover o melhor cuidado possível.

Não é papel do profissional da saúde interrogar sobre detalhes de ocorrência do aborto se não forem impactar no cuidado oferecido. É preciso lembrar que, com frequência, o aborto provocado e espontêno ocorrem da mesma maneira no corpo das mulheres.

A palavra da mulher deve ter credibilidade. A lei não exige qualquer documento para o acesso ao aborto legal em caso de estupro. Duvidar da palavra da vítima pode agravar a violência sofrida.

Ministério da Saúde, 2015.



Apesar disso, ainda é frequente a **suspeita** da narrativa de mulheres e meninas sobre o estupro. Se suspeita pela idade, pelas roupas, pela vida sexual pregressa, pela ausência de companheiro fixo, entre outros aspectos que levam à **revitimização** das mulheres. A não adequação a um padrão de "vítima ideal" faz com que **profissionais duvidem da palavra da vítima**, que têm de provar que é uma vítima real e não simulada.

Andrade, 1996.

De acordo com as estatísticas, no entanto, **há mais mulheres violentadas em silêncio do que mulheres supostamente mentindo.** O número de mulheres que buscam o aborto legal é ínfimo se comparado com aquelas que são vítimas de violência.

De Lara, 2018.

O sigilo profissional também deve ser respeitado ao máximo no caso de meninas. De acordo com o Ministério da Saúde, quando se verifica que a adolescente maior de 16 anos possui capacidade de discernimento, e se a manutenção do sigilo não acarretar nenhum dano para ela, **o sigilo profissional deve prevalecer, caso esta não queira comunicar a seus pais ou responsáveis legais.**

Entende-se que o rompimento do sigilo, muitas vezes, pode ocasionar danos para a adolescente. Nesse caso, **deve-se comunicar ao Ministério Público para que um adulto de confiança da adolescente assine o consentimento.** Em qualquer caso, **o Conselho Tutelar deverá ser comunicado do fato**, exceto se esta comunicação também puder trazer riscos para a adolescente, caso em que, cessado o risco, deverá haver a comunicação.

Nos casos de menores de 16 anos, quando houver conflito entre a vontade da criança ou adolescente e seus pais ou responsáveis, profissionais de saúde devem adotar esforços para preservar a vontade das primeiras, como a comunicação ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar. Em nenhum caso, a comunicação é feita à polícia, e sim a estes últimos. Qualquer decisão do serviço de saúde deverá ser bem fundamentada e documentada.

Ministério da Saúde, 2011a.

A lei não prevê limite temporal para a realização do aborto legal. Limitações estabelecidas em normas técnicas do Ministério da Saúde estão muito mais associadas ao excepcionalismo do direito ao aborto do que às evidências científicas.

Funcionamento da assistência ao aborto legal

- **Risco à vida da gestante**

Uma vez identificado que a continuidade da gestação pode provocar risco à vida da mulher, as/os profissionais de saúde devem, de forma acolhedora, **informá-la da situação e esclarecê-la sobre as ações previstas em casos de aborto legal.**

Uma pesquisa feita por ginecologistas e obstetras da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) revelou que **49,3% dos médicos consideravam que o risco de morte deveria ser pelo menos 5 vezes maior que o habitual para que o aborto fosse justificado.**

Faúndes et al., 2004.

Documento necessário: laudo com a opinião de dois médicos ou médicas, incluindo especialista na doença que coloca em risco a vida da mulher, sempre que possível. O laudo deve conter uma descrição detalhada do quadro clínico e o seu impacto na saúde da mulher gestante, baseando a recomendação de aborto em evidências científicas.

- **Violência sexual**

Todas as unidades de saúde são obrigadas a fazer o acolhimento inicial e encaminhar a mulher para o serviço de referência mais próximo, inclusive com o fornecimento de transporte. Esse acolhimento é feito por equipe multidisciplinar no serviço de referência e, após a assinatura de alguns documentos, o aborto é realizado. A mulher tem o direito de continuar sendo acompanhada após o procedimento, pelo serviço que realizou o aborto ou pelo mais próximo de sua casa.

Os médicos devem confiar na palavra da mulher. Não é necessário apresentar para o hospital boletim de ocorrência, laudo pericial ou alvará judicial.

É importante destacar que relações sexuais com menores de 14 (quatorze) anos caracterizam violência sexual (Estupro de vulnerável, Art. 217-A, Código Penal de 1940).

Documentos necessários: no hospital, a mulher deverá assinar documentos confirmando que opta pela realização do aborto e que se responsabiliza pelos fatos narrados à equipe médica. Além disso, são exigidos um parecer técnico do médico ou da médica que ateste a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual relatada e um termo que aprove o procedimento de interrupção da gravidez.

