



Pelo direito e acesso à atenção integral ao aborto

ARGUMENTAÇÃO E RECOMENDAÇÕES DE MÉDECINS DU MONDE

Este documento foi traduzido e adaptado pelos grupos de pesquisa brasileiros: Gerânias – Núcleo de Estudos em Saúde, Gênero e Justiça Sexual e Reprodutiva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) e RepGen – Gênero, Reprodução e Justiça (Instituto Fernandes Figueira – IFF, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz); e pelo coletivo Fórum Aborto Legal do Rio Grande do Sul (FALRS).

A organização Médecins du Monde-França (MdM) trabalha incansavelmente, junto a seus parceiros, para que o direito ao aborto seja reconhecido em todo o mundo e para que o acesso a esse direito seja, de fato, efetivo. Essa é uma luta que MdM trava desde 2010 e que aparece com força no seu plano estratégico atual.



GERÂNIAS

Núcleo de Estudos em Saúde, Gênero e Justiça Sexual e Reprodutiva



Qualquer pessoa grávida, seja mulher, trans ou não binária, pode precisar fazer um aborto

“A Médecins du Monde se posiciona como uma organização feminista e renova seu compromisso com o reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais, acessíveis e adequados, considerando as desigualdades de gênero como um determinante social de saúde de maior importância.”

Plano Estratégico de MdM, 2024-2027

Desde 1994, mais de 60 países flexibilizaram suas leis sobre aborto, enquanto apenas quatro adotaram regras mais rígidas. Apesar desses avanços alcançados por meio da mobilização de feministas e aliados, persistem inúmeras ameaças, resistência e forte oposição ao aborto. Isso resulta em barreiras significativas ao acesso a esse cuidado essencial em saúde: barreiras legais, administrativas, geográficas, financeiras e socioculturais. Em todos os nossos contextos de intervenção, a luta pelo direito e pelo acesso efetivo ao aborto continua.

“Nós convocamos todas as pessoas, profissionais da saúde ou não, a se mobilizarem para criar e apoiar redes de solidariedade para as mulheres que desejam abortar.”

Tribuna de MdM publicado no *Le Monde*, 2022

A QUEM SE DESTINA ESTE DOCUMENTO?

A todas as pessoas que integram Médecins du Monde e que levantam suas vozes para defender o direito e o acesso ao aborto — junto a parceiros, gestores e meios de comunicação —, este material oferece **argumentos e recomendações essenciais baseados em experiências de campo e em referências internacionais**, incluindo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Com base nesses elementos, sintam-se à vontade para desenvolver ou adaptar sua argumentação conforme os contextos em que atuam. Nesta tradução em português, temos a intenção de divulgar esse conjunto de informações relevantes sobre o direito ao aborto para a comunidade lusófona mundial.



MAIS DE 40% DAS MULHERES VIVEM EM PAÍSES ONDE A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ É ILEGAL¹, o que corresponde a cerca de 753 milhões de pessoas¹
Centro por Direitos Reprodutivos e Focus 2030, 2024



22 MILHÕES DE ABORTOS INSEGUROS SÃO REALIZADOS ANUALMENTE, segundo a OMS.



CERCA DE 40.000 PESSOAS MORREM em decorrência de abortos inseguros, a cada ano, no mundo.

11 RECOMENDAÇÕES PARA DEFENDER O DIREITO AO ABORTO

Médecins du Monde se compromete a respeitar e promover as recomendações da OMS (listadas abaixo, em verde) para um acesso universal e seguro ao aborto:

01



Descriminalização total do aborto

02



Disponibilidade do aborto conforme demanda da mulher, da adolescente ou de qualquer outra pessoa grávida, sem necessidade de autorização de qualquer outra pessoa, órgão ou instituição

03



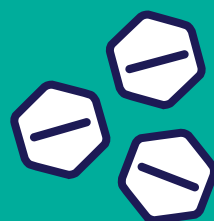
Divisão de tarefas entre um número maior de profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde

04



Proteção do acesso ao aborto diante dos obstáculos criados pela objeção de consciência

05



Garantir o acesso ao aborto medicamentoso

06



Promoção de abordagens de autogestão, especialmente a autogestão do aborto medicamentoso

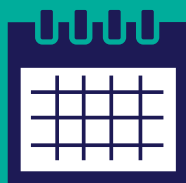
Essa abordagem é complementar e não substitui a oferta em centros de saúde (com boa cobertura geográfica), para que as pessoas tenham a escolha quanto ao método.

