

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**GABRIELA FABRIS**

**Interrupção voluntária da gestação: análise das legislações de  
aborto na América do Sul**

**Porto Alegre**

**2023**

**GABRIELA FABRIS**

**Interrupção voluntária da gestação: análise das legislações de  
aborto na América do Sul**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Simoni Junior

**Porto Alegre**

**2023**

**GABRIELA FABRIS**

**Interrupção voluntária da gestação: análise das legislações de  
aborto na América do Sul**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Políticas Públicas.

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Sergio Simoni Junior  
Orientador

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Luciana Leite Lima  
Examinadora

---

Prof. Ma. Maura Carolina Belomé da Silva  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Nelsi, por ser minha maior apoiadora e a pessoa que eu mais amo e admiro nesse mundo. A todos professores que fizeram parte da minha trajetória na Escola Estadual de Ensino Fundamental Manuel Bandeira, e no Colégio Evangélico Alberto Torres, por me fornecerem os conhecimentos e as ferramentas necessárias para trilhar o caminho da educação. Aos meus professores de música Cristine e Maurício, por propagarem em mim, muito para além da música, um pensar crítico que respeita e acolhe. À equipe da Saúde da Mulher da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Nelise, Maura, Nadiane, Gisleine, Lisângela, Melissa, Fernanda e Majôrie, por me introduzirem às políticas de saúde da mulher com entusiasmo e acolhimento, e por serem exemplos de trabalho e dedicação em prol dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao meu pai, que apesar de nunca ter tido a oportunidade de estudar, sempre me incentivou a seguir esse caminho. Aos amigos que fiz durante meu percurso acadêmico, e aos de antes, por sempre me motivarem e me ajudarem a reconhecer minhas potencialidades. A minha prima Eveline, por ser referência de entrega e amor na arte de educar. À minha sobrinha Rafaela, para que ela e todas as outras meninas possam ter seus direitos garantidos. Ao meu orientador Sergio, por compartilhar comigo seu conhecimento teórico-metodológico excepcional, e por sempre se disponibilizar a me orientar com alegria e interesse para que esse trabalho fosse concluído. Por fim, dedico esse trabalho a todas as mulheres que já tiveram que abortar na clandestinidade, e a todas aquelas que perderam suas vidas por isso.

## RESUMO

Este trabalho analisa as legislações referentes ao aborto na América do Sul para além da dicotomia tradicional no senso comum de descriminalizado-proibido, contemplando os fundamentos legais do aborto; os limites gestacionais; e os requerimentos adicionais para o acesso ao aborto presentes na legislação de cada país. Ao considerar que se trata de uma temática sensível, que envolve um intenso conflito moral/religioso e elevado custo político, o trabalho ressalta a importância do desenho e dos instrumentos das políticas, e mesmo da ambiguidade e imprecisão, muitas vezes proposital, da legislação.

Os resultados indicam que há uma diferença significativa entre as legislações de aborto dos países sul-americanos, não apenas entre aqueles que legalizam e criminalizam, mas também dentro do próprio agrupamento legalizado/descriminalizado e do agrupamento proibido com ressalvas. Ao contemplar detalhes importantes no que diz respeito ao desenho as políticas de aborto, foi possível dividir os países entre aqueles que possuem legislações facilitadoras; intermediárias; restritivas; e proibitivas do aborto.

Palavras-chave: Políticas de aborto. Aborto na América do Sul. Aborto inseguro. Instrumentos de políticas públicas. Interrupção voluntária da gestação. Legislação de aborto.

## **ABSTRACT**

This work analyses the legislation referring to abortion in South America beyond the traditional dichotomy in the common sense of decriminalized-prohibited, contemplating the legal grounds of abortion; gestational limits; and the additional requirements for access to abortion present in the legislation of each country. Considering that this is a sensitive issue, involving an intense moral/religious conflict and high political cost, the work emphasizes the importance of policy design and instruments, and even the ambiguity and imprecision, often deliberate, of legislation.

The results indicate that there is a significant difference between the abortion laws of South American countries, not only between those that legalize and criminalize, but also within the legalized/decriminalized grouping and the prohibited grouping with exceptions. By contemplating important details regarding the design of abortion policies, it was possible to separate the countries into those that have enabling legislation; intermediaries; restrictive; and prohibitive abortion.

**Keywords:** Abortion policies. Abortion in South America. Unsafe abortion. Public policies instruments. Voluntary termination of pregnancy. Abortion legislation.

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>GAPD</b>	Global Abortion Policies Database
<b>HRP</b>	Human Reproductive Program
<b>IVE</b>	Interrupción Legal del Embarazo
<b>IVG</b>	Interrupção Voluntária da Gestação
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PIDES C</b>	Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
<b>PNA</b>	Pesquisa Nacional do Aborto
<b>SRH</b>	Sexual and Reproductive Health and Research
<b>SRHR</b>	Sexual and Reproductive Health and Rights
<b>SSR</b>	Saúde sexual e reprodutiva

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Fundamentos legais pelos quais o aborto induzido é permitido no país .....	20
Tabela 2 – Limites gestacionais em semanas .....	23
Tabela 3 – Requerimentos adicionais para o acesso ao aborto .....	25
Tabela 4 – Nível de acesso ao aborto conforme legislação.....	28



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 CONTEXTO EDADOS GERAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>3 CONCEITOS, DISCUSSÃO TEÓRICA E MODELO ANALÍTICO .....</b>	<b>14</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
5.1 FUNDAMENTOS LEGAIS .....	19
5.2 LIMITES GESTACIONAIS .....	22
5.3 REQUERIMENTOS ADICIONAIS .....	24
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Todos os anos milhares de mulheres morrem devido a complicações de abortos inseguros<sup>1</sup> e insalubres. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de mortalidade materna devido ao aborto inseguro é geralmente maior em países com restrições e menor em países onde o aborto é acessível a pedido da mulher ou demais condições (OMS, 2008, 2009). De modo geral, países em desenvolvimento apresentam políticas mais restritivas ao aborto (mas existem exceções importantes, como falaremos abaixo e maiores taxas de aborto inseguro e o contrário acontece com diversos países desenvolvidos, ao apresentarem políticas mais protetivas possuem menores índices de aborto inseguro).

A principal consequência da ilegalidade do aborto é que ela não impede sua prática, apenas faz com que as mulheres busquem outras formas e métodos - geralmente inseguros - que acarretam graves consequências à saúde e podem levar à morte. A legalização do aborto tem recebido cada vez mais visibilidade nas agendas midiáticas e dos governos principalmente por se tratar de uma questão de saúde pública, mas um aspecto moral também é importante: as leis restritivas em relação ao aborto violam uma série de direitos humanos, entre os quais estão o direito à integridade física e psíquica, o direito à saúde sexual e reprodutiva, o direito à igualdade e não discriminação, o direito a estar livre de tratamento desumano e degradante, o direito a viver livre de violência, entre outros (UBEROI; DE BRUYN; GALLI, 2012).

Duas ideias são propulsoras deste trabalho. A primeira se deu a partir da constatação de uma lacuna nos estudos e dados sobre o aborto na América do Sul. Os estudos existentes sobre aborto ou se encontram ultrapassados, ou abordam os casos de maneira isolada (geralmente por meio de estudos de caso). Pereira (2021) corrobora essa percepção ao afirmar que, apesar de apresentar um cenário bastante crítico, a América Latina não costuma estar no radar das pesquisas sobre o assunto. Ademais, dentre a bibliografia disponível sobre a temática, verificou-se que a maioria das pesquisas e banco de dados estão originalmente em inglês ou espanhol, e não possuem - ainda - tradução para o português. Essa barreira linguística dificulta o acesso para geração de conhecimento e para a formulação de políticas públicas de saúde com base em evidência.