Portaria nº 2.561/20, Ministério da Saúde.

A portaria nº 2.561/20, de forma inconstitucional, tentou estabelecer como regra a notificação compulsória à autoridade policial com a identificação da vítima.

Uma vez que isso está em desconformidade com a lei, além de entrar em conflito com os direitos fundamentais das mulheres, **o Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União emitiram recomendação reforçando que a notificação deve se dar sem a identificação da vítima e para fins estatísticos, exceto quando houver o seu consentimento.**

Recomendação Conjunta Ministério Público e Defensoria Pública da União no Rio de Janeiro, 2020

- **Anencefalia**

A mulher deve receber um atendimento humanizado por equipe multidisciplinar. Não há idade gestacional máxima para realizar o procedimento, mesmo porque o diagnóstico é possível a partir da 12ª semana da gestação. Contudo, após 20 ou 22 semanas de gestação, ou peso fetal maior do que 500 gramas, deve ser realizado em hospital que possua estrutura de maternidade. Caso opte por manter a gestação, a mulher será encaminhada para um serviço de referência para gestação de alto risco.

Ministério da Saúde, 2014.

Documentos necessários: exame de ultrassonografia com diagnóstico da anencefalia assinado por dois médicos ou médicas e documento contendo o consentimento da gestante. Não deve ser exigido um segundo laudo ultrassonográfico, a não ser que a mulher solicite.

Resolução nº 1.989/2012, do Conselho Federal de Medicina.

- **Outras malformações incompatíveis com a vida**

O Superior Tribunal de Justiça, no REsp 1.476.888/GO, conferiu interpretação extensiva à ADPF nº 54 (que possibilitou a interrupção de gestações de fetos anencéfalos) para permitir o aborto legal nesses casos. Diante disso, a mulher pode fazer o aborto legal sem a necessidade de autorização judicial. No entanto, é possível que o serviço exija **alvará judicial**, caso em que a mulher poderá procurar a Defensoria Pública ou o Ministério Público para obter a autorização, com fundamento na interpretação extensiva da ADPF 54. No DF, por exemplo, basta entrar em contato com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

Documentos necessários: o pedido de alvará é instruído com os mesmos documentos necessários para o procedimento no caso de anencefalia no hospital.

Aborto e objeção de consciência

A objeção de consciência* não é um direito absoluto e deve ser fundamentada em razões concretas.

*É o direito individual do médico de se recusar a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência, desde que isso não cause danos para a ou o paciente.

Um estudo de 2015 mostrou que a objeção de consciência muitas vezes é invocada sem base argumentativa.

Rocha et al., 2015.

Por isso, algumas diretrizes têm sido propostas para o exercício da objeção de consciência:

- Deve ser baseada em motivações passíveis de comprovação;
- Não se pode dar por mera discordância do médico em relação ao tratamento desejado;
- Não pode ser fundada em razões discriminatórias.

Casos em que a/o médica/o **não pode negar** realizar o aborto legal:

- Ausência de outro médico para realizar o procedimento;
- Urgência ou emergência;
- Risco à saúde da paciente.

Código de Ética Médica.

Caso a mulher venha a ter complicações de ordem moral, física ou psicológica em decorrência da omissão do profissional ou do hospital, **poderá haver responsabilização pessoal e/ ou institucional.**

A Norma Técnica do Ministério da Saúde "Atenção Humanizada ao Abortamento", de 2011, prevê que, "ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações".

No entanto, ela mesma reconhece que "essa prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e a formação em serviço não têm propiciado uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional, muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica".

Ministério da Saúde, 2011b, p. 24

Referências Bibliográficas

AIKEN, Abigail R. A.; STARLING, Jennifer E.; VAN DER WAL, Alexandra; VAN DER VLIET, Sascha; BROUSSARD, Kathleen; JOHNSON, Dana M.; PADRON, Elisa; GOMPERTS, Rebecca; SCOTT, James G. Demand for Self-Managed Medication Abortion Through an Online Telemedicine Service in the United States. American Journal of Public Health, v. 110, n. 1, p. 90–97, jan. 2020. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/ref/10.2105/AJPH.2019.305369>. Acesso em 26 Ago. 2021.

ANIS. Cartilha "Aborto: por que precisamos descriminalizar". Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. 03 e 06 de agosto de 2018. Disponível em: <https://anis.org.br/wp-content/uploads/2020/07/RELATORIO-ABORTO-PT.pdf>. Acesso em 26 Ago. 2021.

