



## CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 8ª REGIÃO

### NOTA TÉCNICA CRP08 Nº 5/2023

#### PROCESSO Nº 570800129.000054/2023-71

*Orienta profissionais de Psicologia sobre o atendimento a pessoas em situação de interrupção voluntária de gravidez e revoga a Nota Técnica CRP-PR 004/2018.*

Esta nota está organizada da seguinte forma: inicia-se com conceitos básicos relativos à temática dos direitos sexuais e reprodutivos e dados da realidade do aborto no Brasil; na sequência (página 04), são apontados dispositivos legais que dão suporte para este documento; por fim (página 07), estão as orientações técnicas deste Conselho para atuação profissional nos casos a que a nota se refere.

Sendo a interrupção da gravidez uma questão essencialmente vinculada às políticas públicas de saúde, é fundamental que profissionais da Psicologia dediquem esforços para a qualificação da intervenção técnica quanto a esse fenômeno. Nessa perspectiva, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR), no uso de suas atribuições garantidas pela Lei nº 5.766/1971, orienta, em relação aos aspectos éticos e técnicos, a categoria profissional com relação ao tema.

Conforme cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p. 15-16) os direitos reprodutivos podem ser compreendidos como:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Ainda no mesmo documento, os direitos sexuais podem ser definidos como:

O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a). O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual. O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física. O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade. O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução. O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids. O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação. O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Embora na cartilha conste o termo DST, o termo corrente é IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), atualizado por meio do Decreto 8.901/2016; porém, a cartilha do Ministério da Saúde está sem atualização.

Ainda que os direitos sexuais e reprodutivos sejam atravessados por questões religiosas e ideológicas, o CRP-PR leva em consideração os aspectos sociais, culturais, econômicos e jurídicos, e sustenta suas orientações nos princípios da democracia, da laicidade, da promoção da igualdade de gênero e da dignidade da pessoa humana, bem como na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 10/2005).

As possibilidades de gestação atravessam corpos diversos, com identidades de gênero e sexualidades diversas. Deve-se considerar, também, que as experiências são diferentes para pessoas brancas, negras

ou indígenas, com ou sem deficiência, de classe alta, média ou baixa. As intersecções entre gênero, raça, classe, territorialidade, cultura, sexualidade e deficiência devem ser consideradas em suas complexidades.

Cabe salientar que pessoas transmasculinas, não binárias e intersexo também possuem corpos que podem gestar (Vicente, 2020). A identificação arbitrária de gênero no nascimento acontece de modo que o saber-poder médico designa o sexo do feto ou bebê por meio de algumas características físicas evidentes. Essa imposição do gênero com base nas características físicas aparentes desconsidera experiências trans, não binárias e pessoas intersexo. Assim, não são apenas mulheres cisgêneras ou pessoas endossexo que gestam.

Para fins de conceituação, a cisgeneridade diz respeito àquelas pessoas que se identificam ao longo da vida com o gênero que lhes foi designado no nascimento. Já a pessoa trans é aquela que, em algum momento da sua vida, não se identifica com o gênero que foi arbitrariamente atribuído ao seu corpo quando nasceu. A não binariedade se refere à pessoa que não se identifica exclusivamente com o gênero feminino ou o masculino, podendo ter uma identificação parcial, neutra, fluida ou que diverge completamente das classificações binárias de homem ou mulher. A pessoa intersexo, por fim, é aquela cujo corpo não se enquadra nas definições do saber-poder médico sobre sexo feminino ou masculino, podendo abranger características físicas, cromossômicas ou hormonais, em um amplo conjunto de variações. A pessoa que possui um corpo que se enquadra nas normativas médicas que definem o sexo feminino e o masculino é identificada como endossexo.

De acordo com dados do Observatório Obstétrico Brasileiro, apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2020, 1.964 mulheres cis morreram no Brasil por complicações no parto, durante ou após a gestação, ou em decorrência de abortos inseguros. Os dados preliminares de 2021 e 2022 já apontam para 2.941 e 1.252 mortes, respectivamente. Entretanto, deve ser considerada a subnotificação, devido à dificuldade de identificar como causa de morte as complicações decorrentes de aborto clandestino. Segundo a pesquisadora Débora Diniz, estima-se que cerca de meio milhão de abortamentos induzidos aconteceram no ano de 2021, apenas no Brasil. O envolvimento de profissionais da Psicologia na intervenção com pessoas em situação de abortamento é, assim, imperativo.