A segunda ideia consiste em sublinhar a importância de estudar aspectos específicos da legislação e das políticas públicas sobre aborto, indo além, tanto da dicotomia tradicional no senso comum de descriminalizado-proibido, quanto mesmo da versão mais sofisticada, que

---

<sup>1</sup> O aborto inseguro é produzido quando uma pessoa sem a capacitação necessária realiza a interrupção da gravidez, e/ou é realizado em condições que não condizem minimamente com as normas médicas e sanitárias.

diferencia descriminalização de legalização. Do ponto de vista teórico, este argumento toca em modelos de análise de políticas públicas que ressaltam a importância do desenho e dos instrumentos das políticas, e mesmo da ambiguidade e imprecisão, muitas vezes proposital, da legislação.

A partir da constatação dessa lacuna bibliográfica, parte do trabalho desenvolvido foi realizar a compilação e análise de dados referentes a legislação do aborto na América do Sul, em especial o *Global Abortion Policies Database* (GAPD, 2023) da Organização Mundial da Saúde, a fim de fornecer um mapa e enriquecer a discussão teórica e científica sobre o assunto, democratizando o acesso e contribuindo com os estudos nesta área. A análise empírica abrange os países sul-americanos: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela, e possui três conjuntos de variáveis. A primeira é chamada “Fundamentos legais do aborto”, que identifica quais justificativas podem ser utilizadas para aborto, sendo elas: 1) a pedido da mulher (sem necessidade de qualquer justificativa); 2) para salvar a vida da mulher; 3) para preservar a saúde da mulher; 4) em casos de deficiência intelectual ou cognitiva da mulher; 5) em casos de incesto; 6) em casos de estupro; 7) em casos de deficiência fetal incompatível com a vida; e 8) por razões econômicas ou sociais. A segunda variável é “limites gestacionais”, e especifica que, dentro de cada possibilidade para realizar o procedimento, o tempo máximo de gestação permitido pela legislação. A terceira é chamada de “requerimentos adicionais”, que apresenta barreiras regulatórias e procedimentais para realização do aborto, são elas: 1) autorização de terceiros; 2) relatório policial em casos de estupro; 3) aconselhamento obrigatório; e 4) período de espera compulsório. Este estudo possui como foco analisar as legislações referentes ao aborto na América do Sul, não sendo objeto de estudo o processo de implementação, monitoramento e resultado das políticas.

Os resultados indicam que há uma diferença significativa entre as legislações de aborto dos países sul-americanos, não apenas entre a dicotomia tradicional no senso comum de descriminalizado-proibido, mas também dentro do próprio agrupamento legalizado/descriminalizado e do agrupamento proibido com ressalvas. Ao contemplar aspectos importantes do acesso aos direitos das mulheres no que diz respeito ao aborto, foi possível dividir os países entre aqueles que possuem legislações facilitadoras; intermediárias; restritivas; e proibitivas do aborto.

O trabalho está organizado da seguinte forma: a primeira seção contém o contexto e dados gerais referentes ao aborto. Após, são abordados os conceitos, a discussão teórica e o modelo analítico. A seção subsequente contempla a metodologia de pesquisa, e em seguida, é

realizada a exposição dos resultados, cujas variáveis abordam os seguintes pontos: fundamentos legais do aborto em cada país; limites gestacionais; e requisitos adicionais que dificultam o acesso ao aborto seguro. As considerações finais apresentam uma síntese dos resultados.

## **2 CONTEXTO E DADOS GERAIS**

O aborto é uma intervenção segura e não complexa que pode ser eficazmente gerida em vários contextos (usando medicamentos ou um procedimento cirúrgico), e quando realizada de forma segura, são raras as complicações. Em nível mundial, o aborto é um procedimento comum, sendo que seis em cada 10 gravidezes não são planejadas e três em cada 10 de todas as gravidezes terminam em aborto induzido (OMS, 2019). Os primeiros países a permitirem a interrupção voluntária da gestação foram a Suécia, em 1890, e a Rússia, em 1910, demonstrando um avanço pioneiro dos direitos das mulheres, e o enfrentamento adequado, enquanto problema de saúde pública. Com a segunda onda do movimento feminista nas décadas de 1970 e 1980, muitos países aderiram a descriminalização incentivados pelos acordos internacionais que englobavam o tema dos direitos sexuais e reprodutivos. A legalização do aborto no Uruguai em 2012 recolocou o tema nas agendas midiáticas e dos governos latino-americanos, trazendo mais visibilidade ao debate, visto que a maioria dos países da região não cumpre com os tratados internacionais que abordam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como o da Plataforma de Cairo (1994), da Convenção de Belém do Pará (1994) e da Declaração de Pequim (1995).

Nos países onde o aborto é regido por leis muito restritivas, as mulheres são obrigadas a se submeterem a procedimentos clandestinos e inseguros, realizados muitas vezes por profissionais não capacitados ou com métodos e condições inadequadas. Assim, a taxa de mortalidade materna devido ao aborto inseguro é geralmente maior em países com restrições e menor em países onde o aborto é acessível a pedido da mulher ou demais condições (OMS, 2008, 2009). Entre 1990 e 1994 e 2010 e 2014, a taxa anual de aborto nas regiões desenvolvidas caiu significativamente, principalmente em países nos quais a prática é legalizada, passando de 46 para 27 abortos para cada mil mulheres em idade reprodutiva. O mesmo não aconteceu nos países em desenvolvimento, a taxa se manteve quase estável, passando de 39 para 36 a cada mil mulheres (OMS, 2019). As estimativas mundiais demonstram que 45% de todos os abortos são inseguros, e que a maior parte (97% dos abortos inseguros) se concentra nos países em desenvolvimento e nos grupos em situações de vulnerabilidade. Esses dados se refletem na América Latina, onde três a cada quatro abortos foram inseguros, com consequências para as

taxas de mortalidade materna, visto que entre 4,7% e 13,2% de todas as mortes maternas são atribuídas a abortos inseguros (OMS, 2019).

Os resultados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017) de 2016 no Brasil, indicam que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões, no entanto, apresenta maior frequência entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas. Ademais, uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já havia realizado aborto pelo menos uma vez na vida, e cerca de metade das mulheres precisou ficar internada para finalizar o aborto, totalizando 250 mil mulheres por ano nos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) por abortos inseguros (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Segundo a OMS, apenas de 2 a 5% das mulheres que realizam aborto com medicamentos confiáveis podem necessitar de alguma intervenção médica, o que contrasta muito com o cenário brasileiro, dado que quase 50% das mulheres brasileiras que fazem um aborto buscam atendimento médico em condições potencialmente mais graves e difíceis de tratar, de modo que os gastos com internações por complicações de aborto custaram ao SUS R\$ 486 milhões entre 2008 e 2017 (ANIS, 2018).

Fortalecer o acesso ao aborto dentro dos sistemas de saúde é fundamental para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>2</sup> (ODS) determinados pela Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o ODS3 - Saúde e Bem-Estar, que objetiva garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; e o ODS5 - Igualdade de gênero; a fim de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Tais objetivos incluem a integração da saúde reprodutiva em ações e programas nacionais, o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva e a redução da taxa da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. A Estratégia Global de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde considera a erradicação da incidência de aborto inseguro uma missão prioritária para o cumprimento das metas de desenvolvimento internacional. A importância da qualidade da assistência ao aborto para a saúde também é enfatizada pela Estratégia Global das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, que inclui intervenções baseadas em evidências para o aborto e cuidados pós-aborto como uma maneira eficaz para a transformação e prosperidade das comunidades.