07



Disponibilização de informações

08



Eliminação dos limites de tempo gestacional

09



Em contextos de crise: implementar integralmente o Pacote de Serviços Iniciais Mínimos (PSIM) com atenção especial à atenção integral ao aborto, frequentemente negligenciado

10



Desconstruir e propor uma narrativa distinta aos movimentos anti-escolha e anti-direitos em um contexto de crescente influência de ideias conservadoras

11



Apoiar e trabalhar com organizações feministas e comunitárias

Nota: Estas recomendações complementam nossas mensagens de incidência política para prevenir gestações não intencionais, especialmente:

- O desenvolvimento de programas de educação sexual integral
- A eliminação das barreiras de acesso a uma variedade de métodos contraceptivos disponibilizados gratuitamente.

11 ARGUMENTOS PELO DIREITO E PELO ACESSO AO ABORTO

Diante dos conservadorismos e da estigmatização social e moral que podem cercar o aborto, *Médecins du Monde* defende o **direito fundamental à autonomia corporal** e destaca as realidades e os desafios em saúde que estão relacionados a esse tema.

01 A atenção integral ao aborto é um cuidado essencial em saúde, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde

O aborto é um cuidado básico de saúde, que faz **parte integral dos cuidados continuados em saúde sexual e saúde reprodutiva**. Especialistas da OMS incluíram a atenção integral ao aborto na **lista de ações essenciais de saúde**. O aborto medicamentoso aparece na lista de medicamentos essenciais, ao lado de medicamentos como o paracetamol e a insulina. Trata-se de um **ato médico vital** em inúmeras situações. É uma **“intervenção de saúde segura e não complexa”** (OMS, 2022).

“Um cuidado de saúde não pode ser um crime.
Dr Jean-François Corty,
presidente da MdM-França”

Foco nas Diretrizes da OMS sobre atenção ao aborto

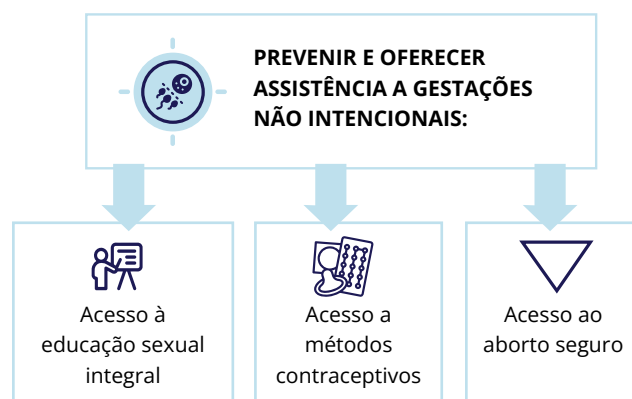
Publicadas em 2022, essas diretrizes consolidadas marcam uma virada importante. Elas reúnem mais de **50 recomendações concretas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção ao aborto**, abrangendo tanto a prática clínica quanto a prestação de serviços de saúde e as intervenções jurídicas e políticas.

Entre as recomendações, estão: **compartilhar as tarefas** entre um maior número de profissionais de saúde; fortalecer o **acesso ao aborto medicamentoso**; garantir a disponibilidade de **informações precisas** sobre os cuidados para todas as pessoas que delas necessitam. Pela primeira vez, recomendações sobre o uso **da telemedicina** foram incluídas — a telemedicina, em especial, contribuiu para facilitar o acesso aos serviços de aborto e de planejamento reprodutivo durante a pandemia de COVID-19.

02 Nenhum método contraceptivo é 100% eficaz, logo, o aborto sempre será um cuidado necessário

Mesmo em contextos onde a cobertura contraceptiva é alta, existe um limiar irredutível de abortos. Esse é o caso, por exemplo, da França e do Reino Unido, onde **mais da metade dos abortos envolvem pessoas que utilizavam algum método contraceptivo**, segundo os estudos mais recentes disponíveis¹.

