

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

ANDRESSA BARBOZA FÉLIX

**O DEBATE SOBRE A (DES)CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

VITÓRIA
2018

ANDRESSA BARBOZA FÉLIX

**O DEBATE SOBRE A (DES)CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Rossana Ferreira da Silva Mattos.

VITÓRIA

2018

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

F316d Félix, Andressa Barboza, 1991-
O debate sobre a (des)criminalização do aborto e suas implicações para a saúde pública / Andressa Barboza Félix. - 2018.
2019 f. : il.

Orientadora: Rossana Ferreira da Silva Mattos.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Aborto. 2. Criminalização. 3. Saúde pública. I. Mattos, Rossana Ferreira da Silva. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

ANDRESSA BARBOZA FÉLIX

**O DEBATE SOBRE A (DES)CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Pública.

Aprovada em 18 de dezembro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dra. Rossana Ferreira da Silva Mattos
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof. Dra. Sônia Maria Dalcomuni
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno



Prof. Gabriella Vasconcellos de Araújo
Centro Universitário do Espírito Santo
Membro externo

Para todos aqueles que não tiveram, não têm e não terão voz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, cujo amor dá a autêntica liberdade. Ele que de braços abertos sempre me espera voltar durante os momentos em que me afasto do Seu caminho de verdade e de luz.

Aos meus pais Marcos Antônio Paz Félix e Eliane Barboza Félix, pelo apoio, paciência e amor incondicional que ninguém mais neste mundo jamais poderá me proporcionar.

À professora Rossana Ferreira da Silva Mattos, que me auxiliou na orientação deste trabalho com imparcialidade e me incentivou a concluir esta pesquisa mesmo com tantos momentos de desânimo e dificuldade pelos quais passei.

Às professoras Sônia Maria Dalcomuni e Gabriella Vasconcellos de Araújo, membros da banca, que se dispuseram a contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

Ao meu amigo, colega de profissão e de turma, Frederico Luiz Rigoni e Silva, que, além de me incentivar a fazer o Mestrado, me acompanhou durante o curso e tornou esse período mais leve e descontraído.

Aos meus queridos colegas de trabalho do Departamento de Administração – DA/PROAD/UFES, pelo imensurável apoio e compreensão durante o curso, sem os quais não seria possível fazer e concluir este Mestrado.

Aos meus amigos e companheiros de fé do Grupo de Jovens Dom Bosco, da Paróquia São Camilo de Lellis, que sempre me encorajaram a fazer e concluir esta pesquisa com compromisso e seriedade, apesar de tantas dificuldades encontradas, principalmente por me ver indo de encontro ao entendimento predominante defendido no ambiente acadêmico universitário.

“[...] Dos que contemplan a multiplicidade de coisas belas, sem verem a beleza em si, nem serem capazes de seguir outra pessoa que os conduza até junto dela, e sem verem justiça, e tudo da mesma maneira – desses, dizemos que têm opiniões sobre tudo, mas não conhecem nada daquilo sobre que as emitem”.

(Platão, A República)

RESUMO

Trata do debate acerca da (des)criminalização do aborto no Brasil e seus impactos sobre a saúde pública do país. O presente estudo objetivou analisar e discutir alguns dos principais aspectos que cercam o tema aborto – históricos, biofisiológicos e psicossociais, jurídicos – e a relação entre abortamento provocado e saúde pública. A metodologia utilizada consistiu na pesquisa bibliográfica em publicações relevantes sobre o tema e suas vertentes, incluídos livros e artigos científicos, nacionais e estrangeiros, em sua maioria disponibilizada eletronicamente. Também foram consultadas diversas fontes legais, em especial a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o Código Penal e o Código Civil, além de tratados e convenções internacionais, leis ordinárias e outras normas presentes no ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, foram realizadas coletas de dados oficiais de morbimortalidade que indicam a prática clandestina de abortos no Brasil, extraídas do sistema DATASUS do Ministério da Saúde. Ao final, uma análise dos resultados da pesquisa e breves considerações acerca do tema arrematam este trabalho, bem como sinalizam, com base no que foi apurado e discutido neste estudo, que a descriminalização e conseqüente ampliação das hipóteses de aborto legalizado não são apropriadamente compatíveis com a saúde pública no Brasil.

PALAVRAS-CHAVES: aborto; criminalização; legalização; saúde pública.

ABSTRACT

It addresses the debate about the (dis)criminalization of abortion in Brazil and its impacts on the public health. The present study aimed to analyze and discuss some of the main aspects that surround the abortion theme – historical, biophysiological and psychosocial, legal – and the relationship between induced abortion and public health. The methodology used consisted of bibliographical research in relevant publications on the subject and its aspects, including books and scientific articles, national and foreign, mostly made available electronically. Several legal sources were also consulted, in particular the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988, the Penal Code and the Civil Code, as well as international treaties and conventions, ordinary laws and other norms present in the Brazilian legal system. In addition, official morbidity and mortality data were collected that indicate the clandestine practice of abortions in Brazil, extracted from the DATASUS system of the Ministry of Health. Finally, an analysis of the results of the research and brief considerations on the theme conclude this work, as well as indicate, based on what was verified and discussed in this study, that the decriminalization and consequent enlargement of the hypotheses of legalized abortion are not appropriately compatible with public health in Brazil.

KEYWORDS: abortion; criminalization; legalization; public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esvaziamento da cavidade uterina por meio de curetagem

Figura 2 – Aparelho de AMIU e cânulas

Figura 3 – Diferentes momentos da aspiração a vácuo

Figura 4 – Esvaziamento da cavidade uterina por meio de D & E

Figura 5 – Descolamento digital do ovo por ocasião da microcesariana

Figura 6 – Acidentes da dilatação cervical e da curetagem e aspiração

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Mortalidade materna no Chile (1969 a 2009)

Gráfico 2 – Causas de morte materna no Chile (1958 a 2007)

Gráfico 3 – Mortalidade por abortamento na Polônia (1993 a 2015)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características da aspiração intrauterina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Risco de prematuridade ou baixo peso ao nascer em gestantes com histórico de abortamento induzido

Tabela 2 – Grau de prematuridade em gestantes com histórico de abortamento induzido

Tabela 3 – Risco entre abortamento e câncer de mama

Tabela 4 – Estudos recentes sobre a relação entre aborto e câncer de mama

Tabela 5 – Mulheres com início do transtorno mental após o primeiro aborto

Tabela 6 – Sintomas de PTSD seguintes ao abortamento

Tabela 7 – Resultados positivos e negativos acerca da experiência

Tabela 8 – Motivos alegados para aborto no Uruguai (2013 a 2016)

Tabela 9 – Estimativa do número de abortos induzidos no Brasil com base na metodologia de Singh e Wulf

Tabela 10 – Pesquisas que contradizem o fator de 25% de abortos espontâneos

Tabela 11 – Estimativa do número de abortos clandestinos no Brasil

Tabela 12 – Causas de morte durante a gravidez, parto e puerpério (1997 a 2016)

Tabela 13 – Mortes por gravidez terminada em aborto (1997 a 2016)

LISTA DE SIGLAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMIU – Aspiração Manual Intrauterina

ARCC – Abortion Rights Coalition of Canada

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIHI – Canadian Institute for Health Information

CNDL – Confederação Nacional de Dirigentes e Lojistas

D & C – Dilatação e Curetagem

D & E – Dilatação e Esvaziamento

D & X – Dilatação e Extração

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

EUA – Estados Unidos da América

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

IPF – Instituto de Política Familiar

IPPF – Internacional Planned Parenthood Federation

NE – Não Especificado

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNA – Pesquisa Nacional do Aborto

PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares Centralizado

SPC – Serviço de Proteção ao Crédito

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 2.1 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DO ABORTO | 20 |
| 2.2 O ABORTO SOB A ÓTICA BIOPSISSOCIAL: A VISÃO DA MEDICINA | 36 |
| 2.2.1 Conceito de aborto | 36 |
| 2.2.1.1 Aborto espontâneo | 37 |
| 2.2.1.2 Aborto induzido | 39 |
| 2.2.2 Procedimentos abortivos | 39 |
| 2.2.2.1 Medicamentosos | 42 |
| 2.2.2.2. Cirúrgicos | 45 |
| 2.2.3 Consequências do abortamento na saúde da mulher | 53 |
| 2.3 O ABORTO SOB A ÓTICA JURÍDICO-LEGAL | 84 |
| 2.3.1 Elementos históricos da criminalização do aborto no Brasil | 86 |
| 2.3.2 A vida intrauterina segundo o ordenamento jurídico brasileiro | 93 |
| 2.3.2.1 Constituição Federal Brasileira | 94 |
| 2.3.2.2 Tratados e acordos internacionais ratificados pelo Brasil | 96 |
| 2.3.2.3 Código Civil Brasileiro e outras leis | 100 |
| 2.4 ABORTO E SAÚDE PÚBLICA | 111 |
| 2.4.1 Experiências estrangeiras | 111 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.4.1.1 Estados Unidos da América: resultados de <i>Roe versus Wade</i> | 111 |
| 2.4.1.2 Descriminalização <i>versus</i> criminalização em outros países | 118 |
| 2.4.1.3 Os casos do Chile e da Polônia | 147 |
| 2.4.2 Abortamento e morbimortalidade materna no Brasil | 154 |
| 2.4.3 Aborto e SUS: perspectivas sobre o sistema de saúde pública | 169 |
| | |
| 3 ANÁLISE DOS RESULTADOS | 184 |
| | |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 190 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 191 |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é proibido por lei e sua prática é criminalizada, nos termos dos artigos 124 a 128 do Código Penal Brasileiro, salvo as exceções legalmente previstas (risco de vida da gestante ou gravidez resultante de estupro), bem como na hipótese de feto anencéfalo, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal – STF¹. Dada esta situação de ilegalidade, a maioria dos abortos é realizada no país de forma clandestina, o que, em tese, comprometeria significativamente a saúde pública, por oferecer riscos para a saúde e vida das mulheres, além de contribuir para elevar a taxa de mortalidade materna².

Logo, considerados esses fatos, justifica-se essa pesquisa tendo em vista a importância da análise do impacto da política pública de abortamento no Brasil sobre a população, em especial no que tange a saúde pública, nesse momento em que a descriminalização do aborto é tema em alta na sociedade e meio jurídico brasileiro. Em que pese a criminalização do ato, não se pode ignorar que é fato de conhecimento público que há muitas mulheres praticando aborto no Brasil, independentemente de estarem ou não amparadas pelo Direito.

As controvérsias acerca do nascituro³ – se é ou não pessoa, se tem ou não direito à vida, se deve ser crime abortá-lo ou não – têm sido uma constante no tempo e no espaço, com reflexos no Direito, na Medicina, na Saúde Coletiva, na sociedade como um todo. Logo, a constância das dissensões já comprova e justifica, por si só, a importância do tema proposto neste trabalho, que buscou visualizar diversas perspectivas e tecer reflexões sobre um tema cada vez mais atual.

Além disso, com o alcance cada vez mais amplo das mídias eletrônicas e das redes sociais, observa-se que determinadas questões sociais – como o aborto, tema central desta pesquisa – têm sido amplamente discutidas entre a população em geral, em especial o público jovem, o que antes parecia restrito ao âmbito acadêmico e político e a uma parcela específica da sociedade. A *Internet*, principalmente, solidificou seu papel como formadora de opinião pública e se

¹ STF, Plenário, ADPF 54/DF, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 12/04/2012, DJE 30/04/2012. p. 80.

² DUARTE, Graciana Alves et. al. **Aborto e legislação**: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 406-420, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1270.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

³ “Nascituro é o que está por nascer, mas já concebido no ventre materno” (FRANÇA apud AMARAL, Francisco. **Direito Civil**: introdução. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 222).

encontra carregada de materiais e informações – alguns de fonte controversa ou apenas restritos a opiniões pessoais sem embasamento científico – acerca do abortamento materno no Brasil e no mundo.

Nesse contexto, este trabalho objetivou, por meio de uma extensa pesquisa bibliográfica e de fontes de dados primários e secundários oficiais, analisar a discussão acerca da (des)criminalização do aborto e seus impactos na saúde pública brasileira.

Essa problematização é de extrema importância para a sociedade, uma vez que, no momento, está pendente de julgamento no STF a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 442, na qual se requer que a Corte declare que não é crime o aborto provocado pela gestante ou realizado com a sua autorização, até 12 semanas de gestação.⁴ Além disso, nos últimos anos, diversas propostas legislativas têm tramitado no Congresso Nacional nesse sentido⁵. Circunstâncias que fomentam o debate sobre o assunto em âmbito nacional e internacional corroboram a importância desta pesquisa.

Esse fato é corroborado pela recente legalização do aborto no Uruguai (2012)⁶ e, agora, pela descriminalização em andamento na Irlanda (2018)⁷. Por outro lado, na Argentina, o projeto de lei que legalizaria a prática foi rejeitado em agosto de 2018, pelo Senado.⁸

Além disso, esse debate reveste-se de grande relevância em termos de impactos políticos, sociais e econômicos, pois, na hipótese de descriminalização e consequente legalização da prática do aborto no Brasil, entraria em questão sua oferta pelo sistema público de saúde. Assim, é preciso considerar a repercussão financeira que a demanda por este procedimento poderia exercer sobre os cofres

⁴ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Partido questiona no STF artigos do Código Penal que criminalizam aborto. 8 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=337860>>. Acesso em: 27 out. 2017.

⁵ Projeto de Lei n. 1.135/1991; Projeto de Lei n. 236/2012; Projeto de Lei n. 882/2015; Projeto de Lei n. 891/2015; Projeto de Lei n. 892/2015.

⁶ CONGRESSO uruguaio aprova legalização do aborto. O Globo, 17 out. 2012. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/congresso-uruguaio-aprova-legalizacao-do-aborto-6428918>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

⁷ IRLANDA aprova legalização do aborto, com 66,4% de votação popular. O Globo, 26 mai. 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/irlanda-aprova-legalizacao-do-aborto-com-664-de-votacao-popular-22720890>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

⁸ SENADO da Argentina rejeita legalização do aborto no país. G1, 9 ago. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/08/09/senado-argentino-rejeita-legalizar-aborto-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

públicos e sobre as clínicas particulares que, mesmo ilegal, realizam o aborto sistematicamente.

Aliás, ao se dispor a verificar qual a relação entre a prática de abortos ilegais e a mortalidade materna no Brasil, este trabalho pretende contribuir com o incentivo à elaboração de políticas públicas que auxiliem na redução dessa taxa, a fim de melhorar a saúde pública brasileira.

Dessa forma, a realização desta pesquisa pretende proporcionar resultados que contribuam para uma visão realística e científica da questão, independente de posicionamentos pessoais, religiosos e ideológicos. Além de exaltar o respeito aos princípios constitucionais consagrados neste Estado Democrático de Direito, como a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, o direito ao acesso à saúde pública de qualidade e o direito à educação (sexual) – todos fundamentais à vida do ser humano em comunidade –, o estudo buscará falar abertamente dos problemas sociais que a população enfrenta exatamente pela falha do Estado na defesa desses direitos.

Acerca das opções metodológicas, com relação ao método geral, o presente trabalho se insere no método dedutivo, por entendermos ser o mais apropriado à identificação científica do proposto no estudo. Este método é aquele que “[...] emprega a dedução e cujas premissas são proposições evidentes ou definições razoáveis”.⁹ É um método que vai do geral ao específico, ou seja, por meio de dados mais gerais e abrangentes se descobre algo que não se sabia antes.

Já quanto aos métodos específicos, optamos pelos métodos histórico e comparativo. O primeiro corresponde à “[...] investigação de fatos, acontecimentos ou particularidades relativas a um determinado assunto, para verificar a sua influência na sociedade de hoje”.¹⁰ Por sua vez, o segundo consiste na “[...] comparação sistemática para o estudo de detalhes na sua evolução, com o fito de verificar semelhanças e explicar diferenças”.¹¹

Sobre o procedimento adotado, trata-se da pesquisa bibliográfica nas publicações mais relevantes sobre o tema e suas vertentes, em livros e artigos científicos publicados, incluindo materiais nacionais e estrangeiros, em sua maioria disponibilizados nas plataformas eletrônicas de pesquisa. Ademais, este trabalho se

⁹ MACEDO, Magda Helena Soares. **Manual de metodologia da pesquisa jurídica**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. p. 68.

¹⁰ Ibidem. p. 68.

¹¹ Ibidem. p. 69.

baseará em diversas fontes legais, em especial a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o Código Penal Brasileiro, além de tratados e convenções internacionais e leis ordinárias.

Além disso, com o intuito de atingir os objetivos gerais e específicos apresentados, foram realizadas coletas de dados oficiais que sinalizam a prática clandestina de abortos no Brasil, com base nas taxas de internação e/ou mortalidade materna por abortamento. Desse modo, destacamos a viabilidade de execução do trabalho, tendo em vista que os dados e demais informações necessárias podem ser coletados a partir dos bancos de dados disponibilizados pelo próprio governo federal brasileiro, como o sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, na página eletrônica mantida pelo Ministério da Saúde, além de outros sites que disponibilizem estatísticas governamentais.

Assim, quanto à abordagem de pesquisa, os tipos de pesquisa utilizados foram: a qualitativa, que permite transformar as percepções do pesquisador em conceitos, análises e percepções, e a quantitativa, que enseja transformar a pesquisa em números com a utilização de tabelas e gráficos.¹² Sendo assim, esta pesquisa é quali-quantitativa (englobando a apresentação de resultados e análises, além de trabalhar com quantitativos numéricos).

Com relação à abrangência deste trabalho, ressalta-se que, por tratar da questão do aborto, fez-se necessária uma análise sobre vários pontos de vista – biológico, jurídico, político, social, moral, entre outros, pois considerando sua complexidade, analisar esse tema apenas sob um determinado prisma implicaria numa pesquisa demasiadamente incompleta e imprecisa, de forma que não seria possível alcançar resultados cientificamente aceitáveis.

Por isso, este trabalho não ficou restrito a somente um campo de estudo, tendo sido analisados: aspectos históricos, jurídicos, biofisiológicos e psicossociais do aborto, o abortamento como fato social e a relação entre aborto e saúde pública – a fim de aproximar-se da realidade com embasamento teórico e empírico.

¹² GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 176.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DO ABORTO

A palavra “aborto” tem origem no latim *abortus*, derivado de *aboriri* (perecer, morrer). A preposição latina *ab* é usada na composição de palavras que indicam movimento para fora, distanciamento, afastamento, separação, ausência. Já *oriri* significa nascer.¹³ A expressão é empregada para designar a interrupção da gravidez antes de seu termo normal, de forma espontânea ou provocada, com ou sem a expulsão do feto – apesar de, tecnicamente, o vocábulo correto ser “abortamento”, conforme veremos no capítulo a seguir.

Historicamente, a prática do aborto não é um fato recente, muito pelo contrário. Desde os tempos antigos, mulheres passam por situações nas quais não podem ou não desejam levar uma gestação à frente e, por isso, são submetidas ou recorrem à interrupção voluntária da gravidez, apesar das sanções, controles e legislações surgidas através da história da humanidade. Mais do que suscitar questões legais éticas, morais e religiosas, o tema sempre esteve atrelado a questões sociais, políticas e econômicas, o que perdura nos tempos modernos.

Conforme pesquisado, a prática é muito antiga e conhecida em todas as épocas e culturas, cada qual com suas particularidades, visto que possui um sentido e significado específico em cada uma delas. Isto é, o aborto provocado é discutido e exercido desde civilizações antigas até a atualidade, não obstante as concepções, motivações, objetivos e técnicas distintas ao longo do tempo. Reprovado por alguns povos, aceito durante certo período por outros. Segundo Diniz, o aborto sempre esteve presente na história do Direito,

[...] embora não tenha sido incriminado por várias legislações, sendo inclusive considerado, em certo período, assunto estritamente familiar, que podia repercutir no direito privado, e, em outro, severamente castigado com a pena capital, não faltando, ainda, eras em que foi punido brandamente.¹⁴

¹³ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 56.

¹⁴ *Ibidem*, p. 60-61.

De rastros da Antiguidade, o relato mais antigo de que se tem notícia sobre a prática de abortar consiste em um texto médico escrito entre 2737 e 2696 a.C. pelo imperador chinês Shen Nung, que cita a receita de um abortífero oral, provavelmente contendo mercúrio.¹⁵ Também há menções sobre o aborto em escritos egípcios que datam de 1850 a 1550 a.C., que apresentavam receitas com ervas cujas propriedades poderiam ser contraceptivas ou causar à mulher aborto ou infertilidade.¹⁶ O chamado Papiro *Ebers*, um dos documentos médicos mais antigos de que se tem conhecimento, datado aproximadamente de 1550 a.C., dispunha orientações para induzir o aborto.¹⁷

De forma geral, povos antigos possuíam leis que proibiam o aborto em determinadas circunstâncias. O Código de *Hammurabi* (século XVIII a.C.), criado pela civilização babilônica e considerado o mais antigo diploma de cunho jurídico, considerava o aborto como um crime accidental contra os interesses do pai e marido, e também uma lesão contra a mulher quando provocado por outrem.¹⁸ Também o Código *Hitita* (século XIV a.C.) classificava como crime o aborto praticado por terceiros.¹⁹

Os assírios puniam severamente quem fizesse uma mulher abortar ou a gestante que o fizesse sem o consentimento do marido. Na Lei de *Manu*, aplicada na Índia, surgiu a cogitação de aborto como prática criminosa, se dele resultasse a morte da mulher. Já na Pérsia, o livro *Zend Avesta*, seguido como código de conduta, determinava que pai e mãe eram ambos culpados pelo abortamento e em razão dele seriam punidos com a morte. Vale comentar a substancial diferença entre tal norma e as demais previsões legais do período histórico, nas quais predominava a punição apenas à mulher ou ao terceiro responsável pela conduta.²⁰

¹⁵ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto**: um resgate histórico e outros dados. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 19.

¹⁶ REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher**: reflexões fenomenológico-existenciais. 2010. 145 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 12.

¹⁷ SOUSA, Teresinha Gomes Sales. **Aborto voluntário**: visão ético, jurídico e religioso. II Encontro de Pesquisa em Educação da Universidade Federal do Piauí, 2002. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.5/GT5_3_2002.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 2.

¹⁸ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 135.

¹⁹ REBOUÇAS, op. cit., p. 12, nota 16.

²⁰ MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Aborto e Direito Penal**. Porto Alegre: DC Luzzatto, 1994. p. 13.

Segundo a lei hebraica (1000 a.C.), o homem que ferisse uma mulher grávida tinha o dever de indenizar, conforme imposto pelo marido da mulher, e, havendo danos físicos, a penalidade seria provocar ao autor um dano equivalente ao mal causado, podendo chegar à pena de morte – de acordo com o disposto no livro do Êxodo 21: 22-25. Mas não há registros de que os judeus descritos no Antigo Testamento sequer considerassem a prática do aborto. “Pelo contrário, a fecundidade e a prole eram vistas como bênçãos, de modo que a infertilidade era considerada uma vergonha e uma possível consequência de um castigo de Deus, uma maldição”.²¹

Licurgo, legislador espartano que provavelmente viveu entre os séculos VIII e VII a.C., condenava o aborto e defendia a indenização à família pelo dano causado.²² Entre os gauleses (800 a.C. a 52 a.C.), o aborto era considerado um direito natural do pai, chefe da família, que incontestavelmente detinha poder absoluto sobre mulher e filhos (nascidos ou não nascidos).²³

Notamos que, nas culturas pagãs, a proibição ao aborto (e até mesmo ao infanticídio) não se dava em razão de códigos morais. Embora com certa variação, as civilizações pagãs encaravam seu destino de modo coletivo e a sobrevivência da comunidade era mais importante do que a vida individual – aspecto que iria surgir com o advento do cristianismo. Quando havia a condenação a esse tipo de prática, era em virtude de motivos econômicos individuais ou famílias, ou até mesmo vaidade corporal feminina.²⁴

Do mesmo modo, na cultura greco-romana, o abortamento provocado era, em linhas gerais, conduta moralmente aceita e habitualmente praticada, “[...] ante o fato de considerarem o feto como *pars viscerum matris*, ou seja, parte integrante da mãe, que, então, podia livremente dispor de seu próprio corpo”.²⁵ No entanto, por ter se chegado ao extremo de ser utilizada de forma ilimitada entre a população, surgiram leis ao longo da História que reprimiram a permissividade, a fim de salvaguardar os interesses do pai e da comunidade.

²¹ DEROSA, Marlon. **Breve história do aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Estudos Nacionais: Florianópolis, 2018. p. 19.

²² ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 18.

²³ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 19.

²⁴ DEROSA, op. cit., p. 19-20, nota 21.

²⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 61.

Na Grécia Clássica, o legislador Sólon (638 a.C. a 588 a.C.) defendia o castigo ao aborto com uma pena pecuniária imposta como reparação aos danos causados à família. Em Atenas, até a época de Lysias (445 a.C. a 380 a.C.), não se conhece nenhuma lei que punisse o aborto, provavelmente em razão do temor à fome pelo aumento da população. Já em Tebas, ele era severamente punido e, em Mileto, era-lhe cominada a pena capital.²⁶

Não obstante, o aborto era preconizado pelos principais filósofos gregos. Sócrates (469 a.C. a 399 a. C.) aconselhava que as parteiras facilitassem o aborto às mulheres que assim desejassem, sem outra justificativa que não a própria liberdade de opção da gestante. Platão (427 a.C. a 347 a. C.), por sua vez, por motivos eugênicos, sugeria que o aborto fosse obrigatório para mulheres acima de 40 anos, a fim de preservar a pureza da raça dos guerreiros. Nesse ínterim, Aristóteles (384 a.C. a 322 a. C.) defendia-o por razões sociais e econômicas, como método eficaz para limitar o crescimento populacional e garantir a estabilidade das cidades gregas.²⁷

Na contramão, Hipócrates (460 a.C. a 377 a. C.), considerado o pai da Medicina, firmou em seu *Juramento* – um dos livros que compõem o *Corpus Hippocraticum*, que tratam exclusivamente da ética médica – o seguinte dever, conforme a tradução do texto original:

Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higeia, por Panaceia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento: [...] Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto.²⁸

De acordo com Rezende²⁹, em razão de seu elevado sentido moral, o juramento hipocrático é considerado um patrimônio da humanidade e, durante séculos, tem sido repetido como um compromisso solene para fins de graduação

²⁶ ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 18.

²⁷ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 19.

²⁸ REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 36.

²⁹ Ibidem. p. 32.

daqueles que ingressam na profissão de médico – apesar de atualmente serem utilizadas outras versões, mais sintéticas, construídas a partir do juramento original.

Na Roma Antiga, as Leis das XII Tábuas não faziam menção ao aborto.³⁰ Posteriormente, passou a ser penalmente reprimido, visto o dano causado ao marido, pois era considerado como lesão ao direito de paternidade, em razão da privação de herdeiros. Concluímos que, em tese, a mulher solteira tinha liberdade para abortar. Logo, o abortamento poderia ser praticado mediante a autorização do cônjuge, visto que o feto era considerado meramente parte do corpo da mulher e, portanto, parte da propriedade do homem – conforme as normas daquela sociedade, na qual o pai ou marido detinha o chamado *pater familiae*.³¹

Assim, punia-se a prática nas hipóteses de desobediência à vontade do homem, sendo o causador do ato punido com o desterro (deportação, exílio).³² De acordo com Almeida³³, “eram cominadas penas criminais tanto contra a mãe do infante que lhe interrompesse a vida, antes do nascimento, quanto contra os estranhos que com ela cooperassem”.

As leis de Cornélio incriminavam e puniam as pessoas que preparavam ou forneciam venenos a serem utilizados em poções abortivas, mediante o castigo com trabalho forçado, confisco de bens ou deportação, e, se houvesse morte da gestante, com a pena capital.³⁴

O direito romano previa, ainda, medidas de polícia para a conservação da vida do conceito, dentre as quais se incluía uma lei régia, a qual determinava a abertura do cadáver de uma mulher grávida, a fim de lhe salvar o filho, o que deu origem à cesariana. Além disso, normas posteriores dispunham que a pena de morte e também a aplicação de tortura a uma mulher grávida deveriam ser diferidas para depois do parto.³⁵

Entretanto, a prática do aborto na sociedade romana era interpretada sob óticas distintas, a depender da época, segundo Schor e Alvarenga³⁶: quando a

³⁰ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 61.

³¹ Ibidem. p. 61.

³² SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 135.

³³ ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 22.

³⁴ DINIZ, op. cit., p. 61, nota 30.

³⁵ ALMEIDA, op. cit., p. 22, nota 33.

³⁶ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto**: um resgate histórico e outros dados. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 19.

natalidade era alta, como no início da República, ela era tolerada; já com a queda da natalidade, a partir do Império, a legislação romana passou a considerar o aborto como delito contra a segurança do Estado.³⁷ Durante o governo de Adriano, no século II, o aborto foi assimilado ao homicídio, sendo-lhe cominado a mesma pena. Já no tempo de Sétimo Severo e de seu filho Caracola, entre os séculos II e III, abortar era crime sujeito a pena extraordinária.³⁸

Contudo, ainda que houvesse desrespeito às normas estabelecidas, era comum a impunidade sobre a questão na sociedade romana.

Ainda sobre o direito romano, importa destacar algumas observações, tendo em vista sua influência na construção da civilização ocidental. Havia uma aparente contradição, visto que alguns textos jurídicos apontavam o nascituro como parte do corpo da mulher, enquanto outros equiparavam o conceito a uma pessoa já nascida, considerando-o sujeito de direitos e, portando, merecedor de proteção jurídica. Nesse sentido, Almeida expõe que

Em pesquisa profunda, ampla e exaustiva sobre o nascituro no Direito Romano, os estudos de Pierangelo Catalano concluem que a regra era a da paridade entre nascido e nascituro, adotando o Direito Romano expressões concretas e não abstratas para definir o nascituro – “*qui in utero est*”, “*homo*” e “*persona*”. [...]. Só o desconhecimento das fontes romanas pode justificar a afirmação errônea no sentido de que “no direito romano o nascituro não era considerado pessoa, não tinha direitos”.³⁹

A fim dirimir tal questão, os juristas Faria e Montoro⁴⁰, amparados na lição do italiano Emílio Albertario, explicam que alguns textos romanos se referiam tão somente à condição fisiológica do nascituro, o qual, pelo pouco conhecimento científico da época, era tido como integrante do organismo materno, ao passo que outros tratavam propriamente da sua condição jurídica, garantindo-lhe direitos como se nascido fosse. “Assim, se fisiologicamente o nascituro não era considerado um organismo autônomo, juridicamente, ao contrário, as normas legais o consideravam

³⁷ SOUSA, Teresinha Gomes Sales. **Aborto voluntário: visão ético, jurídico e religioso**. II Encontro de Pesquisa em Educação da Universidade Federal do Piauí, 2002. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.5/GT5_3_2002.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 2-3.

³⁸ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 61.

³⁹ ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 23.

⁴⁰ FARIA, Anacleto de Oliveira. MONTORO, André Franco. **A condição jurídica do nascituro no Direito Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 1953. p. 15.

como já nascido. E, tal como hoje, o momento da concepção era o ponto marcante da atribuição de direitos”.⁴¹

Com o advento do Cristianismo, surge a questão ética do aborto, ligada à moral religiosa. Com base em trechos das Escrituras – do Velho ao Novo Testamento –, passou-se a considerar que o ser em formação no útero materno já correspondia a uma vida humana, dentre os quais destacamos: Jeremias 1:5; Salmos 70:6; Salmos 138:13-15; Gálatas 1:15; Lucas 1:15; Lucas 1:41.

Assim, sob o argumento de que desde o instante da concepção passaria a existir um ser humano dotado de alma e teoricamente apto para a vida – embora em fase de aperfeiçoamento físico – o embrião ou feto seria, na verdade, “alguém” e não “algo”. Portanto, tendo em vista o mandamento “Não matarás” (Êxodo 20:13), praticar um aborto passou a ser considerado homicídio. Nesse sentido, *A Didaqué*, instrução catequética para os cristãos que data do final do primeiro século, determinava como mandamento no Capítulo II: “2. Tu não matarás, mediante o aborto, o fruto do seio; e não farás perecer a criança já nascida”.⁴²

Tertuliano de Cartago, um dos primeiros apologistas cristãos, escreveu em sua obra que o aborto intencional deve ser condenado desde o momento da concepção, pois “*Homo est et qui est futurus; etiam fructus omnis iam in semine est*” (Homem é aquele que há de ser; o fruto está sempre presente na semente).⁴³

Diante deste cenário, a perspectiva sobre o aborto provocado começou a ser alterada, inclusive onde sua prática era antes tolerada pela sociedade, como no Império Romano, tendo em vista o influxo do Cristianismo durante o reinado do Imperador Constantino, no século IV. No Império Bizantino, o *Digesto* romano, compilado durante o governo de Justiniano I, no século VI, previa a pena de desterro para aquele que provocasse o aborto.⁴⁴

Já na Grécia, o comportamento social também havia começado a mudar, de forma que, ainda no século II, o médico Sorano de Éfeso – considerado pai da ginecologia e obstetrícia – desaprovava a provocação do aborto, por reputar a

⁴¹ CLEMENTE, Aleksandro. **A legalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública?** 2013. 208 f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/6136/1/Aleksandro%20Clemente.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 20.

⁴² VATICANO. Congregação para a doutrina da fé. **Declaração sobre o aborto provocado**. 18. nov. 1974. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_po.html>. Acesso em: 20 ago. 2018.

⁴³ CLEMENTE, op. cit., p. 21, nota 41.

⁴⁴ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 135.

prática muito arriscada para a saúde do corpo da mulher, sendo exceção os casos em que a gestação colocava em perigo a vida da mãe, nos quais poderia ser empregada.⁴⁵

Nos reinos germânicos, o direito visigótico (*Lex Visigothorum*, de 654), com forte influência do direito romano, considerava ímpio e infame aniquilar a própria descendência, sendo o aborto castigado com a morte ou a cegueira. Pela lei da Baviera (*Lex Baiuvariorum*, de 741), punia-se o aborto feito no início da gestação mediante multa pecuniária e, quando o feto já estava formado, punia-se como homicídio. Em sentido contrário, os lombardos (séculos VI a VIII) mantiveram os antigos conceitos germânicos sobre o aborto: pelo Edito de Rotario e seus comentários, a prática era impune e considerada assunto de família.⁴⁶

Na era medieval, havia o entendimento de que o conceito seria um ser dotado de alma, e não parte integrante do ventre materno, razão pela qual o aborto deveria ser punido como homicídio. Entretanto, havia divergências quanto ao momento da criação da alma. Pela teoria aristotélica do feto (in)animado – discutida por São Tomás de Aquino e Santo Agostinho –, a alma espiritual não estaria presente no corpo até determinado tempo gestacional: para alguns, no 40º dia, para outros, no 60º dia ou, ainda, no 3º mês. Devido à impossibilidade de se apontar o instante em que se tinha feto animado, adotou-se como critério decisivo o início dos movimentos fetais no ventre materno.⁴⁷

Isso não significava que o aborto de fetos considerados inanimados era permitido e impune. Provocado o aborto, se fazia uma distinção quanto à espécie de pecado e à gravidade das sanções penais, isto é, dependendo do tempo de gestação, a penalidade aplicada era mais suave, ainda que o ato constituísse uma falta grave.⁴⁸ Por exemplo, a *Constitutio Bamberguensis* de 1507 e a *Constitutio Criminalis Carolina* de 1532, “[...] distinguem entre a morte do feto animado e inanimado, punindo a primeira com a pena capital e a segunda com um castigo

⁴⁵ BASTOS, Priscila Mansur Bussade. **A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais**. Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões, Vitória, v. 5, n. 3, 2017, p. 53-68. Disponível em: <file:///C:/Users/D257301/Downloads/609-2459-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 62.

⁴⁶ ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 51.

⁴⁷ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 61.

⁴⁸ VATICANO. Congregação para a doutrina da fé. **Declaração sobre o aborto provocado**. 18. nov. 1974. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfai th_doc_19741118_declaration-abortion_po.html>. Acesso em: 20 ago. 2018.

aplicado segundo o arbítrio dos peritos versados em direito”.⁴⁹ Todavia, na França, na Idade Média, o aborto era punido como crime gravíssimo com a pena de morte, sem fazer-se tal distinção.⁵⁰

Contudo, “a denominada doutrina da animação tardia sofreu de imediato avassaladoras críticas, tendo sido logo substituída pela teoria da animação imediata, ou seja, o novo ser receberia a alma no exato instante da fecundação”.⁵¹ Nessas ideias também se baseariam o Código Criminal da Toscana, de 1786, e, na Áustria, o Código Penal Josefino, de 1787, que consideraram o aborto como um crime contra a vida do feto, punindo-o como um homicídio.⁵²

Conforme pesquisado, observou-se que, ao longo de toda sua história, a Igreja Católica, enquanto instituição, nunca concordou com a ação de provocar-se um aborto – vide diversas normas de direito canônico promulgadas desde o primeiro século, elencadas na nota de rodapé.⁵³ Pelo contrário, sempre condenou veementemente a interrupção voluntária da gravidez, por defender ser contrária à lei natural.

Por outro lado, apesar de partilharem a mesma crença em um só Deus e uma parte das Escrituras Sagradas – que compõe a Torá e, na Bíblia, corresponde ao Velho Testamento – há divergências entre judeus e cristãos quanto ao assunto aborto provocado. Em razão de concepções teológicas diferentes em relação à alma, o judaísmo não apresenta, oficialmente, um posicionamento uniforme sobre o tema, de modo que os judeus poderiam ter liberdade para interpretar a questão, inclusive de forma flexível.⁵⁴

Por sua vez, religiões cristãs protestantes (como batista, universal, luterana, metodista, presbiteriana, episcopal) também apresentam uma postura flexível sobre o tema. “Embora reiterem o ‘valor divino da vida’, cada um relativiza, a seu modo, a

⁴⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 61.

⁵⁰ Ibidem. p. 62.

⁵¹ MATIELO, Fabrício Zamprognna. **Aborto e Direito Penal**. Porto Alegre: DC Luzzatto, 1994. p. 18.

⁵² DINIZ, op. cit., p. 62, nota 49.

⁵³ Vide: Concílio de Elvira, de 305 (cânone 68); Concílio de Ancira, de 314 (cânone 21); Concílio de Constantinopla III, de 680 (cânone 91); Concílio de Mogúncia, de 847; Decreto de Graciano, de 1140; bula *Effrenatum*, do Papa Sixto V, de 1580; bula papal *Apostolicae Sedis Moderationi*, do Papa Pio IX, de 1869; Concílio Vaticano II, de 1961 (cânones 27 e 51); encíclica *Humanae Vitae*, do Papa Paulo VI, de 1968; encíclica *Evangelium Vitae*, do Papa João Paulo II, de 1995.

⁵⁴ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 21.

aplicação desta premissa”,⁵⁵ de forma a tolerar a prática do aborto em determinadas situações, como em casos de risco de vida para a mãe, estupro, anomalias ou doenças congênitas graves. Porém em sua maioria rechaçam a prática como método de controle da natalidade.⁵⁶

Ainda sobre a história do aborto na civilização ocidental, de acordo com Galeotti⁵⁷, o século XVIII destaca-se como um marco divisório. Mediante os avanços da ciência médica, com as descobertas da embriologia pelo biólogo Caspar Friedrich Wolff, o produto da concepção não poderia mais ser visto como tão somente um apêndice ao corpo da mãe, sendo interpretado cientificamente como uma vida independente, que é gerada dentro de outro corpo. Ademais, passou-se a considerar a prática do aborto como perigosa para a saúde da mulher. Não bastasse, houve uma mudança no interesse social, posto que, com as revoluções do período, o aborto tornou-se um tema de interesse público por afetar o índice de natalidade, de forma que a vida do feto começou a ser valorizada, pois, sob o olhar do Estado, havia a esperança dele tornar-se um potencial trabalhador, contribuinte e soldado.⁵⁸

Todavia, Diniz⁵⁹ aponta que, nesse período, vozes se manifestaram contra o excessivo rigor da punição do aborto, de forma que paulatinamente fosse substituída a pena capital pela de prisão, mais ou menos longa, ou mesmo pela multa, havendo até quem combatesse, como Fuerbach, a equiparação dos direitos do feto aos do homem, condenando a tese que igualava o feticídio ao homicídio.

A despeito disso, a visão contrária ao aborto se manteve durante o século XIX, quando, no auge da revolução científica, segmentos sociais apoiaram a aprovação de leis que proibiam a prática, com base no entendimento de que a vida humana começa no momento da concepção – principalmente com a descoberta e

⁵⁵ GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rchel Aisengart. **Aborto e Eutanásia:** dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008, p. 77-103. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2008.v18n1/77-103/PT>>. Acesso em: 10 jun. 2018. p. 10.