As dimensões do aborto são múltiplas e complexas. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), de 2021, coordenada por Débora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro, uma em cada sete mulheres cis brasileiras, até os 40 anos, já realizou algum aborto. Dentre elas, 21% das mulheres, em sua maioria negras, realizaram dois procedimentos (o que se chama de aborto de repetição). A pesquisa também aponta que 43% dessas mulheres foram hospitalizadas durante o procedimento. Os dados evidenciam que há um grande número de mulheres em situação de vulnerabilidade que recorrem à interrupção da gravidez: são mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade e jovens.

Os resultados da pesquisa, com premiações internacionais por parte de órgãos como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabelecem um perfil mais comum das mulheres cisgêneras que abortam: são, na maior parte das vezes, mães; mais de 80% declaram ter religião e, frequentemente, são jovens adultas. Mesmo que não aconteça de forma homogênea em todos os grupos sociais, é possível afirmar que essas mulheres estão em todas as regiões do Brasil, em todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencem a todas as grandes religiões do país. Ainda assim, destaca-se que as maiores taxas de aborto são encontradas entre mulheres negras e indígenas, com baixa renda e escolaridade. O risco de morte dessas mulheres é mais alto, resultado do racismo sobre seus corpos, o que evidencia que as intersecções entre raça, classe e gênero complexificam a experiência da pessoa que gesta (Góes, 2018). Destaca-se, ainda, a falta de dados sobre as experiências de pessoas com deficiência que gestam e podem decidir abortar.

Em março de 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o "Abortion care guideline", um guia com diretrizes sobre o cuidado em situações de aborto. A OMS destaca que cerca de 39 mil pessoas morrem por ano, no mundo, devido a procedimentos inseguros de aborto. As recomendações nas diretrizes divulgadas podem ajudar a prevenir os cerca de 25 milhões de abortos inseguros que são realizados anualmente em diversos países. No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna indica um elevado nível de mortalidade entre mulheres cis, comparado ao da Europa. O aborto figura entre as cinco principais causas dessas mortes.

O aborto é, portanto, um fato da vida reprodutiva das mulheres cis brasileiras e demais pessoas com útero, pois o procedimento também é realizado por homens trans, transmasculinos e pessoas não binárias. Além de pessoas dissidentes de gênero, há ocorrência de mulheres cis lésbicas e bi ou pansexuais que desejam interromper uma gestação indesejada, que pode ocorrer por falta de educação sobre saúde sexual, mas noutras vezes pode ser fruto de uma violência sexual que visa “corrigir” suas identidades de gênero ou orientações sexuais por meio de estupro corretivos, em uma violenta lógica heteronormativa.

Ainda que enfrente severas restrições legais no país, o aborto é realizado cotidianamente, independentemente da vontade estatal ou das instituições. Em geral, pessoas com maiores condições econômicas conseguem acessar clínicas clandestinas e medicamentos dentro e fora do país, enquanto as com menores condições financeiras acabam recorrendo a métodos menos seguros e extremamente precários. São justamente estas últimas as mais afetadas pela criminalização do aborto e as que ficam mais vulnerabilizadas diante do procedimento.

Nesse sentido, é fundamental consolidar políticas de redução dos danos do abortamento inseguro, com difusão de informações sobre alternativas ao procedimento, seus riscos e métodos, bem como com a realização de acompanhamento por parte de equipes multiprofissionais que visem à reflexão sobre a interrupção da gravidez, o planejamento reprodutivo e familiar, além do conhecimento das medidas de atenção psicossocial e socioassistenciais disponíveis, qualquer que seja a decisão da pessoa que gesta. Além disso, torna-se essencial que políticas públicas de prevenção à gravidez sejam fortalecidas, com a garantia de que métodos contraceptivos sejam oferecidos e fornecidos de modo acessível a toda a população.