“Ela devia ter usado contraceptivo” ou “Ela devia ter evitado a relação sexual”: esses são julgamentos frequentemente ouvidos, que colocam toda a responsabilidade pela contracepção apenas sobre as mulheres. É importante lembrar, por exemplo, que pessoas com útero não engravidam sozinhas, e que muitas delas, por diversas razões, não conseguem recusar uma relação sexual nem impor o uso de um método contraceptivo.



APROXIMADAMENTE 45% DE TODOS OS ABORTOS SÃO INSEGUROS.



7 MILHÕES DE PESSOAS SÃO HOSPITALIZADAS a cada ano devido a complicações relacionadas a abortos inseguros;

03

Os abortos inseguros são um grave problema de saúde pública

Os **abortos inseguros** podem causar **complicações graves**, como hemorragias, infecções, traumas físicos e intoxicação. Essas complicações frequentemente exigem cuidados médicos de emergência. Os abortos inseguros são citados como uma das principais causas de mortalidade materna, geralmente figurando entre as três primeiras, dependendo do contexto. Por isso, a OMS considera os abortos inseguros um **grave problema de saúde pública**, devido ao seu impacto na mortalidade e morbidade maternas.

Vale destacar que essa situação é amplamente agravada em contextos de crise humanitária. Um estudo recente observou que há até sete vezes mais complicações graves decorrentes de abortos inseguros em contextos de conflito e em situações de vulnerabilidade².

**TODAS ESSAS MORTES
E COMPLICAÇÕES DE
SAÚDE SÃO EVITÁVEIS.**

04

Criminalizar o aborto não o faz desaparecer, mas o torna perigoso

Uma pessoa que decide abortar, abortará. Se isso acontecer em um país onde o aborto é legal e sem condicionalidades, a intervenção ocorrerá de forma segura; se for ilegal, a pessoa assumirá riscos para sua saúde e sua vida. Proibir o direito ao aborto não reduz o número de abortos. As políticas restritivas apenas aumentam os abortos inseguros e as maternidades forçadas.

“ Vocês não podem proibir o aborto, só podem torná-lo mortal **Campanha Minha voz, minha escolha**, por um aborto seguro e acessível em toda a Europa

05

Legalizar o aborto não incentiva as pessoas a recorrerem a ele. Ao contrário, a legalização reduz os abortos inseguros.

Os países que legalizam o direito ao aborto frequentemente observam uma diminuição no número de gestações não intencionais. Isso se deve ao fato de que essas flexibilizações costumam vir acompanhadas de políticas integrais de promoção dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva (DSSR), especialmente no que diz respeito ao acesso a métodos contraceptivos e à educação sexual integral³. Segundo o Instituto Guttmacher — instituto de referência em pesquisa sobre DSSR —, o número de abortos é semelhante entre os países que proíbem ou restringem o aborto (37 pessoas por 1.000) e aqueles que o autorizam (34 por 1.000)⁴.

06

O direito ao aborto é um direito humano

Refere-se ao direito de todo ser humano de decidir sobre seu próprio corpo de forma autônoma.

Diversos tratados⁵ e organizações protegem o direito à autonomia corporal, ou seja, o direito de tomar as próprias decisões relativas ao seu corpo. Obrigar uma pessoa a levar a termo uma gravidez indesejada viola o **direito à autonomia corporal**, o **direito à vida**⁶ e o **direito à melhor saúde física e mental**, quando essa obrigação resulta em um aborto inseguro.

DIREITOS DAS MULHERES SÃO DIREITOS HUMANOS!

“ Forçar alguém a seguir com uma gestação indesejada, ou forçar a pessoa a procurar um aborto inseguro, é uma violação dos direitos humanos.”
Anistia Internacional



FOCO EM DOIS INSTRUMENTOS FUNDAMENTAIS

➔ O **Protocolo de Maputo** (Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres) é um tratado regional que foi adotado pela União Africana em 2003. Este documento possui efeito vinculante em âmbito jurídico e promove direitos iguais para mulheres e meninas. Foi o primeiro documento a reconhecer explicitamente o aborto como um direito humano, em circunstâncias específicas (Artigo 12(2)(c) “em casos de violência sexual, estupro, incesto, e nos casos em que manter a gestação ameaça a saúde mental e física da pessoa gestante ou ameaça a vida da gestante ou do feto”).