⁵⁶ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto:** um resgate histórico e outros dados. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 21.

⁵⁷ GALEOTTI, Giulia. **História do aborto.** São Paulo: Edições 70, 2007. p. 25.

⁵⁸ BASTOS, Priscila Mansur Bussade. **A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais.** *Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões*, Vitória, v. 5, n. 3, 2017, p. 53-68. Disponível em: <<file:///C:/Users/D257301/Downloads/609-2459-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 64.

⁵⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 62.

descrição do processo de concepção humana, feita pela primeira vez pelo biólogo e médico Karl Ernst Von Baer, em 1827.⁶⁰

Com isso, compreende-se porque o período entre os séculos XIX e XX é marcado por fortes políticas e campanhas antiaborto, bem como legislações punitivas acerca da sua prática. Por exemplo, o Reino Unido, nos termos do *Offences Against the Person Act*, de 1861, punia o abortamento com pena de trabalho perpétuo, depois transformada em prisão perpétua pelo *Criminal Justice Act*, de 1948.⁶¹

Nesse sentido, Galeotti⁶² apresenta a tendência assumida pelo Estado ao longo deste período: privilegiar a vida do conceito, mediante uma repressão incisiva ao abortamento provocado, visto que a medicina confirmava a existência do feto como uma entidade autônoma. Assim, “com a evolução do Direito e também da Medicina, as contradições então existentes foram aos poucos sendo solucionadas sempre em favor do nascituro, de modo que sua proteção jurídica foi se tornando cada vez maior”.⁶³

Todavia, houve exceções. O primeiro país a legalizar o aborto foi a União Soviética, em 1920, o que foi seguido pelas demais nações socialistas. Em países escandinavos, como Dinamarca, Islândia e Suécia, o aborto foi legalizado em razão da forte tradição protestante luterana, que possui uma posição mais aberta com relação ao tema. No Japão, o aborto foi liberado após a derrota na Segunda Guerra Mundial, em 1948, sendo utilizado como forma de controle de natalidade, a fim de impedir o aumento da população e conter a miséria, tendo em vista a grave crise econômica pela qual passava o país no período pós-guerra.⁶⁴

À medida que se avançava pelo século XX, a aceitação legislativa do aborto foi crescendo e o forte quadro internacional proibicionista foi sendo revertido, com a

⁶⁰ BASTOS, Priscila Mansur Bussade. **A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais**. Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões, Vitória, v. 5, n. 3, 2017, p. 53-68. Disponível em: <file:///C:/Users/D257301/Downloads/609-2459-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 65.

⁶¹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 62.

⁶² GALEOTTI, Giulia. **História do aborto**. São Paulo: Edições 70, 2007. p. 68.

⁶³ CLEMENTE, Aleksandro. **A legalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública?** 2013. 208 f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/6136/1/Aleksandro%20Clemente.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 22.

⁶⁴ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 20.

propagação de ideias sobre controle de natalidade e reforma sexual, além da ascensão do feminismo, que preconizava o direito da mulher de fazer escolhas sobre seu próprio corpo. Dentre nomes que se destacaram nesse contexto, citamos: Havelock Ellis (médico e psicólogo britânico, pioneiro da sexologia); Magnus Hirschfeld (médico e sexólogo alemão, criador da Liga Mundial para Reforma Sexual); Marie Stopes (autora britânica e defensora dos direitos das mulheres); e Margaret Sanger (antropóloga norte-americana, criadora da *American Birth Control League*, que viria a se tornar a conhecida *Internacional Planned Parenthood Federation – IPPF*).⁶⁵

Nas décadas de 1960 e 1970, em virtude da revolução dos costumes sexuais, da nova posição da mulher na sociedade contemporânea e do crescimento de movimentos feministas, discussões sobre o abortamento tornaram-se mais recorrentes, em razão de uma estratégia de modificação da moral sexual popular.

Por conseguinte, surgiu uma tendência de crescente liberalização do aborto provocado, acentuada na década de 1970. Segundo Schor e Alvarenga, “[...] estatísticas revelam que, em 1976, 2/3 da população mundial já viviam em países que apresentaram as leis mais liberais, e mais da metade delas foi aprovada nesta década”.⁶⁶ O caso mais emblemático da História corresponde à disputa judicial de *Roe versus Wade*, que culminou na legalização do aborto nos Estados Unidos da América – EUA, em 1973, pela Suprema Corte Americana.⁶⁷

Em meados da década de 1990, o *United Nations Population Fund*, órgão ligado às Nações Unidas para monitoramento dos tratados internacionais, adotou uma reinterpretação do conceito de direitos humanos fundamentais, de modo que fosse endossado o direito ao aborto como direito da mulher.⁶⁸ Assim, estar-se-ia

⁶⁵ DEROSA, Marlon. **Breve história do aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Estudos Nacionais: Florianópolis, 2018. p. 27-35.

⁶⁶ SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto: um resgate histórico e outros dados**. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 20.

⁶⁷ REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais**. 2010. 145 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 15.

⁶⁸ DEROSA, op. cit., p. 42-43, nota 65.

apenas reinterpretando "direitos reconhecidos, aos quais os estados já estão comprometidos".⁶⁹

Dentre países que já aprovaram leis permissivas ao aborto, temos: China, em 1953; Reino Unido, em 1967; Austrália, em 1970; Áustria e Suíça, em 1974; Alemanha Oriental, em 1972, e após a reunificação, em 1992; França e Espanha, em 1975; Itália, em 1978; Holanda, em 1981; Canadá, em 1988; Paquistão, em 1990; África do Sul, em 1996; Nepal, em 2002; México e Portugal, em 2007; Uruguai, em 2012; Irlanda, em 2018.⁷⁰ Na contramão, tivemos países como Chile e Polônia que, depois de legalizarem o aborto, o proibiram, em 1989 e 1993, respectivamente.⁷¹ Atualmente, 60% da população mundial vivem em países cujas legislações permitem o abortamento em todas ou algumas circunstâncias.⁷²

Antes de encerrarmos este apanhado histórico, façamos uma breve mudança de perspectiva sobre a trajetória do aborto no mundo.

Entre os povos indígenas, segundo pesquisado, o aborto apresenta um sentido diferente da ideia de contracepção ou de defesa de interesses específicos. Em algumas tribos da América do Sul, tem-se o costume de provocar o aborto em todas as mulheres grávidas de seu primeiro filho, sob a crença de se facilitar o parto do segundo. Há comunidades nas quais o abortamento é realizado quando o feto é considerado "endemoniado", como nas situações de jovens índias que engravidam antes da iniciação na tribo ou por fatores ligados à condição do pai (parente, estrangeiro ou falecido) – neste caso, como os índios nhambiquaras no Brasil. Já em uma tribo da Austrália central, o aborto é feito na segunda gravidez e o feto abortado deve ser comido em razão da crença de que fortalecerá o primeiro filho.⁷³

Em contrapartida, o abortamento em grande parte das tribos na África sempre foi uma prática abominada. De acordo com Obianuju Ekeocha, descendente da tribo

⁶⁹ UNITED NATIONS POPULATION FUND. Round Table of Human Rights Treaty Bodies on Human Rights Approaches to Women's Health with a Focus on Sexual and Reproductive Health and Rights: Summary of Proceeding and Recommendations. New York: UNFPA, 1998. p. 13.

⁷⁰ Levantamento feito livremente pela própria pesquisadora por meio da *Internet*.

⁷¹ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo de hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Estudos Nacionais: Florianópolis, 2018. p. 98-99.

⁷² RUIC, Gabriela. **Como o aborto é tratado pelo mundo**. Revista Exame, São Paulo, Abril, 26 mai. 2018. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/como-o-aborto-e-tratado-pelo-mundo/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

⁷³ REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais**. 2010. 145 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 13.

Igbo, na Nigéria, “culturalmente, a maioria das comunidades africanas realmente acreditam por tradição, por padrões culturais, que o aborto é um ataque direto contra a vida humana”, não sendo possível apresentar o ato como algo que possa, em alguma circunstância, beneficiar a vida das mulheres. Para a nigeriana, o aborto provocado é uma espécie de “solução ocidental” aplicada num ambiente de neocolonização ideológica na África.⁷⁴

Um estudo do Instituto *Guttmacher*, feito na África do Sul alguns anos após a legalização do aborto no país, confirma essa cultura antiaborto da população africana: 48% considerava o aborto moralmente errado, enquanto 41% diziam ser justificado só no caso de estupro, e apenas 10% acreditavam que era um direito da mulher. A diferença de costumes era nítida entre as linhas raciais: os africanos eram quase três vezes mais propensos a considerarem o aborto como moralmente errado (54% contra 19%), ao passo que os brancos eram três vezes mais propensos a vê-lo como direito da mulher (24% contra 8%). Essa visão do público em geral inclusive era refletida em muitos profissionais de saúde: menos de 8% das enfermeiras acreditavam que as mulheres deveriam ser capazes de obter um aborto mediante solicitação.⁷⁵

No Brasil, especificamente, relatos sobre o aborto provocado existem desde o período colonial. Entre os índios, acontecia de recorrer-se ao abortamento ou ao infanticídio em razão dos filhos que eram frutos de relações extraconjugais com colonizadores portugueses.⁷⁶ Algumas escravas, por sua vez, optavam por essas mesmas práticas para impedir que seus filhos padecessem no cativeiro, acreditando que a morte, apesar de lamentável, seria um meio conceder liberdade a eles.⁷⁷

⁷⁴ UNITED NATIONS. Commission on the Status of Women. **Best Practices for Maternal Health Care in Africa** – CSW60 Side Event. Nova York, 17 mar. 2016. Disponível em: <<http://webtv.un.org/meetings-events/treaty-bodies/watch/best-practices-for-maternal-health-care-in-africa-csw60-side-event/4807036245001>>. Acesso em: 22 out. 2017.

⁷⁵ ALTHAUS, Frances. **Work in Progress: The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa Following Legalization**. *International Family Planning Perspective*, v. 26, n. 2, p. 84-86, jun. 2000. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2608400.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p.85.

⁷⁶ REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais**. 2010. 145 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR DISSERT.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 18.

⁷⁷ MORR, Maria Lucia de Barros. **Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio**. *Revista de História*, Universidade de São Paulo, São Paulo, n. 120, p. 85-96, jan./jul. 1989. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18594/20657>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 92-93.

Os métodos abortivos no Brasil Colonial variavam desde procedimentos farmacológicos (como chás e poções) a mecânicos (como golpear o ventre, saltar, carregar muito peso, rastejar com a barriga pelo chão, induzir vômitos e provocar diarreias), sendo as mulheres orientadas, geralmente, por parteiras e benzedeiças. Não raro, tais práticas causavam a morte da gestante, como afirma Del Priore: “ao tentar livrar-se do fruto indesejado, as mães acabavam por matar-se. O consumo de chás e poções abortivas acabava por envenená-las”.⁷⁸

Segundo Priore, a prática era reprimida por fundamentos relacionados à própria condição de colônia à qual o país estava submetido. Afinal, o território precisava ser habitado, fazia-se necessário constituir uma população originalmente brasileira que pudesse trabalhar e desenvolver esta terra. Por isso, abortar era um ato ilegal, nos termos das normas portuguesas, e moralmente condenado.⁷⁹

Com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia, em 1808, questões relacionadas à obstetrícia passaram a ser atribuídas aos profissionais formados, denominados parteiros ou médicos-parteiros. Conforme relatos sobre a história da parturiação no Brasil do século XIX, o discurso anatomopatológico permitia a interrupção da gravidez pelo parteiro ou médico-parteiro desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher: o aborto era indicado diante de vícios de formação da bacia (congenitos ou adquiridos); deslocação irredutível do útero; ruptura uterina; hemorragias uterinas rebeldes; aneurisma aórtico; lesões pulmonares; vômitos rebeldes; alienação mental.⁸⁰

A prática obstétrica do período incorporou tanto técnicas populares quanto a medicina das fisicaturas para interrupção de uma gravidez: centeio espigado; sangria; aplicação de sanguessugas (na parte interna das coxas ou na vulva); purgativos; diuréticos; excitantes (por exemplo, preparados de canela); eletrogalvanismo. Já a histerotomia era pouco recomendada, pois a cesariana ainda estava em desenvolvimento e quase sempre era fatal para a mulher. Em todas as teses defendidas nas escolas de medicina da época, salvar a vida da mulher era o

⁷⁸ PRIORE, Mary Lucy Murrey Del. **A Árvore e o Fruto: um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto**. Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.2, n.1, 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325>. Acesso em: 10 mai. 2018. p. 4.

⁷⁹ Ibidem. p. 1.

⁸⁰ BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturiação no Brasil, século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 135.

objetivo fundamental, de modo que o aborto que pudesse colocá-la em risco deveria ser rejeitado.⁸¹

Mas esta é apenas uma parte da trajetória do aborto no Brasil. Demais aspectos sobre o assunto, tanto históricos quanto jurídicos e sociais, abordaremos de forma mais aprofundada nos próximos capítulos deste trabalho.

Nas últimas décadas, o debate entre criminalização *versus* descriminalização do aborto – e sua consequente liberação – começou a ganhar os contornos sociais e políticos que conhecemos hoje. Nesse ínterim, a jurista Maria Helena Diniz conclui seu apanhado histórico sobre o aborto apontando que:

Hodiernamente, em pleno século XXI, encontramos-nos diante de duas orientações diversas: a que propugna a descriminalização total ou parcial do aborto e a que pretende mantê-lo como crime, com punição mais ou menos severa, havendo forte tendência de atenuar a pena para a mulher que o pratica, ou que com ele consente, agravando-a, contudo, para os abortadores. [...]. Temos poucas legislações que permitem o aborto livremente consentido e procurado pela gestante, pois a maior parte acolhe sua “descriminalização” parcial, tornando-o “legal” apenas em determinadas circunstâncias previstas normativamente.⁸²

Conforme vimos, através da História, o abortamento era utilizado geralmente como forma de contracepção e prevaleceu como uma questão privada – ressalvadas algumas situações – até se tornar questão do Estado, e, hodiernamente, assunto de homens e mulheres. De qualquer forma, independentemente de leis contrárias ou favoráveis à sua prática, as opiniões acerca do assunto nunca foram unânimes, e tampouco as maneiras de lidar-se com ele, situação esta que permanece até os dias atuais, em diferentes países e culturas.

⁸¹ BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturiação no Brasil, século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 136.

⁸² DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 62.

2.2 O ABORTO SOB A ÓTICA BIOPSISSOCIAL: A VISÃO DA MEDICINA

2.2.1 Conceito de aborto

Aborto consiste no produto da concepção expulso do ventre materno antes de 20 a 22 semanas de gestação ou pesando menos de 500 gramas⁸³. Já o processo de interrupção da gravidez, segundo a Medicina, é denominado abortamento. De acordo com o Tratado de Obstetrícia da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO,

Abortamento é a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção. Este limite superior estatuído pela Organização Mundial da Saúde é fixado em 20-22 semanas, que marca, por sua vez, os lindes iniciais da prematuridade. Tal idade gestacional corresponde a feto de 500 gramas.⁸⁴

Podemos notar que, do ponto de vista médico, não é toda e qualquer interrupção da gravidez com morte do concepto considerada abortamento. Este é entendido como a interrupção da gestação nos primeiros 6 meses de vida intrauterina, ante a sua inviabilidade. Após, ter-se-ia um parto prematuro, podendo continuar vivo o produto da concepção.

Ademais, é válido observar que, popularmente, é comum vermos o termo aborto (produto) sendo utilizado para se referir ao abortamento (processo ou ato), apesar de significarem coisas distintas. Por isso, para melhor inteligibilidade do leitor, durante esta pesquisa, estamos a empregar ambas as expressões como formas sinônimas.

O abortamento pode ser apresentado por sinais e sintomas diversos que caracterizam as suas variadas formas clínicas:⁸⁵

(a) abortamento evitável ou ameaça de abortamento: gravidez complicada por dor e sangramento, mas há chances de reversão do quadro;

⁸³ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 377.

⁸⁴ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 413.

⁸⁵ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 377, nota 83.

(b) abortamento inevitável ou trabalho de abortamento: o colo está dilatado e não há mais possibilidade de prosseguimento da gestação, mas o conteúdo uterino ainda não foi eliminado;

(c) abortamento completo: há eliminação integral do produto da concepção, sem necessidade de intervenção medicamentosa ou cirúrgica;

(d) abortamento incompleto: há eliminação parcial do produto da concepção, pois podem estar retidos feto, placenta ou membranas, o que cria um terreno propício à infecção;

(e) abortamento infectado: geralmente é incompleto e há complicação por infecção intrauterina;

(f) abortamento retido: há morte fetal (usualmente por dias ou até semanas), mas sem a expulsão do concepto, que permanece sem vitalidade dentro do útero com a cérvix ainda fechada;

(g) abortamento habitual: ocorrência de 3 ou mais perdas conceptuais anteriores e consecutivas, sem qualquer feto vivo viável intercalado.

Quanto à sua natureza, o abortamento pode ser considerado espontâneo ou involuntário; e induzido, provocado ou voluntário.

2.2.1.1 Aborto espontâneo

Há interrupção natural e não intencional da gravidez em razão de uma causa patológica natural, causada por doenças surgidas no curso da gestação, por péssimas ou precárias condições de saúde da gestante preexistentes à fecundação ou por defeitos estruturais do ovo, embrião ou feto que o fazem incompatíveis com a vida.⁸⁶ Não obstante, “na gênese dos abortamentos, em pelo menos 1/3 dos casos a causa não é identificada”.⁸⁷

É grande o número de gravidezes que se interrompem de modo espontâneo na fase inicial: diz-se que este número extrapola 50%, sendo que alguns especialistas o fixam em 62%.⁸⁸ Também é estimado que 50% das gestações são perdidas sem sequer serem percebidas (abortamento subclínico), pois ocorrem

⁸⁶ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 57-58.

⁸⁷ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 413.

⁸⁸ *Ibidem*. p. 413.

antes da próxima falha menstrual, ao passo que, do ponto de vista clínico – isto é, com gravidez diagnosticada por exame hCG-β ou ultrassonografia –, 10 a 15% delas terminam espontaneamente no 1º trimestre ou início do 2º (abortamento clínico).⁸⁹

Logo, o abortamento espontâneo é a complicação mais frequente da gravidez, sendo que a grande maioria ocorre no 1º trimestre, antes de 12 semanas. “Os abortamentos precoces são bem mais frequentes porquanto reconhecem uma multiplicidade maior de causas. Representam 80% do global dos abortamentos, enquanto os tardios, com mais de 12 semanas, respondem pelos restantes 20%”⁹⁰

Como mencionamos, uma grande variedade de etiologias pode implicar o abortamento. No 1º trimestre de gravidez, a grande maioria dos abortamentos espontâneos está relacionada a alterações cromossômicas e gênicas, porque o embrião é portador de alguma anomalia incompatível com a vida, sendo esta a maior causa de abortamento precoce, na taxa de 61,5%.⁹¹ Já no 2º trimestre, é mais comum que o feto seja expulso devido a fatores externos à formação do organismo do concepto: alterações placentárias, do cordão umbilical e das membranas ovulares; má formação uterina; incontinência do colo uterino; insuficiência de desenvolvimento uterino; distúrbios maternos (hipertensão, cardiopatias, anemias, neoplasias, desnutrição, obesidade, doenças crônicas); infecções (sífilis, rubéola, toxoplasmose, clamídia); patologias endócrinas na mãe.⁹²

Outros fatores estão relacionados à gemelidade, causas imunológicas, idade materna (o risco de abortamento é maior nos casos de mães a partir de 35 anos e pais a partir de 40 anos) e número de abortamentos anteriores.⁹³

Apesar de alguns autores o classificarem em separado, geralmente também está incluso neste grupo o abortamento acidental – chamado ainda de ocasional ou circunstancial –, no qual o ciclo gravídico é interrompido, sem intenção, em razão de um agente externo, como emoção violenta, susto, traumatismo (queda). Ressalte-se que não pode ter havido propósito de interromper a gestação ou qualquer ato culposo, seja negligência, imprudência ou imperícia.⁹⁴

⁸⁹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 377.

⁹⁰ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 413.

⁹¹ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 377, nota 89.

⁹² BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 413, nota 90.

⁹³ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 377, nota 89.

⁹⁴ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 58.

2.2.1.2 Aborto induzido

Há interrupção deliberada da gestação por um ato praticado pela própria gestante ou por terceiro, com ou sem seu consentimento, mediante o concurso de agentes externos ou causas extrínsecas, de ordem física, química ou mecânica, a fim de atender a propósitos terapêuticos, psicológicos, sociais, eugênicos, econômicos, morais e etc.⁹⁵ A depender do motivo e da forma pela qual é praticado, esse tipo de abortamento pode ser criminoso ou legal, conforme veremos no próximo capítulo.

Nesse ínterim, o abortamento infectado quase sempre foi sinônimo de abortamento provocado, pelo qual a cavidade uterina, na tentativa de esvaziá-la, é invadida pelos mais diversos procedimentos, geralmente contaminados, visto que as normas de assepsia e antisepsia não são seguidas.

Nos últimos tempos, esse vínculo tem sido quebrado, tendo em vista que a metodologia para provocar o abortamento mudou. No final da década de 1980, 70% dos casos de abortamento infectado envolviam algum tipo de sonda intrauterina utilizada nas pacientes. Em meados da década de 1990, houve uma reversão, e em 77% dos casos o misoprostol – substância medicamentosa que iremos abordar a seguir – foi o responsável pela indução do abortamento, declinando a utilização da sonda para 12%.⁹⁶ Hodiernamente, 80% a 90% dos abortamentos provocados o são através do misoprostol.⁹⁷

De acordo com o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO, “[...] abortamento provocado, em última análise, significa gravidez indesejada. O melhor tratamento, portanto, é aquele de natureza profilática, que é feito através de um planejamento familiar correto e efetivo”.⁹⁸ Sobre esta questão, trataremos melhor no último capítulo desta pesquisa.

2.2.2 Procedimentos abortivos

⁹⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 58.

⁹⁶ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 431.

⁹⁷ Ibidem. p. 415.

⁹⁸ Ibidem. p. 416.

Tendo em vista os conceitos apresentados no subcapítulo anterior, constituem procedimentos para interromper a gravidez – vale dizer, provocar o abortamento – aqueles utilizados até 22 semanas de gestação. Não obstante, dentre os diversos referenciais pesquisados para este trabalho, observamos que há quem antecipe esse prazo para 20 ou adie para 24 semanas de gestação. Após, será considerado indução ao trabalho de parto prematuro.

A técnica utilizada para esvaziamento uterino depende da idade gestacional e da condição física da mulher. Os procedimentos mais adequados para abortamento precoce são a aspiração a vácuo, manual ou elétrica, até 12 semanas, ou o uso combinado de mifepristona oral e prostaglandina oral ou vaginal, até 9 semanas – sendo este último o tratamento médico padrão recomendado. Não havendo disponibilidade destes, a dilatação e curetagem (D & C) pode ser utilizada. Já para gestações acima de 12 semanas, os métodos preferidos são a dilatação e extração (D & X) e a aspiração a vácuo, ou o uso de mifepristona, seguido de doses repetidas de misoprostol, ou a prostaglandina isolada em doses múltiplas.⁹⁹

Nesse íterim, a Organização Mundial da Saúde – OMS, na segunda edição do seu manual *Safe Abortion*, de 2012, recomendou que nos abortos cirúrgicos realizados de 12 a 14 semanas de gestação se utilize a técnica de aspiração a vácuo, e não a D & C.¹⁰⁰

Caso o feto já esteja com forma humana – o que acontece entre a 9ª e 10ª semana de gestação¹⁰¹ – é importante que, após o procedimento, o profissional faça a conferência da remoção das partes do corpo fetal, contando-as, a fim de assegurar que o aborto está completo.¹⁰²

A dor no esvaziamento uterino é provocada pela dilatação do colo, pela movimentação do útero, pela raspagem das paredes uterinas e pela contração

⁹⁹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1056.

¹⁰⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Abortion**: technical and policy guidance for health systems. 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=C79F63636EF9D2E9BA86EDCBF289DCF5?sequence=1>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 2.

¹⁰¹ “Em torno da 9ª semana de gestação, tendo embrião já aparência humana, [...] a organogênese está quase completa, e o desenvolvimento fundamentalmente voltado para o crescimento e a maturação de tecidos e órgãos formados na fase embrionária, vez que poucas estruturas novas surgem durante o período fetal” (BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 59. Ver também: REZENDE FILHO, op. cit., p. 1127, nota 99).

¹⁰² CLOWES, Brian. **The Facts of Life**: an authoritative guide to life and family issues. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 14.

estimulada pela ação. De acordo com obstetras, existe uma tendência atual à realização dos abortamentos precoces fora dos centros cirúrgicos – principalmente quando se utiliza a técnica de aspiração a vácuo – na forma de procedimento ambulatorial, mediante anestesia local (bloqueio paracervical). A anestesia geral ou de bloqueio raquiano ou peridural ficam reservados para casos de exceção, por exemplo, para pacientes muito jovens ou muito ansiosas.¹⁰³

Os métodos podem ser classificados como medicamentosos ou farmacológicos (antiprogesteronas, prostaglandinas, injeção intracardíaca de cloreto de potássio, injeção intra-amniótica de soluções hipertônicas); e cirúrgicos (dilatação e curetagem, aspiração intrauterina manual ou elétrica, dilatação e esvaziamento, dilatação e extração, histerotomia ou microcesariana).

Em se tratando de países em que o aborto induzido é liberalizado, os registros apontam que o tipo farmacológico corresponde a cerca de 22% dos abortos realizados nos EUA e 4% no Canadá; já o cirúrgico corresponde a mais de 70% dos abortos nos EUA e mais de 90% no Canadá.¹⁰⁴

Antes, porém, de explicarmos individual e detalhadamente os procedimentos supracitados, faz-se necessário salientar que existem métodos abortivos caseiros e rudimentares – e, portanto, extremamente perigosos –, utilizados pelas mulheres que desejam abortar em situação de ilegalidade.

Em alguns casos, são empregadas substâncias que, ao intoxicarem o organismo, produzem o aborto, podendo ser: inorgânicas (sais de chumbo, prata ou cobre, mercúrio, fósforo etc.), orgânicas de origem vegetal (ópio, estriquinina, quinino, beladona, arnica, losna, quebra-pedra, arruda etc.) ou animal (extrato de hipófise, cantárida etc.). Em outras situações, é feita a punção das membranas ovulares pelo aborteiro ou pela própria gestante, mediante o uso de objetos longos e pontiagudos, como pinças, agulhas de tricô, fios de arame, hastes de madeira, dentre outros. Há ainda quem tente abortar por meio de artifícios indiretos e extrauterinos, empregando agentes físicos térmicos (escalda-pés, pedilúvios, compressas de bolsa de água quente, aplicações de gelo no ventre) ou elétricos

¹⁰³ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 424.

¹⁰⁴ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 413.

(correntes galvânicas e choques elétricos), bem como agentes mecânicos (quedas provocadas e massagens, compressões e fortes pancadas no ventre).¹⁰⁵

Atualmente, é mais comum que as mulheres adquiram e façam uso, de forma clandestina, de medicamentos que contêm substâncias abortivas, como o *Cytotec*, desenvolvido para o tratamento de úlcera estomacal.¹⁰⁶ Isso porque, dentre seus efeitos colaterais, está a contração da musculatura uterina, o que, numa gestante, provoca fortes cólicas abdominais, sangramento e expulsão parcial ou completa do conceito – conforme veremos no tópico a seguir.

Dentre tantos métodos pesquisados, elencaremos aqui os mais conhecidos e utilizados pela Medicina, classificados de acordo com o tipo (medicamentoso ou cirúrgico) e em ordem crescente de indicação conforme a idade gestacional.

2.2.2.1 Medicamentosos

O ***misoprostol*** é a prostaglandina comumente utilizada para provocar o abortamento no 1º trimestre de gestação, cujo nome comercial e popularmente conhecido é *Cytotec*.

A ação do misoprostol ocorre especialmente no amadurecimento do colo, além de causar fortes contrações uterinas, que levam à expulsão do produto da concepção. Pode ser empregado com efetivo resultado de diversos modos: sob a forma de óvulos ou supositórios inseridos no fundo da vagina, junto ao colo; em forma de gel com cateter através do colo; em injeção amniótica transabdominal; em injeção intramuscular ou por via oral.¹⁰⁷

O tempo médio de permanência hospitalar com a indução do abortamento via misoprostol é de 24 a 36 horas.¹⁰⁸

Sem o auxílio da mifepristona, são necessárias doses repetidas de misoprostol para se alcançar taxas elevadas de abortamento completo. O uso isolado do misoprostol é alternativa válida ao abortamento cirúrgico, apesar de a

¹⁰⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 64-65.

¹⁰⁶ Ibidem. p. 64.

¹⁰⁷ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 426.

¹⁰⁸ Ibidem. p. 442.

taxa de eficácia na interrupção ser menor e os efeitos colaterais maiores se comparado ao esquema combinado entre ambos os medicamentos.¹⁰⁹

A paciente submetida a este procedimento deve estar ciente de que enfrentará vários efeitos colaterais, alguns durante horas ou dias, sendo os mais comuns: dor abdominal causada por cólicas intensas, sangramento vaginal acentuado, diarreias, náuseas e vômitos (principalmente quando administrado via oral), febre, calafrios, tonteira, cansaço, dor mamária.¹¹⁰ Em que pese tais efeitos, o uso de misoprostol apresenta vantagens no que tange à eliminação dos riscos inerentes à cirurgia de dilatação seguida de curetagem, como traumatismos da cérvix uterina. Além disso, complicações infecciosas pélvicas importantes são menos frequentes do que após o abortamento cirúrgico.¹¹¹

Dentre os cuidados pós-abortamento, inclui-se a administração de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides, além da necessidade de ultrassom transvaginal na primeira visita de acompanhamento para confirmar a expulsão. Os achados sonográficos devem ser analisados em conjunto com os sintomas da paciente, que podem denunciar continuação da gravidez, retenção do produto da concepção ou infecção. Tais sintomas incluem sangramento vaginal continuado e intenso – podendo resultar em anemia –, dor pélvica persistente, febre e calafrios.¹¹²

Nos casos em que o aborto não é completo, é preciso que a mulher se submeta a uma curetagem para retirada do material restante. Ainda, na hipótese de não ser confirmado o término da gestação, há que se complementar o procedimento com intervenção cirúrgica, tendo em vista o risco de teratogenicidade se a gravidez continuar.¹¹³

Há situações nas quais o misoprostol isolado é utilizado para induzir o abortamento no 2º trimestre de gestação. Nesse caso, a prostaglandina vai induzir a contração do útero e provocar a expulsão do feto como uma forma de trabalho de parto prematuro. Não é um método muito recomendado, visto que o abortamento medicamentoso nessa idade gestacional tem maior incidência de retenção de

¹⁰⁹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1057.

¹¹⁰ Ibidem. p. 1057.

¹¹¹ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 442.

¹¹² REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1057, nota 109.

¹¹³ Ibidem. p. 1057.

placenta do que o cirúrgico – geralmente feito por dilatação e extração (D & X) – problema este que irá requerer dilatação e curetagem (D & C) para remoção.¹¹⁴

Não bastasse, há risco de sobrevida fetal após a indução tardia de abortamento, isto é, o concepto pode ser expulso ainda vivo durante o procedimento (cerca de 7% dos casos).¹¹⁵ Para evitar esse percalço, pode-se recorrer ao feticídio terapêutico, por meio da introdução de injeção intracardíaca de cloreto de potássio no coração fetal, sob guia sonográfico.¹¹⁶

A **mifepristona**, fármaco de ação antiprogesterônica, provoca o amolecimento do colo do útero e a contração uterina, que se eleva 24 a 36 horas após a sua administração. Contudo, a mifepristona isolada não é suficiente para realizar o abortamento de forma eficaz, devendo ela ser combinada com a prostaglandina. Tendo em vista que a mifepristona torna o miométrio grávido 5 vezes mais sensível às ações estimulatórias da prostaglandina, a dose desta pode ser reduzida, de forma a minimizar os efeitos colaterais citados anteriormente.¹¹⁷

Segundo análises, o esquema de 200 mg de mifepristona, seguido 24 a 48 horas depois de 800 µg de misoprostol, resulta em abortamento completo em 96% das gestações de até 9 semanas.¹¹⁸ Assim, tem-se um esquema combinado altamente efetivo para indução do abortamento, com menos efeitos adversos.

Outra antiprogesterona, a *epostane* tem ação semelhante a mifepristona, porém necessita ser administrada somente até a 4ª semana de gestação.¹¹⁹

A **injeção intracardíaca** é um procedimento, realizado até a 16ª semana de gestação, no qual é injetado no coração fetal, por meio de uma agulha, uma concentração de cloreto de potássio (2 a 5 ml), capaz de provocar um ataque cardíaco imediato no concepto. Para tanto, utiliza-se a imagem ultrassônica para saber, com precisão, a posição do feto. Após alguns dias, este nasce morto por parto natural ou, se preciso, é feita a dilatação cervical para retirada.¹²⁰

¹¹⁴ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1057.

¹¹⁵ CLOWES, Brian. **The Facts of Life: an authoritative guide to life and family issues**. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 22.

¹¹⁶ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1057, nota 114.

¹¹⁷ Ibidem. p. 1056.

¹¹⁸ Ibidem. p. 1056.

¹¹⁹ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 426.

¹²⁰ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1057, nota 114.

É preciso alertar que a instilação inadvertida de cloreto de potássio no espaço intravascular materno pode ser letal.¹²¹

A **amniocentese** é uma técnica utilizada como alternativa para os casos em que a idade gestacional está muito avançada, no 2º ou 3º trimestre. Consiste na injeção intra-amniótica de soluções hipertônicas no saco gestacional. Neste procedimento, cerca de 200 ml de líquido amniótico são retirados por meio de uma agulha introduzida no saco amniótico, logo em seguida substituídos por uma solução salina a 20% ou com ureia a 30% ou 40% dissolvida em glicose a 5%.¹²²

Assim, depois de cerca de 1 hora, é causada a morte fetal por hipernatremia aguda, que causa vasodilatação generalizada, edemas, congestão, hemorragia, choque e óbito, além do efeito corrosivo do concentrado de sal, que queima a pele do nascituro e expõe a camada subcutânea.¹²³ Em aproximadamente 24 horas, o corpo entra em trabalho de parto para expulsão do feto.

De acordo com o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO, “inúmeras complicações, inclusive com mortes, têm sido relatadas com injeção intra-amniótica de salina: absorção vascular com hipernatremia, falência cardíaca, choque séptico, hemorragia, peritonite e intoxicação hídrica”. Além disso, há casos em que o feto sobrevive. Por isso, essa técnica tem dado lugar ao uso de prostaglandinas.¹²⁴

2.2.2.2 Cirúrgicos

A **dilatação e curetagem** (D & C) é uma técnica clássica de esvaziamento uterino ainda muito empregada, em especial quando não se dispõe do procedimento de aspiração a vácuo. Comumente é realizada no 1º trimestre, entre 5 e 13 semanas de gestação, mas também pode ser utilizada no início do 2º trimestre, no máximo até 16 a 18 semanas.¹²⁵

O método inclui a dilatação prévia do colo seguida do esvaziamento uterino e consiste no emprego de curetas, do tipo romba (em forma de colher) ou cortante,

¹²¹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1057.

¹²² BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 426.

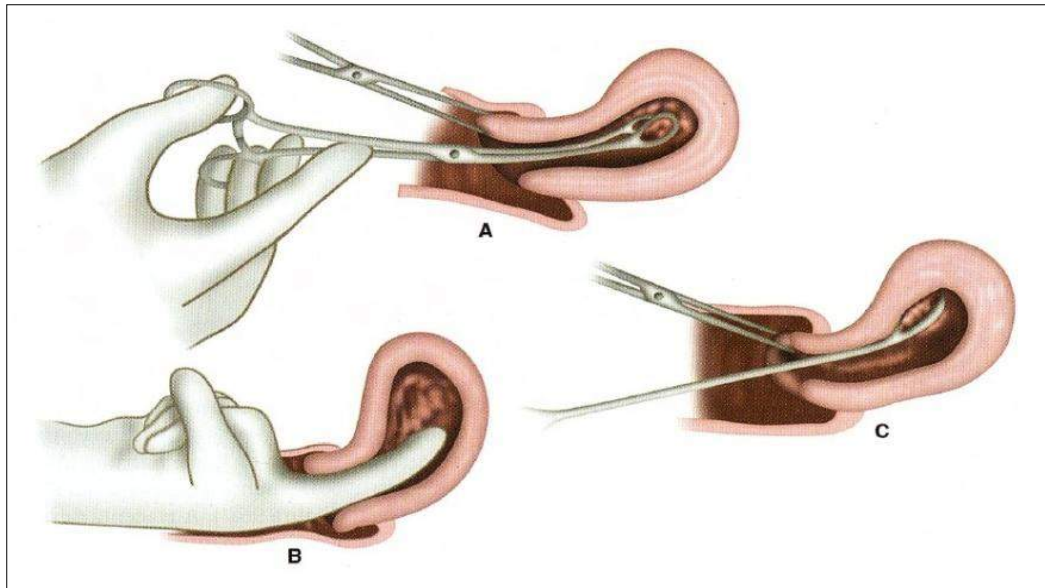
¹²³ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 64.

¹²⁴ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 426, nota 122.

¹²⁵ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1058-1060, nota 121.

que, introduzidas até o fundo uterino, raspam o interior do órgão em movimentos de vaivém em toda superfície endometrial. Normalmente, a curetagem é precedida da utilização da pinça de *Winter* para descolar e retirar a maior parte possível das membranas ovulares.¹²⁶

FIGURA 1 – Esvaziamento da cavidade uterina por meio de curetagem:
(A) descolamento com a pinça de *Winter*; (C) raspagem com a cureta



Fonte: Rezende Obstetrícia (2013).

No 1º trimestre, a dilatação mecânica do canal cervical é feita com o uso de dilatadores de diâmetro progressivo (dilatadores de *Hegar*). No 2º trimestre, é obrigatória a preparação do colo uterino com a administração prévia de 400 µg de misoprostol vaginal.¹²⁷

Na dúvida quanto à eliminação de todo o material ovular, o ultrassom pode ser utilizado. A continuação da gravidez após o procedimento é incomum e ocorre mais frequentemente quando a idade gestacional é inferior a 6 semanas. Por isso, deve-se evitar realizar interrupções antes da visualização do saco gestacional. Caso a mulher apresente sintomas que indiquem a persistência do estado gravídico, ou seja verificado que o esvaziamento uterino foi incompleto, o procedimento precisará ser repetido, devendo antes a laceração cervical ser identificada e reparada.¹²⁸

¹²⁶ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 422.

¹²⁷ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058.

¹²⁸ Ibidem. p. 1059.

O tempo médio de permanência hospitalar para esvaziamento uterino por meio de D & C é de 12 a 14 horas.¹²⁹ O pós-operatório inclui a administração terapêutica de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides. Mulheres Rh negativo devem receber a imunoglobina dentro de 72 horas.¹³⁰

A **aspiração intrauterina a vácuo** foi desenvolvida a fim de substituir o procedimento de dilatação e curetagem, sendo utilizada na maioria dos atendimentos para abortamento no 1º trimestre de gestação, entre 5 e 13 semanas. “Inicialmente foi empregada a aspiração elétrica, entretanto, à medida que a segurança e a eficácia do método foram mundialmente reconhecidas, e pela falta de energia elétrica em várias regiões do mundo, tornou-se necessária a criação de um modelo manual”¹³¹, conhecida como AMIU (Aspiração Manual Intrauterina).

O método inclui a dilatação prévia do colo seguida do esvaziamento uterino e consiste na eliminação do produto da concepção por aspiração, por meio de um tubo (cânula), pontudo e cortante, que perfura o saco amniótico, e, uma vez conectado a uma trompa de sucção a vácuo, aspira as partes fetais e o material placentário.¹³²

Na AMIU, os instrumentos compreendem dilatadores anatômicos, cânulas de tamanho que variam de 4 a 12 mm de diâmetro, seringas de vácuo com capacidade para 60 ml e adaptadores para conectar a cânula à seringa.¹³³

FIGURA 2 – APARELHO DE AMIU E CÂNULAS



Fonte: Google Imagens (2018).

¹²⁹ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 442.

¹³⁰ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058.

¹³¹ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 442, nota 129.

¹³² DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 64.

¹³³ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 423, nota 129.