---

<sup>2</sup> Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram instituídos em 2015 pelas Nações Unidas e representam um plano de ação global até 2030 para promoção de prosperidade nos âmbitos social, econômico e ambiental.

Na América do Sul são três os países que aprovam a interrupção voluntária da gestação: Uruguai e Argentina por meio da legalização e Colômbia através da despenalização. O Uruguai, ao sancionar a *Ley n° 18.987 - Interrupción Voluntaria del Embarazo* em 2012, foi o pioneiro na legalização do aborto na América do Sul (URUGUAI, 2012). A lei prevê que podem acessar a uma IVE as mulheres: com cidadania uruguaia (natural ou legal) ou residentes estrangeiras; maiores de 18 anos (ou menores de 18 anos com autonomia progressiva ou consentimento do pai, mãe ou adulto de referência); e que estejam com menos de 12 semanas de gravidez. Desde 1938 vigorava a Lei 9.763 que determinava o aborto ilegal e passível de penalização. A lei previa a isenção de pena para as seguintes circunstâncias: quando a gravidez fosse produto de estupro, pela honra da família, por dificuldades econômicas ou risco para a vida da mulher (URUGUAI, 2019). Apesar da conquista da IVE, foram feitas diversas críticas às disposições da lei pelo movimento feminista, sendo a principal delas referente às condicionantes impostas às mulheres para poder acessar o serviço, dado que, no primeiro ano após a implementação, 6% das mulheres que buscaram o serviço desistiram de interromper a gravidez. Mesmo assim, a medida de legalização não deixou de representar um grande passo para os direitos sexuais e reprodutivos na América Latina.

A Argentina legalizou o aborto em novembro de 2020 ao sancionar a *Ley N° 27.610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. A Lei dispõe que os serviços públicos de saúde, as obras sociais nacionais e provinciais e as empresas e entidades de medicamentos pré-pagos concedam cobertura integral e gratuita do procedimento. O aborto esteve no Código Penal da Argentina por quase 100 anos (1921-2020), sendo que o procedimento era permitido somente em casos de estupro ou para salvar a vida da mulher. O Art. 4° da Lei n° 27.610 define que as mulheres e pessoas com outras identidades de gênero com capacidade de gestar têm direito de decidir e acessar a interrupção da gravidez até a 14ª semana do processo gestacional. Fora do prazo previsto de 14 semanas, a gestante tem direito a decidir e aceder à interrupção da gravidez apenas nas seguintes situações: a) se a gravidez for resultado de estupro, com o requerimento e a declaração jurada da gestante, perante a equipe de saúde envolvida (nos casos de meninas menores de 13 anos não é exigida a declaração juramentada); b) se a vida ou a saúde integral da gestante estiver em perigo (ARGENTINA, 2021). Sobre o primeiro ponto do Art. 4°, a legislação argentina define violação como toda ação que implique a violação, em todas as suas formas, do direito da pessoa de decidir voluntariamente sobre sua vida sexual ou reprodutiva, seja por meio de dolo, ameaças, coação, uso da força, intimidação, ou exploração da pessoa em estado de vulnerabilidade, além de também incluir a violência sexual ocorrida dentro do casamento.

No ano de 2006 a Corte Constitucional Colombiana, por meio da Sentença C-355, considerou não constitutivo de delito o aborto realizado em três causais: 1) quando a continuação da gravidez constituísse perigo para a vida ou para a saúde da mulher; 2) quando o feto apresentasse malformação grave que tornasse sua vida inviável; 3) quando a gravidez fosse resultado de estupro, ou de inseminação artificial de óvulo fecundado não consentida; ou de incesto (COLÔMBIA, 2014). Em 2022, com cinco votos favoráveis e quatro contrários, a Corte Constitucional da Colômbia alterou essas disposições por meio da Sentença C-055, despenalizando a interrupção voluntária da gestação até a 24ª semana (seis meses). No entanto, passadas as 24 semanas de gestação, a normativa vigente permite a interrupção apenas se enquadrada nas 3 causais presentes na Sentença C-355 de 2006. Assim, a Colômbia configura-se como o último país sul-americano a alterar sua legislação pela legalização do aborto até a data de realização do presente trabalho.

### **3 CONCEITOS, DISCUSSÃO TEÓRICA E MODELO ANALÍTICO**

Na linguagem comum entende-se aborto como a interrupção voluntária de uma gestação. Segundo a OMS, aborto, do latim *ab-ortus* (privação do nascimento), refere-se à interrupção da gestação com a extração ou expulsão do embrião, ou do feto de até 500 gramas antes do período perinatal. Na literatura médica há uma diferença entre os termos aborto e abortamento, de modo que, de acordo com a OMS, em conceituação aprovada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, abortamento é a expulsão ou extração do concepto<sup>3</sup> com 500 gramas, o que equivale a 20 até 22 semanas completas (OMS, 1977), e aborto seria o produto do abortamento. Tratando-se de questões legais e jurídicas, a lei brasileira não apresenta distinção entre os termos, e considera aborto em seu sentido amplo - a perda do concepto em qualquer período.

Também se tratando de questões legais e jurídicas, todos os indivíduos têm direito à não discriminação e à igualdade no acesso aos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). O direito à não discriminação garantido pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) inclui a orientação sexual, a identidade de gênero e as características sexuais. Assim, esse trabalho, apesar de se referir aos indivíduos passíveis de realizar aborto pelos termos mulheres/meninas, engloba e legitima o acesso a todas as pessoas com capacidade de gestar, independente da identidade de gênero.

---

<sup>3</sup> Nos estudos de Embriologia entende-se por concepto o produto da concepção.

Para analisar as legislações acerca do aborto é importante diferenciar os termos legalizar e descriminalizar/despenalizar. Descriminalizar/despenalizar significa retirar o aborto da legislação penal/criminal e garantir que não existam sanções penais para quem fornecer, assistir, ou realizar abortos. A descriminalização também prevê a não aplicação de outras infrações penais ao aborto, como assassinato ou homicídio. Para Vera (2021), descriminalizar o aborto é uma medida inteligente e estratégica, e representa economia ao investir em ações que reduzem custos, principalmente se o progresso for no sentido da prestação de serviços com tecnologia mais avançada, sem a necessidade de internação, de centro cirúrgico, de equipamentos médicos ou de leitos.

Por outro lado, legalizar o aborto significa fazer com que ele também passe a ser regulamentado por meio de uma lei. Para se referir a esses casos, pode-se utilizar os termos aborto legal, aborto previsto em lei, interrupção legal da gestação, interrupção voluntária da gestação (IVG), *interrupción legal del embarazo (ILE)* (BECERRIL; ALBA; RAMÍREZ, 2011), entre outros.

Estudos indicam que, se o *status* legal do aborto não afeta a probabilidade de uma mulher buscar o aborto induzido, afeta drasticamente seu acesso ao aborto seguro, que se realizado por método recomendado pela OMS, adequado à idade gestacional, possui riscos muito baixos (OMS, 2019). Assim um dos fatores que torna o procedimento de aborto arriscado é a própria lei penal, que impede o acesso das mulheres às tecnologias médicas mais adequadas às suas necessidades.