Diante desse desafio, é muito importante que a prática psicológica esteja ancorada em uma concepção crítica com relação à imposição de determinados papéis sociais e de gênero que se supõe que sejam exercidos por pessoas com útero. As expectativas sobre a experiência de gestação envolvem a normativa de que essa seja uma vivência exclusiva de mulheres cisgêneras heterossexuais, que desejam intensamente a maternidade e que se sintam completas a partir da realização do papel social de ser mãe. Assim, as operações opressivas da cis-heteronormatividade, que podem ser discursivas ou materiais, devem ser consideradas pela categoria, bem como se deve atentar para outras interseções que atravessam a pessoa que gesta. Cabe ressaltar que o próprio Código de Ética da Psicologia evidencia em seus Princípios Fundamentais I, II e III essa análise crítica sobre as operações sociais e as relações de poder como necessária, assim como a defesa intransigente dos direitos humanos.

No Brasil, a saúde das mulheres cisgêneras foi inicialmente inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo, naquele período, restrita às demandas referentes à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis traduziam uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel a ela atribuído socialmente, como mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde do grupo familiar (Brasil, 2007a). Isso estigmatiza e dificulta ainda mais a discussão sobre o tema e o acesso das pessoas aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, é importante compreender o preconceito sofrido pelas pessoas trans e não binárias e os obstáculos que enfrentam no acesso aos serviços de saúde e efetivação de demais direitos, sofrendo, ainda, com o estigma quanto à transparentalidade.

As transparentalidades são uma variedade de configurações possíveis de relações parentais entre pessoas trans e não binárias. Entre essas configurações, podemos encontrar “dois pais biológicos”, quando um homem trans engravida de um homem cisgênero, ou “duas mães biológicas”, quando uma mulher cisgênera engravida de uma mulher trans, ou quando uma mulher trans engravida o parceiro que é um homem trans, entre outras possibilidades, envolvendo pessoas não binárias. Essas configurações parentais ainda sofrem a rejeição social e o processo de invisibilização de suas experiências diversas. Destaca-se que não existem políticas públicas específicas em relação aos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas trans e não binárias.

No atendimento a pessoas com deficiência em situação de interrupção voluntária da gestação, deve-se garantir o direito à autodeterminação e autonomia decisória, na perspectiva da ética do cuidado. Cabe ressaltar que, desde a alteração realizada no Código Civil pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI - Lei Federal n.º 13146/2015), nenhuma pessoa pode ser considerada incapaz devido a sua condição de deficiência,

independentemente da complexidade de suas especificidades funcionais ou da necessidade de suporte que apresente.

A LBI explicita, em seu artigo 6º, a prerrogativa de que pessoas com deficiência possam exercer plenamente seus direitos sexuais e reprodutivos, decidir sobre a possibilidade de parentalidade e ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar. No atendimento a essa população, profissionais da Psicologia devem considerar as necessidades específicas de apoio, sem prejuízo de sua autonomia e direito ao sigilo, e promover acessibilidade no acesso às informações sobre abortamento.

Ao se tratar da intervenção da Psicologia na saúde sexual e reprodutiva das pessoas que gestam, é importante enfatizar o acolhimento de suas demandas e seus desejos, considerar as consequências de quaisquer decisões que a pessoa gestante venha a tomar, na perspectiva da sua autonomia sobre seu projeto de vida. Além disso, é fundamental que a categoria profissional intervenha sob a égide da atenção humanizada, na perspectiva da garantia da cidadania a essas pessoas, não aprofundando as sequelas físicas e psíquicas derivadas da prática de abortos inseguros, decorrentes da clandestinidade provocada pela criminalização.