Para interrupção de gestações até 9 semanas, pode ser utilizada tanto a AMIU quanto a aspiração elétrica – apesar de a manual ser preferível nestes casos, pois causa menos dor e é mais eficiente. Após, é recomendável a aspiração elétrica, devido à capacidade do frasco coletor ser maior, além de, ao contrário da AMIU, permitir uma pressão constante do vácuo, o que diminui a perda sanguínea.¹³⁴

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DA ASPIRAÇÃO INTRAUTERINA

| | ELÉTRICA | MANUAL |
|------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
| Equipamento | Bomba | Seringa |
| Vácuo | Contínuo | Descontínuo |
| Pressão de vácuo | 650 mmHg | 650 mmHg |
| Capacidade | 350-1200 ml | 60 ml |
| Cânulas | Metálicas ou Plásticas Rígidas ou Flexíveis | Plásticas e Flexíveis |
| Diâmetro | 4-16 mm | 4-12 mm |

Fonte: Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO (2001).

Segundo o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO, a AMIU é realizada nos seguintes passos: (1) a cânula é introduzida suavemente através do colo uterino¹³⁵; (2) com o adaptador colocado na seringa, conecta-se firmemente a seringa à cânula, sem que esta se desloque; (3) abrem-se as válvulas, permitindo a transferência dos tecidos para a seringa; (4) com movimentos lentos para trás e para frente e girando a cânula poucos graus após cada movimento, todo conteúdo da cavidade uterina é transferido para a seringa; (5) por fim, é feita a desconexão da seringa e retirada da cânula e demais instrumentos.¹³⁶

Já a aspiração elétrica é procedida da seguinte forma: (1) uma cânula curva é inserida na cavidade uterina, ainda sem sucção; (2) em seguida é conectada a um recipiente de coleta por meio de um tubo de polietileno; (3) inicia-se a sucção pelo aparelho de aspiração; (4) com movimentos de um lado para o outro, a cânula é

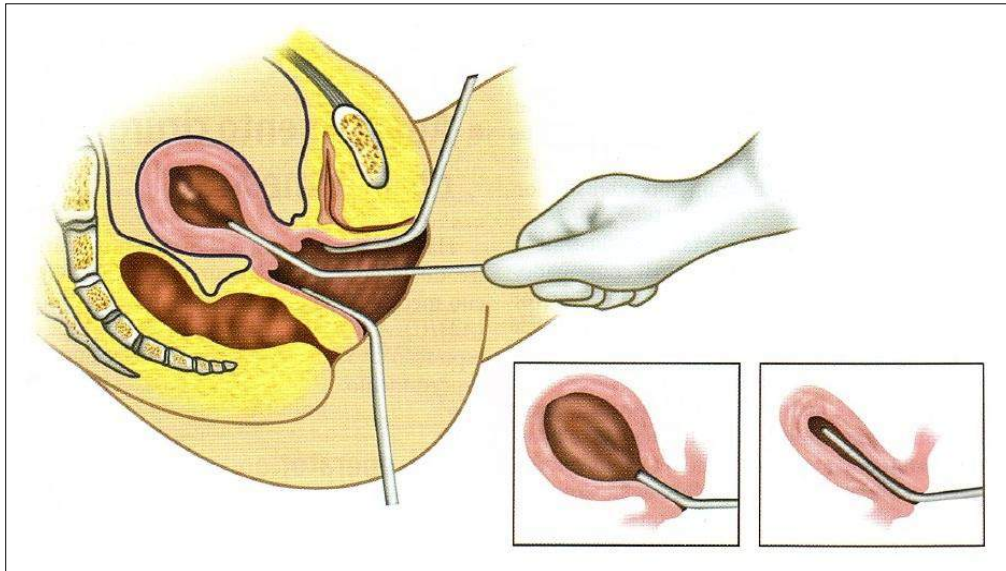
¹³⁴ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 442.

¹³⁵ Era comum, nessa etapa, verificar a histerometria (medição da profundidade do útero), mas agora especialistas desencorajam a prática, porque é a principal responsável pelos acidentes de perfuração, causada pelo instrumento medidor (histômetro). (REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058).

¹³⁶ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 425, nota 134.

rodada fazendo um arco durante a aspiração tecidual; (5) quando não houver mais tecido sendo aspirado, a cânula é retirada ainda em sucção contínua.¹³⁷

FIGURA 3 – DIFERENTES MOMENTOS DA ASPIRAÇÃO A VÁCUO



Fonte: Rezende Obstetrícia (2013).

Na AMIU, deve-se ter o cuidado de não permitir que o orifício da cânula atinja o canal provocando perda do vácuo, além de não tocar nos braços do êmbolo quando o vácuo estiver estabelecido. Se ocorrer o deslizamento do êmbolo, o ar ou material contido na seringa passarão para a cavidade uterina, sob pressão, havendo complicações.¹³⁸ Para se evitar a perfuração uterina, mais comum durante a etapa de dilatação ou de histerometria, o procedimento pode ser monitorado pelo ultrassom.¹³⁹

É um procedimento ambulatorial, podendo realizado com anestesia local (bloqueio paracervical). O tempo médio de permanência hospitalar para esvaziamento uterino por meio de AMIU é de 2 a 6 horas; já na aspiração elétrica varia de 6 a 12 horas.¹⁴⁰ Já o pós-operatório a ser observado é o mesmo da D & C.¹⁴¹

¹³⁷ SHULMAN, Lee; LING, Frank. **Surgical termination of pregnancy: first trimester**. UpToDate Inc., Waltham, 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-termination-of-pregnancy-first-trimester?source=search_result&search=abortion&selectedTitle=3~150#H2>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 8.

¹³⁸ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 425.

¹³⁹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1059.

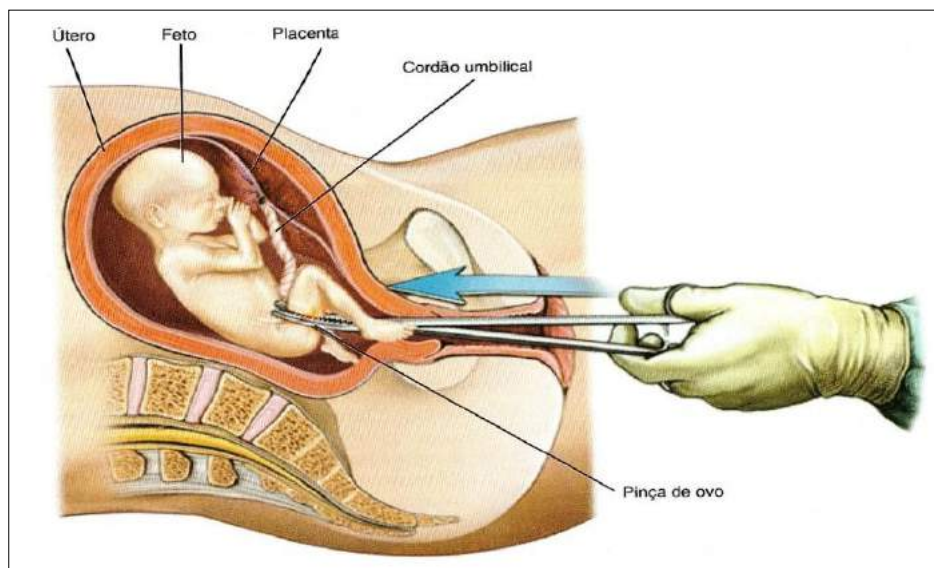
¹⁴⁰ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 442, nota 138.

A **dilatação e esvaziamento** (D & E) é uma técnica cirúrgica empregada na interrupção de gestações de 16 a 24 semanas, representa 96% dos procedimentos realizados nos EUA nessa idade gestacional.¹⁴² A D & E é feita em 2 estágios.

Inicialmente, é feita a dilatação do colo do útero com dilatadores mecânicos ou a preparação cervical com misoprostol. A garantia e seguridade da D & E depende da adequada e suficiente dilatação do colo. Os dilatadores mecânicos, quando colocados no colo, o expandem vagarosamente no intervalo de várias horas, e estão associados a taxas menores de laceração cervical que requerem reparação. Por sua vez, pacientes que recebem misoprostol apresentam dilatação menor, ficam mais tempo no processo e quase sempre precisam de dilatação manual adicional.¹⁴³

Após, atingida a dilatação necessária, é iniciada a aspiração do líquido amniótico do saco gestacional com uma cânula. A seguir, a pinça de ovo é introduzida na cavidade uterina e remove o feto, mediante desarticulação e remoção das partes do corpo uma a uma. Já a placenta deve ser capturada com a pinça, cuidadosamente descolada da parede uterina e removida através da cérvix. Uma alternativa é aspirar o feto e trazê-lo próximo à parte inferior do útero, para então ser removido com mais facilidade pela pinça de ovo.¹⁴⁴

FIGURA 4 – ESVAZIAMENTO DA CAVIDADE UTERINA POR MEIO DE D & E



Fonte: Rezende Obstetrícia (2013).

¹⁴¹ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058.

¹⁴² Ibidem. p. 1063.

¹⁴³ Ibidem. p. 1062-1063.

¹⁴⁴ Ibidem. p. 1060.

Como o concepto já está com o corpo totalmente formado e os tecidos fetais estão mais firmes e difíceis de serem fragmentados, pode haver a necessidade de utilização da pinça de *Mayo* (espécie de tesoura comprida e curvada). Em alguns casos, dependendo do tempo de gestação, pode ser preciso que o crânio do feto seja esmagado para que os fragmentos possam passar pelo colo do útero.¹⁴⁵

Feita a remoção da maior parte do produto da concepção, o esvaziamento do útero é completado com a aspiração. Já a cureta cortante pode ocasionar sangramento e é mais perigosa, sendo responsável por cerca de 30% das perfurações de 2º trimestre.¹⁴⁶

A fim de auxiliar o processo operatório, o controle via ultrassom “é útil para indicar quando o líquido amniótico foi esvaziado, localizar várias partes fetais a serem removidas e determinar se o procedimento está completo e a cavidade uterina vazia”.¹⁴⁷ Afinal, o abortamento só é considerado completo mediante a avaliação dos tecidos fetal e placentário, de modo a garantir a total remoção do produto da concepção.

Dentre as rotinas pós-operatórias, incluem-se a administração de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides, além de fármacos uterotônicos (ocitocina, vasoconstritores ou misoprostol retal), a fim de promover a contração uterina, dar maior tonicidade ao útero e diminuir a incidência de hemorragias. Já as mulheres Rh-negativo devem receber a imunoglobina Rh.¹⁴⁸

A **dilatação e extração** (D & X) trata-se de uma variação da D & E, sendo também empregada na interrupção de gestações de 16 a 24 semanas. É um procedimento cirúrgico que envolve maior dilatação cervical, obtida com dilatadores colocados em série por 2 a 3 dias, seguido pela remoção do feto intacto, exceto pela descompressão do crânio.¹⁴⁹

De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o método deve incluir todos os seguintes elementos: (1) dilatação deliberada do colo, usualmente por dias; (2) conversão instrumental do feto em posição pelvepodálica

¹⁴⁵ CLOWES, Brian. **The Facts of Life**: an authoritative guide to life and family issues. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/1082/2/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 15.

¹⁴⁶ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1060.

¹⁴⁷ Ibidem. p. 1061.

¹⁴⁸ Ibidem. p. 1061.

¹⁴⁹ Ibidem. p. 1061.

(ambos os pés na direção da pelve materna); (3) extração do corpo pela pelve, com exceção da cabeça; (4) perfuração da parte detrás da cabeça do feto com a tesoura cirúrgica, seguida do esvaziamento do conteúdo intracraniano por sucção, tornando possível efetuar o parto vaginal do concepto morto, mas intacto.¹⁵⁰ Por isso, esse método é conhecido nos EUA como *partial-birth abortion* (aborto com nascimento parcial), apesar das controvérsias em torno da expressão, não aceita tecnicamente pela classe médica.¹⁵¹

A técnica D & X é preferível ao procedimento padrão de D & E nos casos em que a preservação da anatomia fetal é desejada. Já segundo alguns especialistas adeptos desse método, a maior dilatação cervical e a introdução reduzida de instrumento no útero deveriam – teoricamente – diminuir os riscos de perfuração uterina, laceração cervical e infecção intrauterina.¹⁵²

Por sua vez, o médico que propagou a técnica, Martin Haskell, afirmou que a desenvolveu porque muitos cirurgiões encontravam dificuldades durante a D & E, em razão da resistência dos tecidos fetais ao desmembramento, tendo em vista o estágio avançado de desenvolvimento fetal.¹⁵³

Com relação aos cuidados pós-operatórios, estes são os mesmos da D & E.¹⁵⁴

A **histerotomia ou microcesariana** é uma técnica normalmente empregada para interrupção de gestações mais avançadas, no 2º trimestre (16 a 24 semanas), obedece, basicamente, aos mesmos princípios de uma cirurgia cesariana convencional. Consiste na “[...] retirada, mediante operação cirúrgica, do produto da concepção com a placenta por via abdominal”.¹⁵⁵

É raramente utilizada hoje em dia. “Ela encontra indicações em situações de exceção nas quais o miométrio é muito fino para possibilitar a manipulação segura com instrumentos dentro da cavidade uterina ou o colo está obstruído por tumoração ou qualquer outra anomalia uterina”.¹⁵⁶

¹⁵⁰ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1061.

¹⁵¹ CLOWES, Brian. **The Facts of Life: an authoritative guide to life and family issues**. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/1082/2/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 17.

¹⁵² REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1061, nota 150.

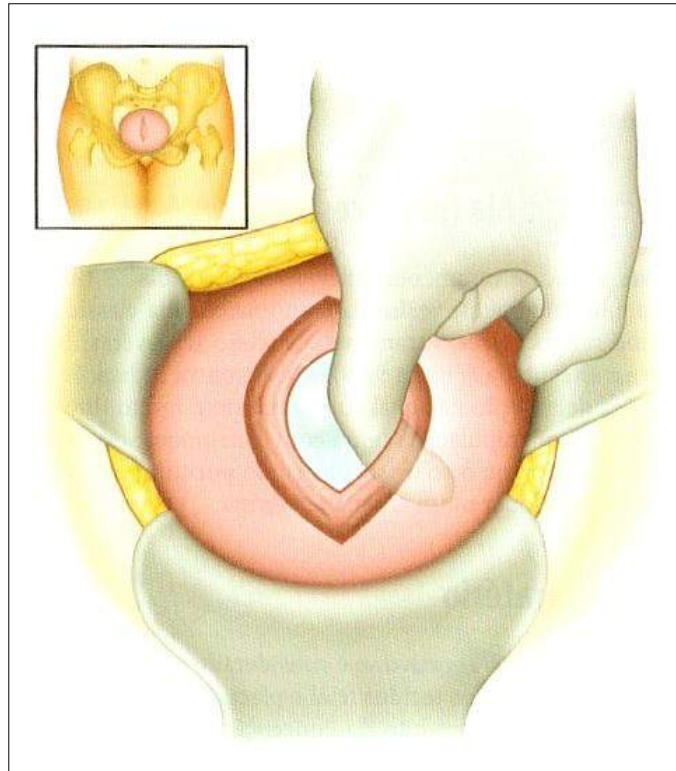
¹⁵³ CLOWES, op. cit., p. 16, nota 151.

¹⁵⁴ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1061, nota 150.

¹⁵⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 64.

¹⁵⁶ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1061, nota 150.

FIGURA 5 – DESCOLAMENTO DIGITAL DO OVO POR OCASIÃO DA MICROCESARIANA



Fonte: Rezende Obstetrícia (2013).

2.2.3 Consequências do abortamento na saúde da mulher

O bem do paciente é o *telos*, o propósito da Medicina, conforme lecionou o médico e bioético norte-americano Edmund Pellegrino. Segundo a Bioética, há quatro princípios éticos norteadores da prática médica: beneficência; não maleficência; justiça; e autonomia do paciente. Todos estes devem ser cumpridos obrigatoriamente, salvo se houver algum conflito, situação na qual deverão ser ponderados entre si.¹⁵⁷

Nenhuma intervenção médica, medicamentosa ou cirúrgica, está isenta de consequências, e, conforme pesquisamos, este fato não se mostra diferente quando se fala em abortar. O abortamento é uma prática médica que, naturalmente, é uma violência contra o corpo da mulher.

¹⁵⁷ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 412.

Por isso, é indispensável um discernimento baseado tanto nas evidências científicas sobre os benefícios e malefícios do procedimento, quanto no julgamento moral de qual seria o bem maior a ser buscado pelo médico no que tange à paciente. Ao priorizar a autonomia de escolha pela interrupção da gestação, estaria o clínico buscando a beneficência e a não maleficência em relação à sua paciente gestante?

Para responder a esta questão, passamos agora à análise dos impactos que o abortamento pode causar na saúde da mulher, que descobrimos que na maioria dos casos são subestimados, desconhecidos ou, pior, deliberadamente ignorados.

Precipuamente, informamos que a avaliação sobre as consequências e riscos do aborto para a saúde materna contempla em seu referencial teórico, em especial, diversas fontes internacionais, visto que, como bem observa a Dra. Patrícia Junges Frantz, a literatura sobre o assunto no Brasil ainda é muito escassa.¹⁵⁸

Em primeiro lugar, importa observar que o estado gravídico imprime ao organismo da mulher uma série de modificações de ordem sistêmica, “[...] apresentando alterações bioquímicas, fisiológicas e anatômicas consideráveis que são observadas logo após a fecundação, permanecendo durante toda a gravidez”.¹⁵⁹ Por exemplo, “[...] a gestação acrescenta aumento notável dos níveis de hormônios participantes ao lado de outros, novos, criados expressamente para tal fim”.¹⁶⁰

De acordo com o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO,

Durante o ciclo grávido-puerperal a saúde da mulher passa por uma série de adaptações, inicialmente, para propiciar a implantação do óvulo, com a progressão e o desenvolvimento apropriado do embrião, a tolerância ao feto, culminando com o parto, e em seguida o retorno ao estado pré-gravídico. Este processo de adaptação é gradual e envolve vários aspectos da fisiologia.¹⁶¹

Logo, quando a mulher passa por um aborto, é provocado um verdadeiro colapso no seu corpo, em razão da brusca interrupção do estado biofisiologicamente

¹⁵⁸ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 413.

¹⁵⁹ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 53.

¹⁶⁰ *Ibidem*. p. 30.

¹⁶¹ *Ibidem*. p. 46.

natural dentro do qual se evoluía. Afinal, “um aborto não volta o relógio e transforma uma mulher grávida em ‘não grávida’”.¹⁶²

A magnitude do desequilíbrio acarretado é tamanha porque tais mudanças não são simples tampouco se limitam ao sistema reprodutor da mulher e seus aparelhos genitais. Muito pelo contrário. Segundo especialistas,

Considerando todo o período de vida extrauterina, nenhuma alteração fisiológica se compara com a constatada durante a prenhez. Numerosas e intensas modificações metabólicas ocorrem continuamente durante o evoluir da gestação, basicamente para atender às demandas do feto e seus anexos (placenta e câmara amniótica). As alterações fisiológicas e bioquímicas se estendem a todo o organismo materno [...].¹⁶³

Assim, quando a gestação acontece, o organismo apresenta modificações importantes que comprometem os órgãos interessados no desenvolvimento ovular e um conjunto de funções fisiológicas que devem adaptar-se à gravidez, a fim de atender às exigências funcionais do embrião em vias de desenvolvimento, tais como: modificações genitais; modificações mamárias; diversas alterações hemodinâmicas no sistema cardiovascular; alterações metabólicas e bioquímicas; mudanças na função renal; alterações funcionais e anatômicas no aparelho digestivo; ação de hormônios sob a função pulmonar; mudanças hematológicas; alterações cutâneas; alterações no sistema nervoso; adaptação do sistema osteoarticular.¹⁶⁴

Em segundo lugar, é imprescindível esclarecer que a mulher está sujeita a diversos efeitos colaterais e riscos quando se submete ao aborto provocado, e não podemos olvidar que este é um fato médico, independentemente da legalidade ou não da prática. Nesse sentido, o Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO afirma:

A própria morbidade e mortalidade não desprezíveis do abortamento dito terapêutico, mesmo quando executado por profissionais gabaritados, tem seus riscos iminentes, embora infinitamente menores que no caso do abortamento executado clandestinamente e por profissionais não qualificados. [...]. Embora as complicações sejam minimizadas, acontece em cifras que não são desprezíveis: sangramentos, retenção de restos ovulares, perfuração uterina, infecção pélvica, peritonite e septicemia. Até mesmo a mortalidade materna, que estaria fora de expectativa, acontece.

¹⁶² GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 494.

¹⁶³ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 64.

¹⁶⁴ *Ibidem*. p. 53-106.

Nos países do primeiro mundo o abortamento terapêutico ainda determina entre 2 e 4 óbitos por cada 100.000 nascidos vivos.¹⁶⁵

Pesquisas sobre as complicações decorrentes do aborto legal nos EUA apontam que até 100 mulheres morrem anualmente nos países devido ao procedimento. Ocorre que a maioria desses óbitos não é registrada como decorrente do aborto, mas sim atribuída a outras causas, como infecção sanguínea, acidentes anestésicos ou gangrena “espontânea” dos ovários.¹⁶⁶

Um estudo feito no Canadá apontou uma taxa de busca por atendimento emergencial hospitalar de 4,5% até 15 dias após o aborto e de 0,4% internações. Tendo em vista que anualmente são realizados de 80.000 a 100.000 abortos por ano no país (dados podem ser subnotificados), aproximadamente 4.000 mulheres por ano apresentam alguma complicação imediata do aborto, e dessas cerca de 350 precisam ser hospitalizadas. Isso sem considerar aquelas que não recorreram a atendimentos a nível hospitalar. Outras pesquisas feitas na Dinamarca e na Nova Zelândia encontraram taxas semelhantes de complicações imediatas – 5% e 5,8%, respectivamente –, principalmente hemorragia e infecção, em especial quando há histórico de abortamentos prévios e uso de medicamentos como método abortivo.¹⁶⁷ Já no Nepal, de 80.500 mulheres que receberam tratamento pós-abortamento, em 2014, 11% foram por complicações em abortos legais.¹⁶⁸

As estatísticas acerca das complicações imediatas do aborto oscilam bastante, a depender do local da pesquisa e do tipo de procedimento realizado: no cirúrgico, podem variar de 1 a 11%; no farmacológico, essa percentagem pode ser 4 vezes mais elevada.¹⁶⁹

O abortamento medicamentoso induzido por prostaglandinas e antiprogesteronas possui efeitos colaterais que podem durar horas ou dias, os quais incluem: cólicas intensas (56%); náuseas e vômitos (54%); cansaço (50%); febre

¹⁶⁵ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 432.

¹⁶⁶ CLOWES, Brian. **The Facts of Life: an authoritative guide to life and family issues**. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 39.

¹⁶⁷ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 415.

¹⁶⁸ PURI, Mahesh *et. al.* **Abortion Incidence and Unintended Pregnancy in Nepal**. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 42, n. 4, p. 197-209, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1363/42e2116.pdf?refreqid=excelsior%3A523ce69eb06c61ff52563cec64449697>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 201.

¹⁶⁹ FRANTZ, *op. cit.*, p. 414, nota 167.

(40%); dor mamária (28%); sangramento vaginal intenso e continuado (10%), podendo causar anemia; além de diarreia, tonteira e calafrios.¹⁷⁰ Além disso, há risco de abortamento incompleto (em média 5% dos casos), uma das complicações mais comuns do aborto farmacológico, em comparação com o cirúrgico.¹⁷¹

Na injeção intracardíaca, a instilação de cloreto de potássio no espaço intravascular materno pode ser letal.¹⁷² Já na injeção intra-amniótica de solução salina, são relatadas inúmeras complicações, que inclusive podem levar à morte: absorção vascular com hipernatremia, falência cardíaca, choque séptico, hemorragia, peritonite e intoxicação hídrica.¹⁷³

O abortamento cirúrgico pode apresentar complicações que em geral incluem: perfuração uterina, hemorragia, hematometra (acúmulo de sangue no útero no período pós-operatório), infecção. O risco de complicação se eleva com a idade materna, a paridade (número de partos) e o tempo de gestação.¹⁷⁴

À medida que a gravidez avança, o perigo envolvido no abortamento aumenta exponencialmente, principalmente porque, com o passar do tempo, torna-se mais eficaz – e, portanto, mais comum – o aborto cirúrgico, conforme vimos no tópico anterior. “Após 12 semanas em diante está o ovo muito desenvolvido e volumosa a cavidade uterina; por serem suas paredes finas e moles, o esvaziamento instrumental torna-se perigoso”.¹⁷⁵

Alguns estimam que 2 a 3% das mulheres que abortam sofrem perfurações no útero, em sua maioria provocada durante abortos realizados no 1º trimestre.¹⁷⁶ Por sua vez, um estudo realizado na Finlândia encontrou uma taxa de lesão uterina de 0,6%. Entretanto, o pesquisador ressaltou que a grande parte das perfurações não é detectada durante ou imediatamente após o procedimento, de modo que as mulheres podem permanecer assintomáticas ou sentirem dor abdominal muitas semanas depois. Por isso, foi feita uma averiguação em 6.408 casos de abortos de

¹⁷⁰ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1057.

¹⁷¹ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 415.

¹⁷² REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1057, nota 170.

¹⁷³ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 426.

¹⁷⁴ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 1059, nota 170.

¹⁷⁵ REZENDE FILHO; MONTENEGRO, op. cit., p. 380, nota 170.

¹⁷⁶ CLOWES, Brian. **The Facts of Life**: an authoritative guide to life and family issues. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/1082/2/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 39-40.

1º trimestre, na qual os colaboradores descobriram que a taxa de perfuração uterina era, na verdade, cerca de 7 vezes maior do que as tipicamente suspeitas.¹⁷⁷

Um das consequências dessas lesões uterinas são as chamadas sinéquias – cicatrizes que se formam dentro do útero em razão de agressões ao endométrio –, que ocorrem em 13% dos casos. Essas aderências podem levar a alterações no fluxo menstrual, abortos espontâneos e infertilidade, em graus variados de gravidade. O risco é maior para quem já passou por repetidos abortos, aumentando para 39%, e nos casos em que ele é feito por meio de curetagem – apesar de também ser possível acontecer na aspiração a vácuo.¹⁷⁸

Já lacerações cervicais que necessitam de sutura ocorrem em aproximadamente 1% dos abortos de 1º trimestre. Quando menos severas e não diagnosticadas, formam cicatrizes que também podem trazer problemas para gravidezes subsequentes, como incompetência cervical, parto prematuro e complicações durante o parto.¹⁷⁹

Pelo que observamos no tópico anterior, o abortamento cirúrgico é uma “operação às cegas”, literalmente: o cérvix é espaçado e o instrumento adentra na cavidade uterina para realizar o procedimento, sem que o médico consiga ver aquilo que está sendo feito no interior do corpo da mulher. Por isso, alguns consideram útil o auxílio via ultrassom para controlar melhor o procedimento¹⁸⁰, mas não é comum que isso aconteça.

Na D & C e na aspiração, há perigo de perfuração da parede uterina, geralmente provocada na etapa de histerometria (mais comum) ou durante o procedimento. “Suspeita-se da perfuração quando o instrumento avança além do estimado para as dimensões uterinas, o que é confirmado pela presença de gordura ou de intestino na cureta de aspiração ou no óstio cervical”.¹⁸¹ Além disso, o acidente pode ser causado nos quadros em que o útero está em retroflexão ou

¹⁷⁷ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 418-419.

¹⁷⁸ Ibidem. p. 419.

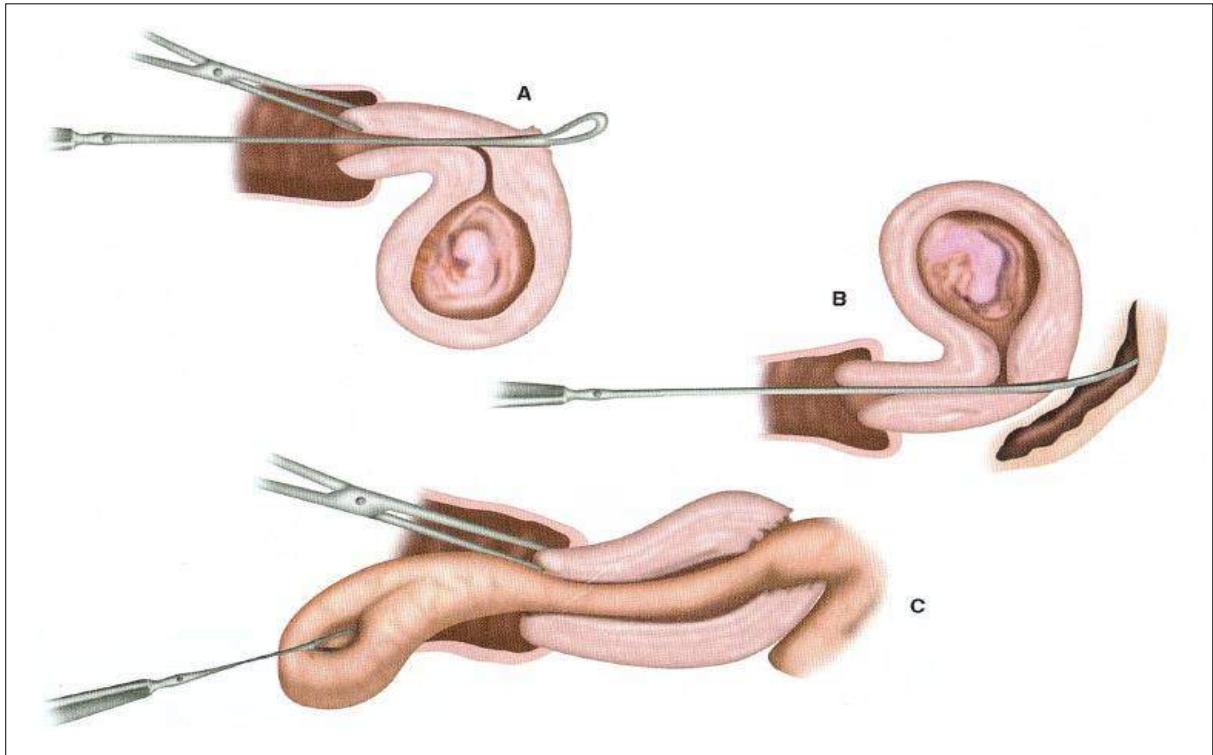
¹⁷⁹ CLOWES, Brian. **The Facts of Life**: an authoritative guide to life and family issues. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/1082/2/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 40.

¹⁸⁰ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1061.

¹⁸¹ Ibidem. p. 1059.

anteflexão (figura 6).¹⁸² Na D & E, as complicações mais comuns incluem hemorragia, laceração cervical e perfuração.¹⁸³

FIGURA 6 – ACIDENTES DA CURETAGEM E ASPIRAÇÃO:
(A) útero em retroflexão; (B) útero em anteflexão; (C) após perfurar e dilacerar o fundo do útero, a cureta apreende e exterioriza a alça intestinal



Fonte: Rezende Obstetrícia (2013).

Além disso, os dilatadores empregados no processo de abortamento podem causar problemas: as laminárias (feitas com algas desidratadas) podem provocar alergias, incluindo anafilaxia; os dilatadores podem criar falsas passagens, romper a membrana amniótica e determinar infecção; podem ser difíceis de remover (o Dilapan-S, por vezes, se fragmenta).¹⁸⁴

Segundo Warren Hern¹⁸⁵, na Medicina, há poucos procedimentos cirúrgicos que recebem tão pouca atenção e são subestimados em seu potencial risco como o aborto. O médico afirma que a prática é menosprezada pela classe médica há anos, tanto que os centros de ensino não dispensam a ela uma instrução séria em seu

¹⁸² REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1060.

¹⁸³ Ibidem. p. 1063.

¹⁸⁴ Ibidem. 2013. p. 1062.

¹⁸⁵ HERN, Warren. **First Trimester Abortion Principles, Techniques and Clinical Management**. In: CORSON, Stephen; DERMAN, Richard; TYRER, Louise. *Fertility Control*. 2. ed. Ontario: Goldin Publishers, 1994. p. 465-485. p. 470.

desempenho e provisão como serviço médico. Nesse sentido, ele aponta um estudo sobre programas de residência em obstetrícia e ginecologia, promovido pelo Instituto *Alan Guttmacher*, o qual levantou que apenas 26,3% dos hospitais requeriam treinamento para abortos no 1º trimestre e apenas 4 de 10 procediam à observação de abortos durante a capacitação.

A deficiência na formação sobre o tema na área da saúde também é relatada por Espey *et. al.*, os quais apontam que, “[...] mesmo o aborto tendo uma alta prevalência nos EUA, 17% das escolas médicas não incluem o tema em seus currículos”.¹⁸⁶

Especificamente no que tange às complicações infecciosas após o abortamento provocado – como a sepse –, especialistas afirmam que podem ocorrer em qualquer modalidade, médico ou cirúrgico, e em qualquer dos dois trimestres. Além disso, apesar de estar quase sempre associado à interrupção provocada em más condições técnicas, o abortamento infectado não é prerrogativa exclusiva destes casos.¹⁸⁷ A infecção “é quase sempre consequente à retenção do produto da concepção (restos ovulares), mas pode depender apenas do procedimento em si, e está acompanhada de significativa morbiletalidade materna”.¹⁸⁸

Nos países onde o procedimento é liberalizado, há pouca preocupação com o risco de infecção, principalmente no aborto medicamentoso, por não haver neste uso de instrumentos dentro do colo do útero. No entanto, a partir do acompanhamento dos centros de abortamento nos EUA, pesquisadores ligados à IPPF admitiram que ocorrem infecções, inclusive graves.¹⁸⁹

Taxas precisas de infecção pós-abortamento são difíceis de serem definidas, em razão da grande dissonância de informações provenientes de diferentes países. As diretrizes norte-americanas e canadenses apontam um baixo risco, de 0,1 a 2,4%. Entretanto, aproximadamente 30% das mortes relacionadas ao aborto legalmente induzido são atribuíveis à infecção.¹⁹⁰

¹⁸⁶ ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de *et. al.* **Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, p. 243-247, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018. p. 244.

¹⁸⁷ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 381.

¹⁸⁸ *Ibidem.* p. 1064.

¹⁸⁹ FJERSTAD, Mary *et. al.* **Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion.** The New England Journal of Medicine, v. 361, n. 2, p. 145-151, 9 jul. 2009. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0809146>>. Acesso em: 10 set. 2018. p. 146.

¹⁹⁰ ACHILLES, Sharon; REEVES, Matthew. **Prevention of infection after induced abortion.** Contraception, v. 83, n. 4, p. 295-309, abr. 2011. Disponível em: <<https://www.contraceptionjournal>>.

As mulheres submetidas a um aborto apresentam maior risco de serem acometidas com a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) que a população em geral. A DIP é uma infecção do útero, das trompas ou dos ovários, que ocorre quando bactérias da vagina ou cérvix – principalmente aquelas sexualmente transmissíveis – alcançam estes órgãos, provocando dor pélvica crônica (8 a 20%) e infertilidade (12 a 20%), além de aumentar em 10 vezes a incidência de gravidez ectópica. Já mulheres portadoras de clamídia (e muitas são assintomáticas) que realizam um aborto têm risco dobrado de desenvolverem DIP.¹⁹¹

Em terceiro lugar, a história de abortamentos anteriores é fator de risco para o futuro obstétrico da mulher, que pode enfrentar várias disfunções em gestações posteriores ou ter problemas para engravidar novamente. Afinal, “a grande maioria das mulheres que tiveram um aborto induzido desejam ficar grávidas posteriormente”.¹⁹²

De acordo com médicos obstetras, a chance de abortamento espontâneo piora a cada interrupção da gestação e alcança 40% após 3 abortamentos consecutivos.¹⁹³

O risco de desenvolver placenta prévia – implantação inadequada da placenta, na porção inferior do útero, que causa sangramentos durante a gravidez e pode provocar hemorragias – é de 30 a 70% maior em mulheres que induziram o aborto, principalmente se este for repetido.¹⁹⁴

Por sua vez, embora pesquisas envolvendo aborto e infertilidade sejam escassas, alguns levantamentos observaram um risco maior de 60 a 70% de se desenvolver patologia tubária após um aborto. Já diversos estudos de caso-controle verificaram uma chance 2 a 6 vezes maior de mulheres com gravidez ectópica terem passado por um aborto induzido previamente.¹⁹⁵

Além disso, é comprovado por estudos contundentes que o abortamento induzido aumenta significativamente o perigo de partos prematuros em gestações

org/article/S0010-7824(10)00644-X/pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 295.

¹⁹¹ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 416-417.

¹⁹² GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **Prematuridade em gestações subsequentes ao aborto provocado**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 463.

¹⁹³ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 382.

¹⁹⁴ FRANTZ, op. cit., p. 419, nota 191.

¹⁹⁵ Ibidem. p. 418.

subsequentes ou da criança ter baixo peso ao nascer. Tanto que, em 2006, uma publicação do Instituto de Medicina dos EUA listou o aborto provocado como uma causa imutável de parto prematuro.¹⁹⁶

Essa complicação ocorre porque os traumas causados pela dilatação do colo uterino durante o abortamento podem provocar insuficiência istmo-cervical, além de cicatrizes do tecido. Logo, quanto mais abortos induzidos a mulher faz, mais fraco tende a ficar seu colo uterino e, por conseguinte, maior é o seu risco de ter nascimentos prematuros ou bebês com baixo peso¹⁹⁷ – o que caracteriza o chamado efeito dose-resposta¹⁹⁸ entre aborto e prematuridade.

Tais fatos foram constatados em duas revisões sistemáticas com metanálise. A primeira, que envolveu 21 estudos, de 1995 a 2007, verificou um aumento na prematuridade de 25% entre mulheres com um aborto e de 51% para aquelas com dois ou mais. Além disso, gestantes com histórico de abortamento induzido teriam 64% maior risco de ter um bebê com nascimento extremamente prematuro (antes de 32 semanas), em comparação com aquelas que nunca provocaram um aborto.¹⁹⁹ A segunda corresponde a uma análise de 37 estudos²⁰⁰, cujos resultados expomos na tabela abaixo:

TABELA 1 – RISCO DE PREMATURIDADE OU BAIXO PESO AO NASCER EM GESTANTES COM HISTÓRICO DE ABORTAMENTO INDUZIDO

| CONSEQUÊNCIA | 1 ABORTO | 2 OU MAIS ABORTOS |
|---------------------------------|----------|-------------------|
| Prematuro (antes de 37 semanas) | 36% | 93% |
| Baixo peso | 35% | 72% |

Fonte: Elaboração própria.

¹⁹⁶ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 483.

¹⁹⁷ SHAH, Prakesh; ZAO, Jamie. **Induced termination of pregnancy and low weight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses**. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 116, n. 11, p. 1425-1442, mai. 2009. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 1425.

¹⁹⁸ Critério n. 7 de Bradford Hill: com base em mecanismos biológicos, quanto mais se expõe ao risco, maior o risco da doença, se um fator for causal.

¹⁹⁹ SWINGLE, Hanes *et. al.* **Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses**. *Journal of Reproductive Medicine*, v, 54, n. 2, p. 95-108, fev. 2009. Disponível em: <http://www.reproductivemedicine.com/toc/auto_abstract.php?id=23566>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 95.

²⁰⁰ SHAH; ZAO, op. cit., p. 1425, nota 197.

A associação entre abortos induzidos e prematuridade também foi ratificada por um recente estudo do Canadá²⁰¹, envolvendo um total de 17.916 mulheres, das quais 2276 haviam feito um aborto e 862 fizeram dois ou mais. Dentre estas que abortaram, foi constatado um aumento no risco de prematuridade variando de 45 a 117%, sendo que as chances foram ainda maiores para aquelas com histórico de dois ou mais abortos:

TABELA 2 – GRAU DE PREMATURIDADE EM GESTANTES COM HISTÓRICO DE ABORTAMENTO INDUZIDO

| IDADE GESTACIONAL | RISCO DE PREMATURIDADE |
|-------------------|------------------------|
| 32 semanas | 45% |
| 28 semanas | 71% |
| 26 semanas | 117% |

Fonte: Elaboração própria.

Ainda, Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy²⁰² assinalam que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são consequências do abortamento cujos prejuízos ultrapassam a saúde da mulher, pois essas crianças estão sujeitas a um risco significativamente maior de desenvolver deficiências, em especial, paralisia infantil e comprometimento cognitivo, além de terem menos chances de chegarem à idade adulta. Além disso, quatro estudos apontados pelos referidos autores documentaram a relação entre a experiência do aborto na mãe e a ocorrência de filhos com autismo nas gestações subsequentes (risco de 176%).