Destaca-se, no entanto, que apesar de estes termos serem considerados sinônimos de legalidade, eles possuem compreensões jurídicas diferentes conforme a legislação de cada país, como será apresentado. Tanto na descriminalização quanto na legalização os governos determinam critérios para que ocorra a interrupção da gestação, e geralmente definem um tempo de gestação limite para que seja realizado o procedimento. Ainda assim, é preferível que os governos optem pela legalização, considerando a garantia do pleno acesso à política e a garantia de direitos das mulheres.

Tratando-se de mapeamento e coleta de dados para formulação e/ou reestruturação de políticas públicas, a criminalização do aborto impõe barreiras que levam, muitas vezes, a subnotificação dos casos e consequente falha na mensuração do problema. Não é possível definir ao certo o número de óbitos e internações decorrentes de aborto inseguro, visto que ao buscar os serviços em países com políticas restritivas e punitivas as mulheres tendem a ocultar a tentativa de aborto por medo de represálias ou penalizações, e, assim, impedem o médico, ou



agente de saúde, de saber as razões e o contexto que podem tê-las levado a abortar (como sofrer violência, não ter acesso a métodos contraceptivos ou não saber usá-los).

Além disso, por se tratar de um crime, é difícil localizar clínicas clandestinas, o que impossibilita que sejam trabalhadas medidas de anticoncepção pós aborto e demais políticas de direitos reprodutivos. Sobre isso, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2009) publicou:

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. Em finais dos anos 1980, foi testada a técnica de resposta ao azar para estimar a indução do aborto em uma ampla amostra populacional de mulheres. Por meio da abordagem direta, encontrou-se a incidência de oito abortos a cada 1.000 mulheres, ao passo que, com a técnica de resposta ao azar, chegou-se a 42 a cada 1.000, ou seja, uma incidência cinco vezes superior.

Convém mencionar a fala realizada por Tânia Lago (representante do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2018, ao questionar “se a permanência de uma grande quantidade de óbitos de mulheres em idade fértil não eram advindas de aborto clandestino” (ANIS, 2018; BRASIL, 2023). A antropóloga e professora Débora Diniz<sup>4</sup> abrange esse tema utilizando o conceito de “rota crítica do aborto” que ocorre quando os serviços públicos de saúde acolhem a mulher que precisa de um aborto, ou que já abortou, e atuam para identificar em que momento a política de planejamento familiar falhou, de maneira a evitar que ela faça um novo aborto. No entanto, esse é um instrumento possível apenas em países que legalizam o aborto, uma vez que o aborto não é mais considerado matéria de prisão, e sim de cuidado, e que é possível assistir as mulheres nos serviços de saúde com atenção, cuidado, provimento de informação e métodos contraceptivos adequados, e buscar compreender o contexto em que ocorreu o aborto para que, por meio de instrumentos de coleta de dados e mapeamento, seja possível rever e alterar legislações restritivas e punitivas, visando a redução do número de abortos no médio e longo prazo. Nesse sentido, há evidências de queda nas taxas de aborto em países que optaram pela descriminalização. Na Romênia o aborto foi descriminalizado em 1989, e de 1990 a 2010, houve uma queda de 94% no número de abortos (HORGA; GERDTS; POTTS, 2013). Portugal descriminalizou o aborto em 2007, obtendo uma queda de 14% no número de abortos entre 2008 e 2015 (PORTUGAL, 2017). A França determinou a descriminalização do aborto em 1975 e apresentou, entre 1976 e 2016, uma queda de mais de 24% no número de abortos (VILAIN; FRESSON; REY, 2022).

---

<sup>4</sup> Especialista em desenvolver projetos de pesquisa sobre bioética, feminismo, direitos humanos e saúde.

Para além da questão criminalizar/descriminalizar e legalizar, há que considerar que as leis e políticas de aborto, por tratarem de uma temática sensível, que envolve um intenso conflito moral/religioso e elevado custo político, podem ser bastante complexas, contraditórias, confusas e/ou de difícil acesso. Este aspecto resvala em diversas discussões de modelos de análise de políticas públicas. Na literatura sobre implementação, parte do debate entre a abordagem *top-down*, exemplificada por Pressman e Wildavsky (1984), e a vertente *bottom-up*, como o trabalho de Lipsky (1980), consiste nos pontos cegos, aspectos ambíguos e contraditórios que o desenho e a formulação das políticas públicas podem incorrer. Uma outra corrente, exemplificada pela sociologia da ação pública, como “A ação pública abordada pelos seus instrumentos” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012), reforça a importância de aspectos específicos das políticas públicas, denominados instrumentos, que poderiam passar despercebidos quando se considera o desenho geral da política. Por isto, neste trabalho considera-se que é importante desagregar a legislação sobre aborto em pontos (instrumentos) específicos.

#### 4 METODOLOGIA

A análise empírica abrange os países sul-americanos: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela<sup>5</sup>. A Guiana Francesa não foi incluída, visto que não é um país, e sim um departamento ultramarino da França. Os dados analisados foram extraídos do GAPD, um banco de dados interativo com informações de 197 países, cujo objetivo é aumentar a transparência das leis e políticas de aborto, garantir a responsabilidade dos Estados pela proteção da saúde da mulher e de seus direitos humanos e eliminar as barreiras que as mulheres encontram no acesso a serviços de abortamento seguro, no âmbito do *Human Reproductive Programme* (HRP), Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Reprodução Humana - criado em 1972.

Principal instrumento do sistema das Nações Unidas para pesquisa em reprodução humana, o HRP é co-patrocinado por cinco grupos: *United Nations Development Programme* (PNUD) - Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento; *United Nations Population Fund* (UNFPA) - Fundo de População das Nações Unidas; *United Nations Children's Fund* (UNICEF) - Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde (OMS); e Banco Mundial. O HRP é o principal instrumento do sistema das Nações Unidas para pesquisa

---

<sup>5</sup> Guiana e Suriname foram incluídos na análise por estarem geograficamente localizados na América do Sul. No entanto, possuem culturas bem distintas dos demais países, visto que foram colonizadas por França e Holanda, respectivamente.

em reprodução humana, reunindo formuladores de políticas públicas, cientistas, profissionais da saúde e representantes da comunidade para identificar os problemas e definir as prioridades de pesquisa a fim de melhorar a saúde sexual e reprodutiva, tendo como base os acordos internacionais.<sup>6</sup>

No senso comum costuma-se separar a legislação sobre o aborto em duas conformações, os países que descriminalizam o aborto e os que o proibem. No entanto, essa divisão não contempla aspectos importantes do desenho ou do acesso aos direitos das mulheres no que diz respeito ao aborto. Com o intuito de dar um primeiro passo neste sentido, este trabalho considera três conjuntos de variáveis. A primeira é chamada “Fundamentos legais do aborto”. Esta variável identifica quais justificativas podem ser utilizadas para aborto, sendo elas: 1) a pedido da mulher (sem necessidade de qualquer justificativa); 2) para salvar a vida da mulher; 3) para preservar a saúde da mulher (física, mental ou ambas); 4) em casos de deficiência intelectual ou cognitiva da mulher; 5) em casos de incesto; 6) em casos de estupro; 7) em casos de deficiência fetal (alterações que podem ocorrer no feto ainda durante a gravidez cujas causas podem ser genéticas, infecciosas, mecânicas, físicas, tóxicas, má alimentação da gestante, entre outras) incompatível com a vida; e 8) por razões econômicas ou sociais<sup>7</sup>. Visto que as legislações podem ser confusas e contraditórias, optou-se por não realizar deduções das leis e políticas de aborto a fim de evitar a produção de interpretações discrepantes. Com isso, cada justificativa foi tratada de forma independente, ou seja, quando um país permite um fundamento, outros fundamentos legais não são automaticamente assumidos, a menos que estejam explicitamente mencionados no documento legal.<sup>8</sup> Destaca-se que alguns países possuem uma base legal para o aborto quando a gestação oferece perigo de vida à mulher, mas não para preservar a saúde da mulher (seja ela física ou mental), o que justifica haver ambas categorias (2) para salvar a vida da mulher e 3) para preservar a saúde da mulher). A variável “aborto seletivo por sexo” não foi considerada na análise, dado que essa prática é mais comum em países asiáticos, onde as famílias dão prioridade ao nascimento de bebês do sexo masculino. Sobre essa temática, Guilhoto (2015) observa que, apesar de as mulheres latino-americanas serem discriminadas por um sistema tradicionalmente patriarcal, “o machismo na América

---

<sup>6</sup> Adotados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995) e suas respectivas revisões de acompanhamento, bem como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio adotados em 2001 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável adotados em 2015.