Antropóloga Adriana Dias na audiência pública sobre ADPF 442/Descriminalização do aborto. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y1uCnCVHqHI>. Acesso em 26 Ago. 2021.

BRANDALISE, Camila. Médica de MG cria primeiro serviço de aborto legal por telemedicina do país. Universa Uol, 07 Abr. 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/04/07/teleaborto.htm>. Acesso em 26 Ago. 2021.

COSTA, Rosely G et al. A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan/mar, 1995. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1995.v11n1/97-105/pt>. Acesso em 26 Ago. 2021.

DINIZ, Debora; AMBROGI, Ilana; CARINO, Giselle. Telemedicine abortion: A channel to Brazilian women. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2021. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13821>. Acesso em 26 Ago. 2021.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15 (Supl. 1), p. 959-966, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pYSRDGw6B3zPsVJfDJSzwNt/abstract/?lang=pt>. Acesso em 26 Ago. 2021.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto de 2016. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 26 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em 08 Set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.989/2012. Publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308-309. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/1989_20121.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

DE LARA, Bruna. “Há muito mais mulheres escondendo estupros do que inventando que foram estupradas”. The Intercept, 07 de maio de 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/05/07/mito-mulheres-mentem-sobre-estupro/>. Acesso em 08 Set. 2021.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto; ROSAS, Cristião. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. Reprod Health Matters, v. 22, n. 43, p. 141-148, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24908465/>. Acesso em 08 Set. 2021.

FANTI, Fabiola. Mobilização social e luta por direitos: um estudo sobre o movimento feminista. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/321650/1/Fanti_Fabiola_D.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

FAÚNDES, Aníbal et al. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 26, n. 2, p. 89-96, Mar. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bQdcwVJm4rymKPhKW8Xc6hx/?lang=pt#>. Acesso em 08 Set. 2021.

FAÚNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2021.

MACHADO, Carolina Leme et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Cadernos de Saúde Pública [online], v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>. Acesso em 08 Set. 2021.

MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em 08 Set. 2021.

MAPA ABORTO LEGAL. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/>. Acesso em 08 Set. 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NO RIO DE JANEIRO. Recomendação Conjunta. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/recomendacao-mpfdpu.pdf>. Acesso em 08 Set. 2021.

ROCHA, Wesley Braga da et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. Revista Bioética [online], v. 23, n. 2, p. 387-399, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/myRTsNpTbBfTW8dF3TdTKLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 Set. 2021.

Aborto no Brasil

um guia em Saúde & Direitos



dia 4

Possibilidades de
incidência &
atuação do Cravinas

Depois de estudar tanto sobre o que é o aborto e sobre como o acesso a ele (não) está estruturado no Brasil, é hora de refletir sobre as possibilidades de ação. Para começar, vamos entender o que o Cravinas - Prática em Direitos Sexuais e Reprodutivos tem feito pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas.

Como nós agimos em favor do direito ao aborto e dos direitos sexuais e reprodutivos?

Atuamos em três frentes principais: **jurídica**, **acadêmica** e **comunicação**, em linguagem acessível e baseada em evidências.

Na frente jurídica:

- **Amicus curiae** em ações que já tramitam nos tribunais;
- Suporte a entidades e órgãos legitimados a interpor ações e outras medidas judiciais com informações técnicas e baseadas em evidências;
- Denúncias e representações a órgãos responsáveis por apurar a conduta de pessoas, instituições ou organizações que afrontam direitos sexuais e reprodutivos; e
- Representação judicial e extrajudicial de pessoas ou organizações para efetivar seu acesso a direitos sexuais e reprodutivos.

Glossário jurídico

Amicus curiae

É um termo em latim que pode ser traduzido como “amigo da corte”. A função do amicus é levar ao tribunal informações importantes para o entendimento e solução do conflito apresentado na ação. Ao entender que a matéria em análise é relevante socialmente e necessita de conhecimento técnico para ser analisada, o tribunal pode admitir a participação dos amici curiae no processo. Podem pedir habilitação pessoas físicas ou jurídicas, órgãos, instituições ou associações que têm algum tipo de atuação relacionada à matéria discutida no processo. É importante saber que o amicus é alguém que vem de fora da ação, ou seja, não é considerado autor nem réu e, por isso, não pode fazer pedidos ou apresentar recursos.

Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI)

É um dos tipos de ações que podem ser apresentadas ao Supremo Tribunal Federal para a defesa da Constituição. Diferente do que ocorre nos processos judiciais comuns, em que as partes discutem direitos e deveres que se relacionam somente a elas, na ADI o objetivo é a defesa do interesse genérico da sociedade como um todo. Quando uma decisão é tomada neste tipo de ação, ela alcança mesmo quem não participou do processo, e por isso deve ser respeitada por todos, inclusive os órgãos do Judiciário e da Administração Pública.