² <https://www.msf.fr/grands-formats/avorter-au-peril-de-sa-vie>

³ Lerner *et al.*, (2016); Sedgh *et al.*, (2012). Antes da redução, há um aumento na taxa de aborto que ocorre imediatamente depois de sua legalização, pois abortos ilegais não registrados tornam-se legais e começam a aparecer nas estatísticas. (Juárez Carcaño, 2008).

⁴ Nota escrita pelo **Instituto Guttmacher** com base no estudo: Bearak *et al.*, Gravidez não-intencional e aborto conforme renda, região, e o status legal do aborto: estimativas de um modelo compreensivo entre 1990-2019, Lancet Global Health, 2020

⁵ Referências: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979), Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo (1994) e a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995).

⁶ Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos.

Em 2024, 45 países africanos ratificaram este documento. No entanto, somente cinco desses (Benim, África do Sul, Tunísia, Moçambique e Cabo Verde) legalizaram o acesso à interrupção voluntária da gravidez, apesar da elevada taxa de mortes relacionadas a abortos inseguros na região. Os progressos relacionados a esse tema podem ser acompanhados na página [Monitoramento do Protocolo de Maputo - SOAWR](#).

➡ **A Estratégia Montevidéu** (2016), criou um referencial para a região da América Latina e Caribe, buscando acelerar a implementação de acordos sobre direitos das mulheres, com ênfase em direitos sexuais e direitos reprodutivos.

07

Legalizar o aborto não é o suficiente para garantir acesso equitativo e efetivo a esse cuidado.

Ter o direito não é o suficiente. **O acesso a serviços adequados para prevenção e tratamento está (muito) longe de ser garantido, inclusive em países em que o aborto já foi legalizado.**

Se o acesso ao aborto não é efetivo para toda a população, na organização *Médecins du Monde* percebe-se que é ainda menos acessível para as pessoas mais vulnerabilizadas e, portanto, mais distantes do serviço de saúde.

Assim, é importante continuar a defesa de direitos e a mobilização operacional para eliminar todas as barreiras de acesso. As barreiras existentes podem ser econômicas, administrativas, geográficas, linguísticas e de acesso à informação, incluindo também a imposição de prazo de tempo gestacional, a estigmatização/discriminação, o uso de métodos de dissuasão, a objeção de consciência, períodos obrigatórios para pensar sobre a decisão, entre outras.



FOCO EM “JUSTIÇA REPRODUTIVA”

O campo da justiça reprodutiva é resultante da união entre “justiça social” e “direitos reprodutivos”, inserindo a conquista da plena autonomia sexual e reprodutiva em um projeto mais amplo de justiça social. Trata-se de um movimento iniciado nos Estados Unidos da América, em 1990, por mulheres racializadas e indígenas — o coletivo multiétnico *SisterSong Women of Color Reproductive Justice* —, e continua sendo majoritariamente liderado por elas. Esse movimento reconhece a forma como fatores interseccionais, como raça e classe social, limitam a liberdade de mulheres marginalizadas de tomarem decisões informadas sobre a gravidez, seja por meio da imposição de circunstâncias opressivas ou por restringirem o acesso a serviços de saúde. Uma estrutura de justiça reprodutiva reconhece a necessidade de englobar a luta por liberdade reprodutiva dentro de um movimento mais amplo que busca desestruturar os sistemas de poder e opressão. A justiça reprodutiva fundamenta-se no **“direito humano de manter a autonomia corporal individual, (1) de ter filhos, (2) de não ter filhos, e (3) de criar os filhos gerados em comunidades seguras e sustentáveis.”**

08

As leis antiaborto são leis de classe

As leis e as barreiras para o acesso ao aborto reforçam as desigualdades sociais: uma pessoa que possui recursos para realizar um aborto encontrará uma solução mais segura (profissional de saúde privado, viajar para outro país, etc.); já uma pessoa em situação de vulnerabilidade recorrerá a meios perigosos para sua saúde e sua vida. O direito e o acesso ao aborto são uma importante questão de justiça social que destaca as intersecções entre direitos reprodutivos, racismo e desigualdades sociais. Este argumento-chave evidencia uma forma de hipocrisia em torno dessas discussões. Abortos acontecem em todos os lugares e, nos contextos onde são ilegais ou restritos, são as mulheres mais pobres e vulnerabilizadas que correm mais perigo.



97% DOS ABORTOS INSEGUROS OCORREM EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO.