Dessa forma,

CONSIDERANDO os seguintes dispositivos, orientações e acordos brasileiros e internacionais: Código Penal Brasileiro (1940); Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993); Código Civil Brasileiro (2002); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Brasil (2004); Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, Brasil (2005); Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica, Brasil (2005); Princípios de Yogyakarta (2006); Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, Brasil (2009); Programa Nacional de Direitos Humanos III, Brasil (2010); Portaria nº 2.836/GM/MS da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, Brasil (2011); Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Brasil (2011); Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, ONU (2015); Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, Brasil (2015); Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres, Brasil (2018);

CONSIDERANDO que o aborto é um tema com forte conotação moral na sociedade brasileira, mas que a responsabilidade e decisão da realização da interrupção de uma gravidez diz respeito apenas à pessoa atendida; que esse entendimento faz parte dos direitos sexuais e reprodutivos e a decisão pela interrupção voluntária da gravidez, nesse âmbito, integra os direitos humanos;

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos - adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 -, que afirma que nenhum humano deverá ser submetido a tratamento degradante ou cruel, e que todo ser humano tem igual direito ao acesso ao serviço público do país; considerando que o impedimento do acesso legal e seguro à interrupção voluntária da gravidez configura **razão da morte de milhares de pessoas que gestam todos os anos**, além de forçar as que decidem realizar o aborto à assistência indigna, insegura e privada em clínicas e métodos clandestinos e, nesse sentido, configura violação flagrante dos direitos humanos;

CONSIDERANDO que o Estado brasileiro é signatário de diversos tratados internacionais e partícipe de diversas conferências internacionais de direitos humanos (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1981; Declaração de Viena da II Conferência de Direitos Humanos, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Plataforma de Ação de Beijing, 1995; Consenso de Quito, 2007; a Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, 2013; entre outras), com foco na eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra as mulheres cis e no reconhecimento de que seus direitos devem ser respeitados, sem coerção ou violência, sendo dever dos Estados-partes garantir condições sólidas para o exercício desses direitos por meio de leis e políticas públicas;

CONSIDERANDO as elevadas taxas de mortalidade de pessoas gestantes, em grande medida devidas à dificuldade de acesso a serviços adequados de saúde sexual e saúde reprodutiva e à realização de abortos inseguros, e sabendo-se que algumas experiências na região latino-americana mostram que a

penalização do aborto provoca o aumento da mortalidade e morbidade de pessoas gestantes e não diminui o número de abortos;

CONSIDERANDO que as razões jurídicas que moveram a criminalização do aborto pelo Código Penal de 1940 apontam a necessidade de rediscussão, porque violam os preceitos fundamentais da dignidade da pessoa humana, da cidadania, da não discriminação, da inviolabilidade da vida, da liberdade, da igualdade, da proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, da saúde e do planejamento familiar de mulheres, adolescentes e meninas cisgêneras, bem como de pessoas trans e não binárias;

CONSIDERANDO a legislação nacional vigente, a Constituição Federal de 1988, que assinala como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana, apontando que ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante, com destaque para a consolidação de garantias constitucionais e para a Lei Maria da Penha, um marco essencial no enfrentamento não apenas da violência doméstica mas também do estupro ocorrido em âmbito doméstico, que não raro provoca gestações;

CONSIDERANDO a Lei nº 8080 de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde e estabelece, em seu artigo 2º, parágrafo 1º, como dever do Estado garantir a saúde com formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução dos riscos de agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e em seu artigo 7º, inciso XVI, que determina a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres;

CONSIDERANDO a Convenção de Belém do Pará, produto da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), que busca criar condições reais de rompimento do ciclo de violência identificado contra mulheres cis em escala mundial;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.263 de 1996, que trata do planejamento familiar como política pública e orienta ações preventivas e educativas para o acesso igualitário a informações;

CONSIDERANDO o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004, cuja ação estratégica é, dentre outras, qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro; além disso, prevê a garantia de acesso ao planejamento familiar, oferecendo ações educativas e métodos anticoncepcionais;

CONSIDERANDO as deliberações das Conferências Nacionais de Políticas sobre Mulheres, de 2004, 2007, 2011, 2016 e 2021, que preveem a sensibilização da gestão e profissionais de saúde para tratar o aborto clandestino como problema de saúde pública - incluindo-o nas ações de saúde reprodutiva -, garantir que as pessoas em processo de abortamento tenham atendimento humanizado nos serviços de saúde, revisar a legislação punitiva sob a recomendação da descriminalização e legalização do aborto, ampliação dos serviços e promoção de assistência qualificada e humanizada nos casos de abortamentos inseguros e de aborto legal;