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)

É um dos tipos de ações apresentadas ao Supremo Tribunal Federal para a defesa de direitos considerados fundamentais e presentes na Constituição. Pode ser usada contra atos do poder público que desrespeitam esses direitos, inclusive aqueles que são anteriores à nossa Constituição. É uma "ação coringa", usada sempre que outras ações não são cabíveis, e produz os mesmos efeitos da ADI, ou seja, quando uma decisão é tomada, alcança mesmo quem não participou do processo.

Ação Civil Pública (ACP)

É um tipo especial de ação jurídica, prevista na Lei n. 7.347/85, que pode ser proposta por autores como a Defensoria Pública, o Ministério Público, a União, os Estados e Municípios, Associações, dentre outros, com o objetivo proteger os chamados direitos difusos e coletivos, ou seja, direitos comuns e importantes a toda uma sociedade. A ação tem aplicação bastante ampla e busca responsabilizar quem causou danos, sejam morais ou materiais, contra bens protegidos pela lei brasileira.

Demandas e estratégias judiciais de que participamos

1. Amicus curiae na ADI 5581

Essa foi uma ação analisada pelo Supremo Tribunal Federal, relacionada à epidemia do vírus zika no Brasil, proposta pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP). A intenção era responsabilizar o Estado brasileiro pela sua atuação tardia e ineficiente frente à epidemia, e obrigá-lo a tomar ações para garantir direitos a todas as mulheres, famílias e crianças afetadas. O Cravinas apresentou sua manifestação explorando (i) a relação entre a magnitude da epidemia do vírus zika e o racismo ambiental; (ii) a relação entre o descaso do Estado na promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres com o agravamento dos efeitos da epidemia e (iii) a situação de desamparo das famílias afetadas pela negligência do Estado. Essa demanda teve grande repercussão, pois um dos pedidos feitos na inicial era que as mulheres infectadas pelo vírus pudessem optar pela interrupção voluntária da gravidez como forma de proteger sua saúde mental, uma vez que estão diante de um cenário de negligência do Estado na eliminação do vetor e de incerteza sobre os riscos da epidemia. No entanto, a ministra Cármen Lúcia, relatora da ação no STF, julgou a ADI prejudicada e improcedente. Prejudicada pois entendeu que a Lei n. 13.301/2016, questionada na ADI, foi revogada pela Medida Provisória n. 894/2019, o que esvaziaria o pedido inicial[1]. Improcedente porque entendeu que a ANADEP, autora da ação, não teria legitimidade para propor uma ADI sobre esse tema[2]. Apesar do

[1] É importante mencionar que a ação possuía diversos outros pedidos, não se restringindo somente ao BPC/assistência social. Requereu-se, por exemplo, a criação de políticas de assistência médica às mulheres em idade produtiva ao Executivo Federal, a distribuição de contraceptivos reversíveis de longa duração, a disponibilização de repelentes às mulheres grávidas, dentre outros.

[2] Em casos anteriores, o STF já havia reconhecido a legitimidade de entidades de classe para propor ADI. Foi assim na ADI 4066/DF, em que a Corte reconheceu a legitimidade da Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (Anamatra) para pleitear a inconstitucionalidade do uso do amianto crisotila, embora a matéria não esteja relacionada diretamente aos interesses corporativos dos magistrados. Anteriormente, na ADI 4029/DF, o STF havia se manifestado que a constituição deveria ser interpretada de modo a ampliar a participação da sociedade civil no processo constitucional.

entendimento do colegiado, é importante mencionar que, em seu voto, o ministro Barroso entendeu pela legitimidade da ANADEP, e manifestou-se contrário à criminalização do aborto, argumentando que o tratamento penal dado aos casos não tem impacto na redução da sua ocorrência. Em um trecho do seu voto, afirma que "mulheres são seres autônomos, que devem ter o poder de fazer suas escolhas existenciais, e não úteros a serviço da sociedade". Apesar do desfecho desfavorável da ADI, a manifestação favorável ao aborto partindo de um dos ministros da mais alta corte do país é um importante marco para o direito das mulheres.