<sup>7</sup> Em 2013, 82% dos governos em países desenvolvidos permitiam o aborto por razões econômicas ou sociais. Em contraste, apenas 20% dos países em desenvolvimento permitiam o aborto por razões econômicas ou sociais (ONU, 2014).

<sup>8</sup> Isso explica o fato de a Tabela 1 apresentar países que realizam o aborto a pedido da mulher, mas que não realizam pelos demais motivos apresentados.

Latina não chega a influenciar a preferência de bebês por sexo”. A OMS parte do princípio de que o aborto deve ser descriminalizado em sua totalidade, e, assim, recomenda aos Estados, por meio do *Abortion Care Guideline* (2022), que o aborto esteja disponível a pedido da mulher, menina ou outra pessoa grávida sem que seja necessário qualquer justificativa.

A segunda variável é “limites gestacionais”, e especifica que, dentro de cada possibilidade para realizar o procedimento, o tempo máximo de gestação permitido pela legislação. A idade gestacional, isto é, a duração da gestação, é definida pelo número de dias ou semanas que transcorreram desde o primeiro dia da última menstruação normal da mulher para as mulheres com ciclos regulares. No caso das mulheres com ciclos irregulares, ou quando não se sabe quando foi a última menstruação normal, a idade gestacional pode ser definida pelo tamanho do útero estimado em semanas, baseado em um exame clínico ou em uma ecografia, que corresponde a um útero gestante da mesma idade gestacional datada pela última menstruação normal. A OMS recomenda pela promulgação de leis e regulamentações que proíbam o aborto baseado em limites de idade gestacional.

A terceira é chamada de “requerimentos adicionais”, que apresenta barreiras regulatórias e procedimentais para realização do aborto, são elas: 1) autorização de terceiros (requisito imposto pela lei no qual um indivíduo externo à mulher, seja ele um representante legal, parceiro, marido, um agente de saúde ou uma autoridade judicial, deve autorizar a realização do aborto mesmo que cumpridos os requisitos legais aplicáveis para o aborto); 2) relatório policial em casos de estupro; 3) aconselhamento obrigatório (aconselhamento prestado com o objetivo de dissuadir a mulher de abortar); e 4) período de espera compulsório (obrigatoriedade de esperar um determinado tempo entre a solicitação e, efetivamente, a obtenção do aborto). Posto que tais barreiras dificultam o acesso ao aborto e têm efeitos negativos para o efetivo exercício dos direitos humanos, a OMS recomenda pela sua remoção.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 FUNDAMENTOS LEGAIS**

As variáveis selecionadas para verificar em quais casos o aborto é permitido são: 1) a pedido da mulher; 2) para salvar a vida da mulher; 3) para preservar a saúde da mulher; 4) em casos de deficiência intelectual ou cognitiva da mulher; 5) em casos de incesto; 6) em casos de estupro; 7) em casos de deficiência fetal incompatível com a vida; e 8) por razões econômicas ou sociais. Na Tabela 1 os espaços em branco refletem que aquele país não possui tal fundamento, ou não há referência explícita nos documentos de origem ou o documento de

origem existe, todavia, não pôde ser acessado, localizado ou traduzido. A Tabela 1 contempla os países em que o aborto é legalizado ou descriminalizado, isto é, aqueles que possuem o Fundamento 1 - Aborto a pedido da mulher sem necessidade de justificativa: Argentina, Colômbia e Uruguai; e também os países da América do Sul em que o aborto é proibido com ressalvas ou totalmente proibido.

Tabela 1 - Fundamentos legais pelos quais o aborto induzido é permitido no país

Fundamentos	Uruguai	Argentina	Colômbia	Guiana	Bolívia	Equador	Chile	Brasil	Peru	Paraguai	Venezuela	Suriname
1. A pedido da mulher	x	x	x									
2. Para salvar a vida da mulher	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
3. Para preservar a saúde da mulher	x	x	x	x	x	x			x			
4. Em casos de deficiência intelectual/cognitiva da mulher												
5. Em casos de incesto			x	x	x							
6. Em casos de estupro	x	x	x	x	x	x	x	x				
7. Em casos de deficiência fetal incompatível com a vida				x	x		x					
8. Por razões econômicas/sociais	x	x				x						

Fonte: Elaborada pela autora com base em OMS (2023)

Os países foram posicionados da esquerda à direita conforme a quantidade de fundamentos para a realização do aborto, de modo que os países à esquerda são os com mais direitos em relação ao aborto, e os à direita, com menos. Observa-se que os três primeiros países, aqueles em que o aborto é legalizado ou descriminalizado, possuem o aborto a pedido. O fundamento 8 - aborto por razões econômicas ou sociais - é contemplado apenas nas legislações do Uruguai e da Argentina, enquanto o fundamento 5 aparece apenas no texto legal da Colômbia.

Guiana, Bolívia e Equador são os países que possuem mais acesso (de 5 a 4 fundamentos); Brasil, Chile e Peru apresentam um acesso intermediário (cada um possui dois fundamentos); Paraguai e Venezuela são os de menor acesso (cada país possui apenas um

fundamento), e por último há o Suriname, que não possui nenhum fundamento, sendo considerado sem acesso. Os dados mostram que os fundamentos 2 (para salvar a vida da mulher), 3 (para preservar a saúde da mulher) e 6 (em casos de estupro<sup>9</sup>) são os que mais aparecem entre os países em que o aborto é proibido com ressalvas, de modo que, todos estes possuem o ponto 2; Peru, Paraguai e Venezuela não possuem o ponto 6; e Guiana, Bolívia, Equador e Peru possuem o ponto 3. Nenhum país permite o aborto em casos de deficiência intelectual/cognitiva da mulher.

Dentro desse panorama, pontuam-se algumas especificidades nas normativas: a respeito do fundamento 3, a Argentina se refere em sua norma legal à "saúde integral", definindo saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades", de modo que uma gravidez pode ser legalmente interrompida quando qualquer uma dessas dimensões da saúde estiver em risco. Além disso, especifica que no caso de meninas e adolescentes com 15 anos ou menos, a própria gravidez implica um maior risco tanto para a saúde física quanto mental. Sobre esse mesmo fundamento, o Uruguai, com base na Lei 19.987, define risco grave para a saúde ou a vida como sendo risco grave para a saúde biopsicossocial e social. O modelo biopsicossocial é um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças por meio de fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores sociais do indivíduo. Pesando esse conceito dentro da política de aborto, considera-se que esse olhar mais analítico e integralizado do contexto ambiente/indivíduo pode ser muito benéfico para uma implementação coerente e profícua das políticas de saúde.