CONSIDERANDO que, de acordo com a legislação vigente acerca das atribuições do Sistema Conselhos de Psicologia, notadamente a Lei nº 5.766 de 1971, é função precípua desta autarquia orientar a categoria quanto aos aspectos éticos pertinentes à atuação de Psicólogas(os/es), objetivando o exercício profissional com qualidade ético-técnica;

CONSIDERANDO que os VII, VIII, IX, X e XI Congressos Nacionais de Psicologia (CNP), instâncias máximas que discutem e deliberam políticas para os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, ocorridos respectivamente em 2010, 2013, 2016, 2019 e 2022, realizaram reflexão crítica acerca da condição social da mulher cis na sociedade e se posicionaram favoráveis à descriminalização e legalização do aborto no Brasil, por entender necessário o direito de escolha das mulheres, sendo apenas sua a responsabilidade pela decisão de realizar ou não um aborto, e que este é direito humano das mulheres;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Psicologia, balizados pelas deliberações congressuais do CNP, devem dedicar esforços para o incentivo a práticas de atendimento humanizado, digno, promotor de autonomia e cidadania, livre de preconceitos e julgamentos morais das pessoas que optarem pela interrupção da gravidez;

CONSIDERANDO, ainda, que os Conselhos devem realizar ações para a descriminalização e legalização do aborto, levando em conta o sofrimento psíquico e o número de mortes advindos da prática de aborto clandestino/ilícito, buscando garantir, assim, a efetivação dos pactos internacionais de direitos reprodutivos e de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário;

CONSIDERANDO o manifesto “Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre o Aborto”, de 2012, em que o CFP posicionou-se favorável à descriminalização do aborto, apontando para a autonomia da pessoa que gesta diante dessa decisão, posição reafirmada em 2018 na audiência pública sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, que pede a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação;

CONSIDERANDO o posicionamento “Psicologia e direitos sexuais e reprodutivos: a descriminalização do aborto e as políticas públicas de saúde”, de 2018, em que o XIII Plenário do Conselho Regional de Psicologia do Paraná posiciona-se inequivocamente pelos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que gestam, pela reconstituição do seu lugar de sujeito, na perspectiva da promoção de sua saúde e de autonomia das mulheres sobre seus corpos e seus destinos;

CONSIDERANDO que a intervenção da Psicologia deve estar sempre fundamentada cientificamente e respaldada no Código de Ética Profissional do Psicólogo, que visa à promoção de direitos humanos e à melhoria da qualidade de vida das pessoas, de forma que profissionais da Psicologia não devem permitir que convicções pessoais interfiram no exercício profissional;

CONSIDERANDO a constituição da Comissão de Mulheres do CRP-PR, em 2023, que busca fomentar o debate sobre os efeitos dos retrocessos no âmbito das políticas e de gênero, evidenciando, ainda, os contrastes e singularidades que são encontrados no contexto interseccional de raça e classe;

CONSIDERANDO a criação do Núcleo Transcentrado, em 2023, e a continuidade do Núcleo Diverges no CRP-PR, que fortalecem e ampliam as discussões sobre diversidade sexual e de gênero;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Profissional do Psicólogo é explícito com relação à prática profissional, sobretudo com seu compromisso com a dignidade humana e a superação das situações de violência, conforme apontado nos dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo descritos a seguir:

#### Princípios Fundamentais:

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.
- V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão.
- VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.
- VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

#### Das responsabilidades:

##### Art. 2º - Ao psicólogo é vedado:

- a. Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;

- b. Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;
- c. Utilizar ou favorecer o uso de conhecimento e a utilização de práticas psicológicas como instrumento de castigo, tortura ou qualquer forma de violência;

CONSIDERANDO a Resolução CFP nº 01/2018, que estabelece que a categoria, no exercício profissional da Psicologia, não exercerá qualquer ação que favoreça a discriminação ou preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis;

CONSIDERANDO a Resolução CFP nº 08/2020, que estabelece normas de exercício profissional da Psicologia em relação às violências de gênero;

CONSIDERANDO a Resolução CFP nº 08/2022, que estabelece normas de atuação para profissionais da Psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais, nas quais a atração afetivo-sexual está direcionada a mais de uma identidade de gênero;