2. Amicus curiae na ADPF 737

Essa foi uma ação proposta por diversos partidos políticos brasileiros (PT, PDT, PSOL, PSB e PCdoB) no Supremo Tribunal Federal, relacionada à Portaria n. 2.282/2020 do Ministério da Saúde, que trouxe nova regulamentação ao procedimento de justificação e autorização da interrupção da gestação nos casos previstos em lei e realizados pelo SUS. Na prática, a Portaria representava uma **ameaça para o acesso de meninas e mulheres aos serviços de acolhimento de vítimas de violência sexual e criava obstáculos para o acesso ao aborto legal decorrente de violência sexual.** O ponto polêmico dessa Portaria era a obrigatoriedade dos profissionais de saúde notificarem à autoridade policial a violência sexual sofrida pela menina ou mulher, sem que fosse necessário o consentimento da vítima, o que poderia afastá-la dos serviços e prejudicar a relação de confiança entre profissionais e pacientes. O Cravinas apresentou manifestação argumentando que as alterações propostas pela Portaria, além de não serem fundamentadas em evidências, trazem insegurança jurídica para os profissionais da saúde, desrespeitam o direito das mulheres à saúde e à intimidade,

além de representarem uma nova forma de violência institucional às vítimas de estupro que buscam um serviço de saúde para serem acolhidas e cuidadas. No entanto, o ministro Ricardo Lewandowski, relator da ação no STF, julgou a ADPF improcedente, pois entendeu que a portaria não extrapolou sua competência e somente regulamentou a legislação já vigente.

3. Amicus Curiae na ADPF 846

Essa foi uma ação analisada pelo Supremo Tribunal Federal, e proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), com suporte técnico do Cravinas, que trata da suspensão da vacinação contra a Covid-19 de mulheres gestantes e puérperas, ordenada pelo Ministério da Saúde nas notas técnicas n. 627/2021 e n. 651/2021. A ADPF pedia que o STF reconhecesse que tais notas não eram compatíveis com preceitos constitucionais que protegem a vida, a dignidade da pessoa humana, o direito à igualdade de gênero, o direito à saúde e o direito à maternidade, e, consequentemente, que fosse retomada a vacinação contra a Covid-19 na totalidade de gestantes e puérperas, com e sem comorbidades, conforme Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. O Cravinas apresentou manifestação argumentando que (i) a postura do Ministério da Saúde, contrária às evidências científicas, causa medo e desinformação e traduz-se em óbice concreto à garantia do direito à saúde de mulheres gestantes e puérperas; e (ii) uma política de saúde centrada na mulher durante a pandemia é fundamental para garantir o amparo adequado às mulheres gestantes, atenuando os efeitos duradouros da emergência em saúde pública vivida no mundo. No entanto, o ministro Ricardo Lewandowski, relator da ação no STF, entendeu que a ADPF não seria o instrumento adequado para questionar notas técnicas do Ministério da Saúde. Além disso, decidiu que não caberia ao Supremo Tribunal Federal decidir sobre esse tema técnico e de natureza político-administrativa, ou estaria violando o princípio da separação dos poderes.

4. Amicus curiae no caso Manuela e outros vs. El Salvador (CIDH)

Em março de 2021, o Cravinas, em colaboração com a Anis – Instituto de Bioética, ingressou como amicus curiae no caso que **pede à Corte Interamericana de Direitos Humanos reparação pelas violações sofridas por Manuela, uma mulher de El Salvador que foi denunciada por profissionais de saúde e condenada a 30 anos de prisão após ter chegado ao hospital com complicações obstétricas.** Manuela, que já tinha um quadro prévio de saúde fragilizado, não recebeu a devida assistência, foi algemada à maca e levada à prisão sem que recebesse assistência médica adequada durante todo esse período, o que fez com que falecesse por câncer. O caso de Manuela não é o único no país. Como resultado da criminalização do aborto em todo e qualquer caso, até mesmo mulheres que, como ela, buscam os serviços de saúde com complicações obstétricas ou sinais de abortos espontâneos são julgadas e perseguidas por profissionais de saúde e pelo Estado.

5. Amicus Curiae na Ação Civil Pública nº 1047691-39.2021.4.01.3800

Essa ação, proposta pelo Ministério Público Federal contra a União (e especificamente o Ministério da Saúde), pretende obrigá-la a se manifestar contrariamente ao **uso da telemedicina nos procedimentos de aborto legal**, bem como a declarar sua ilegalidade em todo território brasileiro. O MPF alega que usar a telessaúde nesses casos supostamente seria contrário ao direito à vida, segurança e saúde das mulheres. A ACP se fundamenta na publicação da cartilha "Aborto legal via telessaúde: orientações para serviços de saúde", realizada por parceria entre a Anis - Instituto de Bioética, a Rede Médica pelo Direito de Decidir e o Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas). O material fornece orientações práticas e jurídicas, dentro das previsões legais, para replicação do serviço de telemedicina para a realização da interrupção da gestação em serviços de saúde do país, frente à pandemia da Covid-19 e à **necessi-**