Referente ao fundamento 6, a legislação argentina define que todas as relações sexuais com penetração em que a pessoa não tenha manifestado livremente o seu consentimento - por estar desacordada, inconsciente, sob a influência de álcool ou drogas, entre outros - são consideradas violações, e, por isso, se aplica o direito ao aborto. A lei também considera que toda relação sexual com menores de 13 anos é considerada estupro. Por fim, a Colômbia possui em sua legislação um fundamento não contemplado pelas variáveis: o direito ao aborto quando a gravidez é resultado de um ato criminoso de inseminação artificial indesejada ou de implantação indesejada de um óvulo fertilizado (GALVIS, 2006).

Apenas Guiana e Bolívia permitem aborto em casos de incesto. O ponto 8 (por razões econômicas e sociais) é encontrado somente no Equador. O Suriname aparece em branco no quadro, visto que sua legislação proíbe o aborto em todos os casos.

---

<sup>9</sup> O aborto legal nos casos de gravidez resultante de estupro é previsto no Brasil desde 1940.

Com relação ao fundamento 6, a base legal do Chile estende a justificativa de estupro a qualquer gravidez advinda de relação sexual não consentida pela mulher ou menina. No Peru, apesar do aborto ser criminalizado em casos de gravidez resultante de estupro, a pena nesses casos é reduzida para três meses de prisão, ao invés do mínimo de um ano e máximo de cinco anos. Para que a vítima de estupro que realizou aborto possa aceder a uma pena reduzida é obrigatório o registro de uma queixa oficial na polícia, a qual deve investigar e avaliar a denúncia.

No que concerne ao ponto 7, em casos de deficiência fetal incompatível com a vida, a Bolívia permite o aborto em casos de malformações congênitas letais. No Chile, o aborto é permitido quando o embrião ou feto apresenta patologia congênita adquirida ou genética incompatível com a vida extrauterina. Guiana permite o aborto em casos de deficiência fetal, sem, no entanto, fornecer especificidades. Uruguai e Colômbia permitem em casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, sendo que, no Uruguai, o acesso só se dá após avaliação e certificação da Comissão Nacional do Ministério da Saúde. A legislação do Brasil possui uma exceção, visto que, passou a autorizar, em 2012, a interrupção da gestação nos casos de feto anencéfalo<sup>10</sup>. No Peru, posto que o aborto é proibido em casos de deficiência fetal, a legislação prevê uma pena reduzida (de três meses) nos casos em que é possível comprovar, com base em um diagnóstico médico, que o feto possuía graves deficiências físicas ou mentais.

A Bolívia especifica em sua legislação um fundamento que não consta na Tabela 2: o direito ao aborto em casos de estupro estatutário, quando há relações sexuais não forçadas entre um adulto e um indivíduo que legalmente não tem idade. É pertinente ressaltar o fato de que a Bolívia alterou substancialmente as disposições sobre aborto no Código Penal em 2017, tornando-as menos restritivas e de mais fácil acesso. No entanto, essas alterações foram revogadas em 2018 e as disposições do código penal anterior permanecem em vigor (BOLÍVIA, 2018).

## 5.2 LIMITES GESTACIONAIS

Os limites gestacionais referem-se ao período de gestação máximo estabelecido pela legislação para a interrupção da gravidez. Em vista disso, cada país define um limite gestacional

---

<sup>10</sup> A condição da anencefalia é caracterizada pela malformação do tubo neural, de maneira que há uma ausência parcial do encéfalo e do crânio. Neste sentido, o feto anencéfalo pode ser considerado um morto cerebral com batimento cardíaco e respiração.

para os fundamentos apresentados na Tabela 1(nos casos em que o aborto é aplicável). A OMS recomenda pela promulgação de leis e regulamentações que proíbam o aborto baseado em limites de idade gestacional. Na Tabela 2 os números se referem à quantidade limite de semanas em que o aborto pode ser acessado. Quando há “-“ significa que o documento oficial não faz menção explícita a limite gestacional e “NA” significa “Não Aplicável”, visto que a legislação em questão não possui limite gestacional para realização do aborto. As células em branco significam que naquela situação aborto não é permitido. Os países não foram ordenados conforme o limite gestacional, visto que nem todos países especificam os limites gestacionais. Assim, a Tabela 2 permaneceu com a mesma ordem apresentada na Tabela 1, com exceção do Suriname, que foi retirado da Tabela 2, pois proíbe aborto em todos os casos..

Tabela 2 – Limites gestacionais em semanas

Fundamentos	Colômbia	Argentina	Uruguai	Guiana	Bolívia	Equador	Chile	Brasil	Peru	Paraguai	Venezuela
1. A pedido da mulher	24	14	12								
2. Para salvar a vida da mulher	NA	-	-	-	22	-	NA	22	21	-	22
3. Para preservar a saúde da mulher	NA	-	-	-	22	-			21		
4. Em casos de deficiência intelectual/cognitiva da mulher											
5. Em casos de incesto	-			-	22						
6. Em casos de estupro	NA	-	14	-	22	-	12	22			
7. Em casos de deficiência fetal incompatível com a vida					-	-	-				
8. Por razões econômicas/sociais		-	-			-					

Fonte: Elaborada pela autora com base em OMS (2023).

Referente ao Fundamento 1, aborto a pedido da mulher, são encontrados distintos limites. Na Colômbia o limite é de 24 semanas (6 meses); na Argentina, 14 semanas (3 meses



e meio); e no Uruguai, 12 semanas (3 meses). O único país entre aqueles em que o aborto é legalizado ou descriminalizado que impõe um limite gestacional para o fundamento 6 (em casos de estupro) é o Uruguai, que permite a realização do procedimento até a 14ª semana. Caso a gestação já tenha ultrapassado as 14 semanas, a mulher deve fazer uma declaração ao profissional de saúde de que a gravidez é decorrente de estupro para poder acessar o direito. Isso não é necessário nos casos de menores de 13 anos, visto que a lei considera estupro toda relação sexual com menores de 13 anos. Para os demais fundamentos, os países citados não especificam um limite gestacional, ou não há um limite explicitado no documento legal. Referente aos países em que o aborto é proibido com ressalvas, Bolívia, Brasil e Venezuela definem um teto de 22 semanas para o Fundamento 2 (para salvar a vida da mulher). No documento legal do Peru, é especificado que o procedimento deve ser realizado com menos de 22 semanas, assim, a autora inferiu, para não burlar o que prevê a legislação, a medida de 21 semanas. Chile é o único país do agrupamento que não possui limite gestacional para esse caso. No tocante ao ponto 3 (para preservar a saúde da mulher), a Bolívia define o limite de 22 semanas (BOLÍVIA, 2015) e o Peru, 21 semanas (PERU, 2014). Para o ponto 5 (em casos de incesto), a Bolívia define 22 semanas como limite. Dos cinco países que possuem o fundamento 6 (em casos de estupro), três definem um limite gestacional para a realização do procedimento: Brasil e Bolívia permitem o aborto até a 22ª semana, e Chile até a 12ª semana.

### 5.3 REQUERIMENTOS ADICIONAIS

Os requerimentos adicionais são representados pelas seguintes variáveis: 1) autorização de terceiros; 2) relatório policial em casos de estupro; 3) aconselhamento obrigatório; e 4) período de espera compulsório. Na Tabela 3 os países não foram ordenados da esquerda à direita conforme a quantidade de requerimentos presentes na legislação (como realizado na Tabela 1), visto que nem todas as legislações eram específicas quanto aos critérios, ou então, não mencionavam tais critérios em seus documentos oficiais. Na Tabela 3 o “x” significa que o país possui o requerimento, enquanto que o espaço em branco significa que ele não possui tal requerimento. O traço “-” significa que o documento oficial não faz menção ao requerimento, ou que não foi possível localizá-lo.