CONSIDERANDO a Resolução CFP nº 07/2023, que estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica;

### **O Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) ORIENTA:**

Independentemente da situação que leve a pessoa à reflexão sobre a interrupção voluntária da gravidez, mesmo que para além das situações em que a interrupção da gestação é permitida pela legislação vigente brasileira – ou seja, mesmo que a gravidez não seja decorrente de estupro, que não haja risco de morte para a pessoa gestante ou diagnóstico de feto anencefálico – a categoria, no exercício profissional, deve:

- 1 - Atuar segundo os princípios éticos atinentes à profissão, contribuindo com seu conhecimento teórico e técnico para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que gestam;
- 2 - Garantir o sigilo profissional, de acordo com o previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo (artigos 9º e 10)[4], não devendo, dessa forma, comunicar à autoridade policial ou judicial, nem à família da pessoa atendida, sem seu expresso consentimento ou por justa causa – ato excepcional, necessariamente fundamentado em razões legítimas e que respondam a interesses da própria pessoa usuária do serviço psicológico. No caso do atendimento de crianças, adolescentes ou interditos, a categoria deve se orientar pelo que preveem os artigos 8º e 13[5] do Código de Ética Profissional do Psicólogo e as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- 3 - Proporcionar, em quaisquer que sejam os espaços da prática psicológica, uma atuação profissional embasada na perspectiva da humanização, da dignidade humana, da autonomia sobre o corpo e dos direitos humanos;
- 4 - Destituir-se de preconceitos, juízos de valor e crenças religiosas, morais e pessoais, compreendendo que não é papel da Psicologia posicionar-se a favor ou contra a prática do aborto para indução de decisão pela interrupção ou não interrupção da gestação, mas sim proporcionar um espaço de acolhida à pessoa que busca atendimento psicológico, visto que é seu direito, como usuária/beneficiária dos serviços da Psicologia, poder refletir e apropriar-se de sua demanda, proporcionando-lhe uma escolha consciente e ponderada;
- 5 - Respeitar a identidade de gênero da pessoa gestante, seus pronomes, orientação sexual e sua relação com seu próprio corpo, de acordo com o estabelecido nas Resoluções CFP 01/1999, 01/2018 e 08/2022;
- 6 - Considerar as interseções particulares entre gênero, raça, classe, territorialidade, cultura, geração, sexualidade, deficiência e demais que permeiam as experiências complexas das pessoas que gestam;
- 7 - Considerar as relações de poder no contexto em que atua, ter ciência dos impactos dessas relações sobre suas atividades e buscar estabelecer uma relação horizontal e empática no contexto do atendimento, de forma acolhedora e respeitosa, seja qual for a decisão da pessoa atendida[1];