dade de garantir a manutenção dos serviços de saúde reprodutiva às mulheres que buscam o aborto legal. O Cravinas foi admitido como amicus curiae e apresentou manifestação argumentando que (i) a cartilha está amparada por normas e evidências públicas voltadas à preservação da vida, da autonomia e da saúde reprodutiva de meninas e mulheres, e respeita, inclusive, o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em Lei (Portaria n. 2.561/2020 do Ministério da Saúde); e (ii) a realização do aborto legal via telessaúde não se confunde com mera dispensa do misoprostol, principal droga utilizada nesses procedimentos, para a mulher ou menina vítima de violência sexual, mas trata-se de procedimento realizado sob a orientação e supervisão médica em tempo integral. A ação ainda não foi julgada pela Justiça Federal de Minas Gerais.

6. Ações e estratégias relacionadas ao aborto legal por telessaúde

Além do nosso ingresso como amicus curiae na ACP que trata especificamente sobre o tema, adotamos outras providências em relação aos atores públicos que, contrariando normativas federais ou procedimentos internos dos órgãos aos quais são vinculados, publicaram a Recomendação n. 16/2021, que versa sobre "recomendação aos profissionais de saúde para contraindicar o **uso do medicamento misoprostol** fora do ambiente hospitalar através da prática de abortamento legal por telemedicina". Apresentamos **denúncias e representações às corregedorias** do Ministério Público Federal e à Defensoria Pública da União, ambas entidades envolvidas na elaboração da recomendação, para que apurem a falta funcional cometida por seus servidores, bem como pedido de providências à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do MPF. As denúncias, se aceitas pelos órgãos, abrem a possibilidade de que o servidor envolvido responda a processo administrativo disciplinar.

7. Ações e estratégias relacionadas ao caso da menina do Espírito Santo

Em agosto de 2020, tornou-se público o caso de uma criança do Espírito Santo que, grávida aos 10 anos em consequência dos sucessivos estupros cometidos pelo tio desde os 6 anos de idade, manifestou seu desejo de se submeter à interrupção legal da gestação. O aborto em questão encontrava amparo na lei, pois a gestação era resultado de violência sexual e poderia colocar em risco a vida da criança. O fato ganhou enorme repercussão nacional e ensejou debates em todo o país. Por haver indícios de envolvimento da Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damares Alves, no caso, com a intenção de convencer a criança e sua família a não realizarem o procedimento, o Cravinas apresentou **representação contra a Ministra Damares Alves** no Ministério Público Federal, para que fossem investigados e tomadas providências quanto aos seus atos. Paralelamente, apresentou **representação contra Sara Winter** no Ministério Público do Distrito Federal, para que fosse responsabilizada por ter divulgado os dados sigilosos da criança e ter incitado a prática de outros crimes por seus seguidores nas redes sociais. Ambos os modelos de representação foram disponibilizados no site do Cravinas para que outras pessoas e entidades interessadas também pudessem representar contra Damares Alves e Sara Winter. Ajuizamos também ação criminal e cível contra Sara Winter, pelas ofensas proferidas em suas redes sociais contra a Prof. Debora Diniz. Na ocasião, Sara acusou Debora de desejar a tortura da menina por mostrar-se favorável à interrupção da gestação, além de ter chamado a professora de “a maior abortista brasileira”, e forjado uma montagem para acusá-la de ter divulgado fotos da criança, o que contrariaria a legislação brasileira. Tivemos êxito na ação cível, em que pedimos indenização por danos morais. O juiz reconheceu que Sara extrapolou sua liberdade de expressão, especialmente ao insinuar, de forma gratuita, que Debora desejaria a tortura de uma criança. O magistrado também taxou como “incompreensível” e “baixo” o esforço de Sara de forjar montagem para prejudicar a imagem de Debora Diniz perante a sociedade.