(dado referenciado pela OMS)



Mesmo em contextos onde o aborto é legal, **AINDA EXISTEM MUITAS BARREIRAS DE ACESSO.**



AS LEGISLAÇÕES E AS MEDIDAS ANTI-ABORTO SÃO RACISTAS?

Assim como ocorre com pessoas em situações de vulnerabilidade, os efeitos das medidas e de legislações restritivas ao aborto são particularmente acentuados para as pessoas pertencentes a grupos étnico-raciais historicamente marginalizados. Devido à intersecção das discriminações raciais, econômicas e sociais, essas restrições agravam as desigualdades existentes, limitando o acesso aos cuidados de saúde, aumentando os riscos sanitários e perpetuando um ciclo de marginalização.

Além disso, em alguns contextos, o controle de natalidade pode ser utilizado tendo como alvo alguns grupos raciais em específico, como as populações negras e indígenas. Nesses casos, essas políticas muitas vezes buscam limitar o crescimento populacional de certos grupos étnicos, alimentando a percepção de que certas leis anti-aborto são ferramentas de controle populacional discriminatório.



QUANTO AO ARGUMENTO DE QUE “AS LEIS A FAVOR DO ABORTO SÃO LEIS COLONIAIS”?

Durante o período colonial, as potências coloniais frequentemente impunham seus valores, incluindo aqueles sobre saúde reprodutiva, às populações colonizadas. Assim, em alguns contextos pós-coloniais, a defesa do aborto pode ser vista como uma extensão da influência colonial, uma forma de interferência ou imposição de normas ocidentais. É preferível não entrar neste debate, mas lembre-se de que, na maioria dos países, essas lutas são impulsionadas por movimentos locais pelos direitos das mulheres. Por exemplo, na África, foram as feministas que viabilizaram o Protocolo de Maputo.

09

O acesso à interrupção voluntária da gravidez é uma condição imprescindível para a igualdade de gênero.

Uma gravidez indesejada pode limitar o acesso à educação, ao emprego e à independência financeira. Mulheres e meninas são as mais afetadas por isso, o que reforça as desigualdades sociais de gênero. Portanto, poder dispor plenamente de seus corpos é um pré-requisito para a igualdade de gênero.

10

Impor prazos para abortar aumenta o risco de mortalidade

Na maioria dos países onde o aborto é legal e sem condicionalidades, ele é regulamentado por prazos (por exemplo, 14 semanas na França, 24 na Colômbia e sem prazo no Canadá). Trata-se de um limite gestacional, ou seja, um prazo máximo durante o qual o aborto pode ser realizado, geralmente expresso em semanas de gravidez. A imensa maioria das solicitações de aborto (cerca de 85 a 90%) se situam no primeiro trimestre de gravidez. São pouquíssimos os casos de solicitações por aborto após 22 semanas de gravidez, incluindo interrupções terapêuticas de gravidez: entre 0,1 a 2%, dependendo do contexto. Esses casos acarretam um risco maior de mortalidade, principalmente se o aborto for realizado de forma insegura. A disponibilidade de serviços que atendam abortos após 22 semanas de gravidez é, portanto, um componente raro, mas essencial, da atenção à saúde reprodutiva. Estudos têm demonstrado que as mulheres, em todos os contextos, podem encontrar múltiplas barreiras que atrasam o acesso a abortos seguros, incluindo demora na obtenção de uma consulta, distância, discriminação, cenário legal restritivo e violência doméstica. A imposição de prazos reforça, portanto, as desigualdades sociais já existentes.

“Quando o aborto é ilegal ou inacessível, as gestações indesejadas tornam-se “maternidades forçadas” (CESAO, 2004). Essa vontade de forçar uma pessoa a manter uma gravidez indesejada está enraizada em estereótipos de gênero; ela reflete uma noção discriminatória na qual o valor das mulheres e meninas reside exclusivamente em suas capacidades reprodutivas.”
Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Compreender o imperceptível, 2022

“Os limites de tempo gestacional não são fundamentados em dados científicos e restringem os casos em que o aborto legal pode ser permitido. (...) Embora as técnicas relativas à interrupção voluntária da gravidez possam variar dependendo do tempo gestacional, a gravidez pode ser interrompida com total segurança em qualquer idade.”
Organização Mundial da Saúde, Diretrizes sobre atenção ao aborto, 2022

“É PRECISO POVOAR”?
E OS ARGUMENTOS
PRÓ-NATALISTAS

Mulheres são seres humanos e seu valor não pode ser reduzido às suas capacidades reprodutivas.
A MdM é uma ONG que defende o direito à saúde e o direito de decidir sobre o próprio corpo. Desafios demográficos não são nosso tema. Portanto, é um debate no qual não entramos.