- 8 - Zelar para que as ações e informações prestadas – inclusive por meio de pronunciamentos nos meios de comunicação e internet – disseminem o conhecimento a respeito das atribuições, da base científica e do papel social da profissão, para que as pessoas que optaram pela interrupção da gravidez não sejam discriminadas ou sofram preconceito[2];
- 9 - Negar-se à proposição, realização ou colaboração em eventos ou serviços privados, públicos, institucionais, comunitários ou promocionais que incentivem a criminalização ou punição com relação às pessoas que tenham optado pela interrupção da gravidez;
- 10 - Acompanhar as pessoas que gestam em seu processo de decisão sobre a interrupção ou não da gravidez, propondo reflexões acerca das consequências das suas decisões, acolhendo suas dúvidas, expectativas, receios e desejos e avaliando, com a pessoa atendida, suas motivações para interrupção ou não da gravidez;
- 11 - Proporcionar um espaço de acolhimento que permita o fortalecimento da autonomia e autodeterminação da pessoa diante das suas decisões, bem como situá-la das consequências definitivas e que podem influenciar sua vida de maneira integral, baseando-se em informações técnicas e científicas;
- 12 - Levar em consideração, com a pessoa, a necessidade de intervenção na família e comunidade, buscando eliminar relações cujos padrões sejam violentos e abusivos;
- 13 - Considerar as determinações sociais e o contexto social, econômico e cultural da pessoa atendida, seu momento de vida, as políticas públicas existentes e as redes protetivas de amparo e cuidado existentes para seu acolhimento;
- 14 - Levar em consideração os valores da pessoa paciente ou usuária do serviço e buscar compreendê-los como parte fundamental de sua decisão;
- 15 - Garantir que a pessoa atendida tenha acesso a informações subsidiadas, em formato acessível, e na perspectiva dos direitos humanos, que fundamentem uma decisão consistente, consequente e tomada unicamente pela própria pessoa, sem interferências de outras pessoas ou instituições;
- 16 - Compreender que, nas situações de gravidez decorrente de estupro, a gestação **é mais uma das diversas consequências da violência sofrida pela pessoa**. Nesta situação, cabe a profissionais da Psicologia ponderar, refletir e avaliar juntamente com a pessoa atendida as possibilidades existentes na situação, tais como a manutenção da gravidez e construção da parentalidade, a manutenção da gravidez com promoção de procedimentos para entrega voluntária do recém-nascido para adoção ou interrupção da gravidez, conforme previsão legal;
- 17 - Nos casos de abortamento legal decorrente de estupro, compreender que o Código Penal não exige a apresentação de qualquer documento para a prática do abortamento e a pessoa sexualmente violentada não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia, cabendo autorização apenas em casos legalmente previstos. A categoria deve orientar a tomada das providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso a pessoa atendida não o faça, deverá informar que não lhe pode ser negado o abortamento;
- 18 - Declarar objeção de consciência quando, por qualquer motivo ou convicção pessoal, sinta algum tipo de impedimento para intervir em casos de interrupção de gravidez. Nos casos em que não houver apropriação teórica, técnica ou pessoal para o atendimento, a categoria de profissionais de Psicologia deve, ainda, **garantir o devido encaminhamento da demanda** e assistência à pessoa atendida em seu processo decisório e em possíveis acompanhamentos posteriores[3];

Paraná, 25 de setembro de 2023.

Psic. Fernanda Cota Peixoto Primo  
CRP-08/12328 | Conselheira Secretária  
Conselho Regional de Psicologia do Paraná

Psic. Griziele Martins Feitosa



CRP-08/09153 | Conselheira Presidenta  
Conselho Regional de Psicologia do Paraná

## REFERÊNCIAS

Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Resolução 217 A (III): Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). Paris: Organização das Nações Unidas.

Brasil. Código Penal (1940). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Presidência da República do Brasil. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)

Brasil (1971). Lei nº. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L5766.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5766.htm)

Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.

Brasil (1990). Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

Brasil (1996). Decreto nº. 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/D1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm)

Brasil (1996). Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)

Brasil (2002). Decreto nº. 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm)

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2004). Anais I Conferência Nacional de Políticas sobre Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Disponível em: [www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf](http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/anais.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006). Lei nº. 11.340, de 07 de agosto de 2006. “Lei Maria da Penha”. Brasília: Presidência da República do Brasil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)

Brasil (2007). Anais II Conferência Nacional de Políticas sobre Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Disponível em: [www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-2a-conferencia](http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-2a-conferencia)

Brasil (2011). Anais III Conferência Nacional de Políticas sobre Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Disponível em: [www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia](http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia)

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2012). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2005). Código de ética profissional do psicólogo. Brasília: CFP.

Consenso de Quito (2007). Aprovado na X Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e o Caribe, que ocorreu de 6 a 9 de agosto, em Quito. Disponível em: [www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21721/1/1\\_consenso\\_de\\_quito.pdf](http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21721/1/1_consenso_de_quito.pdf)

Consenso de Brasília (2010). Aprovado na XI Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e o Caribe, que ocorreu de 13 a 16 de julho de 2010, em Brasília. Disponível em: [www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/2/40332/ConsensoBrasilia\\_POR.pdf](http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/2/40332/ConsensoBrasilia_POR.pdf)

Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2010). Caderno de Deliberações do VII Congresso Nacional da Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia

\_\_\_\_\_ (2012). VII Congresso Nacional da Psicologia: caderno de deliberações. Brasília: CFP.