Em quarto lugar, os avanços da Medicina e estudos epidemiológicos continuados mostram cada vez mais que existe correlação entre abortamento e câncer de mama, pois a interrupção do processo gestacional tem efeitos sobre as células mamárias, tornando o tecido mamário um terreno mais propício ao aparecimento de células cancerígenas.

Cientificamente, é conhecida de longa data a relação entre gravidez e câncer de mama, de forma que os diferentes desfechos do processo gestacional influem

²⁰¹ HARDY, Ghislain; BENJAMIN, Alice; ABENHAIM, Haim. **Effect of induced abortion on early preterm births and adverse perinatal outcomes.** Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada, v. 35, n. 2, p. 138-143, fev. 2013. Disponível em: <[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)31018-5/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)31018-5/pdf)>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 141.

²⁰² GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **Prematuridade em gestações subsequentes ao aborto provocado.** In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 467-468.

nas taxas de risco do desenvolvimento desse mal nas mulheres. Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy lembram que

Durante séculos se soube que não ter filhos aumentava o risco de uma mulher ter câncer de mama e que a gravidez era um fator de proteção. Em 1743, Ramazzini de Padua observou que havia uma incidência crescente de câncer de mama entre freiras. Em 1842, cem anos depois, Rigioni-Stern percebeu um risco três vezes maior de câncer de mama em freiras. Na primeira década dos anos 2000, com os avanços da tecnologia, os cientistas descobriram as mudanças genéticas que ocorrem nas células da mama, as quais explicam o motivo de uma gravidez proporcionar essa proteção contra o câncer.²⁰³

Posto isso, cabe explanarmos o mecanismo biológico que explica por que o fim precoce de uma gestação leva ao aumento do risco do câncer de mama.

Uma mulher nasce com lóbulos Tipo 1, imaturos. Com a chegada da puberdade, ela desenvolve mais lóbulos Tipo 1, que depois se tornam do Tipo 2, e provocam o crescimento do tamanho dos seios. Por serem imaturos, esses tipos de lóbulos são vulneráveis ao câncer. Logo, uma mulher que nunca passou por uma gestação completa está mais suscetível à doença do que aquelas que já foram mães. Quando a mulher engravida, os lóbulos mamários se proliferam, em razão do aumento dos níveis de estrogênio e progesterona no organismo feminino no 1º trimestre, estimulados pelo hCG, de forma a produzir mais tecido mamário. Por isso, seios doloridos e tenros é o sintoma mais precoce de uma gravidez. Ocorre que quanto maior a quantidade de células que se multiplicam, maior a possibilidade de que uma mutação aconteça numa delas. Uma célula anormal sujeito ao estrogênio provavelmente continuará a se multiplicar sem consertar essa falha, e, por conseguinte, gerar uma célula cancerosa. Durante o 2º trimestre, após a 20ª semana de gestação, com a elevação do nível de lactogênio placentário, os lóbulos vulneráveis ao câncer começam a amadurecer para lóbulos Tipo 4, que são resistentes à doença. Assim, à medida que as células se especializam na produção de leite, tornam-se menos suscetível a se tornar malignas se comparadas às células não diferenciadas. Depois de 32 semanas de gestação, lóbulos do Tipo 4 desenvolveram-se suficientemente para que a mulher seja protegida contra o câncer mama (85%). Após uma gravidez completa, feito o desmame, esses lóbulos alteram-

²⁰³ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 480.

se para o Tipo 3, os quais guardam as mudanças genéticas dos anteriores por toda a vida, ou seja, também protegem contra o câncer. Dessa forma, somente 15% do tecido mamário permanecem suscetíveis à formação do câncer.²⁰⁴

Por outro lado, após a proliferação dos lóbulos Tipo 1 e Tipo 2 e consequente crescimento do tecido mamário no início da gravidez, todo esse processo de maturação e diferenciação das células que se multiplicaram não ocorrerá caso a gestante se submeta a um aborto. Sendo assim, o que acontecerá é tão somente a formação de mais tecido vulnerável ao câncer na região.

Além disso, o aborto induzido é causa de aumento no risco de câncer de mama em razão do seu efeito secundário sobre a prematuridade, pois – conforme já vimos neste tópico – quanto mais abortos uma mulher fizer, maior o risco de partos prematuros nas gestações subseqüentes. Logo, se o nascimento ocorrer antes da 32ª semana de gestação, também há um aumento no risco de câncer de mama, em razão do mesmo mecanismo biológico descrito anteriormente.

Há exaustivas produções científicas que atestam a ligação independente entre aborto induzido e câncer de mama, isto é, que comprovam que provocar o aborto, por si só, eleva o risco de desenvolver essa doença, mesmo quando os resultados são controlados por fatores de confusão (idade, histórico familiar, etc.). Ademais, a maioria apresenta relação dose-resposta entre número de aborto e risco de câncer de mama, isto é, quanto mais abortamentos, mais chances de se desenvolver a doença.

De acordo com o Instituto de Prevenção do Câncer de Mama dos EUA²⁰⁵, segundo dados atualizados até abril de 2018, há 57 estudos epidemiológicos que mostram uma correlação positiva entre aborto induzido e câncer de mama, sendo 36 deles estatisticamente significantes (intervalo de confiança de 95%):

TABELA 3 – RISCO ENTRE ABORTAMENTO E CÂNCER DE MAMA

| DATA | LOCAL | RISCO |
|------|-------|-------|
| 1957 | Japão | 163% |
| 1982 | Japão | 152% |

²⁰⁴ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 484-486.

²⁰⁵ BREAST CANCER PREVENTION INSTITUTE. **Epidemiologic Studies: Induced Abortion and Breast Cancer Risk.** 2018. Disponível em: <https://www.bcpinstitute.org/uploads/1/1/5/1/115111905/bc_pi-factsheet-epidemiol-studies_2014.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018. p. 1-5.

| DATA | LOCAL | RISCO |
|------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1988 | Dinamarca | 285% |
| | França | 80% |
| | Rússia | 90% (1 aborto) 180% (2 abortos) |
| | EUA | 20% |
| 1989 | EUA | 90% |
| 1993 | EUA | 50% (até 40 anos) 180% (de 41 a 49 anos) 370% (acima de 50 anos) |
| | EUA | 140% |
| | EUA | 50% |
| 1994 | EUA | 70% (nulíparas) 36% (aborto antes da primeira gestação completa) |
| | França, Austrália e Rússia | 50% |
| 1995 | China | 190% (1 aborto) 260% (2 abortos) |
| | Grécia | 106% (aborto antes da primeira gestação completa) 59% (aborto após a primeira gestação completa) |
| | Holanda | 90% 160% (aborto antes da primeira gestação completa) |
| 1996 | Itália | 20% 40% (pré-menopausa) |
| | Itália | 20% |
| | EUA | 30% |
| | EUA | 23% |
| | Dinamarca | 38% (aborto até 12 semanas) 89% (aborto após 18 semanas) |
| 1999 | Itália | 75% (aborto a partir de 30 anos) |
| 2003 | Alemanha | 35% |
| 2006 | Irã | 694% |
| 2007 | Irã | 62% |
| 2008 | China | 64% |
| | EUA | 66% |
| | Turquia | 66% |
| 2009 | China | 26% |
| | Armênia | 186% |
| 2011 | França | 70% |
| | China | 25% (1 aborto) 67% (2 abortos) 150% (3 ou mais abortos) |
| | China | 150% (1 aborto) 1131% (2 ou mais abortos) |
| 2013 | Bangladesh | 1962% |

| DATA | LOCAL | RISCO |
|------|------------|-------|
| 2015 | Bangladesh | 245% |
| 2016 | Índia | 58% |

Fonte: Elaboração própria.

Há também um levantamento de recentes estudos sobre o tema, preparado de 2013 a 2017 por Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy²⁰⁶, os quais afirmam que a relação entre aborto induzido e câncer de mama é predominantemente atestada nas pesquisas. Em síntese, 18 dos 19 trabalhos apresentadas associam o abortamento provocado ao risco de desenvolvimento da doença, sendo que 16 deles são estatisticamente significantes. De acordo com os autores, a soma geral das probabilidades é de 2,258 (em termos percentuais, 225,8%), ou seja: mulheres que fazem aborto têm mais do que o dobro de chance de desenvolverem câncer de mama.²⁰⁷

TABELA 4 – ESTUDOS RECENTES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ABORTO E CÂNCER DE MAMA

| DATA | LOCAL | AMOSTRA | PROPORÇÃO DE PROBABILIDADES | ESTATISTICAMENTE SIGNIFICANTE? |
|------|-------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2011 | Ásia | 27 estudos (metanálise) 403.170 mulheres | 3,00 (3 ou mais abortos) | Sim |
| 2012 | China | 17 estudos (metanálise) 20.421 mulheres | 1,28 (no total) 1,05 (1 aborto) 1,34 (2 ou mais abortos) | Sim |
| 2013 | Bangladesh | 262 | 20,62 | Sim |
| | Cazaquistão | 196 | 2,67 | Sim |
| | Índia | 152 | 2,08 | Sim |
| | Índia | 320 | 5,03 | Não |
| | Iraque | 300 | 1,76 | Sim |
| | México | 465 | 6,80 | Sim |
| | Sérvia | 191 | 0,54 | Não |
| 2014 | China | 36 estudos (metanálise) 19.367 mulheres | 1,44 (1 aborto) 1,76 (2 abortos) 1,89 (3 ou mais abortos) | Sim |
| | Índia | 236 | 1,30 | Não |
| | Índia | 440 | 2,80 | Sim |
| | Irã | 420 | 1,69 | Sim |

²⁰⁶ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 491-492.

²⁰⁷ Ibidem. p. 493.

| DATA | LOCAL | AMOSTRA | PROPORÇÃO DE PROBABILIDADES | ESTATISTICAMENTE SIGNIFICANTE? |
|------|-----------------------------|---------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| 2015 | Bangladesh | 160 | 3,45 | Sim |
| | Índia | 434 | 1,60 | Sim |
| | Iraque | 40 | 1,68 | Sim |
| | México | 697 | 3,69 | Sim |
| 2016 | Índia | 3.152 | 1,58 (área urbana) 2,08 (área rural) | Sim |
| 2017 | República Central da África | 348 | 5,31 | Sim |

Fonte: Adaptado de Derosa (2018).

Não bastasse, estudos ecológicos confirmam uma tendência em grandes populações: consoante o paralelo de estatísticas governamentais, as taxas de aborto provocado e câncer de mama são diretamente proporcionais.

O estatístico Patrick Carroll²⁰⁸ descobriu que o maior preditor para incidência de câncer de mama eram as taxas de aborto dos países, a partir da investigação e comparação dos registros de nove países europeus – Inglaterra, País de Gales, Irlanda, Irlanda do Norte, Escócia, Suécia, Finlândia, Dinamarca e República Checa. Dentre as nações que compõem o Reino Unido, aquelas com maiores taxas de aborto são também aquelas com maior ocorrência de câncer de mama. Ademais, um aumento de 80% da doença foi registrado desde 1971, sendo que o aborto foi liberado na região em 1967.

Na China, embora historicamente as mulheres chinesas sempre tivessem um risco menor de câncer de mama em comparação com as ocidentais, a incidência da doença aumentou a um ritmo alarmante nas duas últimas décadas: 42% em áreas urbanas e 89% em áreas rurais. Pesquisadores lembram que essa mudança marcante nas estatísticas está paralelizada à política do filho único, implantada no país desde o início da década de 1980. Ainda, apontam que, em média, 8,2 milhões de abortamentos foram reportados anualmente, sendo que é estimado que há 40 abortos para cada 100 nascidos vivos e que 1 a cada 4 chinesas fazem pelo menos um aborto durante sua vida reprodutiva.²⁰⁹ Outro estudo, que analisou a distribuição

²⁰⁸ CARROLL, Patrick. **The breast cancer epidemic: modeling and forecasts based on abortion and other risks factors**. Journal of American Physicians and Surgeons, v. 12, n. 3, p. 72-78, set. 2007. Disponível em: <<http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018. p. 72.

²⁰⁹ HUANG, Yubei *et. al.* **A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females**. Cancer Causes Control, v. 25, n. 2, p. 227-236, fev. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/258855919_A_meta-

de fatores de risco reprodutivo para a doença, alertou que “a China está à beira de uma epidemia de câncer de mama”, e previu o surgimento de 100 novos casos para cada 100 mil mulheres até 2021.²¹⁰

Um estudo sobre câncer de mama e câncer de colo do útero, realizado nos países da antiga URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, apontou que uma das questões potencialmente importantes na epidemiologia dos cânceres femininos é o papel da interrupção da gravidez induzida. Segundo a autora, esse problema era especialmente importante na URSS, tanto do ponto de vista científico quanto de saúde pública, uma vez que o número de abortos era crescente, de forma que a maioria das mulheres no país usava o procedimento como principal método de controle de natalidade. Inclusive, com o passar dos anos após a legalização, os abortos estavam excedendo os nascidos vivos. Para ela, isso criava muitos problemas sociais e médicos, aumentando o risco de câncer.²¹¹

Ao final, a pesquisadora concluiu que os determinantes estatísticos mais importantes sobre a incidência das doenças eram a baixa paridade e a alta prevalência de abortos induzidos – principalmente na Rússia –, tanto que afirmou em sua conclusão que os indicadores de aborto estavam consistentemente associados positivamente ao risco de câncer de mama.²¹²

Por sua vez, a Romênia, que sustentava uma das menores taxas de câncer de mama dentre os países europeus quando o aborto era ilegal, viu a incidência quase triplicar em duas décadas depois da legalização, em 1989: de 25 por 100 mil, em 1988; para 40,14 por 100 mil, em 1996; 50,56 para 100 mil, em 2006; e 70,2 para 100 mil, em 2009. Em 1960, o câncer de mama correspondia a 6,9% do total de tumores malignos; a partir de 1996, a doença passou a ocupar o topo do *ranking*, quando atingiu 22,61%. Os autores ressaltam a importância do estudo ao salientar que, ao passo que a população feminina está em declínio (em números absolutos), o

analysis_of_the_association_between_induced_abortion_and_breast_cancer_risk_among_Chinese_females>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 228.

²¹⁰ LINOS, Eleni *et. al.* **Effects of Reproductive and Demographic Changes on Breast Cancer Incidence in China: a modeling analysis.** Journal of the National Cancer Institute, v. 100, n. 19, p. 1352-1360, out. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556703/pdf/djn305.pdf>>. p. 1352.

²¹¹ REMENNIK, Larissa. **Reproductive patterns and cancer incidence in women: a population-based correlation study in the USSR.** International Journal of Epidemiology, v. 18, n. 3, p. 498-510, set. 1989. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article-abstract/18/3/498/656035?redirectedFrom=PDF>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 506.

²¹² Ibidem. p. 508-509.

número de casos de câncer de mama nas mulheres está aumentando.²¹³ Paralelamente, a Romênia é o segundo país onde mais se aborta no mundo (perde apenas para a Rússia), em termos proporcionais à população.

Nos EUA, onde a legalização do aborto ocorreu em 1973, vimos um crescimento nas taxas de câncer de mama no período de 1975 a 2015, tanto invasivo (de 102.13 para 131.10 a cada 100 mil) quanto não invasivo (de 4.86 para 33.44 a cada 100 mil), o que representa um aumento de 54% no total.²¹⁴

Sobre essa questão, alguns pesquisadores afirmam que a legalização impactou os padrões de aborto de uma forma que também afetou a ocorrência de câncer de mama. Na primeira década após, a incidência da patologia logo se tornou maior entre a população negra (aumento de 30%), o que, para eles, poderia ser explicado por uma maior exposição e suscetibilidade a fatores externos potencialmente carcinogênicos, como o abortamento (cuja taxa aumentou 40% para este grupo, sendo que, entre as mulheres negras e/ou de baixa renda com até 25 anos, o índice havia dobrado).²¹⁵ Outra pesquisa analisou as estatísticas, especificamente do estado de Washington, nos anos seguintes à legalização do aborto, e descobriu um aumento significativo das taxas de câncer de mama entre mulheres negras (118%) e/ou de baixa renda (56%).²¹⁶

Acerca dessa correlação, é interessante observar que esses aumentos se ocorreram “[...] imediatamente após a ampliação do acesso dos serviços de aborto para a população mais pobre e negros (a ampliação deu-se especialmente com a fundação de centros com apoio estatal)”.²¹⁷

²¹³ LUCACI, Luminita; SZUCSIK, Iosif. **Statistical study on the incidence and prevalence of breast cancer, in Arad County, between the years 1999-2009**. Arad Medical Journal, v. 13, n. 4, p. 5-10, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.jmedar.ro/pdf/vol13/iss4/JMA13-4-10Lucaci1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 5-9.

²¹⁴ NATIONAL CANCER INSTITUTE. **SEER Cancer Statistics Review 1975-2015**. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/results_merged/sect_04_breast.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 5-10.

²¹⁵ KRIEGER, Nancy. **Exposure, susceptibility, and breast cancer risk: A hypothesis regarding exogenous carcinogens, breast tissue development, and social gradients, including black-white differences, in breast cancer incidence**. Breast Cancer Research and Treatment, v. 13, n. 3, p. 205-223, out. 1989. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02106571>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 215.

²¹⁶ CHU, Joseph *et al.* **Rising Incidence of Breast Cancer Among Young Women in Washington State**. Journal of the National Cancer Institute, v. 79, n. 2, p. 239-243, ago. 1987. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/79/2/239/924958>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 241.

²¹⁷ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 503.

Conforme vimos, o aborto provocado é reconhecido por muitos como um fator de risco independente para o câncer de mama, sendo tratado como tal em várias publicações científicas estatisticamente significantes, desde a metodologia, passando pelo desenvolvimento, até a discussão de resultados. Além disso, Frantz²¹⁸ lembra que as pesquisas feitas sobre a relação aborto e câncer de mama atendem aos nove critérios de causalidade de *Bradford Hill*²¹⁹. Nesse sentido, trazemos a reflexão de Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy, segundo os quais

A honestidade científica torna impossível desconsiderar mais de meio século de literatura médica mundial confirmando o vínculo aborto-câncer de mama. Rejeitar esses estudos como falhos é cientificamente insustentável. Por outro lado, os poucos estudos recentes que supostamente refutariam o vínculo aborto-câncer de mama foram expostos pelas suas grandes falhas metodológicas.²²⁰

Mas em que pese todas as evidências de que o aborto induzido é um fator de risco para o câncer de mama, inclusive amplamente aceito em diversas regiões do mundo, tal associação continua a ser negada em outras, principalmente na América, onde alguns consideram que “há indícios de que pressões políticas e sociais possam estar interferindo no debate científico sobre o assunto”.²²¹

Por fim, em quinto lugar, destacamos que a interrupção deliberada da gravidez está ligada a diversos problemas psicológicos desenvolvidos nas mulheres submetidas a este procedimento, alguns manifestados mais cedo e outros anos depois, associação esta que tem suscitado discussões acirradas no meio científico há décadas.

²¹⁸ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 421.

²¹⁹ O simples fato de um estudo mostrar uma associação positiva de um fato com uma doença não significa necessariamente que esse fator é a causa. Por isso, antes de se fazer uma relação de causalidade e afirmar que um fator de risco é a causa de uma doença, e não apenas associada com ela, critérios rigorosos devem ser cumpridos: (1) força da associação; (2) temporalidade; (3) consistência; (4) plausibilidade teórica; (5) coerência; (6) especificidade da causa; (7) efeito dose-resposta; (8) estudos experimentais; (9) analogia. In: GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 504.

²²⁰ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 532.

²²¹ FRANTZ, op. cit., p. 421, nota 218.

Sobre essa questão, chamou-nos atenção o depoimento da psiquiatra Dra. Martha Shuping, publicado originalmente em inglês no livro *Peace Psychology Perspectives on Abortion*, em 2016:

Em 1973, ainda na universidade, eu trabalhei como conselheira voluntária de uma clínica de abortos para mulheres de baixa renda, ajudando-as a ter acesso ao aborto. No meu treinamento, ensinaram-me que o aborto era algo que não apresentava riscos e, já que eu nunca tinha contato com as mulheres após o procedimento de aborto, jamais suspeitei sobre a ocorrência de transtornos psicológicos pós-abortos. [...]. Embora a maioria dos pesquisadores concorde que essas reações acontecem, existe uma questão mal resolvida em relação à magnitude e frequência desses problemas, que pode ser muito maior do que muitos esperam. [...]. Muitas das minhas pacientes declararam que haviam procurado tratamento psicológico antes, mas não havia lhes sido útil porque seus médicos e psicólogos não acreditavam que o aborto era a causa de seus transtornos, e portanto, os terapeutas não levaram em conta corretamente as preocupações apresentadas pelas pacientes. [...]. Existe muito mais ainda para conhecer e compreender sobre as experiências dessas mulheres do que atualmente é divulgado e disponibilizado.²²²

Sigmund Freud, criador da psicanálise, apontou que “ficamos perplexos ao ver os inesperados resultados que podem suceder a um aborto artificial, ao fato de matar uma criança não nascida, mesmo a partir de uma decisão tomada sem remorso nem hesitação”.²²³ Nesse sentido, trazemos aqui algumas dentre tantas pesquisas feitas nas últimas décadas sobre a correlação entre aborto e saúde psíquica da mulher.

Considerado por especialistas um dos estudos mais sólidos e completos sobre o assunto da última década, publicado no *British Journal of Psychiatry* – que figura entre as 15 mais conceituadas revistas de psiquiatria do mundo²²⁴ –, a pesquisa de Priscilla Coleman indicou de forma bastante consistente que o aborto está associado a riscos de moderados a altos de problemas psicológicos subsequentes ao procedimento.²²⁵

²²² SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 435-461.

²²³ SILVA, Maria Cecília Pereira da. **Aspectos psicanalíticos do aborto de feto malformado**. *Femina - Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, n. 12, v. 22, dez. 1994.

²²⁴ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agraves à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 422.

²²⁵ COLEMAN, Priscilla. **Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009**. *The British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 199, n. 3, p. 180-186, set. 2011. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge>

Seu objetivo era realizar uma revisão sistemática das publicações na literatura que analisassem a associação entre aborto e saúde mental, e a partir disso proceder a uma metanálise.²²⁶ Para tanto, foram levantados como base dados extraídos de 22 estudos, publicados de 1995 a 2009, que incluíram 877.181 mulheres participantes, das quais 163.831 passaram por aborto induzido. Em sua conclusão, a pesquisadora apontou:

Esta revisão oferece a maior estimativa quantitativa dos riscos de saúde mental associados ao aborto disponíveis na literatura mundial. Colocando em questão as conclusões das revisões tradicionais, os resultados revelaram um risco moderado a altamente aumentado de problemas de saúde mental após o aborto. Consistente com os princípios da medicina baseada em evidências, esta informação deveria prevenir a prestação de serviços de aborto.²²⁷

Observou-se que as mulheres submetidas ao aborto tiveram um aumento de 81% no risco de ter problemas de saúde mental, sendo que quase 10% dos distúrbios se mostraram exclusivamente atribuídos ao aborto, independentemente de outros fatores. Os resultados indicaram variado nível de risco aumentado em comparação aos grupos de controle: 34% mais ansiedade; 37% mais depressão; 155% mais comportamentos suicidas; 110% mais consumo indevido de álcool; 230% mais uso de maconha. Além disso, a análise dos casos de suicídio real levou a um resultado significativo, em que quase 35% estavam diretamente associados ao aborto.²²⁸

Mais especificamente sobre o suicídio, pesquisadores avaliaram essa questão, de 1987 a 2012, no contexto da mortalidade materna na Finlândia (onde o aborto é liberalizado desde 1970). Descobriram que a taxa de suicídio entre

core/content/view/E8D556AAE1C1D2F0F8B060B28BEE6C3D/S0007125000256353a.pdf/abortion_and_mental_health_quantitative_synthesis_and_analysis_of_research_published_19952009.pdf>.

Acesso em: 20 set. 2018. p. 183.

²²⁶ “A metanálise é uma técnica de estatística que visa agregar os resultados de uma mesma questão de pesquisa em estudos independentes e, a partir desta combinação, fornecer um único resultado sintetizado. Quando a seleção dos estudos participantes é feita de forma adequada, a revisão sistemática com metanálise é o mais importante e confiável método estatístico, sendo utilizado amplamente na ação de práticas de medicina baseada em evidências” (FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 422.).

²²⁷ COLEMAN, Priscilla. **Abortion and mental health**: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 199, n. 3, p. 180-186, set. 2011. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E8D556AAE1C1D2F0F8B060B28BEE6C3D/S0007125000256353a.pdf/abortion_and_mental_health_quantitative_synthesis_and_analysis_of_research_published_19952009.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 180.

²²⁸ Ibidem. p. 182-183.

mulheres que abortaram voluntariamente mantêm-se 6 vezes mais elevada do que entre mulheres que pariram, mesmo após a criação de um programa de cuidados pós-aborto em 2001, que conseguiu reduzir esse índice em 36% – diferença não estatisticamente significativa segundo os autores.²²⁹

Outro estudo realizado nos EUA, de 1989 a 1997, aferiu que, entre 173.279 mulheres que pariram ou abortaram em clínicas e hospitais públicos da Califórnia, a taxa anual de suicídio foi 154% maior no segundo grupo.²³⁰ Por sua vez, Shuping lembra que “existem casos de suicídio ou tentativa de suicídio coincidindo com a data de aniversário da experiência de aborto ou da data que seria o nascimento do filho que foi abortado”.²³¹

Em 2010, foram expostos os resultados de uma investigação feita com 3000 mulheres norte-americanas, no qual, mesmo após os devidos ajustes com fatores sociodemográficos, o aborto induzido foi fortemente correlacionado a um aumento na probabilidade de diversos distúrbios mentais: humor; ansiedade; depressão; abuso e dependência de álcool; uso de substâncias psicoativas; ideias e tentativas suicidas.²³² Para todas as mazelas averiguadas, uma quantidade significativa de mulheres confirmou que seus problemas haviam iniciado depois do primeiro aborto:

TABELA 5 – MULHERES COM INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL APÓS O PRIMEIRO ABORTO

| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO AO LONGO DA VIDA | DISTÚRBO MENTAL APÓS O ABORTO (%) |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| Depressão profunda | 48,8 |
| Distúrbio de ansiedade generalizada | 45,3 |
| Fobia social | 9,7 |
| Abuso de álcool | 44,7 |
| Dependência de álcool | 45,9 |

²²⁹ GISSLER, Mika *et. al.* **Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high:** a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001-2012. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 124, n. 7, p. 1115-1121, jun. 2017. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14484>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 1117-1119.

²³⁰ COLEMAN, Priscila *et. al.* **Deaths associated with pregnancy outcome:** a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 95, n. 8, p. 834-841, ago. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190217>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 834.

²³¹ SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 450.

²³² MOTA, Natalie; BURNETT, Margareth; SAREEN, Jitender. **Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample.** *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 55, n. 4, p. 239-347, abr. 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371005500407>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 244.

| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO AO LONGO DA VIDA | DISTÚRBIO MENTAL APÓS O ABORTO (%) |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| Abuso de drogas | 41,9 |
| Dependência de drogas | 49,5 |
| Ideação suicida | 29,9 |
| Tentativa de suicídio | 23,1 |

Fonte: Elaboração própria.

Em outro estudo, realizado nos EUA, 1.884 jovens que passaram pela sua primeira gestação de 1980 a 1992 foram acompanhadas até o ano de 2003. Após o controle de vários fatores sócio demográficos, as mulheres cujas primeiras gestações terminaram em aborto foram 65% mais propensas a figurar na faixa de alto risco de depressão do que aquelas mulheres cujas primeiras gestações resultaram em nascimento.²³³

Um aspecto interessante apontado pelos autores foi o problema de pesquisas isoladas sobre ajustes emocionais após aborto induzido que sugerem que, embora as mulheres admitam que abortar é um evento estressante, a maioria não sofre de reações negativas graves logo após o procedimento. Ocorre que a maioria desses estudos se baseia em acompanhamentos de curto prazo, o que tem sido desconstruído por pesquisas mais recentes com espectro mais amplo, as quais indicam que os efeitos negativos da experiência aparecem ou são agravados com o passar do tempo.²³⁴

O psicólogo e epidemiologista David Fergusson esperava comprovar que a aparente ligação entre aborto induzido e problemas psicológicos seria explicada em razão de fatores pré-existentes, a fim de fortalecer as defesas pró-escolha no debate sobre o aborto. Para tanto, ele acompanhou 1.265 mulheres, nascidas em 1977, até 2007, as quais reportaram um total de 686 gravidezes até 30 anos, sendo que 153 foram interrompidas.²³⁵ Ocorre que os dados que encontrou revelaram ser o aborto um fator independente para doenças mentais.

²³³ COLEMAN, Priscilla; COUGLE, Jesse; REARDON, David. **Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort.** Medical Science Monitor, New York, v. 9, n. 4, p. 157-164, 23. abr. 2003. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/4701/act/2>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 157.

²³⁴ Ibidem. p. 158.

²³⁵ FERGUSSON, David. **Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study.** The British Journal of Psychiatry, Cambridge, v. 193, n. 6, p. 444-451, dez. 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/59A90CBF3A58C58B342CBCFFBFBEBD2E/S000712500006334a.pdf/abortion_and_mental_health_disorder_s_evidence_from_a_30year_longitudinal_study.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 445.

Segundo o autor, a exposição ao aborto induzido foi consistentemente associada ao aumento das taxas de transtornos mentais, pelo fato de que as mulheres que fizeram aborto entre as idades de 15 a 30 anos apresentavam taxas gerais de problemas de saúde mental – incluindo depressão, ansiedade, tendências suicidas, alcoolismo e dependência de drogas – que eram 54% maiores do que aquelas que não.²³⁶

Apesar de não considerar que seus resultados especificamente comprovavam efeitos grandes e devastadores sobre a saúde mental das mulheres, Fergusson alertou que era cientificamente irresponsável defender que abortar protegeria a saúde mental da mulher que passa por uma gravidez indesejada e não quer prosseguir com a gestação. Assim, os resultados teriam implicações importantes para o *status* legal do aborto em países como Nova Zelândia e Reino Unido, onde mais de 90% dos abortos são feitos com base no argumento de que a gravidez representaria uma séria ameaça à saúde mental da mulher.²³⁷

Inclusive, Frantz aponta que “diversos estudos realizados por grupos pró-aborto observaram que presença de transtornos psicológicos prévios é um fator associado ao pior desfecho de saúde mental no período pós-aborto”.²³⁸

Nesse contexto, Fergusson e outros colaboradores desenvolveram uma metanálise com 8 estudos que compararam o estado mental entre mulheres que abortaram em virtude de uma gravidez indesejada e mulheres que, apesar de estarem na mesma condição, levaram a gestação à termo. Além de constatarem que o aborto não tem efeitos terapêuticos, pois não reduz os riscos de distúrbios mentais, eles verificaram que o ato está atrelado a um aumento significativo do risco de abuso de álcool e drogas e de comportamentos suicidas, e também de ansiedade – mesmo que não significativo estatisticamente.²³⁹

²³⁶ FERGUSSON, David. **Abortion and mental health disorders:** evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 193, n. 6, p. 444-451, dez. 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/59A90CBF3A58C58B342CBCFFBFBFE2E/S000712500006334a.pdf/abortion_and_mental_health_disorders_evidence_from_a_30year_longitudinal_study.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 447.

²³⁷ Ibidem. p. 450.

²³⁸ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 432.

²³⁹ FERGUSSON, David; HORWOOD, John; BODEN Joseph. **Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy?** A re-appraisal of the evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 47, n. 9, p. 819-827, 3 abr. 2013. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0004867413484597>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 819.

Noutro levantamento feito entre adolescentes em estado de gravidez inesperada e na primeira gestação, concluiu-se que o sofrimento para manter a gestação não desejada é menor se comparado ao trauma psíquico que interrompê-la causa. Após o controle das variáveis, constatou-se que as jovens que recorreram ao aborto legal manifestaram uma necessidade maior de apoio psicológico do que aquelas que optaram por ter seus filhos, além de relatarem problemas mais frequentes para dormir e uso mais frequente de maconha.²⁴⁰

Muitas mulheres esperam um alívio após o aborto, o qual seria visto como uma forma de resolver um quadro de estresse ocasionado por uma gestação indesejada. Mas, ao passo em que alguns adotam esse posicionamento, como a *American Psychological Association*, estes mesmos especialistas, contraditoriamente, declaram que o aborto também pode produzir um estresse adicional.²⁴¹ Alinhados a pesquisas anteriores, Rue *et. al.* concluíram que os dados de sua pesquisa apontavam que o aborto pode aumentar o estresse e diminuir as habilidades de enfrentamento, em especial para mulheres que já têm distúrbios traumáticos anteriores.²⁴²

Nesse íterim, “diversos autores têm demonstrado que o sentimento de alívio pode ser seguido por ou coexistirem com sintomas de trauma gerados pelo aborto; a existência de um alívio em curto prazo não nega a realidade dos sintomas de trauma em muitas mulheres”.²⁴³

Como podemos perceber, fazer o aborto não atenua o quadro psiquiátrico de mulheres perturbadas com seu estado indesejado; pelo contrário, representa risco de piora. Tais resultados vão de encontro ao anteprojeto de reforma do Código Penal Brasileiro, apresentado em 2012, o qual sugere a liberação do aborto até 12 semanas de gestação nos casos em que fossem detectados pelo médico problemas psicológicos que impossibilitarem a mulher de arcar com a gravidez:

²⁴⁰ COLEMAN, Priscilla. **Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: individual and family predictors and psychological consequences.** *Journal of Youth and Adolescence*, v. 35, n. 6, p. 903-911, dez. 2006. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-006-9094-x>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 903.

²⁴¹ MAJOR, Brenda. **Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.** American Psychological Association, Washington, 2008. Disponível em: <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 10.

²⁴² RUE, Vincent et. al. **Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women.** *Medical Science Monitor*, v. 10, n. 10, 2004. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/11784>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 5.

²⁴³ SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 458.

Art. 128. Não há crime de aborto:

[...]

IV – se por vontade da gestante, até a décima segunda semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade.²⁴⁴

Mais recentemente, um estudo realizado nos EUA e publicado em 2016 acompanhou um total de 15.608 participantes por um período de 15,1 anos, desde 1994, a fim de examinar os vínculos entre os resultados da gravidez e os desfechos de saúde mental durante a transição para a idade adulta, para determinar a extensão do risco aumentado, se houvesse, relacionado ao aborto induzido. Após extenso ajuste dos levantamentos por diversas variáveis de confusão, com a amostra representativa final de 8.005 entrevistadas, os pesquisadores verificaram que o aborto voluntário estava associado de forma consistente a um risco 45% maior para o desenvolvimento de distúrbios de saúde mental.²⁴⁵

Tendo em vista todos estes aspectos levantados sobre a saúde psíquica das mulheres que abortam, especialistas correlacionam o sofrimento após o aborto ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD – *Post-Traumatic Stress Disorder*, ou TEPT, na sigla em português).

Sobre o assunto, Frantz aponta que uma revisão sistemática de 48 artigos, publicada em 2015, constatou que um aborto induzido pode provocar sofrimento e estresse pós-traumático assim como um aborto espontâneo e perdas perinatais, apesar do caráter “voluntário” daquele.²⁴⁶

No tocante aos critérios diagnósticos para PTSD, Shuping²⁴⁷ destaca que a mulher pode ver o aborto como um evento de morte humana, mesmo sem qualquer evento emocional prévio; além de que o sangramento e a dor sofrida pela mulher na experiência também podem ser percebidos como traumáticos. Dentre os sintomas, a psiquiatra ensina que podem ser: sintomas intrusivos de reexperiência (pesadelos,

²⁴⁴ BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei n. 236, de 2012**: anteprojeto de Código Penal. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>. Acesso em: 15 jun. 2018. p. 47.

²⁴⁵ SULLINS, Donald. **Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States**. SAGE Open Medicine, v. 4, p. 1-11, 23 set. 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050312116665997>>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 1.

²⁴⁶ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 428.

²⁴⁷ SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 439-450.

flashbacks); sintomas relacionados a estados emocionais negativos e persistentes (culpa, medo, horror, raiva, vergonha, distanciamento e estranhamento); sintomas de hipervigilância (irritação, explosões de ira, insônia, imprudência ou comportamentos autodestrutivos).

Por exemplo, com relação aos comportamentos autodestrutivos – que incluem hábitos mais arriscados, perigosos, incautos –, estudos do Canadá e dos EUA perceberam que mulheres com histórico de aborto estão mais sujeitas a causar e sofrer acidentes, por produzirem uma maior demanda de tratamento de lesões para o sistema de saúde, em comparação com aquelas sem experiência de abortos.²⁴⁸ Já pesquisas baseadas em registros da Finlândia e dos EUA apontaram que mulheres que fizeram um aborto são mais propensas a acidentes fatais (300% e 82%, respectivamente), risco este que persistiu ao longo dos 8 anos examinados.²⁴⁹

O PTSD envolve quadros de evasão de sintomas, de forma que as mulheres negam e reprimem qualquer necessidade emocional ou sentimento negativo por um período. Este panorama pode ser perturbador e trazer diversos contratempos para a vida da mulher e seus relacionamentos interpessoais, como ter muita dificuldade de estar próxima a gestantes ou bebês ou evitar exames ginecológicos de rotina.²⁵⁰

Shuping²⁵¹ lembra que o PTSD é uma condição crônica de longo prazo e pode ter início tardio, sendo que mais de um terço das pessoas acometidas desse mal não conseguem se recuperar mesmo após vários anos. No caso do aborto, algumas mulheres relatam que os sintomas não foram notados até que viram o ultrassom de sua primeira gestação desejada, ou até que seguraram o filho da primeira gravidez completa, fatos que mudaram a sua visão sobre a experiência anterior. Segundo a autora, “diversos estudos mostram sintomas de PTSD ocorrendo entre 3 a 5 anos após um aborto. Outros diagnosticaram PTSD mesmo após 9 a 11 anos depois”. Esse panorama se assemelha ao quadro típico de PTSD diagnosticado em veteranos de guerra, que exibiram sintomas tardios, iniciando depois de mais de 6 meses e continuando a apresentá-los até 20-25 anos após (78%).

²⁴⁸ SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 447-448.

²⁴⁹ SHUPING, Martha *et. al.* **Deaths associated with abortion compared to childbirth: a review of new and old data and the medical and legal implications**. *The Journal of Contemporary Health Law & Policy*, v. 20, n. 2, p. 279-327, 2004. Disponível em: <<https://scholarship.law.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1159&context=jchlp>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 303.

²⁵⁰ SHUPING, op. cit., p. 444, nota 248.

²⁵¹ *Ibidem*. p. 452-453.

Sobre o PTSD associado ao abortamento, destacamos aqui dois estudos interculturais²⁵² entre grupos de mulheres ocidentais e orientais, que objetivaram comparar as reações psicossociais relacionadas ao aborto em diferentes culturas, e descobriram que elas são similares apesar dos divergentes contextos sociais.

A primeira pesquisa foi feita na Bielorrússia, onde o aborto é frequentemente usado como método contraceptivo (taxa de aborto de 40 a cada 1.000 mulheres), e, ao traçar um comparativo entre Oriente e Ocidente, questionava se existem respostas potencialmente universais para as mulheres acerca do sofrimento pós-aborto.

Afinal, o fato de existirem circunstâncias tão distintas nessas sociedades poderia dar respostas diferentes. Um dos pontos de interesse das autoras diz respeito à influência da religião sobre os sentimentos das mulheres que abortam: segundo elas, os traumas das mulheres ocidentais estão associados a culpas religiosas, ao passo que a Bielorrússia é marcada pela história de ateísmo imposto pelo Estado durante os 70 anos de controle soviético. Além disso, há o fato de ser costume entre a população fazer uso do aborto como forma primária de controle de natalidade. Outrossim, as mulheres bielorrussas têm livre acesso ao aborto, com muito pouca condenação social se comparadas às mulheres norte-americanas, as quais são expostas à retórica antiaborto, inclusive tendo que às vezes lidar com os protestos na frente das clínicas abortistas para as quais se encaminham.²⁵³

Dentre algumas características do grupo pesquisado, vale observarmos que foi levantado que 22% eram não religiosas e 78% se declaravam cristãs, apesar de a maioria afirmar que não frequentava nenhuma igreja nem se envolvia em nenhum tipo de atividade religiosa, pois simplesmente alegava que esta era sua origem familiar.²⁵⁴

²⁵² Os estudos interculturais (em inglês, *cross-cultural*) “são implementados em locais distintos e com culturas distintas, para avaliar se independente da cultura do povo os resultados têm consistência. Ou seja, que as características culturais das sociedades não afetam os resultados e as conclusões da pesquisa” (DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 445.)