8. Ações e estratégias relacionadas à epidemia do vírus zika

Um de nossos principais temas de atuação — e também o que inaugurou a atuação do projeto — são os direitos de meninas e mulheres afetadas pela epidemia de zika. Além do nosso ingresso como amicus curiae na ADI 5581, acompanhamos alguns casos judiciais que pedem a **garantia do direito à segurança de renda** para que as mulheres consigam cuidar de maneira digna de seus filhos com síndrome congênita do zika. Nossa perspectiva de justiça reprodutiva entende que a proteção dos direitos das mulheres não pode ignorar as diferenças de classe, raça e etnia e as diferentes demandas que decorrem do entrelaçamento desses aspectos. O Cravinas também oferece suporte jurídico à Associação das Famílias de Anjos do Estado de Alagoas, que reúne familiares de crianças nascidas com a síndrome, e já apresentou representação contra a Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas, no Ministério Público estadual, devido aos diversos obstáculos vivenciados pelas famílias e crianças no atendimento de saúde. Tivemos um importante êxito nessa frente quando conseguimos garantir que Maria Paloma, uma das crianças diagnosticadas com a síndrome congênita do zika, recebesse o BPC (Benefício de Prestação Continuada), que estava continuamente sendo negado pelo INSS sob a justificativa de que a mãe da menina, também pessoa com deficiência, recebia o mesmo benefício. A decisão judicial garantiu o direito a Maria Paloma, já que não há qualquer proibição à cumulação dos benefícios em uma mesma família.

9. Lei de Acesso à Informação (LAI)

Utilizamos a LAI para acessar e questionar o processo de elaboração de portarias ou recomendações publicadas por entes públicos, relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. A intenção é entender sob quais premissas os entes se baseiam para formular normas que tratam de políticas públicas sobre esses direitos, e se há o respeito ao fluxo regular de elaboração de normativas que tratam de políticas de saúde. Atuamos assim quando o Ministério da Saúde aprovou as Portarias n. 2.282/2020 e n. 2.561/2020, que, na prática, dificultam o acesso ao aborto legal em caso de estupro, e a Portaria n. 13/21, que instituiu nova normativa sobre o **implante contraceptivo subdérmico no SUS, direcionando-o a um grupo específico de mulheres** (em situação de rua; com HIV/AIDS que fazem uso de dolutegravir; que fazem uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos), o que poderia ser interpretado como um instrumento de controle da natalidade de populações consideradas "indesejáveis".

10. Colaboração com órgãos, entidades e partidos políticos:

Além de ações propostas em nome próprio ou em colaboração com organizações parceiras, o Cravinas também atua em cooperação com outras organizações, entidades ou órgãos públicos, com a finalidade de fornecer informações baseadas em evidência para que possam fundamentar suas próprias ações judiciais. Como o Projeto não é legitimado para iniciar ações declaratórias de inconstitucionalidade, ações civis públicas ou arguições de descumprimento de preceito fundamental, por exemplo, busca entidades que, além de legitimadas, sejam aliadas na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, com a intenção de fornecer dados confiáveis e conhecimento especializado. Em 2019, em conjunto com a Anis - Instituto de Bioética, o Cravinas contribuiu com amparo técnico para a propositura da **ADPF 642**, proposta pelo PSOL contra a Resolução n. 2.232/2019, do Conselho Federal de

Medicina, que legislava sobre os direitos de mulheres grávidas e outras pessoas em situação de vulnerabilidade, impondo uma série de restrições ao exercício do direito de recusa terapêutica. Em 2021, também em conjunto com a Anis, demos amparo técnico para a propositura da **ADPF 846**, proposta pelo PSOL para declarar a inconstitucionalidade das notas técnicas n. 627/2021 e 651/2021 do Ministério da Saúde, que recomendavam a interrupção da vacinação de gestantes e puérperas, sem qualquer respaldo técnico que justificasse tal orientação.

Na frente de comunicação

Canal Eu Cuido, Eu Decido 1

Compreendendo que conhecer direitos é uma ferramenta potente na busca por uma atenção à saúde digna e respeitosa, em julho de 2020, o Cravinas criou o canal de informações "Eu Cuido, Eu Decido", em funcionamento no WhatsApp, visando a difusão de informações em linguagem acessível e baseadas em evidências sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva. Nele, disponibilizamos um menu temático com informações sobre métodos contraceptivos, gestação e parto, violência obstétrica, aborto legal, violência sexual e violência doméstica. Há informações específicas sobre como cuidar da saúde durante a pandemia da COVID-19, bem como instruções sobre como denunciar casos de violações de direitos, que tendem a aumentar durante emergências de saúde pública como essa. O acesso é simples e pode ser feito ao mandar uma mensagem para o número **(61) 99208-6526.**

2 Divulgação de informação baseada em evidências com linguagem acessível, através de publicações e de lives em **nosso site** e em nossas **redes sociais** (Instagram, Twitter e Facebook).

Na frente acadêmica

1. Encontros de estudos:

Desde o início do Cravinas, em 2019, realizamos momentos internos para o estudo e o debate de textos. Com a pandemia, optamos por estender esses espaços coletivos de formação e de diálogo para o público externo, através de encontros virtuais mensais.