Tabela 3 – Requerimentos adicionais para o acesso ao aborto

Requerimentos adicionais	Colômbia	Argentina	Uruguai	Guiana	Bolívia	Equador	Chile	Brasil	Peru	Paraguai	Venezuela
1. Autorização de terceiros		x	x	x	-	-	x	x	x	-	-
2. Relatório policial em casos de estupro			x	-		-	-		-	-	-
3. Aconselhamento obrigatório		-		-	-	-	x	-	-	-	-
4. Período de espera compulsório		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaborada pela autora com base em OMS (2023).

Referente ao ponto 1 (autorização de terceiros), dentre os países que legalizaram/descriminalizaram o aborto, ou seja, os três primeiros da esquerda para a direita, a Argentina prevê que menores de 13 anos necessitam que os pais ou pessoas que exerçam, formal ou informalmente, funções de cuidado, assinem o termo de consentimento livre e esclarecido para que o aborto possa ser acessado. As jovens entre 13 e 16 anos podem consentir sozinhas, exceto nas situações que possam envolver um grave risco para a saúde ou para a vida, para as quais se aplica o mesmo critério previsto para menores de 13 anos (ARGENTINA, 2021). Em relação ao ponto 2 (relatório policial em casos de estupro), o Uruguai é o único país do agrupamento que se configura, visto que solicita notificação policial para esses casos. Nenhum país apresenta ou faz menção ao ponto 3 (aconselhamento obrigatório). Para o ponto 4 (período de espera compulsório), o Uruguai delimita um período de cinco dias a contar da data da primeira consulta para a obtenção do aborto:

Após reunião com a equipe interdisciplinar, a mulher terá um período mínimo de reflexão de cinco dias, após o qual, se a mulher confirmar seu desejo de interromper a gravidez perante o médico ginecologista, se coordenará imediatamente o procedimento, que, em atenção às evidências científicas disponíveis, se orienta para a diminuição de riscos e danos. A ratificação do requerente será expressa por consentimento informado, nos termos da Lei nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, e será incorporada ao seu histórico clínico (URUGUAI, 2012).

A Colômbia é o único país a não solicitar nenhuma das variáveis presentes na Tabela 5 (COLÔMBIA, 2022).

Dentre os países que em o aborto é proibido com ressalvas, Guiana, Brasil, Chile e Peru

solicitam o ponto 1 (autorização de terceiros), sendo que os quatro solicitam a autorização de um profissional de saúde. Argentina, Brasil e Chile também solicitam autorização parental para menores. Sobre esse quesito, a legislação do Chile prevê que meninas com menos de 14 anos necessitam da autorização de um representante legal. Na falta desta autorização pela impossibilidade - ou má vontade - do representante legal, a jovem, por meio de um agente de saúde, pode requerer a intervenção de um juiz. O tribunal deverá deliberar acerca do pedido de interrupção da gravidez verbalmente e sem julgamento no prazo máximo de 48 horas após a apresentação do pedido, com base nos antecedentes fornecidos pela equipe de saúde, e na oitiva da jovem, do representante legal que negou a autorização e, se for o caso, da equipe de saúde. Quando houver indícios médicos (firmados por escrito) de que a solicitação de autorização do representante legal pode colocar a menina em grave risco de abuso físico e/ou psicológico, coação, abandono, ou de outras ações que violem sua integridade, será solicitada uma autorização judicial a fim de substituir a autorização do representante. Não é aceita nenhuma oposição a tal solicitação por parte de terceiros que não o representante legal que tenha negado a autorização. Além disso, a legislação prevê que, nos casos de adolescentes entre 14 e 18 anos, o representante legal seja informado sobre o desejo da jovem de interromper a gravidez. No caso do Brasil, se a adolescente se recusar a informar a família, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal implique em afastamento ou dano à sua saúde, aceite-se pessoa maior e capaz indicada pela adolescente para acompanhá-la. Ademais, quando houver uma lacuna no acesso aos pais ou responsáveis, ou quando houver conflito entre a vontade dos pais e a vontade da menor, o acesso deve ser obtido por meio de uma autorização judicial. Para todos os casos com menores de 14 anos, a lei brasileira também prevê que o Conselho Tutelar<sup>11</sup> seja envolvido.

O ponto 3 (aconselhamento obrigatório) é encontrado na legislação do Chile como *acompañamiento voluntario* pela *Ley n° 21.030* (CHILE, 2017). Nenhum país entre aqueles em que o aborto é proibido com ressalvas contém informações sobre o ponto 4 (período de espera compulsório).

---

<sup>11</sup> Os conselhos tutelares foram criados em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para desempenhar uma função estratégica: zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados foi possível verificar que dentre os países que legalizaram/descriminalizaram o aborto há diferenças substanciais em seus instrumentos. Para aborto a pedido da mulher a Colômbia possui um limite gestacional de 24 semanas, o dobro se comparado ao Uruguai, em que o acesso se dá apenas até a 12ª semana. Ademais, verificou-se uma variação crescente no limite gestacional conforme o tempo, dado que Uruguai, o primeiro país a legalizar em 2012 é o que apresenta menor limite com 12 semanas; Argentina, segundo país a legalizar em 2020, apresenta um limite de 14 semanas; e Colômbia, último país a legalizar em 2022, possui o maior limite gestacional com 24 semanas. Acerca das barreiras para o acesso ao aborto, Uruguai é o país que apresenta mais requerimentos adicionais, posto que, para a realização do procedimento, solicita autorização de terceiros; relatório policial em casos de estupro; e período de espera compulsório. Colômbia, de maneira oposta, não possui nenhum dos 4 requerimentos adicionais, o que demonstra um maior acesso ao aborto.

Os dados mostram que os abortos para salvar a vida da mulher, para preservar a saúde da mulher e em casos de estupro são os que mais aparecem entre os países em que o aborto é proibido com ressalvas. Dentre os outros fundamentos, Guiana e Bolívia são os únicos países a permitir aborto em casos de incesto, ao passo que apenas Guiana possui aborto em casos de deficiência fetal, e apenas Equador por razões econômicas ou sociais. Nos limites gestacionais também se verificaram diferenças significativas. Em casos de estupro, Bolívia e Equador impõe um limite de 22 semanas, enquanto o Chile permite somente até a 12ª semana, o que diminui o acesso ao aborto. No entanto, para salvar a vida da mulher, diferente de outros países, Chile é o único que não possui limite gestacional para realização do aborto, o que representa um maior acesso. No que se refere aos requerimentos adicionais, verificou-se que a maioria dos países em que o aborto é proibido com ressalvas não faz menção a tais instrumentos em suas legislações. Entre aqueles que mencionam, Guiana, Brasil, Chile e Peru solicitam a autorização de terceiros para a realização do procedimento, o que representa barreiras para o acesso ao aborto. Em contrapartida, Brasil e Bolívia não solicitam relatório policial em casos de estupro, o que facilita o acesso ao aborto.