O autocuidado é uma resposta apropriada e relevante para a atenção integral ao aborto

Em um contexto em que metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde e o acesso ao aborto é dificultado, a OMS recomenda a promoção de abordagens de autogestão do cuidado, particularmente a “autogestão do aborto medicamentoso”, como um método seguro e eficaz de aborto⁷, dependendo do tempo gestacional.

O aborto autogerido representa uma grande mudança, não apenas no acesso ao aborto, mas também na maneira como a saúde reprodutiva é vista como um todo.



Com uma taxa de sucesso de 92 a 98%, o aborto medicamentoso é seguro e eficaz. O risco de complicações graves (como infecções ou hemorragias) é inferior a 0,5% (OMS). Comparado a outros medicamentos, como a penicilina, cujas complicações graves (reações alérgicas) são semelhantes, ou sprays vasoconstritores (que apresentam riscos cardiovasculares), o aborto medicamentoso (incluindo o aborto medicamentoso autogerido) é consideravelmente mais seguro. No entanto, ao contrário desses medicamentos de uso comum, o aborto medicamentoso recebe um escrutínio desproporcional, amplificado por considerações sociais e políticas em vez de médicas.



CONCEITOS-CHAVE: “AUTOCUIDADO” OU “AUTOGESTÃO EM QUESTÕES DE SAÚDE”

As intervenções de autocuidado podem incluir autotriagem ou autodiagnóstico (por exemplo, teste de gravidez, autoteste de HIV), autoavaliação (por exemplo, determinar o tempo gestacional ou o sucesso de um tratamento), autoadministração (por exemplo, anticoncepcionais injetáveis, aborto medicamentoso), automonitoramento, entre outras. Essas intervenções podem ser total ou parcialmente acessíveis fora dos serviços de saúde oficiais.

A OMS afirma que as intervenções de autogestão são “novas abordagens promissoras e interessantes para melhorar a saúde e o bem-estar, tanto da perspectiva dos sistemas de saúde quanto das pessoas que os utilizam” em todos os países e contextos. O aborto autogerido é uma opção segura que permite superar diferentes obstáculos:

- Elimina/reduz o tempo e o custo necessário para percorrer longas distâncias até os estabelecimentos de saúde;
- Evita atrasos/impossibilidade de acesso ao atendimento devido ao número insuficiente de serviços ou profissionais de saúde capazes de prestar atendimento ao aborto;
- Reduz/evita obstáculos criados pela estigmatização, aumentando o respeito pela vida privada e autonomia;
- O autocuidado pode ser uma resposta apropriada em situações de conflito, crise e deslocamento populacional.

Nota: É necessário fortalecer as iniciativas de autocuidado, mantendo, ao mesmo tempo, a oferta e o acesso facilitado aos cuidados nos serviços de saúde. O objetivo é colocar as pessoas gestantes no centro e dar-lhes autonomia para fazer escolhas sobre o seu próprio cuidado.

> Para mais informações:

Diretrizes da OMS para intervenções de autocuidado para saúde e bem-estar, 2022

É QUANTO AO “DIREITO DA CRIANÇA QUE IRÁ NASCER”?

Se você ouvir esse “argumento”, fique alerta!

Reconhecer os direitos dos embriões como equivalentes aos direitos das pessoas que já nasceram é uma grande estratégia do movimento anti-aborto. Eles usam esse argumento junto com temas relacionados aos direitos humanos e defendem que a lei deve reconhecer o “direito de nascer” ou “direito do nascituro”. Além disso, buscam proibir ou restringir o aborto, afirmando que embriões devem ser protegidos pela lei. Ativistas anti-aborto também buscam apresentar o movimento como uma defesa dos direitos humanos, particularmente do direito à vida. Esta é uma tendência que vem crescendo.