²⁵³ SPECKHARD, Anne; MUFEL, Natalia. **Universal responses to abortion?** Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, v. 18, n. 1, p. 3-37, out. 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271195087_Universal_Responses_to_Abortion_Attachment_Trauma_and_Grief_Responses_in_W>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 4-5.

²⁵⁴ Ibidem. p. 8.

Na análise, 50% da amostra foram clinicamente diagnosticadas com PTSD, ao passo que 32% tiveram problemas psicológicos, mas não preencheram os critérios indicativos de PTSD. Dentre vários sintomas de PTSD encontrados, destacamos: pesadelos (32%); *flashbacks* (76%); evasão de sintomas (96%); angústia perante eventos que lembram o aborto (92%); culpa (80%); depressão, choro frequente e ansiedade (78%).²⁵⁵ Assim, as pesquisadoras concluíram que, apesar das circunstâncias discrepantes – cultura ateísta, ausência de crença ou participação religiosa e falta de manifestações de grupos pró-vida –, as mulheres sofrem de efeitos adversos muito semelhantes entre duas culturas divergentes (ocidental e oriental).²⁵⁶

Já a segunda pesquisa, realizada com participantes da Rússia e dos EUA, apontou que 65% das norte-americanas e 48% das russas que abortaram apresentavam um ou mais sintomas intrusivos de PTSD.²⁵⁷ Os pesquisadores concluíram que, embora nem todas as mulheres que abortam tenham prognóstico traumático, um percentual significativo delas sofre com esses sintomas²⁵⁸, independentemente da cultura da qual fazem parte. Dentre esses efeitos, destacamos alguns nas tabelas abaixo:

TABELA 6 – SINTOMAS DE PTSD SEGUINTE AO ABORTAMENTO

| SINTOMA | EUA | RÚSSIA |
|------------------------------------------|-------|--------|
| Pesadelos | 30% | 8% |
| <i>Flashbacks</i> | 46% | 18% |
| Memórias indesejadas sobre a experiência | 47% | 26% |
| Evasão ou negação de sintomas | 50% | 19% |
| Sentimento de culpa | 77,9% | 49,8% |

Fonte: Elaboração própria.

²⁵⁵ SPECKHARD, Anne; MUFEL, Natalia. **Universal responses to abortion?** Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, v. 18, n. 1, p. 3-37, out. 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271195087_Universal_Responses_to_Abortion_Attachment_Trauma_and_Grief_Responses_in_W>. Acesso em: 20 set. 2018. p. 9-10.

²⁵⁶ Ibidem. p. 3.

²⁵⁷ RUE, Vincent *et. al.* **Induced abortion and traumatic stress:** a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, v. 10, n. 10, 2004. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/11784>>. Acesso em: 20 out. 2018. p. 5.

²⁵⁸ Ibidem. p. 11-10.

TABELA 7 – RESULTADOS POSITIVOS E NEGATIVOS ACERCA DA EXPERIÊNCIA

| SENTIMENTO | EUA | RÚSSIA |
|-----------------------------------------------|-------|--------|
| Sente-se mal consigo mesma | 53,9% | 47% |
| Sente-se melhor consigo mesma | 0,9% | 0,3% |
| Sentimento de tristeza e perda | 55,8% | 38,6% |
| Sensação de alívio | 13,8% | 6,9% |
| Sente-se mais no controle da sua própria vida | 3,7% | 1,6% |

Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, importa lembrarmos, também, que as cicatrizes psíquicas, como é de notório conhecimento de todos, possui processos de cura menos objetivos e claros do que aqueles adstritos à mera fisiologia, estendendo suas consequências, temporalmente, em período muito mais dilatado que as lesões ao corpo da mulher, além de transpor os limites desta e ter reflexos na sociedade à sua volta.

Tendo em vista todos os aspectos aqui levantados, observamos que há consequências aparentemente negativas do abortamento para a saúde da mulher que são significativas e cientificamente atestáveis. Assim, em razão do peso e força de todos estes dados e considerações, é perfeitamente plausível se defender, como fazem alguns, que “*não existe aborto seguro*”, uma vez que, mesmo realizado em condições tecnicamente adequadas, o abortamento traduz-se em irrefragáveis malefícios à mulher, seja biofisiologicamente, seja psiquicamente.

Nesse ínterim, trazemos aqui a reflexão da Dra. Patrícia Junges Frantz sobre as consequências do abortamento à saúde da mulher, do seu ponto de vista profissional:

A associação do aborto induzido e agravos à saúde da mulher é amplamente conhecida. Entretanto, quando se trata do aborto em países nos quais o procedimento é legalizado, os riscos são minimizados pela comunidade acadêmica e esse passa a ser considerado “seguro”. [...]. Sabemos que toda intervenção que um médico indica aos seus pacientes é associado a algum risco ou potencial iatrogenia [doença ou complicação]. Na escolha do que indicar, os médicos avaliam a necessidade da intervenção, os seus riscos e benefícios. Quando se trata do aborto, exceto no caso de perigo à vida da mãe, não há nenhuma indicação que justifique expor a paciente a tais riscos. Mesmo sem adentrar na questão da morte do feto, pode-se dizer que é antiético um médico realizar um aborto, pois isso vai de encontro à tradição milenar da medicina, que é buscar a beneficência do paciente e evitar a maleficência.

O procedimento do aborto não representa um bem a ser buscado pelo médico na atenção à mulher grávida.²⁵⁹

Logo, compreendemos que, de fato, abortar é prejudicial ao bem-estar da mulher, e não há como negá-lo, cientificamente.

²⁵⁹ FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 433.

2.3 O ABORTO SOB A ÓTICA JURÍDICO-LEGAL

Neste capítulo, esta pesquisa irá tecer alguns comentários sob uma perspectiva puramente jurídica, uma vez considerados os diplomas legais já editados no Brasil que abrangem o tema do aborto, bem como tratados internacionais dos quais o País é signatário. Para tanto, será necessário analisar o contexto histórico-jurídico da criminalização do aborto no Brasil, bem como a edição da legislação nacional que trata do direito à vida.

Consideramos importante reservar um espaço deste trabalho para abordar os aspectos jurídico-legais sobre abortamento porque as normas jurídicas possuem uma função social: regular condutas humanas em sociedade. Para tanto, dispõem se determinados atos *devem ser* obrigatórios, permitidos ou proibidos, e imputam o seu cumprimento por intermédio de uma sanção jurídica.

O Direito é o conjunto das normas jurídicas que se destinam a dispor como as coisas devem ser. A lei estabelece como deve ser o comportamento do homem, e não como realmente são tais comportamentos. O Direito não descreve a realidade, ou seja, não diz como ela é, mas, sim, intervém na realidade, dispondo como ela deve ser. Dessas noções, vislumbra-se a existência de dois mundos distintos: o mundo do ser, da natureza, e o mundo do **dever-ser**, das normas jurídicas. Quando cuidamos do Direito, ocupamo-nos do mundo do dever-ser, e não do mundo do ser. (grifo nosso)²⁶⁰

Logo, o Direito, segundo sua concepção técnica, não trata da realidade como ela é, mas sim maneja ficções que buscam reduzir a inatingível complexidade do real, a fim de tornar possível o manejo da vida em sociedade. Ele é um constructo para facilitar as relações em comunidade.

Apesar de o Direito regular as relações em sociedade, o conhecimento legal sobre um tema tão significativo socialmente é precário entre a população em geral. Por exemplo, fala-se muito sobre a questão de legalização do aborto no Brasil, sendo que, juridicamente falando, o aborto já é regulado através de lei e, portanto, legalizado no país, há quase 80 anos – desde a edição do Código Penal em vigor, em 1940. O que está em análise, na verdade, é o nível de restrição desta regulamentação, visto que se estuda a ampliação das hipóteses legais de abortamento, para fins de descriminalização da conduta.

²⁶⁰ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 215.

Até mesmo os profissionais de saúde, que, se necessário, precisarão lidar diretamente com o assunto ao tratar da saúde da mulher, desconhecem as normas legais às quais está submetida sua conduta, visto que o tema é abordado de modo deficiente no currículo médico. Uma recente pesquisa verificou que não há diferença entre o conhecimento dos alunos do início ao final do curso de Medicina com relação aos casos previstos na legislação brasileira para o abortamento. “Embora 87% dos concluintes mencionem ter recebido algum conteúdo a respeito do tema aborto, 72,7% não consideravam que esse conteúdo era suficiente para o conhecimento que deveriam ter na formação médica”.²⁶¹

Preliminarmente, insta apresentar a definição de aborto para o Direito. Tendo em vista que a legislação não define o que é aborto, conceituaremos este elemento normativo à luz de alguns doutrinadores consagrados na área.

Fernando Capez²⁶² conceitua o aborto como “a interrupção da gravidez, com a consequente destruição do produto da concepção. Consiste na eliminação da vida intrauterina”. Para Luiz Regis Prado²⁶³, “o aborto consiste em dar morte ao embrião ou feto humano, seja no claustro materno, seja provocando sua expulsão prematura”. Guilherme Nucci²⁶⁴ leciona que “é a cessação da gravidez, cujo início se dá com a nidação, antes do termo normal, causando a morte do feto ou embrião”. Nesse sentido, Aníbal Bruno²⁶⁵ apresenta que, “segundo se admite geralmente, provocar aborto é interromper o processo fisiológico da gestação, com a consequente morte do feto”. Já Frederico Marques²⁶⁶ afirma que, “para o Direito Penal e do ponto de vista médico-legal, o aborto é a interrupção voluntária da gravidez, com a morte do produto da concepção”.

Dessa forma, infere-se dos conceitos supracitados que, como objeto a ser estudado pelo Direito, o aborto corresponde à interrupção voluntária da gravidez, independentemente da idade gestacional, desde que implique a morte da vida intrauterina.

²⁶¹ ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de *et. al.* **Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, p. 243-247, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018. p. 243.

²⁶² CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal** (v. 2). São Paulo: Saraiva, 2004. p. 108.

²⁶³ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte especial. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 132.

²⁶⁴ NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado.** São Paulo: Saraiva, 2009. p. 629.

²⁶⁵ BRUNO, Aníbal. **Crimes contra a pessoa.** 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1979. p. 160.

²⁶⁶ MARQUES, José Frederico. **Tratado de Direito Penal** (v. IV). Campinas: Milenium, 1999. p. 183.

Em tempo, é importante destacarmos que a questão do aborto, tanto mundialmente quando no Brasil, transcende a discussão meramente jurídica, pois o mesmo tem conotações políticas, econômicas e sociais – conforme apontamos na introdução deste trabalho. Nesse ínterim, existem posições favoráveis e contrárias à legislação em vigor no Brasil, as quais iremos sopesar ao final deste trabalho, tendo como pano de fundo os resultados apresentados nos tópicos 2.2 e 2.4.

2.3.1 Elementos históricos da criminalização do aborto no Brasil

Historicamente, de uma perspectiva terceiro-mundista, o Brasil encontra-se sob o jugo de forças e interesses internacionais. Estas influenciam a forma que é tomada em todos os aspectos de sua sociedade, desde as composições legislativas até a produção destas. Como uma nação que deu seus primeiros passos na condição de colônia, o Direito Pátrio foi construído a partir das chamadas Ordenações do Reino²⁶⁷ – Afonsinas (1446), Manuelinas (1521) e Filipinas (1603), respectivamente – as quais por sua vez eram influenciadas pelo Direito Romano. Isto é, durante o Brasil Colônia, a sociedade brasileira era regida pela mesma ordem jurídica da metrópole, Portugal.

Portanto, a primeira legislação criminal em vigor no território brasileiro constava das Ordenações Reais, que eram todas divididas em um conjunto de cinco livros, dos quais o último (o Livro V) versava sobre as práticas criminosas e suas respectivas punições²⁶⁸.

Apesar de não haver referência ao crime de aborto nas Ordenações portuguesas, leis extravagantes exigiam proceder sumário para o caso de “mulheres infamadas de fazer mover outras ou médicos, cirurgiões ou boticários que dão remédio para este efeito com dolo mau”.²⁶⁹ Além disso, um decreto real de 1603

²⁶⁷ GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015. p. 5.

²⁶⁸ HENTZ, Isabel Cristina. **A honra e a vida**: debates jurídicos sobre aborto e infanticídio nas primeiras décadas do Brasil republicano (1890-1940). 2013. 261 f. Dissertação (Pós-Graduação em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106848/318380.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 mai. 2018. p. 53.

²⁶⁹ SILVA apud PRIORE, Mary Lucy Murroy Del. **A Árvore e o Fruto**: um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto. Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.2, n.1, 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325>. Acesso em: 10 mai. 2018. p. 2.

determinava à patrulha de quadrilheiros (espécie de agentes de polícia responsáveis pela segurança pública urbana) que as mulheres acusadas de fazer mover com beberagens fossem denunciadas a corregedores e juízes²⁷⁰.

Após a independência política brasileira, o Código Criminal do Império do Brasil (1830) trouxe expressamente o aborto como um crime contra a segurança da pessoa e vida, estando previsto na Seção II deste capítulo, a qual tratava do infanticídio. A lei tipificava a conduta apenas quando praticada por terceiro, independentemente do consentimento da gestante, bem como o fornecimento de meios abortivos:

Art. 199. Occasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.
 Penas - de prisão com trabalho por um a cinco annos.
 Se este crime fôr commettido sem consentimento da mulher pejada.
 Penas - dobradas.

Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaesquer meios para produzir o aborto, ainda que este se não verifique.
 Penas - de prisão com trabalho por dous a seis annos.
 Se este crime fôr commettido por medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes.
 Penas - dobradas.²⁷¹

Note-se que o aborto praticado pela própria gestante não figurava expressamente criminalizado. Possivelmente, tal fato decorreu do pensamento da época de preservação da “honra” perante a sociedade, o que se entende que seria, pelo senso comum daquele período, um argumento aparentemente tolerado pela elite política para uma mulher querer abortar.

Por sua vez, com a proclamação da República, sobreveio uma reforma e o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil (1890) passou a prever o autoaborto como conduta criminosa – porém com atenuante na pena se praticado para ocultar desonra – além de determinar o aumento da pena para os casos em que o aborto resultasse a morte da gestante:

Art. 300. Provocar abôrto, haja ou não a expulsão do fructo da concepção:
 No primeiro caso: - pena de prisão cellualar por dous a seis annos.

²⁷⁰ PRIORE, Mary Lucy Murroy Del. **A Árvore e o Fruto**: um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto. Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina, Brasília, v.2, n.1, 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325>. Acesso em: 10 mai. 2018. p. 2.

²⁷¹ BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

No segundo caso: - pena de prisão celular por seis meses a um anno.

§ 1º Si em consequencia do abôrto, ou dos meios empregados para provocal-o, seguir-se a morte da mulher:

Pena - de prisão celular de seis a vinte e quatro annos.

§ 2º Si o abôrto for provocado por medico, ou parteira legalmente habilitada para o exercicio da medicina:

Pena - a mesma precedentemente estabelecida, e a de privação do exercicio da profissão por tempo igual ao da condemnação.

Art. 301. Provocar abôrto com annuencia e accordo da gestante:

Pena - de prisão celular por um a cinco annos.

Paragrapho unico. Em igual pena incorrerá a gestante que conseguir abortar voluntariamente, empregado para esse fim os meios; e com redução da terça parte, si o crime for commettido para occultar a deshonra propria.

Art. 302. Si o medico, ou parteira, praticando o abôrto legal, ou abôrto necessario, para salvar a gestante de morte inevitavel, occasionar-lhe a morte por impericia ou negligencia:

Pena - de prisão celular por dous meses a dous annos, e privação do exercicio da profissão por igual tempo ao da condemnação.²⁷²

Vale observar que o Código Penal da República continuou a classificar o aborto como um crime contra a segurança de pessoa e vida, mas dessa vez o fez em capítulo próprio, separado do crime de infanticídio.

Culmina-se, agora, na análise da legislação atual sobre o tema. O Código Penal Brasileiro (1940) elenca o aborto provocado como crime no Título I da Parte Especial, que trata “Dos Crimes Contra a Pessoa”, e no Capítulo I, que trata “Dos Crimes Contra a Vida”. Sendo assim, inicialmente, é forçoso reconhecer que a lei penal vigente considera que atentar contra a integridade do embrião ou feto humano corresponde a uma violação do direito à vida.

Conforme leciona Prado²⁷³, ao analisar o crime de aborto, o bem jurídico tutelado pelo Direito é a vida intrauterina, de forma que se visa proteger a vida do ser humano em formação para que este possa se desenvolver e nascer, sendo o objeto material do tipo legal o embrião ou feto humano fixado no útero da mulher. O estágio biológico de desenvolvimento do ser em formação não importa para a configuração do delito, mas tão somente o estado gravídico da mulher – o qual, sob a ótica jurídica, tem início com a nidação, que consiste na fixação do óvulo fecundado no endométrio (parede do útero materno).

²⁷² BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

²⁷³ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte especial. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 132-135.

Do mesmo modo, Aníbal Bruno²⁷⁴ é contundente ao afirmar que o bem jurídico que se objetiva preservar com as normas de criminalização do aborto é a vida do ser humano em formação.

Já no aborto provocado por terceiro, além do direito à vida intrauterina, são também tuteladas a incolumidade física e psíquica da mulher grávida. Contudo, entendem a maioria dos juristas que a integridade pessoal da mulher grávida é bem jurídico secundário neste caso, em se tratando de aborto não consentido ou qualificado pelo resultado.²⁷⁵

De acordo com os artigos 124 a 127 do Código Penal Brasileiro, a conduta incriminada consiste em “provocar aborto”, de forma a atentar contra a vida do embrião ou feto e, secundariamente, contra a incolumidade da gestante. Violados tais bens jurídicos, é prevista punição para o sujeito com penas que variam de 1 (um) a 10 (dez) anos de prisão, na forma de detenção ou reclusão, a depender do tipo penal:

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:
Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:
Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:
Pena - reclusão, de um a quatro anos.
Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.²⁷⁶

A lei penal trouxe assim como tipos penais: o aborto provocado (artigo 124), em que a gestante é responsabilizada pela conduta criminosa, seja por fazê-lo (autoaborto) seja por consentir que o façam; o aborto sofrido (artigo 125), quando um terceiro pratica o delito sem o consentimento da mãe; e o aborto consentido (artigo 126), que também é efetivado por um terceiro, mas com a concordância da

²⁷⁴ BRUNO, Aníbal. **Crimes contra a pessoa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1979. p. 160.

²⁷⁵ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte especial. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 133.

²⁷⁶ BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

gestante. No crime de autoaborto, o sujeito ativo é a própria gestante e, nas demais hipóteses, pode ser qualquer pessoa. Já o sujeito passivo é sempre o ser humano em formação e, no caso de aborto sofrido, também a mãe.

Segundo a doutrina, trata-se de crime de resultado, isto é, é preciso que seja concretizada a interrupção voluntária da gravidez. Por sua vez, não é necessária que haja expulsão do produto da concepção para ser caracterizado o aborto, pois basta a morte do embrião ou feto para a consumação do delito. Também é possível que a morte do concepto ocorra somente após a sua expulsão, havendo nexo de causalidade entre a conduta do agente e o resultado subsequente.²⁷⁷

Entretanto, a lei penal elenca duas hipóteses de excludente de ilicitude com relação à prática do aborto, nos termos do artigo 128 do Código Penal:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:
I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.²⁷⁸

Em primeiro lugar, trata-se do aborto necessário ou terapêutico (artigo 128, I), que corresponde à cessação da gravidez por recomendação médica em razão do grave risco de morte da gestante, o qual não consegue ser afastado por outro meio apto. Como não haveria uma forma de salvar as duas vidas, mediante o conflito de direitos, o legislador permite que prevaleça o direito à preservação da vida da mulher. Nesse caso, aplicar-se-ia a excludente de ilicitude do estado de necessidade (artigos 23, I e 24 do Código Penal):

Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato:
I - em estado de necessidade;
[...]

Art. 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se.

Como explica Prado, “fundamenta-se o estado de necessidade porque a conduta do médico visa afastar de perigo atual – ou mesmo iminente – bem jurídico

²⁷⁷ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte especial. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 138.

²⁷⁸ BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

alheio (vida da gestante), cujo sacrifício, nas circunstâncias, não é razoável exigir-se”.²⁷⁹

Em segundo lugar, figura o chamado aborto sentimental ou humanitário (artigo 128, II), no caso de gravidez resultante de estupro, em que a própria lei autoriza a interrupção da gestação. Nessa hipótese, como leciona Capez,²⁸⁰ o legislador optou por acolher o direito à dignidade e qualidade de vida da gestante, visto que esta circunstância implicaria uma violação da liberdade de autonomia reprodutiva da mulher. Sendo assim, estaria excluída a ilicitude do fato por se tratar de exercício regular de direito previsto em lei (artigo 23 do Código Penal):

Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato:

[...]

III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.

Isto é, nas hipóteses supracitadas, em caso de aborto, desde que praticado por um médico, os sujeitos ativos não seriam penalizados, pois o ato não seria sequer considerado crime perante o ordenamento jurídico. Isso ocorre porque, tomado o conceito analítico de crime²⁸¹, estaria excluído um dos elementos que compõem a infração penal: a ilicitude ou antijuridicidade.

A ilicitude, expressão sinônima de antijuridicidade, é aquela relação de contrariedade, de antagonismo, que se estabelece entre a conduta do agente e o ordenamento jurídico. A ilicitude ou a juridicidade da conduta praticada é encontrada por exclusão, ou seja, somente será lícita a conduta e o agente houver atuado amparado por uma das causas excludentes da ilicitude previstas no art. 23 do Código Penal.²⁸²

Em regra, quando o agente pratica uma conduta típica, esta será também antijurídica. Todavia, há ações típicas que, na lição de Aníbal Bruno,

pela posição particular em que se encontra o agente ao praticá-las, se apresentam em face do Direito como lícitas. Essas condições especiais em que o agente atua impedem que elas venham a ser antijurídicas. São

²⁷⁹ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: parte especial. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p. 144.

²⁸⁰ CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal** (v. 2). São Paulo: Saraiva, 2004. p. 109.

²⁸¹ “Para que se possa concluir pela infração penal é preciso que o agente tenha cometido um fato típico, antijurídico e culpável” (GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015. p. 371).

²⁸² GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015. p. 197.

situações de excepcional licitude que constituem as chamadas causas de exclusão da antijuridicidade, justificativas ou discriminantes.²⁸³

Recentemente, outra exceção à prática foi acrescida à ordem jurídica brasileira, mediante ativismo judicial do Supremo Tribunal Federal, que, em 2012, por meio do julgamento da ADPF 54, autorizou a antecipação terapêutica do parto na hipótese de gravidez de feto anencéfalo. Conforme o voto do relator do caso, foi declarada “[...] a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128 incisos I e II, do Código Penal brasileiro”.²⁸⁴ Assim, o aborto em casos de anencefalia, mediante o consentimento da gestante, se insere nas hipóteses de causas de excludente de ilicitude.

Com relação à tipificação do aborto como crime contra a vida humana, observamos o fato de que são previstas penas diferentes para as condutas classificadas no mesmo Capítulo I – Dos crimes contra a vida: *homicídio* (6 a 20 anos de reclusão, com pena máxima de 30 anos); *induzimento, instigação ou auxílio a suicídio* (2 a 6 anos de reclusão, pena máxima de 12 anos); *infanticídio* (2 a 6 anos de reclusão); e *aborto* (1 a 10 anos de reclusão, com pena máxima de 10 anos).

Tendo em vista essa distinção, nota-se que o legislador infraconstitucional fez certo juízo de valor perante a vida humana, considerando seu estágio de desenvolvimento, a participação no resultado ou qual o agente responsável pela conduta, apesar de todos esses tipos penais tutelarem o mesmo bem jurídico: o direito à vida. O mesmo não acontece perante o texto constitucional – como veremos a seguir – pois a Constituição Federal apenas estabelece o direito à vida como universal e inviolável (ainda que não seja absoluto).

Além do Código Penal vigente, há outras normas que punem aspectos correlatos ao aborto no ordenamento jurídico brasileiro.

A Lei de Contravenções Penais, no capítulo que elenca as contravenções referentes à pessoa, em seu artigo 20, proíbe “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto”²⁸⁵, sob pena de multa.

²⁸³ GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015. p. 372.

²⁸⁴ STF, Plenário, ADPF 54/DF, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 12/04/2012, DJE 30/04/2012. p. 80.

²⁸⁵ BRASIL. **Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

Já o artigo 395 da Consolidação das Leis do Trabalho, se interpretado em sentido inverso, aduz que, em caso de aborto criminoso, a mulher não terá direito ao repouso remunerado tampouco à estabilidade no emprego:

Art. 395 - Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.²⁸⁶

Também o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina – CFM condena o aborto criminoso, ao estabelecer que é vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de abortamento²⁸⁷ (artigo 15), o qual será responsabilizado profissionalmente.

2.3.2 A vida intrauterina segundo o ordenamento jurídico brasileiro

Dentre todos os direitos garantidos ao ser humano, não há dúvidas de que o principal deles é e sempre foi o direito à vida.

A doutrina jurídica brasileira assevera exaustivamente que “o direito à vida é o mais importante de todos os direitos”.²⁸⁸ É “[...] o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos”.²⁸⁹ É também um direito natural, e não uma concessão jurídica. “Trata-se de um direito inerente à condição humana, [...], pois, antes de existir Direito, já havia vida”.²⁹⁰

Como bem sintetizam Martins e Garcia²⁹¹, o direito à vida é um supro direito, pois sem ele nenhum outro seria estabelecido, e, por não haver uma forma de o

²⁸⁶ BRASIL. **Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

²⁸⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017. p. 15.

²⁸⁸ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 532.

²⁸⁹ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2011. p. 39.

²⁹⁰ MATOS, Priscila Batista de. **Direito à vida do nascituro na fase intrauterina**. Boletim Científico ESMPU, Brasília, ano 15, n. 47, p. 83-113, jan./jun. 2016. p. 84.

²⁹¹ MARTINS, Ives Gandra da Silva; GARCIA, Maria. **Doutrinas essenciais de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2011.

direito material criar a vida, ele só pôde reconhecê-la como o direito natural mais importante de todo ordenamento jurídico, inerente ao ser humano. Logo, o direito à vida é anterior a qualquer norma escrita, não sendo cabível criar tal direito, mas simplesmente reconhecê-lo.

Como será visto neste capítulo, desde a concepção, a vida humana amplamente é protegida pelo Direito Pátrio, mesmo que corresponda a um ser ainda em desenvolvimento. Afinal, de qualquer modo, o embrião ou feto corresponde, cientificamente, à formação de um ser da espécie humana e, por isso, a lei não poderia ignorar sua existência. Em razão disso, a ordem jurídica confere ao nascituro uma proteção, que se manifesta de diversas formas.

2.3.2.1 Constituição Federal Brasileira

Quanto ao aborto, a Constituição Federal promulgada em 1988 foi omissa, deixando o tema controvertido para a legislação ordinária. Acerca dessa questão, Benedita Inês Lopes Chaves declarou: “Em nosso País, lamentavelmente, não foi incluído na Constituição Federal um dispositivo geral para a tutela jurídica à vida do nascituro, delegando-se às leis ordinárias esta incumbência”.²⁹²

Fato é que o direito à vida é extensivamente tutelado pela Carta Maior do país, como será mostrado a seguir. Contudo, o constituinte não indicou um momento a partir do qual devesse incidir a proteção à existência humana. O preceito estipulado é geral, cabendo aos operadores do Direito o papel de elucidá-lo.

A Constituição Federal do Brasil declara que o direito à vida é inviolável, nos termos do artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida [...]”.²⁹³ Exatamente por estar disposta como um direito fundamental no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais –, o constituinte fez questão de frisar a inviolabilidade do direito à vida.

²⁹² CHAVES apud SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 106.

²⁹³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

Não bastasse, o artigo 60, §4º, IV da Constituição conferiu aos direitos fundamentais previstos no artigo 5º a condição de cláusulas pétreas: “Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: [...] os direitos e garantias fundamentais”.²⁹⁴ Dessa forma, estes não podem ser suprimidos ou reduzidos sequer por emenda constitucional, mas apenas por meio de uma nova Assembleia Constituinte.

Contudo, isso não quer dizer que o direito à vida seja absoluto, pois este pode ser restringido em situações de colisão com outros direitos de mesma natureza. A própria Constituição estabelece, ainda no rol de direitos e garantias fundamentais, que não haverá pena de morte, salvo em caso de guerra declarada (artigo 5º, XLVII, alínea a). Por não existirem direitos absolutos, nem mesmo a vida, é possível que a legislação penal (artigo 23) estabeleça as causas de exclusão de ilicitude – estado de necessidade, legítima defesa, estrito cumprimento de dever legal e exercício regular de direito – algumas das quais inclusive abordamos anteriormente, por serem aplicáveis a determinadas hipóteses do crime de aborto.

Importa ainda lembrar que a Constituição da República Federativa do Brasil é a Lei Maior do país, à qual devem se submeter todas as demais leis, consideradas infraconstitucionais:

Os princípios, objetivos e direitos definidos nos Títulos I e II da CF são o fundamento do ordenamento jurídico. Por fundamento, entenda-se o pilar estruturante de todo um conjunto de normas. Assim, a interpretação normativa deve estar consonante com tais princípios.²⁹⁵

Como dito anteriormente, não se encontra expressamente no texto constitucional disposição alguma que determine quando se inicia o direito à vida. Todavia, conforme o entendimento dos principais constitucionalistas brasileiros, o direito à vida não deve ser visto mediante uma interpretação restritiva à vida extrauterina.

A atividade interpretativa é indispensável para o bom exercício do Direito. Nesta pesquisa, viu-se que os constitucionalistas lançam mão das técnicas hermenêuticas da máxima efetividade ou da eficiência e da norma mais favorável,

²⁹⁴ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

²⁹⁵ MATOS, Priscila Batista de. **Direito à vida do nascituro na fase intrauterina**. Boletim Científico ESMPU, Brasília, ano 15, n. 47, p. 83-113, jan./jun. 2016. p. 91-92.

segundo as quais se escolhe a interpretação que melhor atenda aos objetivos constitucionais, atribuindo à norma o sentido que maior eficácia lhe conceda.²⁹⁶

Nesse ínterim, sobre a interpretação das normas constitucionais, o STF – a quem compete, precipuamente, a guarda da Constituição, conforme prevê o art. 102 desta²⁹⁷ – assim se manifestou:

Os magistrados e tribunais, no exercício de sua atividade interpretativa, especialmente no âmbito dos tratados internacionais de direitos humanos, devem observar um princípio hermenêutico básico (tal como aquele proclamado no artigo 29 da Convenção Americana de Direitos Humanos), consistente em atribuir primazia à norma que se revele mais favorável à pessoa humana, em ordem a dispensar-lhe a mais ampla proteção jurídica. O Poder Judiciário, nesse processo hermenêutico que prestigia o critério da norma mais favorável (que tanto pode ser aquela prevista no tratado internacional como a que se acha positivada no próprio direito interno do Estado), deverá extrair a máxima eficácia das declarações internacionais e das proclamações constitucionais de direitos, como forma de viabilizar o acesso dos indivíduos a sistemas institucionalizados de proteção aos direitos fundamentais da pessoa humana, sob pena de a liberdade, a tolerância e o respeito à alteridade humana tornarem-se palavras vãs.²⁹⁸

Sendo assim, considerando que a vida é direito inerente à natureza humana, norteador da proteção jurídica dirigida ao ser humano, ao qual o Direito se destina, não seria possível conferir à norma constitucional interpretação que lhe restringisse o sentido e limitasse o direito à vida. Se o texto constitucional não limitou a inviolabilidade do direito à vida, não caberia ao intérprete fazê-lo.

Segundo Bulos, o significado constitucional do direito à vida é amplo, porque se conecta com outros direitos, de forma que

Sem a proteção incondicional do direito à vida, os fundamentos da República Federativa do Brasil não se realizam. Daí a Constituição proteger todas as formas de vida, inclusive a uterina. Assim, tanto a expectativa de vida exterior (vida intrauterina) como a sua consumação efetiva (vida extrauterina) constituem um direito fundamental. **Sem ele nenhum outro se realiza. Cabe ao Estado assegurar o direito à vida sob duplo aspecto: direito de nascer e direito de subsistir ou sobreviver.**²⁹⁹ (grifo nosso)

²⁹⁶ MATOS, Priscila Batista de. **Direito à vida do nascituro na fase intrauterina**. Boletim Científico ESMPU, Brasília, ano 15, n. 47, p. 83-113, jan./jun. 2016. p. 91.

²⁹⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

²⁹⁸ STF, 2ª Turma, HC n. 91.361/SP, Rel. Min. Celso de Mello, j. 23/09/2008, DJ 06/02/2009. p. 2.

²⁹⁹ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 533.

Já Moraes explica que “o início dessa preciosa garantia individual deverá ser dado pelo biólogo, cabendo ao jurista, tão somente, dar-lhe o enquadramento legal [...]”.³⁰⁰ Mais adiante, ele defende:

A Constituição, é importante ressaltar, protege a vida de forma geral, inclusive a uterina, pois a gestação gera um *tertium* com existência distinta da mãe, apesar de alojado em seu ventre. Esse *tertium* possui vida humana que iniciou-se com a gestação, no curso da qual as sucessivas transformações e evoluções biológicas vão configurando a forma final do ser humano.³⁰¹

No mesmo sentido, Paulo e Alexandrino dispõem: “Expresso no caput do art. 5º, o direito à vida é o mais elementar dos direitos fundamentais; sem vida, nenhum outro direito pode ser fruído, ou sequer cogitado. A Constituição protege a vida de forma geral, não só a extrauterina como também a intrauterina”.³⁰²

O posicionamento dos referidos constitucionalistas, podemos dizer, está em consonância com o próprio texto constitucional, o qual estabeleceu que a inviolabilidade do direito à vida se dá “sem distinção de qualquer natureza”, segundo o artigo 5º supramencionado.³⁰³ Logo, nos termos dessa norma, o constituinte não fez distinção entre vida extrauterina e intrauterina, não atribui maior valor a uma delas – diferentemente da legislação infraconstitucional penal, conforme vimos anteriormente.

Nessa perspectiva, ao analisar o estatuto jurídico do nascituro, Semião inicia afirmando que a pessoa humana é consagrada como referencial basilar do sistema jurídico, sobre cujo valor se firma a Constituição Federal, e seu reconhecimento como tal implica por em relevo o respeito a todo ente caracterizado como humano. Por isso, o autor dispõe que

Se deixarmos de considerar a vida do *infans conceptus* consubstanciando um bem inerente à vida do próprio ser humano, relegaremos o nascituro à condição de coisa, o que vai de encontro à natureza do homem enquanto homem e a verdade real, que deve ser protegida pelo Direito, enquanto filosofia social. [...] Considerados os embriões humanos como pertencentes à mesma natureza das pessoas humanas nascidas, pela via da similitude, a eles são perfeitamente aplicáveis o princípio fundamental relativo à

³⁰⁰ MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais**: comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 81.

³⁰¹ *Ibidem*. p. 85.

³⁰² PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 14. ed. São Paulo: Método, 2015. p. 121.

³⁰³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

dignidade humana e a proteção ao direito à vida. Inadmissível dissociá-los desses que são os fundamentos basilares de amparo aos indivíduos nascidos, seus semelhantes. E para garantir-lhes a almejada proteção jurídica, assegurando-lhes o direito à vida e o respeito à dignidade, não há necessidade de fixar normas especiais [...].³⁰⁴

Posto tudo isso, entende-se que, atualmente, o Direito Constitucional brasileiro estabelece o respeito à vida do ser humano – que é o fim de todo o ordenamento jurídico – em toda a sua extensão, sem restringir-lhe o alcance.

2.3.2.2 Tratados e acordos internacionais ratificados pelo Brasil

Tratados e acordos internacionais sobre direitos humanos que o Brasil aprovou e ratificou afirmam ser a vida inviolável.

O principal corresponde à Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), conhecida como Pacto de São José da Costa Rica, que em seu artigo 4º prevê: “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”.³⁰⁵

O Pacto de São José da Costa Rica passou a integrar o ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto n. 678/1992, o qual afirma em seu artigo 1º que a referida Convenção deverá ser cumprida tão inteiramente como nela se contém.³⁰⁶

Embora tenha nascido no ano de 1969, é incrível como o Pacto de São José da Costa Rica se associa aos objetivos da Constituição brasileira de 1988. “Com efeito, se estabelecermos um paralelo entre eles veremos inúmeras semelhanças [...]. É como se os fundamentos de uma correspondesse aos fundamentos da outra.”³⁰⁷

Já a Declaração dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia das Nações Unidas em 1959 e ratificada pelo Brasil, afirma que “[...] a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados

³⁰⁴ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 148-171 passim.

³⁰⁵ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 22 nov. 1969. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁰⁶ BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/D0678.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁰⁷ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 711.

especiais, inclusive proteção legal apropriada, **antes** e depois do nascimento”³⁰⁸ (grifo nosso).

Nesse íterim, a Convenção sobre Direitos da Criança (1989), ratificada pelo governo brasileiro em 24 de setembro de 1990, enuncia:

Tendo em conta que, conforme assinalado na Declaração dos Direitos da Criança, “a criança, em virtude de sua falta maturidade física e mental, necessita de proteção e cuidados especiais, inclusive a devida proteção legal, tanto **antes** quanto após seu nascimento”³⁰⁹ (grifo nosso).

O texto deste acordo internacional foi promulgado no Brasil pelo Decreto n. 99.710/1990, o qual assevera em seu artigo 1º que “a Convenção sobre os Direitos da Criança será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém”.³¹⁰

A produção de efeitos jurídicos potencialmente concretos decorrentes dessas normas internacionais parte diretamente de uma regra constitucional, presente no artigo 5º, §2º: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Segundo Bulos, este dispositivo “consagrou o princípio da não tipicidade constitucional, isto é, as liberdades públicas logram de uma abertura material, sendo enunciadas a título exemplificativo, e não taxativo”.³¹¹ Isso significa que os direitos e garantias fundamentais não se encontram enclausurados, limitados, formalmente ao artigo 5º da Constituição, indo além das fronteiras de seus incisos e parágrafos.

Na realidade, o §2º do art. 5º constitui um *portal* que propicia o ingresso, no ordenamento jurídico, de **normas materialmente constitucionais** – constatação extraída de uma exegese sistemática da Carta de 1988, que procura conceber os direitos fundamentais de mãos dadas com o **princípio da dignidade humana** (CF, art. 1º, III). Assim, o §2º do art. 5º é um cânone de exegese para otimizar tratados internacionais de direitos humanos, incorporados à ordem jurídica brasileira, numa perspectiva material, consentânea ao **bloco de constitucionalidade** da Carta de 1988.³¹² (grifo do autor)

³⁰⁸ BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **Declaração dos Direitos da Criança**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DeclDirCrian.html>>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁰⁹ _____. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³¹⁰ Ibidem.

³¹¹ BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 699.

³¹² Ibidem. p. 699.

Estes tratados internacionais, por versarem sobre direitos humanos, já adentraram o ordenamento jurídico do país com o *status* de norma constitucional, ou seja, devem ser observados pela legislação infraconstitucional, nos termos do artigo 5º, §3º da Constituição Federal: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

Tal norma, proveniente da Emenda Constitucional n. 452/004, alçou os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos a uma posição privilegiada e especial no ordenamento jurídico, porque os equiparou às emendas constitucionais, e não às leis federais. Na lição de Bulos,

Os tratados internacionais de direitos humanos assumem, na ordem positiva interna brasileira, qualificação constitucional, sendo que as convenções internacionais em matéria de direitos humanos [...], a exemplo do Pacto de São José da Costa Rica, revestem-se de **caráter materialmente constitucional**, compondo, sob tal perspectiva, a noção conceitual de **bloco de constitucionalidade**. [...] possuem natureza de norma constitucional, apresentando um caráter especialíssimo, diferente daquele atribuído aos tratados internacionais comuns. [...] inclusive os firmados antes do advento da Constituição de 1988 **têm o mesmo status dos dispositivos inscritos na Constituição Federal**, não podendo, todavia, contrariá-la, mas, tão só, completá-la [...].³¹³ (grifo do autor)

Posto isso, os tratados e acordos internacionais sobre direitos humanos ratificados pelo governo brasileiro, por disporem normas que determinam a inviolabilidade da vida humana, reforçam o posicionamento estabelecido pela própria Constituição Federal brasileira.

2.3.2.3 Código Civil Brasileiro e outras leis

O Código Civil Brasileiro (2002) afirma em seu artigo 2º que “a personalidade civil da pessoa começa com o nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.³¹⁴ Inclusive tal norma legal reproduz o mesmo

³¹³ Ibidem. p. 701-702.