Em uma análise conjunta dos resultados foi possível aferir dados importantes referentes aos instrumentos de cada país. Embora o Uruguai tenha legalizado a Interrupção Voluntária da Gestação até a 12ª semana, ele apresenta diversas barreiras para o acesso aos serviços. Um deles se refere aos limites gestacionais, posto que, o acesso é permitido somente até a 14ª semana em

casos de estupro, ao passo que, em países em que o aborto é proibido com ressalvas, como Bolívia e Brasil, o aborto é permitido até a 22ª semana para esses mesmo caso. O mesmo se aplica à solicitação de relatório policial para casos de estupro, que é requerida pelo Uruguai, país que legalizou o aborto, mas não por Equador e Bolívia, países em que o aborto é criminalizado. A partir dos resultados foi possível organizar os países conforme o nível de acesso ao aborto presente na legislação, superando a dicotomia tradicional no senso comum de descriminalizado-proibido.

Tabela 4 – Nível de acesso ao aborto conforme legislação

<b>Países sul-americanos</b>	<b>Legislação do aborto</b>
Colômbia	Facilitadora
Argentina	
Uruguai	
Guiana	Intermediária
Bolívia	
Equador	
Chile	Restritiva
Brasil	
Peru	
Paraguai	
Venezuela	
Suriname	Proibitiva

Fonte: Elaborada pela autora.

Verificou-se que Colômbia, Argentina e Uruguai possuem uma legislação facilitadora do aborto. Ainda que o Uruguai apresente mais barreiras para o acesso, ele ainda está à frente

das demais legislações por permitir o aborto a pedido da mulher. Guiana, Bolívia e Equador possuem uma legislação intermediária, uma vez que, apesar de não apresentarem aborto a pedido da mulher, possuem de 4 a 5 fundamentos para o aborto. Foram consideradas legislações restritivas as de Chile, Brasil, Peru, Paraguai e Venezuela, pois, ainda que alguns possuam limites gestacionais mais acessíveis, o aborto só é permitido em um ou dois fundamentos, geralmente para salvar a vida da mulher ou em casos de estupro, com exceção do Chile, que também permite quando o embrião ou feto apresenta patologia congênita adquirida ou genética incompatível com a vida extrauterina. Por último, se encontra a legislação do Suriname, a qual foi identificada como proibitiva, dado que o país não permite o aborto em nenhum dos casos. Tais resultados permitiram demonstrar a importância de se realizar uma análise detalhada dos instrumentos e aspectos específicos da legislação e das políticas públicas de aborto.

## REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Ley nº 1.044, de 26 de junho de 2003. Dispõe sobre o procedimento nos estabelecimentos de saúde do sistema de saúde da Cidade Autônoma de Buenos Aires para qualquer mulher grávida com um feto que sofra de anencefalia ou patologia similar incompatível com a vida. Buenos Aires: **BOCBA**, 2003.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Ley 27.610. Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE**: Buenos Aires, 2021. p. 16.

ARGENTINA. Congreso. **Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo**. 2021. Disponível em: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.

BACELAR, S. *et al.* Questões de linguagem médica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 36, n. 1, p. 96-98, 2009.

BECERRIL, M. L.; ALBA, A.; RAMÍREZ, G. Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). **Enfermería universitaria**, v. 8, n. 3, p. 21-27, 2011.

BOLÍVIA. Asamblea Legislativa Plurinacional. **Ley nº 1027 de abrogación del código del sistema penal**. La Paz, 2018. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/17-Bolivia-Ley-1027-2018.pdf>.

BOLÍVIA. Ministerio de Salud. **Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014**. La Paz, 2015. p. 70. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/15-Bolivia-Technical-Procedure-2014.pdf>.

BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: Brasília, 2014. p. 124. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/13-Brazil-Technical-Norm-on-Preventing-Sexual-Violence-2014.pdf>.

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: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **DataSUS**, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.

CARINO, G.; VÉLEZ, A. C. G.; DURÁN, J. **Aborto Legal: regulaciones sanitarias comparadas**. Nova York, 2007. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28135.pdf>.

CHILE. Ministerio de Salud. **Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Ley 21.030**. 2017. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/13-Chile-Law-on-depenalization-of-abortion-in-three-cases-2017.pdf>.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad: documento técnico para prestadores de servicios de salud**: Bogotá, 2014.

COLÔMBIA. Ministerio de Justicia y del Derecho. **¿Qué debo hacer para interrumpir legalmente un embarazo?** Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho, 26 dez. 2022. Disponível em: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/LegalApp/Paginas/%C2%BFQu%C3%A9-debo-hacer-para-interrumpir-legalmente-un-embarazo.aspx#:~:text=La%20interrupci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en,que%20determin%C3%B3%20la%20Corte%20Constitucional>.

COLÔMBIA. Ministerio de Justicia y del Derecho. 2023. Disponível em: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/LegalApp/Paginas/%C2%BFQu%C3%A9-debo-hacer-para-interrumpir-legalmente-un-embarazo.aspx#:~:text=La%20interrupci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en>.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

GALLI, B. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-5, 2020.

GALVIS, A. Corte Constitucional Colombiana. **Sentencia C-355/06**. 2006. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Colombia-Judgment-C-355-Constitutional-Court-2006.pdf>.

GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la 2012 universalidad la integralidad y la equidad.** Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GUILMOTO, C. The masculinization of births. Overview and current knowledge. **Population**, v. 70, n. 2, p. 185-243, 2015.

HESSINI, L. Global progress in abortion advocacy and policy: an assessment of the decade since ICPD. **Reproductive Health Matters**, v. 13, n. 25, p. 88-100, 2005.

HORGA, M.; GERDTS, C.; POTTS, M. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 39, n. 1, p. 2-4, 2013.

INSTITUTO DE BIOÉTICA - ANIS. **Aborto: por que precisamos descriminalizar? Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442.** Brasília: Letras Livres, 2018.

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 9, n. 18, p. 1-44, 2012.

LIPSKY, MICHAEL. **Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services.** Russell Sage Foundation, 1980. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing unsafe abortion: evidence brief.** Geneva, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329887/WHO-RHR-19.21-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO. **Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica**, v. 56, n. 3, p. 247-253, 1977.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The world health report 2008: primary health care now more than ever.** Geneva, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda.** Geneva, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44168>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortion Policies and Reproductive Health around the World.** Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortion care guideline.** Geneva, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Abortion Policies Database**, 2023. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/>. Acesso em: 05 fev. 2023.

PEREIRA, C. **Entre a cruz e a espada: a (des)penalização do aborto na América Latina**. Florianópolis: Insular, 2021.

PERU. Ministerio de Salud. **Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal**. 2014. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Peru-Technical-Guideline-Therapeutic-Abortion-Ministry-of-Health-2014.pdf>.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. **Relatório dos registos das interrupções da gravidez**. Lisboa, 2017.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes**. Londres: University of California Press, 1984.

SINGH, S. *et al.* **Abortion Worldwide 2017: uneven progress and unequal access**. Estados Unidos, 2017. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

UBEROI, D.; DE BRUYN, M.; GALLI, B. Using human rights to address consequences of criminal laws on sexuality and reproductive autonomy. **The International Journal of Human Rights**, v. 16, n. 7, p. 1023-1039, 2012.

URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto**. Montevideo, 2012.

URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **El proceso de despenalización del aborto en Uruguay. Ley de interrupción voluntaria del embarazo**. Montevideo: UNFPA-MSP, 2019.

VERA, I. **Aborto na América Latina: números, legalização e impactos em cada país**, 2021. Disponível em: <https://www.bloomberglinea.com.br/2021/09/28/aborto-na-america-latina-numeros-legalizacao-e-impactos-em-cada-pais/>.

VILAIN, A.; FRESSON, J.; REY, S. **Interruptions volontaires de grossesse: la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021**. 2022. Disponível em: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la#:~:text=Tr%C3%A8s%20marqu%C3%A9e%20C3%A0%20partir%20de>.