A primeira edição dos **Encontros de Estudos** aconteceu no primeiro semestre letivo da UnB em 2020, entre os meses de setembro e dezembro. Na ocasião, conversamos sobre o conceito e os marcos normativos dos direitos sexuais e reprodutivos, sobre interseccionalidade e a medicalização do corpo feminino.

Em 2021, o 2º Encontros de Estudos do Cravinas se aprofundou um pouco mais nos direitos sexuais e nas mobilizações relacionadas às populações LGBTQI+. Na ocasião, recebemos convidadas especializadas no tema: Lorenza Rezende e Carolina Rezende, da Rexistir (FD/UnB), Maria Leão, antropóloga, mestra e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, e Ana Vitória Saraiva Pontes, bacharela em Direito e pesquisadora transfeminista. Os encontros sempre são abertos para todos que se inscreverem, e costumam acontecer às terceiras sextas-feiras do mês, através da plataforma do Zoom.



2. Curso Feminismo: Algumas verdades inconvenientes

Em 2019, colaboramos com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul na elaboração do Módulo 3 - Direitos Sexuais e Reprodutivos do curso EAD **Feminismo: algumas verdades inconvenientes**. O curso, ofertado pela plataforma Lúmina - UFRGS, tem por objetivo apresentar alguns aspectos sobre a luta plural que é o Feminismo. A formação é composta de 11 módulos, cada um deles com vídeos, um podcast e uma seção denominada “Saiba Mais”, que contém referências adicionais sobre o tema do módulo para aqueles que tiverem interesse em se aprofundar mais no tema do módulo. Alguns dos materiais produzidos também podem ser acessados através de nossas redes sociais.

3. Cartilha sobre direitos sexuais e reprodutivos

Em parceria com a **Roda das Minas**, outro projeto de extensão da UnB, organizamos uma roda de conversa e elaboramos a cartilha **O que são direitos sexuais e reprodutivos?**. O material, escrito em linguagem acessível e voltado para o público jovem e/ou leigo, trata do conceito de DSRs e de justiça reprodutiva, além de fornecer informações a respeito de serviços essenciais para a saúde sexual e reprodutiva, educação sexual e acesso à informação; e saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras e da população LGBTQIA+.



4. Pesquisa sobre percepções de grávidas e puérperas a respeito da vacinação contra COVID-19:

Nosso objetivo com essa pesquisa online é entender quais as percepções das mulheres grávidas, puérperas e lactantes a respeito da vacinação contra a Covid-19, identificar suas principais angústias e dúvidas relacionadas à vacina na gestação e no pós-parto e combater a desinformação de forma direcionada através da elaboração de materiais e da realização de ações informativas sobre o assunto, em linguagem acessível e com dados baseados em evidências de saúde. A pesquisa pode ser acessada neste link.

5. Biblioteca Cravinas de Direitos Sexuais e Reprodutivos

De forma a agregar e a difundir trabalhos e textos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, organizamos uma biblioteca virtual colaborativa. Ela está dividida em 10 tópicos, que recebem atualização periódica: 1. Gênero, raça e classe; 2. Fundamentos de DSRs; 3. Contracepção e prevenção de DSTs; 4. Pré-natal, parto e puerpério; 5. Restrições de direitos; 6. Aborto; 7. Reprodução assistida; 8. Zika; 9. Mulheres e Covid-19; 10. Saúde e direitos LGBTQIA+; 11. Literatura e ficção.

6. Produção acadêmica:

Enquanto projeto ligado à Universidade de Brasília, a produção de textos acadêmicos é um tema muito caro para nós, do Cravinas. As integrantes do projeto são estimuladas a escrever e a publicar autoralmente, sozinhas ou em colaboração entre si.

Além do Cravinas, muitas **outras organizações atuam para a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e, consequentemente, para a defesa do aborto legal e seguro.** Estas são algumas delas:

- Anis
- Themis
- CFEMEA
- Nem presa, nem morta/Futuro do cuidado
- Aborto fora do armário
- Milhas pela vida das mulheres
- Católicas pelo direito de decidir
- Bloco A
- Coletivo Margarida Alves
- Grupo Curumim
- Safe Abortion Action Fund/International Planned Parenthood Federation (IPPF)
- Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
- Rede Feminista de Saúde
- Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras
- Frente Nacional contra a Criminalização de Mulheres e pela Legalização do Aborto
- Fórum Aborto Legal RS
- Women on Waves
- Mapa do aborto legal/Artigo 19
- Youth Coalition

Você conhece outras instituições que atuam nesta área? Quais?

E você, de que forma pode atuar?

Apoio:

youth coalition

working internationally for sexual and reproductive rights

Realização:

cravinas

(61) 99208-6526 projetocravinas@gmail.com @projetocravinas