³¹⁴ BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

posicionamento jurídico que já constava no artigo 4º do Código Civil anterior³¹⁵ (de 1916).

No entanto, a partir da leitura do dispositivo legal, poder-se-ia questionar se o fato de o Código Civil reconhecer a personalidade do ser humano mediante o nascimento com vida, de forma a negar ao nascituro a personalidade civil, não estaria também lhe negando direitos – como a vida –, uma vez que não se poderia atribuir direitos a quem não possui personalidade jurídica. Nesse sentido, afirma Amaral que

Sujeito de direito é quem participa da relação jurídica, sendo titular de direitos e deveres. [...]. A possibilidade de alguém participar de relações jurídicas decorre de uma qualidade inerente ao ser humano, que o torna titular de direitos e deveres. Essa qualidade chama-se personalidade jurídica [...].³¹⁶

Inicialmente, é importante citar que sempre houve e ainda há divergências entre juristas – causadas pela aparente divergência da própria norma – no que tange ao início da personalidade civil do ser humano como sujeito de direitos e deveres.

Sobre a questão, a doutrina brasileira se divide basicamente em duas principais correntes que se contrapõem: natalista (majoritária) e concepcionista (minoritária) – o que não significa, vale dizer, que sejam estanques e absolutamente opostas entre si.

Alguns defendem ainda uma terceira corrente, chamada de personalidade condicional, segundo a qual o nascituro é pessoa condicional, pois a aquisição da personalidade, ainda na concepção, encontra-se sob a dependência de condição suspensiva: o nascimento com vida.³¹⁷ Acontece que, na verdade, não se trataria propriamente de uma terceira teoria, pois seria apenas um desdobramento das principais: enquanto uns a chamam de concepcionista imprópria³¹⁸ – por conferir personalidade desde a concepção –, outros afirmam que corresponde a um seguimento da natalista, vez que também parte da premissa de que a personalidade depende do nascimento com vida para ser concretizada.³¹⁹

³¹⁵ BRASIL. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L3071impressao.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³¹⁶ AMARAL, Francisco. **Direito Civil**: introdução. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 217-218.

³¹⁷ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**: parte geral. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 104.

³¹⁸ CHINELATO, Silmara Juny de Abreu. **Tutela Civil do Nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 145.

³¹⁹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**: parte geral. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 104.

Para a teoria natalista, a personalidade do ser humano começa do nascimento com vida.³²⁰ É, portanto, a teoria adotada pelo Direito brasileiro, tal qual expresso no artigo 2º do Código Civil, já citado: “A personalidade civil da pessoa começa com o nascimento com vida [...]”.

Segundo essa escola, o nascimento com vida corresponde ao fato jurídico que permite a aquisição da personalidade civil, de forma que o ente adquire todos os direitos e deveres como pessoa. Antes disso, o nascituro não seria considerado como pessoa. Possuiria apenas expectativas de direitos, por ser considerado expectativa de pessoa, já que não teria uma existência própria.³²¹ “Mas, como provavelmente nascerá com vida, o ordenamento jurídico desde logo preserva seus interesses futuros, tomando medidas para salvaguardar os direitos que, com muita probabilidade, em breve serão seus”.³²²

Por sua vez, a escola concepcionista considera que a personalidade civil do ser começa antes o nascimento, desde a concepção, ressalvados apenas os direitos patrimoniais (como herança e doação), que ficam condicionados ao nascimento com vida.³²³ Para os defensores desta teoria, o nascituro deve ser considerado pessoa por possuir direitos e ser, conseqüentemente, sujeito de direitos.³²⁴ Baseia-se, assim, na segunda parte do supracitado artigo 2º do Código Civil: “[...] a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

No seu Esboço do Código Civil, Teixeira de Freitas já dispunha no artigo 221: “Desde a concepção no ventre materno começa a existência das pessoas naturais, e, antes do nascimento, elas podem adquirir alguns direitos como se já tivessem nascidas”.³²⁵

No mesmo sentido, Clóvis Beviláqua afirmou no artigo 3º de seu Projeto do Código Civil: “A personalidade civil do ser humano começa com a concepção, sob a condição de nascer com vida”.³²⁶ Para este jurista, “o conjunto dos direitos atuais ou meramente possíveis, das faculdades jurídicas atribuídas a um ser, constitui a personalidade”.³²⁷ Logo, partindo desta definição, o nascituro teria personalidade por

³²⁰ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: parte geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 104.

³²¹ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 40.

³²² RODRIGUES, Silvío. **Direito Civil: parte geral**. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 36.

³²³ GONÇALVES, op. cit., p. 104, nota 320.

³²⁴ SEMIÃO, op. cit., p. 35, nota 321.

³²⁵ CHINELATO, Silmara Juny de Abreu. **Tutela Civil do Nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 148.

³²⁶ *Ibidem*. p. 152.

³²⁷ *Ibidem*. p. 127.

ser detentor de direitos atuais e, ainda, por haver outros possíveis de lhe serem atribuídos.

Com relação ao que aponta a jurisprudência brasileira, basta dizer que nem mesmo o Supremo Tribunal Federal possui uma posição definida a respeito das referidas teorias, ora seguindo a natalista, ora a concepcionista. Por sua vez, o Superior Tribunal de Justiça tem acolhido a teoria concepcionista.³²⁸

Conforme mostrado até então, sabe-se que o Código Civil Brasileiro adotou a teoria natalista para o reconhecimento da personalidade civil da pessoa, negando esta ao nascituro. Contudo, por ao mesmo tempo resguardar os direitos de que aquele possa ser titular, desde a concepção, a norma parece sustentar uma contradição, já que não faria sentido atribuir direitos a quem sequer tem personalidade jurídica.

Em que pese a conjunção adversativa “mas” entre as duas partes do artigo, vale esclarecer que o legislador não estabeleceu normas contraditórias e, conseqüentemente, excludentes entre si, pois isso negaria vigência ao próprio artigo de lei. Na verdade, “as duas partes do artigo, inteligentemente, discriminaram duas situações, em duas orações coordenadas e independentes”.³²⁹ Ou seja, uma não está subordinada a outra e ambas possuem significados próprios.

Diante disso, faz-se necessária uma interpretação sistemática da norma: mesmo o artigo 2º do diploma civilista acolhendo a doutrina natalista, infere-se que a teoria concepcionista é que estabelece e protege os direitos do nascituro no ordenamento jurídico brasileiro.

Na aplicação do Direito, o elemento sistemático é indispensável para esclarecer o sentido e o conteúdo dos preceitos, a fim de que a norma desempenhe, em sua amplitude, a finalidade social que lhe é atribuída. Por isso, Maximiliano afirma que “é contra o Direito julgar ou emitir parecer, tendo diante dos olhos, ao invés da lei em conjunto, só uma parte da mesma”.³³⁰

Não há o que se discutir quanto à norma imposta pela primeira parte do artigo: o nascimento com vida confere universalidade à personalidade civil da pessoa. Isto é, o nascido vivo é, sem dúvidas, sujeito de direitos e deveres. Mas, e com relação àquele que ainda está por nascer? A redação empregada na norma

³²⁸ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: parte geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 107.

³²⁹ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 67.

³³⁰ *Ibidem*. p. 214.

deixa a entender que desde o período de sua vida intrauterina o ser humano é sujeito de direitos.

No próprio texto do artigo 2º do Código Civil, o legislador empregou o termo “direitos”, e não a sua “expectativa de”. Logo, o nascituro seria sujeito detentor desde já de todos os direitos subjetivos que lhe possam ser assegurados, conforme sua condição.

“Direito subjetivo é o poder que a norma jurídica confere a alguém de agir e de exigir de outrem determinado comportamento. Denomina-se subjetivo por ser exclusivo do respectivo titular [...]”.³³¹ Esse direito só é materializado numa relação jurídica, a qual por sua vez necessita da participação de sujeitos de direitos para se constituir:

O direito subjetivo consiste numa relação jurídica que se estabelece entre um sujeito ativo – o titular desse direito – e um sujeito passivo, ou vários sujeitos passivos, que ou são responsáveis pelo cumprimento de uma obrigação para com o primeiro ou devem abster-se de qualquer comportamento que lhe possa prejudicar um direito.³³²

Com relação ao conceito de direito subjetivo, Hans Kelsen teceu considerações segundo as quais “[...] ao conceito de direito subjetivo corresponde o de sujeito de direito. O sujeito constitui-se pela necessidade de representar um titular dos direitos subjetivos [...]”.³³³ Logo, precisa haver algo que possua direitos subjetivos. Não há direito sem sujeito.

Cada vez que se fala em direito subjetivo, é imprescindível conceber o titular dessa prerrogativa; “porque não há direito subjetivo que não tenha um sujeito, pois o direito tem por escopo proteger os interesses humanos”.³³⁴ No mesmo sentido, Amaral afirma: “Não há sujeitos sem direitos, como não há direitos sem titular”.³³⁵ No caso da norma civil, o sujeito de direitos é o nascituro, sendo estes resguardados desde a sua concepção, conforme previsão expressa.

Conforme explicitado no texto legal, a lei põe a salvo os “direitos do nascituro”. Na gramática da Língua Portuguesa, a expressão formada por uma preposição (do) anteposta a um substantivo (nascituro) denomina-se locução

³³¹ AMARAL, Francisco. **Direito Civil**: introdução. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 187.

³³² RODRIGUES, Silvío. **Direito Civil**: parte geral. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 34.

³³³ KELSEN apud SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 23.

³³⁴ RODRIGUES, op. cit., p. 34, nota 332.

³³⁵ AMARAL, op. cit., p. 218, nota 331.

adjetiva e possui valor de adjetivo, o qual se presta a qualificar e dar uma característica a um substantivo (direitos). Portanto, observa-se que os direitos no caso são qualificados e caracterizados como sendo aqueles correspondentes ao nascituro.

Pôr a salvo, desde a concepção, os direitos ao nascituro não significa lhe outorgar direitos próprios do ser nascido. Há, todavia, direitos que independem do nascimento, como será apontado logo a seguir – direito à vida, à integridade física, à saúde, à curatela, à representação, a alimentos –, e são, por isso, reconhecidos desde o princípio da gestação.

Ademais, destaca-se a presença marcante do artigo definido “os”, que indica que o nascituro tem destinado a si determinados direitos, próprios da sua condição. Afinal, o artigo definido determina o substantivo que o sucede, de forma que, ao empregá-lo, o legislador discriminou “os direitos do nascituro” dentre toda a gama de direitos existentes. Com isso, ele aponta que existem, no ordenamento jurídico pátrio, direitos específicos protegidos para o nascituro.

Ora, se a legislação põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro, conclui-se que, logicamente, estaria salvaguardado para ele o direito mais básico de todos, do qual dependem todos os demais: o direito à vida. Afinal, seria contraditório – e até mesmo inútil, ousa-se dizer – depreender-se da lei que todos os direitos do nascituro estão preservados, exceto o direito à vida. Ele é o suposto ontológico sem o qual os demais direitos não teriam existência possível.

Como já foi explicitado neste trabalho, o direito à vida é um direito fundamental do ser humano, não só perante o ordenamento jurídico brasileiro, mas também tratados e convenções internacionais, dos quais inclusive o Brasil é signatário. Por se tratar de um direito basilar, ele se presta a ser o alicerce do qual decorrem, logicamente, todos os outros direitos – os quais, para o nascituro, estão a salvo desde a concepção, segundo o Código Civil.

Trata-se de uma dedução lógica afirmar que “somente a partir da existência da vida é que o indivíduo passa a ser titular de todos os outros direitos; já que a vida é a fonte primária para a titularidade de todos os outros direitos [...]”³³⁶. Nesse

³³⁶ ADEODATO, Benedito Fonseca. **Direitos Existenciais Emergentes**: uma análise sociológica de casos difíceis no Supremo Tribunal Federal. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016. p. 154.

sentido, apontam os constitucionalistas brasileiros. Afonso da Silva³³⁷ confirma que a vida é a fonte de todos os outros bens jurídicos. Já Gilmar Mendes³³⁸ leciona que a existência humana é pressuposto elementar de todos os demais direitos reconhecidos pelo ordenamento.

Importa ressaltar que a vida corresponde a um dos direitos da personalidade, tutelados pelo Código Civil (artigos 11 a 21) e defendidos pela jurisprudência. Inclusive, diz-se que a vida é um direito da personalidade condicionante, visto que, conforme supracitado, dele dependerão os demais.

Sobre o conceito de direitos da personalidade, Gonçalves afirma que correspondem a “[...] prerrogativas individuais, inerentes à pessoa humana e a ela ligados e maneira perpétua e permanente, [...] destacando-se, entre outros, o direito à vida, à liberdade, ao nome, ao próprio corpo, à imagem e à honra”.³³⁹ Amaral por sua vez assevera que

São direitos subjetivos que têm por objeto os bens e valores essenciais do ser humano, em seu aspecto físico, moral e intelectual. Como direitos subjetivos, conferem ao seu titular o poder de agir na defesa dos bens ou valores essenciais da personalidade, que compreendem, no seu aspecto físico o direito à vida [...].³⁴⁰

A expressão “direitos da personalidade” foi consagrada pela própria legislação nacional – Capítulo II do Título I do Código Civil – e logra de predileção pela doutrina brasileira. No entanto, como mencionam Gagliano e Pamplona Filho,³⁴¹ outras expressões são empregadas, principalmente na doutrina estrangeira, como “direitos fundamentais da pessoa”, “direitos subjetivos essenciais”, “direitos personalíssimos”, “direitos sobre a própria pessoa” e etc.

Independentemente da discussão acerca da aquisição de personalidade ou não pelo nascituro – pela qual já se passou neste trabalho e viu-se que não há consenso entre a doutrina e jurisprudência –, fato é que há direitos da personalidade compatíveis com a condição de pessoa por nascer. Como bem leciona Zanoni:

³³⁷ SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011. p. 198.

³³⁸ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 289.

³³⁹ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: parte geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 191.

³⁴⁰ AMARAL, Francisco. **Direito Civil: introdução**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 249-250.

³⁴¹ GONÇALVES, op. cit., p. 192, nota 339.

Mesmo que não se reconheça personalidade do nascituro, admitindo-se apenas a existência de vida humana, ainda que sem personalidade, há de se concordar que existe no *conceptus* o direito de nascer, como particular manifestação dos direitos de viver.³⁴²

Nesse ínterim, Maria Helena Diniz defende a atribuição de direitos da personalidade ao ser gestado ao definir que

Nascituro é aquele que há de nascer, cujos direitos a lei põe a salvo; aquele que, estando concebido, ainda não nasceu e que, na vida intra-uterina, tem personalidade jurídica formal, no que atina aos **direitos da personalidade**, passando a ter personalidade jurídica material, alcançando os direitos patrimoniais, que permaneciam em estado potencial, somente com o nascimento com vida.³⁴³ (grifo nosso)

Acerca da proteção aos direitos da personalidade do embrião ou feto humano, Chinelato protesta que: “O direito à vida, à integridade física e à saúde são do *nascituro* e não da mãe, não é lícito que ela se oponha a tal direito. [...]. Não cabe à mãe dispor de direito à vida e à saúde que não é seu, mas sim de filho nascituro”.³⁴⁴

Tanto que o Direito Penal pune a provocação do aborto como um crime contra a vida da pessoa – conforme apontado anteriormente –, de forma a reconhecer com nitidez que existe um bem jurídico a ser tutelado: a vida do nascituro (sujeito passivo da conduta criminosa).

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente, ao estabelecer no artigo 7º que “a criança tem direito à proteção da vida e da saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que **permitam o nascimento** [...]”³⁴⁵ (grifo nosso), expressa que a vida e a saúde da criança precisam ser resguardadas antes mesmo do nascimento, a fim de que este seja concretizado.

Nesse sentido, o Estatuto ainda afirma em seu artigo 8º que às gestantes são assegurados nutrição adequada, atendimento pré-natal, assistência psicológica e atenção humanizada à gravidez e ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde, dentre outros direitos. Proteger a vida e o bem-estar da gestante significa proteger a vida e o bem-estar do nascituro:

³⁴² ZANONI apud CHINELATO, Silmara Juny de Abreu. **Tutela Civil do Nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 305.

³⁴³ DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico** (v. 3). São Paulo: Saraiva, 1998. p. 334.

³⁴⁴ CHINELATO, op. cit., p. 315, nota 342.

³⁴⁵ BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

O embrião ou feto reage não só às condições físicas da mãe, aos seus movimentos psíquicos e emocionais, como também aos estímulos do ambiente externo que a afetam. O cuidado com o bem-estar da mãe repercute no ser que ela está gestando. [...] Quando a mulher grávida recebe apoio material e emocional durante todo o processo, seus sentimentos de bem-estar comunicam-se ao embrião e ao feto, favorecendo o desenvolvimento saudável do bebê.³⁴⁶

Não bastasse, a lei pôs a salvo o direito do nascituro à vida quando disciplinou o direito a alimentos gravídicos³⁴⁷ por meio da Lei nº 11.804/2008 – fruto de inovação legislativa que preencheu a lacuna deixada desde a Lei nº 5.478/1968, que dispõe sobre a ação de alimentos. Apesar de o direito a alimentos já ser em geral assegurado pelo Código Civil (artigo 1.694) a quem dele necessitasse, o legislador visou especificamente garantir, através de uma gestação sadia e segura, a sobrevivência e o pleno desenvolvimento do feto durante a gravidez, desde a concepção até o parto³⁴⁸. Afinal, um pré-natal adequado influencia substancialmente na formação e desenvolvimento do ser gestado, conforme já mencionado.

Outra norma a ser observada é a previsão do artigo 318, IV do Código de Processo Penal, segundo o qual poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando a agente for gestante.³⁴⁹ Desde já, é importante esclarecer que, conforme parecer da Procuradoria-Geral da República, “[...] o objetivo da norma é tutelar direitos da criança, e não da mãe [...]”.³⁵⁰ Sendo assim, o legislador visou aqui conferir proteção à integridade do nascituro que a gestante guarda dentro de si.

Não é preciso muita imaginação para deduzir os impactos que o cárcere causa ao desenvolvimento natural do feto, considerada não só a privação de condições adequadas de subsistência, de acesso a programas de saúde pré-natal e de assistência regular para a gestante, mas também os abalos, constrangimentos e violências aos quais a detenta está exposta. Todos esses fatores atentam contra a

³⁴⁶ SANTOS, Marcos Davi dos *et. al.* **Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014. p. 19.

³⁴⁷ Entenda-se “alimento” como tudo aquilo que for necessário e suficiente para prover o pleno desenvolvimento da gravidez, incluindo-se alimentação especial, assistência médica e psicológica, medicamentos, internações, parto e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis (nos termos do artigo 2º da Lei nº 11.804/2008), visando o nascimento com vida do nascituro.

³⁴⁸ BRASIL. **Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11804.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁴⁹ _____. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁵⁰ STF, Segunda Turma, HC 143.641/SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 20/02/2018, DJe 01/03/2018. p. 13.

vida do nascituro, uma vez que podem não só prejudicar a sua formação como até mesmo levar à interrupção precoce da gravidez.³⁵¹

Vale destacar que o legislador tem se mostrado sensível a esta realidade, visto que essa proteção à vida do nascituro é resultado da ampliação do direito para todo o período de gestação, graças à modificação da norma em questão pela Lei nº 13.257/2016 (Estatuto da Primeira Infância).³⁵² Anteriormente, o inciso IV do artigo 318 da lei processual penal conferia o direito à prisão domiciliar às gestantes apenas a partir do 7º (sétimo) mês de gravidez ou sendo esta de alto risco.

Apesar de esse dispositivo não estabelecer um direito subjetivo automático – pois o verbo “poderá” permitiria a total discricionariedade do juiz para a substituição da pena – entendimento recente do Supremo Tribunal Federal veio atribuir proteção integral à vida e à saúde dos nascituros cujas mães estão encarceradas. Nesse sentido, o tribunal concedeu ordem para determinar a substituição da prisão preventiva pela domiciliar de todas as mulheres presas gestantes.

Segundo consta no relatório da decisão, reconheceu-se que as violações aos direitos das crianças começam antes mesmo do nascimento:

É fundamental ter em mente que o período gestacional e o momento do nascimento refletem no desenvolvimento infantil. [...]. Assim, é importante considerar a relevância da atenção pré-natal e do cuidado com o parto, para além do acompanhamento pediátrico, e entender que violações aos direitos da mulher gestante, parturiente e mãe violam também os direitos de crianças.³⁵³

³⁵¹ “Para além da incapacidade de oferecer um ambiente confortável, alimentação adequada e viabilizar outros fatores condicionantes de um desenvolvimento gestacional saudável, estudos dedicados à investigação das condições de maternidade no cárcere constataram ainda que as mulheres experimentam – e denunciam – gestações ora mal, ora completamente desassistidas. Tome-se, por exemplo, o impacto desta privação no tocante à sífilis, enfermidade à qual as mulheres privadas de liberdade estão especialmente vulneráveis, conforme os dados do INFOPEN [...]. A bactéria causadora da doença é capaz de atravessar a barreira placentária. Em consequência, fica a criança vulnerável à sífilis congênita, cuja incidência tem aumentado nos últimos anos [...]; incrementa-se o risco de abortamentos precoces, tardios, trabalhos de parto prematuros e do óbito da criança [...]. As crianças sobreviventes ainda podem desenvolver malformações cerebrais, alterações ósseas, cegueira e lábio leporino” (STF, Segunda Turma, HC 143.641/SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 20/02/2018, DJe 01/03/2018. p. 15-16).

³⁵² BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

³⁵³ STF, Segunda Turma, HC 143.641/SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 20/02/2018, DJe 01/03/2018. p. 26-27.

Por isso, conforme apontado pelos impetrantes da ordem de *habeas corpus*, é o direito de punir (no caso, a mãe) e não o direito à vida e à integridade do ser que está sendo gestado que deve ser mitigado.³⁵⁴

Tendo em vista todas as normas levantadas até então, conclui-se que o direito à vida do nascituro está de fato positivado e resguardado no Direito brasileiro, sendo, portanto, um dos direitos que a legislação põe a salvo desde a concepção, nos termos do artigo 2º do Código Civil.

Vale citar que no Código Civil também estão expressos os direitos do nascituro: de receber doação (artigo 542); de sucessão (artigo 1.798); à curatela (artigo 1.779); ao reconhecimento de paternidade (artigo 1.609, parágrafo único, do Código Civil, em consonância com o artigo 26, parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente). Todos esses direitos independem do nascimento.

Posto isso, resta inferir que, dentre tantos direitos do nascituro, apontados neste capítulo como reconhecidos pelo Direito brasileiro, destaca-se essencialmente o direito à vida – ou melhor, o direito de nascer –, o qual justifica a existência e a tutela jurídica de todos os demais. Sendo assim, depreende-se que o Código Civil Brasileiro está em consonância com o entendimento de que a vida humana começa na concepção e *deve ser protegida pelo Estado*, alinhando-se ao restante do ordenamento jurídico nacional.

³⁵⁴ STF, Segunda Turma, HC 143.641/SP, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, j. 20/02/2018, DJe 01/03/2018. p. 7.

2.4 ABORTO E SAÚDE PÚBLICA

2.4.1 Experiências estrangeiras

Como vimos ainda no primeiro tópico deste referencial teórico, a história do aborto no mundo nunca foi linear. Houve momentos em que a prática ora foi vetada ou restringida, ora foi liberalizada, a depender do contexto cultural, político e/ou social de determinada civilização. Já que esta pesquisa se presta a analisar os impactos da prática do aborto na saúde pública, é preciso também levantar a ocorrência desse fato ao longo do tempo, em diversas populações, mais especificamente nos países onde há experiência com o abortamento descriminalizado.

Quando se fala em aborto, em um contexto político progressista, a sua descriminalização surge como pauta relevante para que uma nação seja considerada evoluída hodiernamente. Afinal, a grande maioria dos países considerados desenvolvidos avançou nesse sentido e ampliou as hipóteses de legalização do aborto, passando a tratá-lo durante certo período gestacional como um direito de escolha da mulher, sendo inclusive fornecido pelos serviços de saúde, públicos ou privados – como será visto a seguir.

O presente tópico não pretende promover uma análise demasiadamente aprofundada do tema nesses países, mas tão somente conhecer alguns casos estrangeiros para, posteriormente, compará-los com a situação do Brasil. Assim, será apresentado o levantamento de dados e fatos de 16 nações estrangeiras – algumas desenvolvidas e outras, assim como o Brasil, em desenvolvimento – a fim de comparar, em números, duas realidades distintas: a criminalização e a descriminalização do aborto.

2.4.1.1 Estados Unidos da América: resultados de *Roe versus Wade*

Conforme vimos durante a abordagem histórica sobre o aborto, em 1973, a Suprema Corte dos EUA reconheceu o direito constitucional da mulher ao aborto, a partir da decisão de um caso que se tornou paradigma na justiça norte-americana,

conhecido como *Roe versus Wade*. A Corte sustentou que o Estado não pode proibir o aborto antes da viabilidade extrauterina do feto, podendo haver restrições no caso de proteção da vida e da saúde da mulher. Em razão do sistema federativo vigente no país, cada estado pode estabelecer uma norma própria sobre o tema.

A Emenda *Hyde*, em vigor desde 1977, proíbe que fundos federais sejam usados para fornecer cobertura de aborto para mulheres seguradas pelo *Medicaid* – o principal programa de seguro de saúde pública dos EUA para os norte-americanos de baixa renda. Porém, os estados podem usar seus próprios fundos, sendo que 17 deles mantêm uma política que exige que o estado forneça cobertura de aborto sob o *Medicaid*.³⁵⁵

Em 2003, foi aprovado o chamado *Partial-Birth Abortion Ban Act*³⁵⁶, uma legislação específica que proíbe a interrupção da gravidez por meio do procedimento conhecido como *partial-birth* (nascimento parcial), o qual – conforme aprendemos no tópico 2.2 – é realizado quando o feto é morto sem que tenha sido retirado por completo do interior da gestante. Mas a própria lei prevê exceções: em caso de risco de vida da mãe, o ato não é passível de punição. Apesar das polêmicas em torno, ativistas alegam que restrições à prática atentam contra o direito de escolha das mulheres.³⁵⁷

Em 2000, um total de 13 estados tinha pelo menos 4 tipos de restrições ao aborto. Em 2017, esse número aumentou para 29 estados. Em contraste, a quantidade de estados que apoiavam o direito ao aborto caiu de 17 em 2000 para 12 em 2017. Desde 1º de janeiro de 2018, 40 dos 50 estados norte-americanos impuseram pelo menos uma dessas restrições: aconselhamento obrigatório; período de espera obrigatório antes do procedimento; regulamentações para as clínicas de aborto; autorização dos pais ou responsáveis antes de uma menor obter um aborto; proibição do uso de fundos estaduais do *Medicaid* para pagar abortos medicamentosos.³⁵⁸

Falar de números de abortos nos EUA é algo complexo, pelo que vimos na preparação desta pesquisa. Por isso, é preciso primeiramente apresentar quem é

³⁵⁵ INSTITUTO GUTTMACHER. **Induced Abortion in the United States**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁵⁶ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Public Law 108-105 - Nov. 5, 2003**. Disponível em: <<https://www.congress.gov/108/plaws/publ105/PLAW-108publ105.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁵⁷ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 66.

³⁵⁸ INSTITUTO GUTTMACHER, op. cit., nota 355.

responsável pela apuração de tais dados no território norte-americano e descrever como isso é feito.

No que tange às estatísticas oficiais do governo dos EUA, estão são apuradas pelo CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*, uma espécie de departamento de saúde norte-americano, que, desde 1969, faz a compilação da quantidade de abortos legais a partir dos números que recebe dos estados e territórios, a fim de produzir estimativas nacionais. Acontece que esse repasse é feito de forma voluntária: a Divisão de Saúde Reprodutiva do CDC prepara relatórios de vigilância à medida que os dados se tornam disponíveis e não há exigência nacional para envio ou relatório de dados. Logo, notamos que há subnotificações.³⁵⁹

Conforme os arquivos do sistema de vigilância de abortos, até 1997 o órgão recebeu dados de todas as áreas e estados norte-americanos, entretanto, a partir de 1998, alguns passaram a não fornecer mais tais informações ou a fazê-lo de forma incompleta (no referido ano, Alaska, Califórnia, Oklahoma e New Hampshire não reportaram).

Desde 2009, apenas 46 estados e áreas exigem que os provedores de aborto forneçam dados regulares sobre os procedimentos feitos em seu território, sendo que as estatísticas desses locais variaram na abrangência de sua cobertura. A notificação voluntária, que produz apenas contagens parciais de abortos realizados, ocorre em New Jersey, New Hampshire e Columbia. Já Califórnia e Maryland não têm sistema de repasse a nível federal. Assim, os relatórios baseados nos dados recolhidos pelos departamentos de saúde dos estados apresentam estatísticas incompletas.³⁶⁰

No documento que sintetiza os dados de 2009 a 2015, distribuídos por estado de serviço clínico e de residência materna, quatro estados não relataram a ocorrência de abortos durante esse período: Califórnia (maior população), Flórida, Maryland e New Hampshire.³⁶¹

O próprio departamento adverte que seus relatórios não apresentam o número total de abortos ocorridos nos EUA, mas somente aquilo que foi reportado ao governo, de forma que nenhum dado adicional está disponível para uso público. Para

³⁵⁹ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **CDCs Abortion Surveillance System FAQs**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁶⁰ SINGH, Susheela; REMWZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review**. Guttmacher Institute/IUSSP, New York, 2010. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 26.

³⁶¹ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, op. cit., nota 359.

obter maiores informações, a instrução é pesquisar outras fontes, como a *US National Library of Medicine (Medline/PubMed)*.³⁶²

Outra opção é recorrer para organizações de pesquisa privada, que, para alguns, fornecem estimativas mais confiáveis da incidência do aborto nos EUA, pois fazem o levantamento das informações diretamente com os provedores dos serviços de aborto.

Nesse ínterim, destacamos o Instituto *Alan Guttmacher* – que fez parte da *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* – e se identifica como uma fonte primária de pesquisa e análise de políticas sobre aborto nos EUA. Conforme apresentado na sua própria página eletrônica, os dados do instituto seriam, em muitos casos, mais abrangentes do que as fontes dos governos americanos, tanto estaduais quanto federal. Sobre sua atuação no país, afirmam que

O trabalho do Instituto examina a incidência do aborto, o acesso aos cuidados e as barreiras à obtenção de serviços, fatores subjacentes às decisões das mulheres de interromper uma gravidez, características das mulheres que abortam e as condições em que as mulheres os obtêm. O *Guttmacher* também acompanha a legislação e as políticas relacionadas ao aborto nos níveis federal e estadual, promovendo o acesso a serviços de aborto e apresentando argumentos baseados em evidências contra restrições que limitam o acesso.³⁶³

Sobre sua atuação mundial, “o Instituto apoia políticas para promover o acesso a serviços de aborto seguro em todo o mundo, inclusive por meio de programas de ajuda externa dos EUA”.³⁶⁴ Logo, a instituição assume que advoga e luta para que o aborto seja considerado sempre um direito da mulher, seja legalizado e tenha seu acesso facilitado em todo o mundo.

A nível internacional, trata-se da maior organização global em matéria de estatísticas de abortos, que elabora a apuração e estimativa de números de abortos pelo mundo, tanto em países onde a prática é liberalizada quanto onde é restritiva. Por isso, ela será citada algumas vezes neste trabalho durante a abordagem das experiências estrangeiras com abortamento em outros países, que faremos mais à frente.

³⁶² ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **CDCs Abortion Surveillance System FAQs**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁶³ INSTITUTO GUTTMACHER. **United States Abortion**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁶⁴ _____. **International Abortion**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/international/abortion>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

O Instituto *Guttmacher* tem estimado a incidência de abortos conduzindo pesquisas periódicas entre todos os prestadores de serviço de aborto conhecidos nos EUA desde 1974, ano seguinte à legalização. De acordo com a organização, por tentar alcançar todos os provedores de aborto no país, sua pesquisa pode ser considerada um censo.³⁶⁵

Até o presente, em 2018, o Instituto *Guttmacher* tem disponível em sua página eletrônica dados até o ano de 2014. Ao analisarmos os documentos divulgados, notamos que também há deficiência de informação sobre o número de abortos no país, em razão da ausência de dados de diversos estados.

Por exemplo, no relatório que apresenta as estimativas de 2000 e 2003³⁶⁶, afirma-se expressamente que houve estados excluídos da contagem, seja por não possuírem sistema de notificação, seja por apresentarem relatórios muito incompletos ou inconsistentes: em 2001, Arizona, Maryland, Nevada e Columbia; em 2002, Arizona, Colorado, Maryland, Columbia e Wyoming; em 2003, Colorado, Maryland, West Virginia, Columbia e Wyoming.

Já a publicação mais recente dispõe que a apuração não foi uniforme entre os estados e áreas, pois alguns dados foram extraviados: Flórida (21%), Georgia (11%), Havaí (19%), Michigan (15%), New Jersey (16%), Novo México (21%), Oklahoma (18%) e Columbia (12%). Tantas informações sem apuração certamente contribuem para uma significativa subnotificação no número de abortos nos EUA. Segundo as próprias autoras responsáveis pelo documento, “sem dúvida, algumas instituições que prestam assistência ao aborto, especialmente aquelas pequenas, não são conhecidas por nós e são excluídas do nosso censo”.³⁶⁷

Por isso, o Instituto se utiliza de uma série de procedimentos de estimativas, projetando números a partir de informações de anos anteriores, de dados do departamento de saúde local, de fontes bem informadas nas comunidades das clínicas não respondentes e elaborando inferências com base no número de

³⁶⁵ SINGH, Susheela; REMWZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review.** Guttmacher Institute/IUSSP, New York, 2010. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>>. Acesso em; 10 nov. 2018. p. 26.

³⁶⁶ FINER, Lawrence; HENSHAW, Stanley. **Estimates of U.S. Abortion Incidence, 2001-2003.** Guttmacher Institute, New York, 3 ago. 2006. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/08/03/ab_incidence.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 1-2.

³⁶⁷ JONES, Rachel; JERMAN, Jenna. **Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014.** Perspectives on Sexual and Reproductive Health, v. 49, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/abortion-incidence-us.pdf>. Acesso em 10 nov. 2018. p. 3.

procedimentos realizados em instalações similares. Por exemplo, da quantidade calculada no ano de 2005, 76% foram por relatos dos provedores, 12% de dados dos departamentos de saúde, 9% estimados por fontes bem informadas e 3% eram projeções ou outras estimativas.³⁶⁸

De acordo com uma revisão feita pelo Instituto *Guttmacher*, pesquisadores sobre o tema aborto observaram que a subnotificação pode ter se tornado mais acentuada depois que, em 2000, o *mifepristone* foi aprovado para uso em abortos precoces, porque as instalações que só começaram a oferecer serviços de aborto com a pílula podem não ter sido identificadas e outras relutam em relatar abortos medicamentosos. Além disso, os provedores que não mantêm registros dos serviços de aborto podem ter repassado estimativas em vez de números reais, o que pode introduzir a erro a estimativa nacional resultante.³⁶⁹

Além da manifesta subnotificação – um problema que inclusive ocorre em outros países onde o aborto é legalizado, conforme veremos – há uma grande discrepância entre as duas principais fontes de dados do país. Por exemplo, no que tange às estatísticas de 2014, o CDC divulgou um relatório segundo o qual 664.435 abortos foram feitos no país, ao passo que o Instituto *Guttmacher* afirma que foram 926.190 abortamentos. Sendo assim, com tantas incongruências, ainda permanece desconhecido o número total de abortos que são feitos nos EUA, mais de 40 anos após a legalização.

Com relação às estatísticas oficiais, no início da década 1970, antes da legalização, estimava-se que ocorriam cerca de 200 mil de abortos nos EUA. O CDC informa que, em 1980, foram reportados 1.297.606 abortos legais; em 1985, foram 1.328.570; em 1990, alcançou-se a máxima histórica, com 1.429.577 abortos. A partir de então, verificou-se uma queda no índice: 1.210.883, em 1995; 857.475, em 2000; 820.151, em 2005; 765.651, em 2010; e 638.169, em 2015.³⁷⁰ Apesar do declínio, a quantidade de abortamentos continua alta.

Por sua vez, o Instituto *Guttmacher* apresenta números maiores: 744.610, em 1973; 1.553.890, em 1980; 1.588.550, em 1985; 1.608.600, em 1990; 1.359.440, em

³⁶⁸ SINGH, Susheela; REMWZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review.** Guttmacher Institute/IUSSP, New York, 2010. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>>. Acesso em; 10 nov. 2018. p. 27.

³⁶⁹ Ibidem. p. 27.

³⁷⁰ ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **Data and Statistics: Abortion.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/index.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

1995; 1.312.990, em 2000; 1.206.200, em 2005; 1.102.170, em 2010; 926.190, em 2014.³⁷¹ Além disso, a organização assinala que pesquisas anteriores sugerem que o verdadeiro número de abortos é de 3 a 4% maior do que o número estimado pela própria instituição.³⁷²

Sobre essa diminuição apresentada nas estatísticas de abortos nos EUA, Derosa faz algumas reflexões que trazemos aqui. Primeiro, ele destaca a ostensiva subnotificação de abortos em todo o país, que pode estar contribuindo para a aparente queda ou estabilidade das taxas de abortamento. Segundo, ele lembra que, a partir da década de 1990, a ultrassonografia tornou-se mais acessível à população e algumas modificações legislativas passaram a exigir que as gestantes fizessem o exame antes de se submeter ao procedimento, experiência esta que pode ter levado algumas mães a desistirem do ato.

Terceiro, nessa mesma época, foram aprovadas leis em todo o país que estabeleciam critérios para acesso ao aborto legal, além de alguns estados terem proibido a prática do chamado nascimento parcial. Em 24 estados, a legislação se tornou mais restritiva a fim de evitar o abortamento em menores feito sem autorização dos pais ou responsáveis. Quarto, foi realizado um programa educacional sobre o assunto no país, com o objetivo de alertar a população sobre os aspectos e efeitos negativos do aborto. Quinto e último, foram promovidas e divulgadas alternativas para as mulheres que passam por gestações indesejadas, a fim de promover maior suporte para quem desejasse levar a gravidez até o termo, tanto para aceitação do filho quanto para entrega da criança para adoção.

Apesar dos declínios no aborto, uma recente análise do Instituto *Guttmacher* afirma que este ainda é um procedimento comum no país. Aos 20 anos, 4,6% das mulheres abortou, 19% o fez até os 30 anos, e quase uma em cada quatro mulheres norte-americanas (23,7%) já fez um aborto durante sua vida reprodutiva.³⁷³

³⁷¹ INSTITUTO GUTTMACHER. Data Center. **Number of Abortions:** U.S. States. Disponível em: <<https://data.guttmacher.org/states/trend?state=US&topics=66&dataset=data>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁷² SINGH, Susheela; REMWZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity:** A Review. Guttmacher Institute/IUSSP, New York, 2010. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 27.

³⁷³ JONES, Rachel; JERMAN, Jenna. **Population Group Abortion Rates and Lifetime Incidence of Abortion:** United States, 2008-2014. *American Journal of Public Health*, v. 107, n. 12, p. 1904-1909, dez. 2017. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304042>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Ainda com relação à experiência dos EUA, um indicador tem chamado a atenção, de forma negativa: o nível de repetição do aborto induzido. Esse fato pode ser visto como indício da falta ou dificuldade de contracepção entre a população, que, em vez de prevenir a gravidez indesejada, está usando o aborto como método de planejamento familiar.

De acordo com o Instituto *Guttmacher*, entre as mulheres que abortam no país, cerca de metade já fizeram um aborto previamente. Conforme previsto pelos demógrafos, a proporção de mulheres com histórico de abortamento aumentou rapidamente após a legalização, mais do que dobrando entre 1974 e 1979 (de 15% para 32%). O índice aumentou num ritmo mais lento entre 1979 e 1993 (de 32% para 47%), e permaneceu estável desde então. O instituto aponta ainda que a ampliação do acesso e maior uso de serviços de aborto, além de refletir em taxas mais altas de abortamento, leva a um aumento na quantidade de mulheres que provocam 2 ou mais interrupções.³⁷⁴

2.4.1.2 Descriminalização *versus* criminalização em outros países

A **Rússia** – reconhecida oficialmente como o Estado sucessor da URSS – foi o primeiro país do mundo a legalizar o aborto, em 1920, após a revolução russa – como já relatamos no tópico 2.1 –, o qual poderia ser feito em todas as circunstâncias e de forma gratuita nos hospitais. Durante o governo de Stálin, o aborto voltou a ser proibido, de 1936 a 1955, salvo nos casos de risco de vida ou sinais de graves problemas genéticos.³⁷⁵

Em 2011, o Parlamento russo aprovou uma nova lei, que, depois de quase seis décadas de liberação, restringiu o aborto com determinados requisitos. Atualmente, a lei russa estabelece que a interrupção da gravidez pode ser realizada nas seguintes situações: até 12 semanas, a pedido da mulher; até 22 semanas, se resultante de estupro; a qualquer momento devido a condições médicas da mãe. Além disso, se a

³⁷⁴ SINGH, Susheela *et. al.* **Repeat Abortion in the United States**. Guttmacher Institute, occasional report n. 29, nov. 2006. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/or29.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 5-6.