\_\_\_\_\_ (2012). Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre o Aborto. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/posicionamento-do-conselho-federal-de-psicologia-sobre-o-aborto/>

\_\_\_\_\_ (2013). Caderno de Deliberações do VIII Congresso Nacional da Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia

\_\_\_\_\_ (2016). Caderno de Deliberações do IV Congresso Nacional da Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013). Adotado na I Conferência Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, em Montevideo, 15 de agosto de 2013. Disponível em: [www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso\\_montevideo.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso_montevideo.pdf)

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) (2016). Documento de Orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez. São Paulo: CRP-SP.

Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) (2018). Psicologia e direitos sexuais e reprodutivos: a descriminalização do aborto e as políticas públicas de saúde. Disponível em: [crppr.org.br/psicologia-e-direitos-sexuais-e-reprodutivos-a-descriminalizacao-do-aborto-e-as-politicas-publicas-de-saude/](http://crppr.org.br/psicologia-e-direitos-sexuais-e-reprodutivos-a-descriminalizacao-do-aborto-e-as-politicas-publicas-de-saude/)

Declaração e Programa de Ação de Viena (1993). Adotado na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, 25 de junho de 1993. Disponível em: [www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx)

Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000). Aprovada na Cimeira do Milênio, realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova Iorque. Disponível em: [www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf](http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf)

Diniz, D., Medeiros, M. & Madeiro, A. (2023). National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(6), 1601-1606. Disponível em: [doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023](https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023)

Freire, N. (2012). Aborto seguro: um direito das mulheres?. *Ciência e Cultura*, 64 (2), 31-32.

Góes, E. F. (2018). Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional (Tese de doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Granjeira, J. (2015). Governo afirma à ONU que aborto clandestino no país é problema de saúde pública. Disponível em: [oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664](http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664)

Programa de Ação do Cairo (1994). Adotado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) das Nações Unidas, no Cairo, em 13 de setembro de 1994. Disponível em: [www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf)

Plataforma de Ação de Beijing (1995). Adotado na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, em Pequim, em setembro de 1995. Disponível em: [www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)

Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) (2017). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 442. Disponível em: [www.conjur.com.br/dl/psol-stf-descriminalize-aborto-meses.pdf](http://www.conjur.com.br/dl/psol-stf-descriminalize-aborto-meses.pdf)

Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (2015). Informe Brasil Beijing +20. Brasília: ONU Mulheres Brasil.

United Nations (UN) (1995). Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing. New York: United Nations.

United Nations (UN) (1994). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. New York: United Nations.

United Nations Population Fund (UNFPA) (2015). Annual Report 2015. New York: UNFPA.

Vicente, G. C. (2020). Direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boyceatas e não-binários: uma luta por reconhecimento e redistribuição de saúde pública no Brasil (Monografia). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.

[1] Princípio Fundamental VII (CEPP) – O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

[2] Art. 19 (CEPP) – O psicólogo, ao participar de atividade em veículos de comunicação, zelará para que as informações prestadas disseminem o conhecimento a respeito das atribuições, da base científica e do papel social da profissão.

[3] Art. 1º, alínea “k” (CEPP) – Sugerir serviços de outros psicólogos, sempre que, por motivos justificáveis, não puderem ser continuados pelo profissional que os assumiu inicialmente, fornecendo ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho.

[4] Art. 9º (CEPP) – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.

Art. 10 (CEPP) – Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo.

[5] Art. 8º (CEPP) – Para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente: §1º – No caso de não se apresentar um responsável legal, o atendimento deverá ser efetuado e comunicado às autoridades competentes; §2º – O psicólogo responsabilizar-se-á pelos encaminhamentos que se fizerem necessários para garantir a proteção integral do atendido.

Art. 13 (CEPP) – No atendimento à criança, ao adolescente ou ao interdito, deve ser comunicado aos responsáveis o estritamente essencial para se promoverem medidas em seu benefício.



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Costa Peixoto Primo, Usuário Externo**, em 26/09/2023, às 09:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Griziele Martins Feitosa, Usuário Externo**, em 26/09/2023, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[http://sei.cfp.org.br/sei/controlador\\_externo.php?](http://sei.cfp.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.cfp.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1197725** e o código CRC **B5E86394**.