Para refutar esse argumento, **não entre na discussão; retome os grandes desafios de saúde pública e redirecione o debate para a análise do direito de todos os seres humanos de tomarem decisões acerca de seus corpos e sua saúde.** Forçar alguém a seguir uma gestação até o final contra a sua vontade pode resultar em consequências negativas para a qualidade de vida da criança gerada e da menina ou mulher que gestou, podendo levá-las a suicídio ou infanticídio, por exemplo.

Nota: A proteção legal do direito à vida aplica-se aos indivíduos desde o seu nascimento até a sua morte, mas não durante a gravidez¹. O problema complexo acerca de como definir a vida humana potencial do embrião foi resolvido em alguns países, como o México, ponderando o direito à vida e considerando que o direito de uma mulher — que já é um ser nascido — deve prevalecer sobre o do embrião — que é uma vida potencial.

¹ <https://shs.cairn.info/journal-population-2018-2-page-217?lang=en#s2n14>

PRINCIPAIS TERMINOLOGIAS

As terminologias relacionadas à questão do aborto são diversas. A seguir, apresentamos os principais conceitos utilizados por MdM, com base nas definições da Organização Mundial da Saúde (OMS):

Aborto: interrupção da gravidez antes do termo.

Aborto inseguro: aborto realizado por pessoa sem as competências necessárias, ou em um ambiente que não atende aos padrões mínimos de saúde. Na maioria dos casos, os abortos são inseguros porque são realizados em condições inadequadas devido à sua proibição.

Cuidado Integral ao Aborto: engloba 1) a oferta de informações confiáveis e adequadas; 2) a assistência a situações de aborto, incluindo os provocados e os espontâneos (também chamados de “perdas gestacionais”); e 3) os cuidados pós-aborto (OMS, Diretrizes para atenção ao aborto, 2022).

Nota: Esta é a terminologia que preferimos utilizar.

Interrupção voluntária da gravidez (IVG): aborto voluntário, solicitado pela pessoa gestante, sem razão médica nem outros condicionantes legais. Como exemplo, o aborto é legal em cerca de 90% dos países, porém frequentemente condicionado a razões médicas (estupro, incesto, saúde da mulher ou do feto). Em contrapartida, a IVG (sem razão médica nem outros condicionantes legais) é legal em apenas 40% dos países.



Convém usar os termos “aborto” e “IVG” de forma distinta, conforme a mensagem que se deseja transmitir.

Direito ao aborto: trata-se da defesa do direito à interrupção voluntária da gravidez (IVG), a pedido da pessoa gestante e sem condicionalidade, de forma segura. A maioria dos países autoriza o aborto apenas sob condições restritivas específicas (ex.: em caso de estupro, incesto, risco à saúde da mulher ou do feto).

ALGUNS RECURSOS ESSENCIAIS

Como falar sobre o aborto: um guia para a elaboração de mensagens livre de estigmas, revisado em 2023: <https://www.ippf.org/resource/how-talk-about-abortion-guide-stigma-free-messaging>

Diretrizes da OMS para atenção ao aborto, 2022 :

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>

Base de dados global de políticas sobre aborto: (Global Abortion Policies Database) :

<https://abortion-policies.srhr.org/>

Mapa interativo de leis sobre o aborto ao redor do mundo (Center for Reproductive Rights):

<https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

Instrumento de monitoramento **do progresso do Protocolo de Maputo** elaborado pela ‘Solidarity for African Women’s Rights (SOAWR)’ : <https://soawr.org/protocol-watch/>

O **primeiro barômetro de acesso à interrupção voluntária da gestação na França**, Estudo Ifop realizado pelo Le Planning Familiar, 2024: :

<https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial/barometre-IVG>

Aborto autogerido: barreiras e oportunidades em contextos humanitários:

<https://www.elrha.org/project/self-managed-abortion-barriers-and-opportunities-in-humanitarian-settings/>

Ecosistema do aborto do IPAS:

<https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2022/03/Hacia-un-ecosistema-sostenible-del-aborto-AESFPDS22.pdf>



Para informações complementares:

Marie Lussier, incidência política DSSR: marie.lussier@medecinsdumonde.net

Janeiro, 2025

A tradução deste documento contou com a colaboração de: Alice Brauwers, Beatriz Raffi Lerm, Camila Giugliani, Claudia Bonan, Cleusa da Silva Conceição, Gregório Corrêa Patuzzi, Maura Carolina Belomé da Silva, Tifani Isabelle de Fraga Medeiros.