³⁷⁵ RANDALL, Amy. **Repealing the ban on abortion**. Seventeen Moments in Soviet History, Santa Clara University, jul. 2010. Disponível em: <<http://soviethistory.msu.edu/1956-2/repealing-the-ban-on-abortion/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

gestante tiver menos de 15 anos, a gravidez pode ser interrompida antes que o feto adquira capacidade de viver de forma independente. A nova lei também tornou obrigatório um período de espera de 2 a 7 dias para que o procedimento seja realizado, a fim de permitir que a mulher reflita sobre sua decisão. A interrupção só pode ser feita em instituições licenciadas e por médicos com treinamento especializado.³⁷⁶

Quando o abortamento foi legalizado pela primeira vez, supõe-se que a quantidade de abortos na Rússia aumentou quase 8.000%: foram estimados cerca de 10 mil abortos feitos em 1921; em 1931, foram 370 mil; em 1936, 803 mil, quando foi então proibido; em 1940, o número havia caído para 500 mil. No ano da volta da liberalização, em 1955, estimaram-se 800 mil abortos, que teriam triplicado no ano seguinte, para 2,4 milhões. Durante três décadas, os registros mostram somas estratosféricas: 3.407.398, em 1957; 5.463.300, em 1965 (máxima histórica); 4.670.700, em 1975; 4.552.443, em 1985. Com a decadência da URSS e o fim do regime comunista no país, finalmente começaram a ser registrados números abaixo de 4 milhões: em 1991, foram 3.608.421; em 2000, 2.138.750; em 2010, 1.186.108. Os dados mais recentes, de 2015, mostram, pela primeira vez em 60 anos, um número abaixo de 1 milhão: 848.180 abortos.³⁷⁷

Segundo Randall³⁷⁸, durante a liberalização na segunda metade do século XX, o regime comunista parecia confirmar seu compromisso com os direitos das mulheres e proteção à sua saúde, pois a legalização evitaria as consequências para a saúde de abortos ilegais ou autoinduzidos. Por outro lado, o sistema soviético não fornecia à população contraceptivos adequados, em termos de quantidade ou qualidade. Por conseguinte, as mulheres usavam o procedimento como um método primário de controle de natalidade, o que resultava em altíssimas taxas de aborto, sendo que elas frequentemente repetiam abortos ao longo de sua vida fértil.

Embora seja a Rússia seja, historicamente, um país marcado pela extrema liberalização da prática, nos últimos anos, o governo russo tem adotado políticas mais conservadoras e a legislação acerca do aborto tem se tornado mais rigorosa –

³⁷⁶ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 32.

³⁷⁷ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data**. 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-russia.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁷⁸ RANDALL, Amy. **The “Right” to Control Her Own Body? Soviet Women, Abortion and the State**. *Journal of Women’s History*, Binghamton University, New York, 15 set. 2011. Disponível em: <http://bingdev.binghamton.edu/jwh/?page_id=528>. Acesso em: 15 nov. 2018

provavelmente tendo em vista a constante queda na população, causada pela baixa natalidade e baixa expectativa de vida. Em 2011, mudanças legislativas passaram a exigir que a publicidade abortista descrevesse os perigos do aborto para a saúde da mulher, além de tornar ilegal caracterizar o aborto como um procedimento médico seguro.³⁷⁹ Desde 2012, a realização de abortos por causa da situação econômica difícil ou outras razões sociais é proibida.³⁸⁰ Em 2013, foi aprovada uma lei que baniu a propaganda em favor do aborto no país.³⁸¹

Os números mostram que abortar ainda é uma prática muito aceita entre a população russa – bem mais do que no restante do mundo como veremos a seguir. Apesar da atual situação menos liberal, o país ainda sustenta a maior taxa de interrupções voluntárias da gravidez no mundo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU): 34,2 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil.³⁸²

A **Alemanha** foi o segundo país a legalizar o aborto no século XX, logo depois da URSS. Com a ascensão de Hitler ao poder, foi explorado o potencial eugênico do aborto, em busca da chamada “raça pura”: a prática era estimulada entre outras etnias, como negros e judeus, ao passo que era crime uma mulher ariana optar pela interrupção da gestação, salvo nos casos de fetos com deficiências congênitas, má-formação ou considerados “biologicamente inaptos”. Depois do regime nazista, a prática foi proibida por um período, legalizada novamente em 1972 para gestações até o 1º trimestre, e proibida de novo em 1974.³⁸³

Finalmente, em 1976, o aborto foi descriminalizado até a 12ª semana de gravidez quando esta for resultado de ato criminoso ou por solicitação da mulher, neste caso desde que comprovado que passou por um acompanhamento psicológico por pelo menos 3 dias antes da interrupção. A lei estabelece um limite superior, de 22 semanas, em caso de perigo de vida ou danos graves à saúde física ou mental da

³⁷⁹ KISHKOVSKY, Sophia. **Russia enacts law opposing abortion**. The New York Times, 15 jul. 2011. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2011/07/15/world/europe/15iht-russia15.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁸⁰ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 32.

³⁸¹ SINUS. **Conselho de Direitos Humanos: guia de estudos**. Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/CDH-Guia-de-Estudos.pdf>>. p. 15.

³⁸² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **Abortion Policies and Reproductive Health around the World**. 2014. Disponível em: <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 42.

³⁸³ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 69-70.

mulher, se isso não puder ser razoavelmente evitado de outra maneira (do ponto de vista dela), ou caso haja uma ordem judicial justificando que a mulher estava em sofrimento excepcional. Além disso, o Código Penal alemão (art. 219a) proíbe a publicidade comercial acerca do aborto, pois o legislador intentava que isso evitasse a banalização da prática.³⁸⁴

Em 1974, quando foi proibido, registraram-se 17.814 abortos no país. No ano da legalização, em 1976, foram 23.785. Uma década depois, em 1896, esse número saltou para 84.274 abortos, e se manteve elevado nas décadas seguintes: 130.899, em 1996; 119.201, em 2006; 98.721, em 2016. Os dados mais recentes, de 2017, mostram que ocorreram 101.209 abortos, o que corresponde a um aumento de 326% desde a descriminalização.³⁸⁵

A **Suécia** descriminalizou o aborto em algumas hipóteses, em 1938, com base em motivos médicos, humanitários e eugênicos: grave perigo à vida ou saúde da mulher; gravidez resultante de estupro ou relação incestuosa; pais com doenças hereditárias (físicas ou mentais) que possam ser transmitidas à criança.³⁸⁶ Em 1946, o aborto também passou a ser concedido por motivos sociais, e em 1963 a lei foi novamente ampliada para incluir a permissão em razão de sérios danos fetais.³⁸⁷

Finalmente, em 1974, a Suécia aprovou a legalização do aborto até a 18ª semana de gravidez, por opção da mulher. Após, o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar pode conceder permissão para o aborto em casos especiais, que incluem impactos físicos e psicológicos (por exemplo, doenças graves, idade avançada, distúrbios mentais, dependência química ou alcoólica) ou doença física do feto. Todavia, essa permissão não poderá ser concedida se o feto já for considerado capaz de sobreviver fora do útero, sendo para tanto aplicado o prazo de 22 semanas de gestação.³⁸⁸

³⁸⁴ ALEMANHA. **Código Penal Alemão**. Trad. Claudia López Diaz. Bogotá: Universidade Externa da Colômbia, 1999. Disponível em: <https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/obrasjuridicas/oj_20080609_13.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 79-80.

³⁸⁵ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data**. 26 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-frgermany.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁸⁶ SUÉCIA. **Swedish law on abortion**. *Eugenics Review*, v. 31, n. 2, p. 109-110, jul. 1939. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962392/>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 109.

³⁸⁷ _____. Sveriges Officiella Statistik. **Aborter 2009**: induced abortions 2009. 2010. Disponível em: <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18031/2010-5-12.pdf>>. p. 8.

³⁸⁸ _____. 1177 Vårdguiden. **Abort**. 1 mai. 2016. Disponível em: <<https://www.1177.se/Stockholm/Ot-her-languages/Engelska/Graviditet/Abort/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Entretanto, se a continuação da gravidez estiver associada à séria ameaça à vida ou saúde da mulher, a interrupção pode ser realizada a qualquer momento, desde que com a aprovação do Conselho. Ainda, se o caso for tão grave e urgente, essa autorização pode ser dispensada se não puder ser obtida a tempo, e o aborto sequer precisa ser feito em um estabelecimento hospitalar. Em situações normais, somente os médicos podem realizar abortos, em instituições de saúde. A prática de abortos fora dessas condições é criminalizada.³⁸⁹

Segundo Derosa³⁹⁰, ao se analisar os números de abortos registrados e as alterações legislativas suecas, verifica-se que, à medida que a lei se tornou mais permissiva, mais a quantidade de abortos aumentou, bem como o seu percentual em relação ao número de gestações.

Em 1939, após a primeira liberação, estima-se que foram provocados 439 abortos na Suécia, o que correspondia a 0,4% das gestações. Em 1947, depois da segunda alteração legal, esse número cresceu para 3.534, e depois para 4.671, e 1964. Em uma década, os números dispararam. Antes mesmo da nova liberalização, os números já alcançavam 25.990, em 1973. Após a entrada em vigor da nova lei, em 1975, foram registrados 35.526 abortos. Nos últimos anos, a quantidade de abortos tem se mantido relativamente estável na média de 34 mil. Os dados mais recentes disponíveis, de 2015, apresentam 38.071 abortamentos, o que representou 25% das gestações terminando em aborto. Assim, se compararmos com a época na qual o aborto tornou-se mais liberalizado – quando passou a ser permitido por razões sociais –, houve um aumento de 977% nas ocorrências.

Na **França**, desde 1975, a lei autoriza a mulher a interromper a gravidez até o final da 12ª semana. Após esse prazo, o aborto é permitido se dois médicos confirmarem que levar a gestação a termo colocaria seriamente em risco a saúde da mulher, ou que há uma forte probabilidade de a criança nascer com problemas de saúde sérios e intratáveis. A lei também prevê o atendimento por um conselheiro familiar ou assistente social, mas a mulher é livre para aceitar ou recusar essas ofertas de consulta, salvo no caso de menores não emancipadas.³⁹¹

³⁸⁹ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 34.

³⁹⁰ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 83.

³⁹¹ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS, op. cit., p. 13, nota 389.

Todos os abortos na França devem ser realizados por um médico. Qualquer profissional de saúde pode se recusar a participar do procedimento, contudo, se um médico se recusar a fazê-lo, ele deve fornecer à paciente o nome de outros que possam.³⁹²

Enquanto no ano da liberalização foram registrados 33.454 abortos – que representavam 4% das gestações –, no ano seguinte, em 1976, o número era de 134.173. Uma década depois, foram relatados 166.797 abortamentos. Em 2001, a quantidade de abortos atingiu 202.180, e tem se mantido relativamente estável desde então, com uma média de 206 mil. Em 2016, aconteceram 197.800 interrupções na França, de forma que aproximadamente 26% das gestações terminaram em aborto³⁹³ Entretanto, o Instituto *Guttmacher* afirma que já houve dados subnotificados no país, em razão do repasse incompleto de informações.³⁹⁴

Na **Espanha**, em 1985, o aborto passou a ser permitido nos casos de gravidez com risco de vida para a mãe, resultante de estupro, fetos portadores de deficiências e ameaça psíquica para a gestante.³⁹⁵ Em 2010, a prática foi liberalizada e o aborto passou a ser permitido até a 14ª semana de gestação, a pedido da gestante, desde que tenha sido plenamente comunicada acerca dos seus direitos e da assistência de apoio materno, e aguarde um período de 3 dias entre a provisão desta informação e o procedimento. O limite é até 22 semanas por razões médicas, devidamente avaliadas (exceto em casos urgentes): risco para a vida ou saúde da mulher; anormalidades fetais; incompatibilidade com a vida ou grave doença incurável do feto.³⁹⁶

Todos os procedimentos devem ser realizados por um médico ou sob sua orientação. A legislação ainda prevê que adolescentes maiores de 16 e menores de 18 anos podem realizar o procedimento sem o consentimento dos pais ou responsáveis, mas devem notificar pelo menos um deles da decisão – salvo se ela

³⁹² THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 13.

³⁹³ FRANÇA. Institut National D'Études Démographiques. **Abortions: number of induced abortions and annual indices since 1976**. 2018. Disponível em: <https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/>. Acesso em: 10 nov. 2018.

³⁹⁴ SINGH, Susheela; HENSHAW, Stanley; HAAS, Taylor. **The incidence of abortion worldwide**. *International Family Planning Perspectives*, v. 25, supplement, p. 30-38, jan. 1999. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2991869.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 34.

³⁹⁵ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 70.

³⁹⁶ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS, op. cit., p. 33, nota 392.

acreditar que o comunicado resultaria em violência doméstica, ameaça, coerção, abuso ou situação de desamparo ou estranhamento.³⁹⁷

Os índices mostram que o país acompanhou a tendência de alta do restante da Europa: de 6.344 abortos registrados em 1985, verificou-se quase o dobro no ano seguinte; em 1995, foram 49.367; em 2005, 91.664; em 2015, 94.188. Logo, houve um aumento de 1384%. Segundo o Instituto de Política Familiar (IPF), nesse período, ocorreram mais de 2 milhões de aborto na Espanha, sendo metade deles nos últimos 10 anos. Atualmente, estima-se que a cada 5 minutos é feito um aborto no país.³⁹⁸

Todavia, do mesmo modo que acontece em outros países, ainda há casos de subnotificação dos números de abortos. Conforme aponta uma publicação do Instituto *Guttmacher*, estatísticas oficiais sobre aborto na Espanha foram consideradas potencialmente incompletas em alguns anos.³⁹⁹ Já o IPF afirma que os erros de contabilização se devem ao fato de existirem regiões – como a Catalunha e Valenciana – que não têm protocolos de acompanhamento e não relataram os casos de aborto, principalmente medicamentosos. Inclusive, o Boletim Epidemiológico de Madrid, do ano de 2015, ao analisar a diminuição do número de abortos registrados em 2014, afirmou que é possível que parte dessa redução se deva à não notificação de abortos, principalmente nestas comunidades autônomas.⁴⁰⁰

Interessa ainda observar o caráter de controle de natalidade que o abortamento assumiu na Espanha, visto que, proporcionalmente, cada vez mais gravidezes terminam em aborto: 8,5%, em 1990; 13,8%, em 2000; e 18,3%, em 2015. Esse costume tem sido adotado especialmente entre as adolescentes e jovens, visto que mais da metade (52,3%) dos abortos provocados no país são feitos por mulheres entre 15 e 30 anos. Além disso, as espanholas estão abortando com frequência: em 2015, em 38% dos casos, havia histórico de abortamento anterior, sendo que 13% já haviam abortado mais de 2 vezes e 5% mais de 3 vezes. Essa é uma tendência

³⁹⁷ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 33.

³⁹⁸ ESPANHA. Instituto de Política Familiar. **El Aborto em España: 30 años después (1985-2015)**. 2017. Disponível em: <<http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 10.

³⁹⁹ SEDGH, Gilda *et. al.* **Legal Abortion Worldwide in 2008: levels and recent trends**. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 37, n. 2, p. 84-94, jun. 2011. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3708411.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 86.

⁴⁰⁰ ESPANHA, *op. cit.*, p. 11, nota 398.

observada há décadas, de forma crescente: em 1990, 17,8% abortaram mais de uma vez; em 2000, 23%; em 2010, 34,7%.⁴⁰¹

Em **Portugal**, a liberalização do aborto se iniciou a partir de uma votação popular, realizada em 2007, no qual 59,25% dos votantes concordaram com a “despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas, num estabelecimento de saúde legalmente autorizado”. Apesar de o resultado não ter sido vinculativo, pois menos da metade dos eleitores compareceram às urnas (43,57%), foi o suficiente para levar à aprovação pelo parlamento português de uma lei que alterava a legislação penal.⁴⁰²

O Código Penal português agora estabelece que o aborto não é punível as seguintes condições: até a 10ª semana, por vontade da mulher; até a 12ª semana, para evitar a morte da gestante ou danos graves e irreversíveis à sua saúde física ou mental (e o término da gestação é o único meio para eliminar esse perigo); até a 16ª semana, em caso de gravidez resultante de crime; até a 24ª semana, havendo indícios de que o feto sofrerá de doença grave e incurável ou malformação congênita; a qualquer momento, em caso de fetos não viáveis.⁴⁰³

A lei determina que a interrupção seja realizada por um médico ou sob a direção deste, em estabelecimento de saúde oficial ou autorizado, depois de a mulher ter passado por um período de reflexão de no mínimo 3 dias, a contar da primeira consulta.⁴⁰⁴

De 1997 a 2001, eram registrados em torno de 500 abortos anuais; de 2002 a 2006, passou-se para cerca de 900 abortos.⁴⁰⁵ Entretanto, as estimativas extraoficiais apontavam números que variavam de 20 a 100 mil por ano.⁴⁰⁶ No ano da despenalização, em 2007, foram registrados 6.287 abortos. A partir de então, os números mais que dobraram: 18.607, em 2008; 18.848, em 2009; 19.436, em 2010;

⁴⁰¹ ESPANHA. Instituto de Política Familiar. **El Aborto em España: 30 años después (1985-2015)**. 2017. Disponível em: <<http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 26-33.

⁴⁰² CLEMENTE, Aleksandro. **A legalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública?** 2013. 208 f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/6136/1/Aleksandro%20Clemente.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 24-25.

⁴⁰³ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 30.

⁴⁰⁴ Ibidem. p. 30-31.

⁴⁰⁵ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data**. 25 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-russia.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴⁰⁶ TRIAL reignites Portugal abortion debate. BBC News, 18 jan. 2002. Disponível em: <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1768438.stm>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

20.480, em 2011; 19.156, em 2012; 18.281, em 2013; 16.589, em 2014; 16.454, em 2015; e 15.959, em 2016.⁴⁰⁷

Tais números podem ser ainda maiores, pois há indícios de subnotificação, em razão do atraso no repasse de dados, preenchimento incompleto de fichas por instituições de saúde públicas e privadas, além da suspeita de que abortos voluntários estejam sendo registrados como espontâneos ou simplesmente não estejam sendo computados nos sistemas hospitalares.⁴⁰⁸

Além disso, mesmo com a oferta de aborto legal, ainda são verificados casos de abortos clandestinos. Segundo a direção da Clínica dos Arcos – a maior unidade privada de saúde para abortos no país, responsável por quase um terço das interrupções gestacionais – “é mais fácil para uma mulher ir a uma clínica fazer o aborto e ficar despachada no próprio dia do que seguir as normas, que a obrigam a ir a uma consulta inicial e regressar três dias depois para fazer a interrupção da gravidez”, além dos casos de abortamento acima do prazo de 10 semanas.⁴⁰⁹

No que tange à reincidência de abortos, o percentual de mulheres que já fizeram um ou mais abortos aumentou de 20% em 2008 para 30% em 2015.⁴¹⁰ Em razão disso, alguns profissionais de saúde do país têm criticado que as mulheres passaram a usar o aborto como “método contraceptivo”, de forma que, assim como na Espanha, o abortamento tem assumido um caráter de controle de natalidade. Inclusive não faltam declarações da classe médica nesse sentido.

Um dos defensores da despenalização do aborto na época da consulta popular, o obstetra Miguel Oliveira e Silva, admitiu que o aborto recorrente esteja se configurando como um problema de saúde pública em Portugal. Em sua opinião, o problema está na lei, que deveria prever um limite de abortos gratuitos: “Há situações na realidade da saúde sexual das mulheres portuguesas que a lei permite

⁴⁰⁷ CARRILHO, Maria José. **Crianças e Adolescentes em Portugal**. Revista de Estudos Demográficos, n. 55, Lisboa, Instituto Nacional de Estatísticas, 23 mar. 2016. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224830908&PUBLICACOESmodo=2>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 75.

⁴⁰⁸ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 97-98.

⁴⁰⁹ AINDA há parteiras clandestinas. Diário de Notícias, Portugal, 10 fev. 2010. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/interior/ainda-ha-parteiras-clandestinas--1490924.html>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

⁴¹⁰ CUNHA, Francisco Vilhena da. **Aborto em Portugal: factos e números sobre a realidade nacional desde a entrada em vigor da Lei 16/2007**. 16 jun. 2015. Disponível em: <<http://federacao-vida.com.pt/estudos/FPV%20-%20Aborto%20-%20Factos%20e%20Numeros2015.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 40.

que funcionem mal. Custa-me pensar que uma mulher fez três abortos às minhas custas e às custas de outros contribuintes”.⁴¹¹

Por sua vez, para o ginecologista Pedro Canas Mendes, do Hospital Particular de Almada, a situação está banalizada: “Muitas mulheres encaram a interrupção da gravidez com naturalidade, como algo inócuo, sem consequências”. Por isso, ele também defende algumas alterações na lei: “O legislador devia ter previsto a penalização à reincidência. As mulheres já começam a ver a interrupção da gravidez como um método de planeamento familiar e isso não pode acontecer”.⁴¹²

Para o diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João, no Porto, Nuno Montenegro, existe uma total desresponsabilização da população, pois o governo tomou iniciativas, como a distribuição gratuita nos centros de saúde de 10 tipos de métodos contraceptivos. Segundo ele, “as mulheres sabem disso, não se protegem porque não querem. [...] Fala-se muito dos direitos dos utentes, mas ninguém fala dos deveres. E proteger-se durante o ato sexual devia ser um dever de cidadania”.⁴¹³

Sobre essa questão, segundo uma pesquisa feita em 2009, na Maternidade Alfredo da Costa, a maior do país, 87% das mulheres que abortaram não estavam usando qualquer método de contraceção, não faziam planeamento familiar e sequer se preocupavam em se prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, foi verificado que em 29% dos casos já não era o primeiro aborto da paciente.⁴¹⁴

Outros especialistas acusam a gestão pública por toda essa situação, afirmando que há falha na prestação de informação suficiente e bem divulgada sobre métodos contraceptivos: “A Associação para o Planeamento da Família preocupa-se mais com a liberalização do aborto do que em promover o ensino da contraceção. Nesta área, o seu papel é zero”.⁴¹⁵

⁴¹¹ MÉDICOS avisam que o aborto é problema de saúde pública. Diário de Notícias, Portugal, 10 fev. 2010. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/interior/medicos-avisam-que-o-aborto-e-problema-de-saude-publica-1490949.html>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

⁴¹² Ibidem.

⁴¹³ Ibidem.

⁴¹⁴ CLEMENTE, Aleksandro. **A legalização do aborto no Brasil**: uma questão de saúde pública? 2013. 208 f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/6136/1/Aleksandro%20Clemente.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018. p. 100.

⁴¹⁵ MÉDICOS..., op. cit., nota 411.

Com relação aos motivos que levam à interrupção da gestação, 97% são por opção da mulher; 2,4% por causa de malformações fetais; 0,46% em razão de perigo para a vida ou saúde da mãe; e 0,08% por gravidez resultante de estupro. Sobre o perfil das mulheres que abortam, dois terços (65,5%) possui entre 25 e 45 anos, sendo que os abortos entre as adolescentes e jovens (até 19 anos) correspondem a 12%. Quanto ao local dos procedimentos registrados, 68,5% foram no setor público e 31,5% no privado.⁴¹⁶

Acerca da morbidade relacionada ao aborto, o índice de internações por complicações não variou muito desde a legalização da prática: 3% (550 casos), em 2008; 5,6% (1.083 casos), em 2010; 4,6% (866 casos), em 2012.⁴¹⁷ Em contrapartida, houve um aumento de 63% na mortalidade materna (taxa de 4,9, em 2007, para 8,0, em 2016).⁴¹⁸

Vale citar que, desde 2007, Portugal tem sustentado uma taxa de crescimento vegetativo negativo – isto é, há mais mortes do que nascimentos com vida – a qual apresentou uma queda extremamente acentuada nos últimos 10 anos. Nesse ínterim, a taxa de natalidade caiu cerca de 20%.⁴¹⁹

Na **China** ocorre um fenômeno particular. Lá o aborto não é criminalizado, muito pelo contrário. Não só a conduta é permitida, mas em determinados casos é mandatória, como parte de políticas populacionais coercitivas do governo chinês, para fins de contenção do crescimento demográfico.⁴²⁰ Dessa forma, a reprodução não é considerada como uma decisão individual, ou seja, abortar não é um direito da mulher, tampouco a legalização é questão de saúde pública. Trata-se de uma obrigação para com o governo.

Com a fundação da República Popular da China, em 1949, inicialmente, o governo instituiu uma forte política pró-natalista, que incentivava a gravidez por meio

⁴¹⁶ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Reprodutiva. **Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez:** ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril. Lisboa: DGS, 2011. Disponível em: <http://img.rtp.pt/icm/noticias/docs/bb/bbb62750d03eb404c707fe26586a13f1_7a1510f7c694f2e89f3c8990dff72387.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 6.

⁴¹⁷ CUNHA, Francisco Vilhena da. **Aborto em Portugal:** factos e números sobre a realidade nacional desde a entrada em vigor da Lei 16/2007. 16 jun. 2015. Disponível em: <<http://federacao-vida.com.pt/estudos/FPV%20-%20Aborto%20-%20Factos%20e%20Numeros2015.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 41.

⁴¹⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Statistics Portugal. **Dados Estatísticos - Principais Indicadores.** Disponível em: <https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic&menuBOUI=13707095&contexto=pi&selTab=tab0>. Acesso em: 5 dez. 2018.

⁴¹⁹ Ibidem.

⁴²⁰ SINUS. **Conselho de Direitos Humanos:** guia de estudos. Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/CDH-Guia-de-Estudos.pdf>>. p. 8.

de subsídios e proibia contracepção, abortos e esterilizações. Em 1953, houve o relaxamento da legislação e, além dos contraceptivos, os abortos induzidos tornaram-se disponíveis, sob determinadas condições: para fins de proteção da saúde da mulher ou de seus filhos, desde que realizado precocemente e mediante atestado médico. Em 1957, o aborto foi disponibilizado a pedido da mulher até a 10ª semana de gravidez, sendo que cada uma poderia receber um aborto por ano.⁴²¹

Na década de 1970, começou a ser implantada a chamada “política do filho único” como forma de controle populacional, a qual foi introduzida plenamente em todo país em 1979 e aboliu a maioria das restrições: o aborto poderia ser feito até a 28ª semana de gestação, por mera solicitação.⁴²² Em 2013, a nova legislação estabeleceu o limite de 2 filhos por casal.⁴²³

Em razão disso, não se fala em “aborto ilegal” na China, mas sim em “gravidez ilegal”. Para uma gravidez ser legal, ela deve ser definida como tal de acordo com as regras da Comissão Estatal de Planejamento Familiar e do Partido Comunista, e em alguns lugares deve estar dentro da cota local. Um extenso sistema foi criado para manter a contracepção e a gravidez de todas as mulheres casadas em idade reprodutiva sob constante vigilância, sendo que existem vários incentivos e penalidades com o propósito de impelir as famílias seguirem a política.⁴²⁴

Logo, pelo fato de os chineses serem coagidos pelo Estado a abortarem seus filhos, são relatados fatos como: famílias que esconderam ilegalmente seus filhos; seleção de sexo, pela qual é dada preferência a filhos homens, de forma que os fetos do sexo feminino são abortados, o que provocou um hiato entre os sexos que aflige dinâmicas culturais; perseguição a mulheres grávidas que já têm filhos, forçadas pelas autoridades a abortar, sem considerar a idade gestacional, sendo até recompensadas por isso.⁴²⁵

Uma vez que a postura governamental sobrecarrega e banaliza o aborto, a saúde mental e física da mulher é desvalorizada e subvertida à intervenção pelas autoridades do governo, restringindo-se sua liberdade de escolha e

⁴²¹ HEMMINKI, Elina *et. al.* **Illegal births and legal abortions: the case of China**. *Reproductive Health*, v. 2, ano 5, 11 ago. 2005. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-2-5>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 2.

⁴²² *Ibidem*. p. 3.

⁴²³ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 87-88.

⁴²⁴ HEMMINKI, *op. cit.*, p. 1, nota 421.

⁴²⁵ SINUS. **Conselho de Direitos Humanos: guia de estudos**. Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/CDH-Guia-de-Estudos.pdf>>. p. 19.

submetendo-a a operações que podem trazer danos a toda sua vida (HESKETH, 2005). Sobrecarrega na medida em que, desde os tímidos progressos de 1950, o ritmo de liberalização do aborto foi desproporcionalmente superior à educação sobre métodos contraceptivos, negligenciando possibilidades de prevenção de gravidez mais seguras e saudáveis – o que se atesta pelo predomínio de mulheres com menos de 25 anos realizando reiteradamente o aborto (6 dos 13 milhões de casos anuais).⁴²⁶

Já Santos⁴²⁷ critica a política chinesa sob a ótica da violação dos direitos fundamentais das mulheres, que, além de estarem numa realidade na qual seu sexo é discriminado e preterido, são coagidas e privadas de exercer a maternidade, sem poder ter seus filhos em condições dignas e seguras:

A violência degradante contra a mulher que quer ter seus filhos, e contra a criança não nascida, em especial do sexo feminino, reclama uma atenção especial dos movimentos feministas que militam em prol da autodeterminação e da liberdade da mulher, diante deste cenário onde a gestante chinesa sofre todos os tipos de violações, seja de ordem moral, seja em sua liberdade reprodutiva, e, principalmente, em sua dignidade.

Em virtude de toda essa situação, é natural que a quantidade de abortos registrados na China extrapole sobremaneira de quaisquer outros países. Na década de 1950, eram feitos em torno de 1.600 abortos. A partir da década de 1970, quando começou a ser lançada a política do filho único, os números dispararam para milhões: 3.910.110, em 1971; 9.527.644, em 1980; 13.493.926, em 1990. Nas últimas décadas, é vista uma queda significativa, mas ainda insatisfatória, tendo em vista cifras ainda tão altas: 6.658.550, em 2000; 7.105.995, em 2005; 6.690.027, em 2015. Enquanto o percentual de abortos em relação ao número de nascidos vivos na China era 15%, em 1970, esse valor oscilou entre 40 e 50% nos anos seguintes (atingindo 69%, em 1983), e se mantém atualmente.⁴²⁸ Com a prática forçada de abortos no país, a média de 4 filhos por casal na década de 1970 foi reduzida para 1,5 nos últimos anos.⁴²⁹

Destarte, ao invés de se alinhar aos países que fundamentam a legalização do aborto sob argumentos como direitos da mulher e saúde pública, a China faz uso da

⁴²⁶ SINUS. **Conselho de Direitos Humanos**: guia de estudos. Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/CDH-Guia-de-Estudos.pdf>>. p. 19.

⁴²⁷ SANTOS *apud* DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje**: debates e resultados. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 89.

⁴²⁸ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data**. 26 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-prchina.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴²⁹ SINUS, op. cit., p. 18, nota 426..

sua condição ditatorial para assumir uma estratégia de controle populacional, sem a necessidade de lançar mão dos conhecidos eufemismos para justificar a prática.

Na **Índia**, o cenário de indução de abortos é delicado. Trata-se de um país emergente, marcado pela superpopulação e pela qualidade de vida medíocre da maioria dos cidadãos, principalmente no que tange à saúde pública de forma geral. Inclusive a mortalidade materna é significativamente alta, de acordo com um relatório do Ministério de Estatística e Implementação de Programas, publicado em 2017.⁴³⁰

Antes de 1971, exceto nos casos em que o aborto era empregado para salvar a vida da mulher, a conduta era criminosa e punível. A partir de então, *The Medical Termination of Pregnancy Act*⁴³¹ dispôs que uma gravidez pode ser terminada nas seguintes condições: até 12 semanas, em caso de grave risco para a vida da gestante ou sua saúde física ou mental; até 20 semanas, se existe risco substancial de anomalias físicas ou metais no feto que causem sérias deficiências. A norma presume que constitui grave dano à saúde mental da gestante a angústia causada por uma gravidez resultante de estupro ou indesejada em razão de falha de dispositivo ou método contraceptivo. O procedimento deve ser feito por um médico registrado, em hospital ou estabelecimento autorizado.

Segundo um estudo do Instituto *Guttmacher*, em parceria com o Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, faltam informações confiáveis sobre a incidência de aborto induzido na Índia. Os números oficiais de abortos feitos na Índia estão significativamente subestimados, em razão da falta de notificação por hospitais e clínicas privadas, além da ocorrência de abortos clandestinos, fomentados pelo contrabando de pílulas para aborto medicamentoso, as quais nos últimos anos estão cada vez mais disponíveis e são autoadministradas.⁴³² Assim, tanto estatísticas oficiais quanto pesquisas nacionais fornecem uma cobertura incompleta. A heterogeneidade dos números divulgados por diferentes fontes evidencia que a taxa de ocorrência de abortos na Índia permanece desconhecida.

⁴³⁰ ÍNDIA. Ministry of Statistics & Programme Implementation. Social Statistics Division. **Youth in India: 2017**. Disponível em: <http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/Youth_in_India-2017.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 30.

⁴³¹ _____, Tripura Commission for Women. **The Medical Termination Of Pregnancy Act: Act No. 34 of 1971**. Disponível em: <<http://tcw.nic.in/Acts/MTP-Act-1971.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 2.

⁴³² MINISTÉRIO DA SAÚDE E BEM-ESTAR FAMILIAR & IPAS. **Beyond 40 years of legal abortion in India: committing to women's health and rights**. 2013. Disponível em: <<https://www.ipasdevelopmentfoundation.org/resourceFiles/11201804023539.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 30.

Um levantamento baseado nos dados do Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar apontou que, no ano seguinte à liberalização, em 1972, foram feitos 24.300 abortos na Índia, e, até 1975, a quantidade aproximadamente dobrou a cada ano: 44.800; 97.756; 214.332. Nas décadas seguintes, os números continuaram numa crescente: 583.704, em 1985; 618.373, em 1995; 721.859, em 2005; 721.381, em 2015 (dado mais recente disponível).⁴³³

Por sua vez, o documento das Diretrizes para o Departamento de Bem-Estar Familiar, publicado em parceria com ONGs, apresentou que os números mais encontrados sugerem que cerca de 7 milhões de abortos ocorrem anualmente na Índia. Sendo que, com base no serviço de estatística do governo indiano, cerca de 1 milhão desses abortos são feitos legalmente por ano, ao passo que os outros 6 milhões são feitos por profissionais muitos dos quais não são qualificados nem treinados.⁴³⁴

Recentemente, um estudo estimou a incidência nacional de aborto e gravidez indesejada, em 2015: 15,6 milhões de abortos ocorreram na Índia naquele ano (47,4 abortos por 1000 mulheres em idade fértil). Apenas 22% foram feitos em unidades de saúde; 73% foram feitos com uso de medicamentos abortivos autoadministrados; e 5% com outros métodos. Vale salientar que quase metade das gravidezes eram indesejadas (48,5%), sendo que um terço do total de gestações foi terminado em abortos.⁴³⁵

Apesar de ser legalizado há mais de 40 anos, ainda há alta incidência de práticas clandestinas no país. Estudos realizados no final da década de 1990 estimaram que quase metade das interrupções de gestação eram feitas ilegalmente, por agentes não autorizados e/ou em condições inadequadas.⁴³⁶ Já uma pesquisa da *IPAS Development Foundation* apontou que essa quantidade chega a 2/3 dos abortos, além destacar outra preocupação: os abortos clandestinos ainda

⁴³³ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data**. 26 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-india.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴³⁴ ÍNDIA. Ministry of Health and Family Welfare. **Guidelines for Department of Family Welfare Supported NGO Schemes**. 2003. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/sites/default/files/4097350595NGO%20Guidelines.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 43.

⁴³⁵ SINGH, Susheela *et. al.* **The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015**. *Lancet Global Health*, v. 6, p. 111-120, 12 dez. 2017. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/Pii/S2214109X17304539?token=F54D1EBA05A3F52E00F2B8558B25F85CBCB723ACBF1325A1E4839CCBFBF3311082E8FC68A3163B9C2868611FC6F5E587>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 111.

⁴³⁶ _____. **Abortion in India: a literature review**. Guttmacher Institute, dez. 2014. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-india-lit-review.pdf>. p. 29.

correspondem à terceira causa de morbiletalidade materna (9%), sendo que, a cada 2 horas, uma mulher indiana morre em razão de aborto clandestino.⁴³⁷

Mesmo com políticas favoráveis, a Índia ganhou pouco impulso para melhorar a mortalidade e a morbidade materna, num país onde a grande maioria da população depende de um serviço público de saúde deficiente, principalmente no interior. Um estudo de 2017 que explorou o perfil socioeconômico das indianas que procuram unidades públicas de saúde assinalou que há dificuldade na marcação de procedimentos e faltam profissionais qualificados. Mesmo onde há melhor acesso e qualidade na prestação dos serviços de saúde, falta informação, conscientização e compreensão sobre as implicações do aborto.⁴³⁸

Outro problema enfrentado na Índia diz respeito à seleção de sexo por aborto, semelhante ao que acontece na China. Práticas discriminatórias contra as mulheres são difundidas e amplamente enraizadas na cultura indiana, a qual valoriza mais os filhos homens – questões financeiras relacionadas aos costumes sociofamiliares e casamentos indianos estão envolvidas. Acontece que, com a descoberta do sexo durante a gravidez, muitos casais optam por abortar as filhas mulheres, o que, além de provocar um desequilíbrio sexual na população, contribui para a prática de abortos clandestinos, visto que o sexo só pode ser averiguado após a 12ª semana de gestação – prazo limite para interrupção legal de gravidez indesejada. Esse problema tomou proporções tão grandes que, em 1994, o governo aprovou uma lei com o objetivo de eliminar a determinação do sexo pré-natal, a qual proíbe o uso indevido desses testes de diagnóstico, bem como sua propaganda, além de proibir os profissionais que conduzem os testes de revelar o sexo do feto aos futuros pais.⁴³⁹

No **Nepal**, outro país com deficiências no sistema de saúde, a legislação sobre o aborto foi alterada pelo parlamento em 2002. A partir do ano seguinte, permitiu-se a prática, de acordo com as seguintes especificações: até a 12ª semana de gestação, a pedido da mulher; até a 18ª semana, em caso de estupro ou incesto; a qualquer

⁴³⁷ IPAS. **Beyond 40 years of legal abortion in India**: committing to women's health and rights. 2013. Disponível em: <<https://www.ipasdevelopmentfoundation.org/resourceFiles/11201804023539.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 50.

⁴³⁸ BANERJEE, Sushanta. **An exploration of the socio-economic profile of women and costs of receiving abortion services at public health facilities of Madhya Pradesh, India**. BMC Health Services Research, v. 17, n. 223, 2017. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2159-6>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 2.

⁴³⁹ SINGH, Susheela *et. al.* **Abortion in India**: a literature review. Guttmacher Institute, dez. 2014. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-india-lit-review.pdf>. p. 10.

tempo, se a saúde física ou mental ou a vida da gestante estiver em risco; a qualquer tempo, se o feto for deformado ou incompatível com a vida. Por outro lado, a lei proíbe abortos feitos sem o consentimento da mulher, para fins de seleção de sexo ou fora dos critérios legalmente permissíveis.⁴⁴⁰

Uma pesquisa oficial do governo nepalês, que coletou dados de 2007 a 2011, apurou que 8% das gestações terminaram em aborto legal, sendo que: 20% das mulheres mencionaram que fizeram porque não queriam mais filhos; 12% relataram que abortaram por exigência do marido ou parceiro (aborto forçado ou coercitivo); 12% alegaram que abortaram por problemas financeiros; 10% reportaram questões de saúde; 10% afirmaram que desejavam espaçar o nascimento dos filhos e 7% queriam postergar a maternidade.⁴⁴¹ Por sua vez, uma pesquisa publicada em 2017 pelo Instituto *Guttmacher*, que apurou tanto abortos legais quanto clandestinos, apontou que 31% das gravidezes terminaram em aborto no Nepal, no ano de 2014.⁴⁴²

Mesmo com uma ampla descriminalização da conduta e a oferta do serviço pelo próprio governo desde 2004, ainda existem muitas inconsistências acerca da quantidade de abortos legais feitos no país, que são apontadas por pesquisas recentes. Apesar das incertezas, não há contestações sobre o fato de que o número de abortos tem crescido desde a liberalização.

Os resultados de uma publicação que defende a descriminalização como favorável à saúde pública e imperativa aos direitos da mulher apontaram um crescimento na incidência da prática de 2004 a 2011, ano a ano: 10.561; 47.451; 73.474; 97.378, 83.978; 88.938; e 95.305.⁴⁴³ Apesar dos números já elevados e mesmo se tratando de abortos feitos em situação de legalidade, os autores advertem para a probabilidade de que este quantitativo esteja subestimado pelos sistemas de informação de gestão de saúde, o que denota que a quantidade real de abortos legais é superior.⁴⁴⁴

⁴⁴⁰ NEPAL. Ministry of Health and Population. **Nepal Demographic and Health Survey: 2011**. Kathmandu, mar. 2012. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr257/fr257%5B13april2012%5D.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 137.

⁴⁴¹ Ibidem. p. 139-140.

⁴⁴² PURI, Mahesh et. al. **Abortion Incidence and Unintended Pregnancy in Nepal**. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, v. 42, n. 4, p. 197-209, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1363/42e2116.pdf?refreqid=excelsior%3A523ce69eb06c61ff52563cec64449697>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 203.

⁴⁴³ Conjugação dos dados fornecidos pelo IPAS, *Marie Stopes Internacional, Family Planning Association of Nepal* e pelos sistemas de informação de gestão de saúde do Nepal.

⁴⁴⁴ SAMANDARI, Ghazaleh et. al. **Implementation of legal abortion in Nepal: a model for rapid scale-up of high-quality care**. Reproductive Health, v. 9, n. 7, 2012. Disponível em:

Outra pesquisa, mais recente, verificou que aproximadamente 137.000 abortos legais foram feitos em 2014 no Nepal.⁴⁴⁵ Enquanto a procura pelo procedimento aumentou 92% nesses 10 anos, sempre de forma ascendente, a população nepalesa cresceu apenas 9%, e atualmente está em declínio.⁴⁴⁶

Além disso, ainda ocorrem muitos casos de abortos clandestinos mesmo após a legalização da prática. Um estudo que investigou as práticas de aborto das nepalesas que necessitaram de atendimento pós-aborto verificou que, no geral, 65% das mulheres obtêm abortos de forma clandestina.⁴⁴⁷ Já de acordo com o Instituto *Guttmacher*, estima-se que, em 2014, foram feitos 323.100 abortos no Nepal, sendo 42% legais e 58% clandestinos.⁴⁴⁸

Assim, em se tratando de um país subdesenvolvido, que provê serviços de saúde essenciais ainda de forma deficiente⁴⁴⁹, dos quais depende a maioria da população, o aumento do número de abortos tem exposto mulheres a maiores riscos, ainda que sejam sob condições legais. Além disso, as mudanças na lei não foram eficazes para suprimir a incidência de abortos clandestinos.

O **Paquistão** é outro país em desenvolvimento que consideramos importante apresentar nesta pesquisa, pois, no que tange à saúde pública, em se tratando de uma nação terceiro-mundista, assemelha-se às demais com um sistema de saúde funcionalmente fraco e uma alta taxa de mortalidade materna. Segundo o relatório do *National Committee for Maternal and Neonatal Health*, os serviços não são facilmente acessíveis; a qualidade do atendimento é ruim; os centros públicos só oferecem atendimento no nível primário, além de que muitos não são funcionais ou

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3373381/pdf/1742-4755-9-7.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

⁴⁴⁵ PURI, Mahesh *et al.* **Abortion Incidence and Unintended Pregnancy in Nepal**. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 42, n. 4, p. 197-209, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1363/42e2116.pdf?refreqid=excelsior%3A523ce69eb06c61ff52563cec64449697>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 201.

⁴⁴⁶ NEPAL. Ministry of Health and Population. **Nepal Demographic and Health Survey**: 2011. Kathmandu, mar. 2012. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr257/fr257%5B13april2012%5D.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 3.

⁴⁴⁷ ROCCA, Corinne *et al.* **Unsafe abortion after legislation in Nepal: a cross-sectional study of women presenting to hospitals**. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 120, n. 9, p. 1075-1084, 10 abr. 2013. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12242>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 1080.

⁴⁴⁸ PURI, op. cit., p. 197, nota 445.

⁴⁴⁹ NEPAL, op. cit., p. 4-5, nota 446.

não funcionam em tempo integral; o comparecimento dos profissionais é irregular e praticamente não existe responsabilidade.⁴⁵⁰

Apesar da similitude no que tange à realidade socioeconômica das nações em desenvolvimento já citadas, propomos analisar o Paquistão sob uma perspectiva diferente, pois o tratamento do aborto na sociedade paquistanesa não é tão liberal como nestes países mencionados anteriormente – muito pelo contrário. Desde 1997, o aborto é permitido por lei até 120 dias (4º mês) de gestação quando *necessário*; antes, na lei de 1990, só poderia para salvar a vida da mulher, a qualquer tempo.⁴⁵¹ Ocorre que a legislação não especifica o que seria “necessário” e essa obscuridade da norma faz com que muitos casos de aborto no país ocorram na clandestinidade.

As evidências são limitadas. Como muitos abortos ocorrem ilegalmente, as informações advêm em grande parte de estudos sobre mulheres hospitalizadas após abortamento. As estimativas são derivadas de um método indireto que utiliza dados dos serviços de saúde sobre mulheres tratadas por complicações pós-aborto e probabilidades de internação após o procedimento.⁴⁵² Trata-se de uma metodologia semelhante àquela aplicada pelas organizações para estimarem a quantidade de abortos no Brasil, conforme veremos no tópico a seguir.

Tais estudos apontam que os números têm crescido significativamente, sendo o procedimento considerado comum em todas as regiões do país. De acordo com um relatório produzido pela *Population Council* em parceria com o Instituto *Guttmacher*, ao passo que, em 2002, a taxa era de 27 abortos para cada 1.000 mulheres em idade fértil, em 2012, esse valor dobrou para 50 abortos a cada 1.000 mulheres. Em números absolutos, passou-se de 890 mil abortos para 2,26 milhões durante esse tempo.⁴⁵³

Logo após a primeira mudança na legislação sobre aborto, uma pesquisa na área urbana descobriu que, de 1992 a 1993, 16% da amostra já havia feito pelo menos um aborto. Na década seguinte, após a segunda alteração, outro estudo,

⁴⁵⁰ ZAIDI, Shahida *et. al.* **Unsafe Abortions In Pakistan**: a situation analysis. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Pakistan, Karachi, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncmnh.org.pk/wp-content/themes/ncmnh/images/unsafe-abortion-pakistan.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 5-6.

⁴⁵¹ VLASSOFF, Michael *et. al.* **Abortion in Pakistan**. In Brief, New York, Guttmacher Institute, n. 2, mai. 2009. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_Abortion-in-Pakistan.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 2.

⁴⁵² *Ibidem*. p. 1.

⁴⁵³ SATHAR, Zeba *et. al.* **Induced Abortions and Unintended Pregnancies in Pakistan**. *Studies in Family Planning*, v. 45, n. 4, p. 471-491, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734376/pdf/nihms708234.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 471.

com dados colhidos em 2006, apontou que 20% das gravidezes resultaram em abortos ou tentativas.⁴⁵⁴

Com relação aos motivos para abortar, um relatório de 2009 apontou que: 51% não queriam mais filhos; 16% não usavam ou alegaram falha no método contraceptivo; 11% desejavam espaçar os nascimentos; 10% relataram problemas socioeconômicos; 8% eram gestações fora do casamento; 4% abortaram por questões de saúde.⁴⁵⁵ Outra pesquisa, de 2012, na qual as entrevistadas podiam alegar mais de uma razão no questionário, dispôs que: 55% não queria ter mais filhos; 54% o fizeram por questões financeiras; 25% abortaram para espaçar os nascimentos.⁴⁵⁶

Sobre o perfil das paquistanesas que abortam, descobriu-se que a grande maioria é casada (97%) e com idade de 25 a 35 anos (78%).⁴⁵⁷ Além disso, poucas mulheres paquistanesas em idade reprodutiva fazem uso de contraceptivos (35%) – porque não sabem sobre contracepção, não conseguem acesso a métodos confiáveis ou simplesmente descontinuam a prevenção.⁴⁵⁸ Tais fatores, combinados com o elevado índice de interrupções gestacionais, indicam que o abortamento é sistematicamente utilizado como método de controle de natalidade no país.

A taxa de gravidezes indesejadas no Paquistão é de 93 para cada 1.000 mulheres em idade fértil. Proporcionalmente, 46,5% das gestações (4,2 milhões, em 2012) no país ocorreram nessa condição, das quais 54% resultaram em abortos provocados (2,26 milhões, conforme supracitado).⁴⁵⁹

Em seu relatório sobre aborto induzido e gravidez indesejada no Paquistão, Sathar *et. al.* sugerem uma dependência crescente do aborto provocado para evitar nascimentos indesejados: a taxa de uso de contraceptivos aumentou em menos de

⁴⁵⁴ VLASSOFF, Michael *et. al.* **Abortion in Pakistan**. In Brief, New York, Guttmacher Institute, n. 2, mai. 2009. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_Abortion-in-Pakistan.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 1.

⁴⁵⁵ ZAIDI, Shahida *et. al.* **Unsafe Abortions In Pakistan: a situation analysis**. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Pakistan, Karachi, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncmnh.org.pk/wp-content/themes/ncmnh/images/unsafe-abortion-pakistan.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 16-17.

⁴⁵⁶ VLASSOFF, op. cit., p. 4, nota 454.

⁴⁵⁷ *Ibidem*. p. 2-3.

⁴⁵⁸ INSTITUTO GUTTMACHER. **Unintended Pregnancy and Induced Abortion In Pakistan**. 2015. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-pakistan.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 1.

⁴⁵⁹ *Ibidem*. p. 1.

1% por ano numa década; em comparação, a taxa de aborto parece ter aumentado 90% no mesmo período.⁴⁶⁰

Tudo isso explica porque a taxa de abortos induzidos no Paquistão (50 a cada 1.000 mulheres) é uma das maiores no mundo. Apesar de possuir quase a mesma dimensão populacional do Brasil (cerca de 200 milhões de habitantes), além de uma legislação que, assim como a brasileira, é mais restritiva, o país asiático sustenta uma incidência de abortos que é, *no mínimo*, 3 vezes maior – de acordo com os dados que analisaremos no tópico a seguir.⁴⁶¹

Na **África do Sul**, durante o *apartheid*, o aborto era regulamentado pelo *Abortion and Sterilization Act*, de 1975, que permitia a interrupção apenas em situações específicas (por motivos médicos, humanitários ou eugênicos), além de, na prática, restringir o acesso a determinadas camadas sociais – em especial mulheres brancas. Com o fim do regime, esse instrumento foi substituído pelo *Choice on Termination of Pregnancy Act*, de 1996, que passou a garantir atendimento indiscriminado.⁴⁶² No preâmbulo desse diploma legal, o legislador dispôs que a norma foi promulgada “acreditando que o início da gravidez não é uma forma de contracepção ou controle populacional”.⁴⁶³

Na opinião do Instituto *Guttmacher*, a África do Sul tem uma das leis de aborto mais liberais do mundo.⁴⁶⁴ A gravidez pode ser interrompida no país até a 12ª semana de gravidez, a pedido da mulher; da 13ª a 20ª semana, em caso de perigo para a saúde física ou mental da gestante, risco de anormalidade física ou mental do feto, resultado de estupro ou incesto, ou por condições socioeconômicas

⁴⁶⁰ SATHAR, Zeba *et al.* **Induced Abortions and Unintended Pregnancies in Pakistan**. *Studies in Family Planning*, v. 45, n. 4, p. 471-491, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734376/pdf/nihms708234.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 483.

⁴⁶¹ No Brasil, se considerarmos as estimativas divulgadas pelas organizações internacionais, como o Instituto *Guttmacher*, a incidência de abortos seria de aproximadamente 16 para cada 1.000 mulheres em idade fértil. Entretanto, como este estudo se propõe a analisar o impacto da prática de abortos na saúde pública no Brasil, tais dados serão destrinchados pela pesquisadora e será construída uma estimativa própria, o que, ao final, poderá resultar numa taxa nacional de abortos diferente.

⁴⁶² GUTTMACHER, Sally. **Abortion Reform in South Africa: A Case Study of the 1996 Choice on Termination of Pregnancy Act**. *International Family Planning Perspective*, v. 24, n. 4, p. 191-194, dez. 1998. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2419198.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p.191.

⁴⁶³ REPÚBLICA DA ÁFRICA DO SUL. **Act no. 92, 1996: Choice on Termination of Pregnancy Act**. *Government Gazette*, 22 nov. 1996. Disponível em: <https://www.parliament.gov.za/storage/app/media/ProjectsAndEvents/womens_month_2015/docs/Act92of1996.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 4-5.

⁴⁶⁴ ALTHAUS, Frances. **Work in Progress: The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa Following Legalization**. *International Family Planning Perspective*, v. 26, n. 2, p. 84-86, jun. 2000. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2608400.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p.84.

desfavoráveis; após a 20ª semana, em razão de perigo para a vida da mãe, má formação severa do feto ou risco de lesão no feto em caso de continuação da gestação. O procedimento só pode ser feito por um médico, salvo na primeira hipótese, na qual pode ser feito por uma parteira registrada e treinada. Há ainda a previsão de aconselhamento não obrigatório e não diretivo. Diferente de outros países, não é necessário consentimento de pais para menores ou do cônjuge para mulheres casadas.⁴⁶⁵

Antes da legalização, segundo o Instituto *Guttmacher*, as estimativas do número de abortos ilegais feitos anualmente variavam num extenso hiato de 6 a 120 mil. De acordo com os registros de abortamentos no país, foram feitos em média cerca de 1.400 abortos na primeira metade da década de 1990. A partir da liberalização, os números formaram uma crescente que resultou num aumento de 253%: 26.519, em 1997; 71.552, em 2003; 88.050, em 2009; 93.600, em 2015.⁴⁶⁶

A legalização do aborto há mais de 20 anos não tem impedido de que abortos ilegais e inseguros aconteçam na África do Sul. Uma recente matéria da *International Women's Health Coalition*⁴⁶⁷ expõe que, em várias cidades do país, é comum encontrar anúncios de clínicas abortistas afixados em muros e postes, ofertando a preços baixos abortos de forma “especializada, rápida, segura e livre de dor”.

Vê-se uma exploração da situação de vulnerabilidade da população. Enquanto as mulheres de classe média e alta podem fazer serviços privados, as mulheres de baixa renda precisam se conformar com o serviço público, que inclusive está disponível apenas nas regiões metropolitanas. Aquelas que, além de pobres, residem no interior, são duplamente impactadas, já que não podem pagar por serviços privados nem pelo deslocamento até os centros urbanos.⁴⁶⁸ Ou seja, elas estão reféns da prestação de um serviço público pelo Estado, que deveria ser de qualidade e fácil acesso em tempo oportuno. Sobre esse problema, Derosa aponta que

⁴⁶⁵ REPÚBLICA DA ÁFRICA DO SUL. **Act no. 92, 1996:** Choice on Termination of Pregnancy Act. Government Gazette, 22 nov. 1996. Disponível em: <https://www.parliament.gov.za/storage/app/media/ProjectsAndEvents/womens_month_2015/docs/Act92of1996.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 4-5.

⁴⁶⁶ JOHNSTON, Robert. **Abortion statistics and other data.** 26 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-southafrica.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴⁶⁷ BERGER, Jocelyn. **The high cost of legal abortion in South Africa.** International Women's Health Coalition, 1 jul. 2016. Disponível em: <<https://iwhc.org/2016/07/high-cost-legal-abortion-south-africa/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴⁶⁸ ALTHAUS, Frances. **Work in Progress:** The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa Following Legalization. *International Family Planning Perspective*, v. 26, n. 2, p. 84-86, jun. 2000. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2608400.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p.84.

A rede pública é incapaz de atender a população mesmo nos procedimentos que visam dar conta de problemas de saúde mais básicos da população como o tratamento de doenças e acidentes. Moradores de regiões distantes das grandes cidades também sofrem por falta de acesso aos centros médicos.⁴⁶⁹

Diante desses fatos, provedores ilegais veem a oportunidade de anunciar seus serviços nas ruas e supostamente propiciam uma alternativa muito mais acessível, conveniente e em conta – mas com risco significativo. Segundo a redatora, alguns oferecem abortos medicamentosos com pílulas do mercado negro, outros realizam procedimentos cirúrgicos inadequados e perigosos.⁴⁷⁰

Logo, apesar de o aborto ser um procedimento abarcado pelo sistema público de saúde, a falta de informação e de acesso universal aos serviços de saúde são barreiras que permanecem causando sérios problemas para a população, para além da questão da interrupção da gravidez.

O **Canadá** legalizou o aborto em 1969, em um contexto no qual não só a prática era criminalizada, mas também todas as formas de contracepção⁴⁷¹, o que vinha gerando uma crise nacional. Nesse ínterim, a liberalização foi feita sem restrições legais, isto é, sem limite máximo de tempo gestacional para o abortamento ser realizado.

No país, em torno de 70% dos abortos são feitos até a 12ª semana de gestação; 10% de 13 a 20 semanas; e 2% com 21 semanas ou mais. Estranhamente, 18% dos procedimentos ocorrem com idade gestacional desconhecida.⁴⁷² Enquanto isso, ativistas insistem para que os legisladores não restrinjam a prática, sob a justificativa de que isso atentaria contra o direito de escolha das mulheres.⁴⁷³

Desde a legalização, os números cresceram drasticamente: 11.152, em 1970; 70.559, em 1980; 91.476, em 1990; 105.454, em 2000; 90.747, em 2010; 97.764, em

⁴⁶⁹ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 83.

⁴⁷⁰ BERGER, Jocelyn. **The high cost of legal abortion in South Africa**. International Women's Health Coalition, 1 jul. 2016. Disponível em: <<https://iwhc.org/2016/07/high-cost-legal-abortion-south-africa/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴⁷¹ CANADÁ. 27th Parliament. **Journals of the House of Commons of Canada**, Ottawa, v. 114, n. 16, p. 83-84, 30 mai. 1967. Disponível em: <http://parl.canadiana.ca/view/oop.HOC_2702_114_01>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁴⁷² ABORTION RIGHTS COALITION OF CANADA. **Statistics - Abortion in Canada**. 3 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/statistics-abortion-in-canada.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 3.

⁴⁷³ DEROSA, op. cit., p. 66, nota 469.

2016.⁴⁷⁴ De forma geral, a partir da década de 1990, são registrados em torno de 103 mil abortos por ano no país. Em termos percentuais, de 1970 a 2016, computou-se um aumento de 776% na quantidade de abortos no Canadá, sendo que os números acumulados alcançam quase 4 milhões. Enquanto isso, a população canadense cresceu por volta de 70% nesse mesmo período, ou seja, proporcionalmente, o aumento do número de abortos é discrepantemente maior.

Mas o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) adverte que, provavelmente, estes números são uma subestimativa de abortos induzidos no país. Seus relatórios oficiais confessam que há subnotificação e que o total de abortos é certamente maior do que o divulgado.⁴⁷⁵ Logo, embora tenha sido legalizado há quase 50 anos, ainda hoje, a quantidade precisa de abortos que são feitos no país é desconhecida.

A fim de melhorar a qualidade das informações sobre aborto no país, o próprio Ministro da Saúde do Canadá chegou a emitir uma carta, ainda em 1995, destinada a todos os ministros provinciais e territoriais, propondo aperfeiçoar a regulamentação do funcionamento de clínicas particulares, que operavam fora do sistema de controle administrativo do governo.⁴⁷⁶ Mas até o presente somente a cobertura de abortos realizados em hospitais canadenses é considerada completa pelo governo, porque ainda não existem normas determinando que as clínicas relatem suas atividades (o relato é voluntário), como alerta oficialmente o CIHI.

Em 2017, a partir de dados compilados das estatísticas anuais do CIHI, a organização *Abortion Rights Coalition of Canada* (ARCC), que presta orientações pró-aborto, publicou um relatório segundo o qual, de 2007 a 2016, os abortos estavam sendo subnotificados pelas clínicas: só nesse período, foram computados 71.444 abortos a menos (fora aqueles que não puderam ser apurados por falta de repasse dos dados por alguns estabelecimentos).⁴⁷⁷

Vale citar que, conforme observamos no documento, esse problema de subnotificação é mais marcante na província mais populosa do país, Ontário, que

⁴⁷⁴ CANADÁ. Canadian Institute for Health Information. **Access Data and Reports**. Disponível em: <<https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?query=abortion&Search+Submit=>>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

⁴⁷⁵ _____. **Important Notes Regarding Coverage**. 2014. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/ta_11_alldatatables20140221_en_0.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 1.

⁴⁷⁶ ABORTION RIGHTS COALITION OF CANADA. **RE: Canada Health Act**. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/HC-letter-Jan1995.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 2.

⁴⁷⁷ _____. **Statistics - Abortion in Canada**. 3 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/statistics-abortion-in-canada.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 2.

sozinha comporta quase 40% de toda a população, e também na Colúmbia Britânica, a terceira maior. Já no Quebec, a segunda mais populosa, com quase 24% dos cidadãos canadenses, além de serem repassados somente os abortos cobertos pelo plano de saúde estadual, não são contabilizados os procedimentos feitos pelos moradores da província vizinha, Manitoba (a quinta mais populosa), os quais também podem usufruir da cobertura em razão de um convênio com Quebec.⁴⁷⁸

Uma pesquisa oficial que visava identificar os problemas de subnotificação e mensurar a quantidade de abortos terapêuticos confirmou que os dados apresentados pelas províncias são incompletos. Por exemplo, em 2006, somente 46% dos casos foram registrados com detalhes completos sobre o procedimento. Em geral, faltam elementos determinantes, como: idade gestacional; histórico de abortamento; tempo de internação na unidade; complicações pós-aborto.⁴⁷⁹ Com relação a este último, com base nos casos de 2007 a 2016 quantificados pela ARCC, calculamos que em média 2,3% dos procedimentos causaram problemas.⁴⁸⁰ Já Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy indicam uma taxa de complicações físicas pós-aborto de 4,5% no Canadá.⁴⁸¹ Todavia, o verdadeiro índice deve ser maior, visto que, declaradamente, há dados sonogados.

A subnotificação por parte de regiões com tanta representatividade no país nos faz conjecturar acerca dos reflexos que essa falha provoca no levantamento real do número de abortos, que, sem considerar essa fragilidade na apuração, já são notadamente altos.

Conforme conclui uma publicação do próprio Instituto *Guttmacher*, sistemas confiáveis de coletas de dados, necessários para garantir que as tendências possam ser efetivamente monitoradas, estão ausentes em muitos países onde o abortamento é liberalizado.⁴⁸²

⁴⁷⁸ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 63.

⁴⁷⁹ CANADÁ. Statistics Canada. **Data Quality in the Therapeutic Abortion Survey**. 2009. Disponível em: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/3209_D4_T2_V7-eng.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 6.

⁴⁸⁰ ABORTION RIGHTS COALITION OF CANADA. **Statistics - Abortion in Canada**. 3 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/statistics-abortion-in-canada.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. p. 3.

⁴⁸¹ DEROSA, op. cit., p. 65, nota 478.

⁴⁸² SEDGH, Gilda *et. al.* **Legal Abortion Worldwide in 2008: levels and recent trends**. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 37, n. 2, p. 84-94, jun. 2011. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3708411.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 84.

O **Uruguai** é, até então, o único país na América do Sul onde o aborto voluntário, a pedido da mulher, é descriminalizado. A prática já havia sido liberada no país no início do século XX, entre 1934 e 1938, com fundamento no seu reconhecimento como principal método “contraceptivo” da época e como causa a favorecer a mudança do modelo demográfico.⁴⁸³

A partir de 2002, foram implementadas iniciativas de proteção à saúde contra o aborto de risco. Para tanto, criou-se um regulamento com medidas que constituíam uma espécie de guia de atendimento pré e pós-aborto, mesmo com a proibição da prática, para fins de redução de risco do aborto feito clandestinamente. Assim, a mulher que desejava interromper a gravidez receberia informações sobre características e conotações de aborto, aconselhamento quanto a alternativas, instrução sobre medidas contraceptivas, tempo para reflexão, exame clínico, cuidados como a administração de antibióticos, e instruções sobre o uso de fármacos para indução ao aborto.⁴⁸⁴

A despenalização do aborto aconteceu em 2012, o qual passou a ser permitido, conforme a vontade da mulher, até 12 semanas de gestação. Porém a nova lei adverte, já no artigo 1º, que: “A interrupção voluntária da gravidez, regulada por esta lei, não constitui um instrumento de controle de natalidade”.⁴⁸⁵

Para interromper a gestação voluntariamente, a gestante deve cumprir com determinados requisitos. A lei prevê consultas obrigatórias, nas quais, além de fazer exame ultrassonográfico e tipagem sanguínea (1ª consulta), a paciente deve tirar dúvidas e receber esclarecimentos sobre o aborto e também alternativas (como adoção), com apoio de uma equipe interdisciplinar, a fim de garantir que ela tenha informações para tomar uma decisão consciente e responsável (2ª consulta). A partir de então, a mulher deve cumprir com um período de reflexão de no mínimo 5 dias antes de o procedimento ser feito.⁴⁸⁶

Fora dessas circunstâncias, a interrupção da gravidez só pode ser realizada quando: envolver sério risco para a saúde da gestante (neste caso, a lei determina

⁴⁸³ FERRE, Zuleika. **Evaluación de la despenalización del aborto em Uruguay en la fecundidad adolescente**. 2015. 67 f. Dissertação (Pós-Graduação em Demografía y Estudios de Población) - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de La República de Uruguay, jun. 2015. Disponível em: <<http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2015/10/Tesis-Maestr-%C2%A1a-N-%C2%A64.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 11.

⁴⁸⁴ Ibidem. p. 12.

⁴⁸⁵ URUGUAI. **Ley Nº 18987: Ley sobre Interrupcion Voluntaria Del Embarazo - Ley Del Aborto**. 2012. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

⁴⁸⁶ Ibidem.

que se deva tentar salvar a vida do concepto sem pôr em risco a vida ou saúde da mãe); houver malformações incompatíveis com a vida extrauterina; a gravidez resultar de uma violação, até 14 semanas de gestação.⁴⁸⁷

A legislação uruguaia sobre interrupção voluntária da gravidez ainda determina que todas as instituições do Sistema Nacional Integrado de Saúde têm a obrigação de cumprir as disposições da lei, devendo estabelecer as condições técnico-profissionais e administrativas necessárias para que os usuários possam acessar os serviços no tempo oportuno – ressalvados os casos de objeção ideológica ou de consciência.⁴⁸⁸

A despenalização do aborto no Uruguai partiu de uma conjuntura na qual não havia estimativa recente sobre o número de abortos no país. A última pesquisa que antecedeu o processo de legalização – publicada em 2003 por Sanseviero *et. al.*⁴⁸⁹ e utilizada oficialmente pelo Ministério de Saúde Pública – estimava, com base em dados apurados de 1995 a 2002, a ocorrência de 33 mil abortos voluntários por ano no país (6 mil legais e 27 mil clandestinos).⁴⁹⁰ Não foram feitos levantamentos referentes ao período de 2003 a 2011.

Após a implementação da nova lei, de acordo com o balanço oficial do primeiro ano, de dezembro de 2012 a novembro de 2013, houve uma redução para 6.676 abortos.⁴⁹¹ Dessa forma, a legalização da interrupção voluntária da gravidez teria produzido, dentre outros efeitos, o desestímulo ao aborto, resultando numa queda de 79,8% com apenas 12 meses de liberalização.

Ou seja, a legalização do aborto, a criação de uma infraestrutura pública de abortos gratuitos em todo o país e o fornecimento do serviço nas clínicas privadas seriam fatores que contribuiriam para o desestímulo da prática do aborto e capaz de fazer com que 80% das mulheres desistissem de abortar. Tudo isso, sem qualquer campanha de conscientização sobre o fato do aborto matar uma vida humana e ter a capacidade de gerar diversos problemas para a saúde física e psicológica das mulheres, por exemplo.

⁴⁸⁷ URUGUAI. **Ley Nº 18987**: Ley sobre Interrupcion Voluntaria Del Embarazo - Ley Del Aborto. 2012. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

⁴⁸⁸ Ibidem.

⁴⁸⁹ Ainda no início da década de 1990, Rafael Sanseviero apresentou um projeto que propunha a descriminalização do aborto no Uruguai, ou seja, deixava de defini-lo como crime do Código Penal. (CORREA, Sonia; PECHENY, Mario. **Abortus Interruptus**: política y reforma legal del aborto em Uruguay. Montevideo: MYSU, 2016. Disponível em: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/aqu%C3%AD.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2018. p. 62).

⁴⁹⁰ URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **Balance 1er año de implementación de Ley 18.987 - Interrupcion Voluntaria del Embarazo y Decreto 375/012 - Reglamentación de la Ley de IVE**: diciembre 2012 - noviembre 2013. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 10.

⁴⁹¹ Ibidem. p. 10.

Incrivelmente a sua hipótese é de que a redução teria se dado apenas por meio da facilitação do acesso e da legalização do aborto.⁴⁹²

Vale citar que tais cifras podem estar subestimadas, devido ao fato de que durante esse período nem todas as instituições cumpriram com o repasse dos registros ao Ministério de Saúde Pública – somente em junho de 2013 é que 100% delas enviaram os dados⁴⁹³. Ainda assim, é inusitado que haja uma mudança de comportamento sociocultural tão abrupta em um espaço de tempo tão curto.

Um estudo publicado em 2016 que defende o aborto voluntário como direito de cidadania democrática assevera que “não menos importante” é o fato de que o registro de cerca de 7 mil abortos legais em 2013 e 8,5 mil em 2014 contrasta com a estimativa de 33 mil abortos feita em 2003 por Sanseviero *et al.* para a década de 2000 no Uruguai. Por isso, os próprios autores afirmam que “seria imperativo ter uma nova estimativa epidemiológica para explicar essa discrepância”.⁴⁹⁴

Por sua vez, na publicação mais recente do governo uruguaio, não aparece mais citada a referida quantidade de 33 mil abortos anuais, a qual era divulgada nos textos anteriores. Dos números apresentados neste último relatório oficial (com dados de 2016), o que se pode contabilizar é que, desde a alteração legislativa, “as cifras tem aumentado percentualmente com o correr dos anos”⁴⁹⁵, nas palavras manifestadas pelo próprio Ministério da Saúde Pública.

No geral, houve um aumento de 37% no número de abortamentos: 7.171, em 2013; 8.537, em 2014; 9.362, em 2015; 9.719, em 2016.⁴⁹⁶ Para 2017, a estimativa extraoficial é de 9.830 abortos. Por outro lado, a população uruguaia, que está estagnada há décadas, cresceu pouco mais de 1% nesse mesmo período.

⁴⁹² DEROSA, Marlon. **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 92.

⁴⁹³ FERRE, Zuleika. **Evaluación de la despenalización del aborto em Uruguay en la fecundidad adolescente**. 2015. 67 f. Dissertação (Pós-Graduação em Demografía y Estudios de Población) - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de La República de Uruguay, jun. 2015. Disponível em: <<http://cienciasociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2015/10/Tesis-Maestr-%C2%A1a-N-%C2%A64.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 15.

⁴⁹⁴ CORREA, Sonia; PECHENY, Mario. **Abortus Interruptus: política y reforma legal del aborto em Uruguay**. Montevideo: MYSU, 2016. Disponível em: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/aqu%C3%AD.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2018. p. 66.

⁴⁹⁵ URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **Avances y desafíos en interrupción voluntaria del embarazo**. 30 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/avances-y-desafios-en-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

⁴⁹⁶ _____. _____. **Avances y desafíos en Política Pública de Salud Sexual y Salud Reproductiva**. 2017. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/ppt_coloquio_ssyst_final2.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2018. p. 11.

Em contrapartida, as estatísticas mostram que a medida de atendimentos obrigatórios antes da interrupção tem tido certa eficácia, pois, anualmente, 6% das pacientes atendidas decidem continuar com a gravidez.⁴⁹⁷ Entretanto, como essa taxa de desistência tem se mantido uniforme em todos os anos (mudou apenas em 2014, com 8%), pode-se observar por que esse fator não tem contribuído para a diminuição no número de abortos.

Com relação às razões para interrupção da gestação, o Ministério da Saúde Pública uruguaio registrou as informações apresentadas na Tabela 8.⁴⁹⁸ Destaca-se majoritariamente a escolha da mulher, mas não são especificados detalhadamente os motivos que poderiam ter levado estas mulheres à decisão de abortar.

TABELA 8 – MOTIVOS ALEGADOS PARA ABORTO NO URUGUAI (2013 A 2016)

| MOTIVOS ALEGADOS | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Decisão da mulher | 6.699 (93,41%) | 8.515 (99,74%) | 9.275 (99,07%) | 9.619 (98,87%) |
| Violência sexual | 9 (0,13%) | 2 (0,02%) | 26 (0,28%) | 1 (0,01%) |
| Risco de vida da gestante | 10 (0,14%) | 12 (0,14%) | 5 (0,05%) | 5 (0,05%) |
| Anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina | 8 (0,11%) | 8 (0,09%) | 2 (0,02%) | 4 (0,04%) |
| Sem informação | 445 (6,21%) | 0 | 54 (0,58%) | 90 (0,93%) |
| Total | 7.171 | 8.537 | 9.362 | 9.719 |

Fonte: Ministerio de Salud Pública (2017).

Acerca das características sociodemográficas sobre aborto induzido no país, uma pesquisa feita um ano após a legalização, com base nas informações do Hospital das Clínicas da Universidade da República do Uruguai, a idade média das pacientes era de 27 anos, em sua maioria solteira, residente na Capital, cujo motivo para interrupção era gravidez indesejada. Dentre aquelas que completaram o processo, apenas 70% cumpriram com o acompanhamento posterior (para controle

⁴⁹⁷ URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **Avances y desafíos en Política Pública de Salud Sexual y Salud Reproductiva**. 2017. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/ppt_coloquio_ssyr_final2.pdf>.

Acesso em: 5 nov. 2018. p. 11.

⁴⁹⁸ _____. _____. **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):** dados preliminares. 21 mar. 2017. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/IVE%202016.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

e diagnóstico de possíveis complicações, além de aconselhamento sobre contracepção). Além disso, a pesquisa apontou que 41% dos procedimentos de interrupção foram realizados pelo sistema público de saúde e 59% pelo setor privado.⁴⁹⁹

Há outros países que foram pesquisados e cujos dados foram levantados durante este estudo, como Portugal, Reino Unido, Irlanda, Austrália, *El Salvador* e Nicarágua. Todavia, infelizmente, não foi possível concluir a tempo a apresentação dos resultados pesquisados. Mas asseveramos que todas as experiências coadunam com as outras explanadas neste tópico.

2.4.1.3 Os casos do Chile e da Polônia

A questão do aborto nesses dois países merece especial atenção de nossa pesquisa. Isso porque se tratam de lugares onde o aborto foi descriminalizado e legalizado pelo governo durante muitos anos, mas que depois proibiram sua prática, e assim continua há quase três décadas. São experiências ímpares, que oferecem uma oportunidade de se investigar a influência da legislação referente ao aborto como um determinante nas tendências de saúde pública materna, uma vez que podemos comparar o antes e o depois.

No **Chile**, o aborto permaneceu legalizado de 1931 a 1989, quando se tornou ilegal em qualquer circunstância. Em 2017, foi aprovado um projeto que descriminalizou a prática nos casos de risco de vida para a mãe, estupro e inviabilidade fetal.⁵⁰⁰

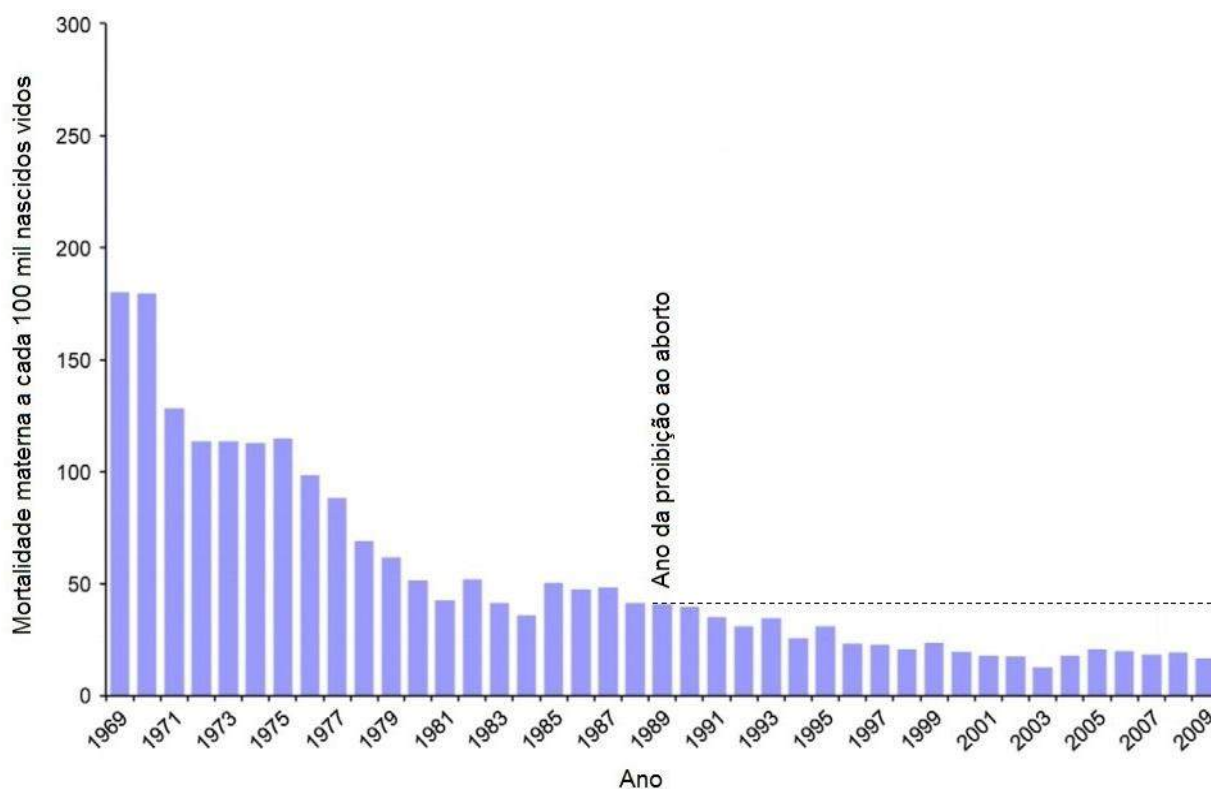
Mesmo com a proibição, a mortalidade materna no país, que era uma das maiores da América Latina e entrou em declínio na década de 1960, assim continuou nos anos seguintes. Logo, ao contrário do que a maioria dos organismos internacionais defendia, viu-se que a questão da legalidade do aborto não tinha relação com o índice. De 1989 a 2009, houve uma queda de 59%: de 41,3 para 16,9

⁴⁹⁹ BENTANCOR, Ana *et. al.* **Reporte del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en un hospital universitario de Uruguay**. Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/es_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006001.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018. p. 3-5.

⁵⁰⁰ BACHELET promulga lei que despenaliza o aborto terapêutico. Exame, 14 set. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/bachelet-promulga-lei-que-despenaliza-aborto-terapeutico/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

óbitos a cada 100 mil nascimentos.⁵⁰¹ De acordo com o último relatório oficial divulgado (com dados de 2016), apesar de esse número ter crescido um pouco, o país detém a segunda menor taxa de mortalidade materna em toda a América Latina: 22 mortes para cada 100 mil nascidos vivos⁵⁰² (47% menor do que no ano da restrição).

GRÁFICO 1 – MORTALIDADE MATERNA NO CHILE (1989 A 2009)



Fonte: Adaptado de Koch *et. al.* (2012).

Em 1989, a taxa de mortes por abortamento (no geral) foi de 10,8 por 100 mil nascidos vivos, o que correspondia em números absolutos a 33 mortes; em 2009, essa taxa foi de 0,4, com apenas 1 morte; em 2016, esses valores se mantiveram.⁵⁰³ Ou seja, houve uma redução de 96,3% no índice de mortes por aborto.

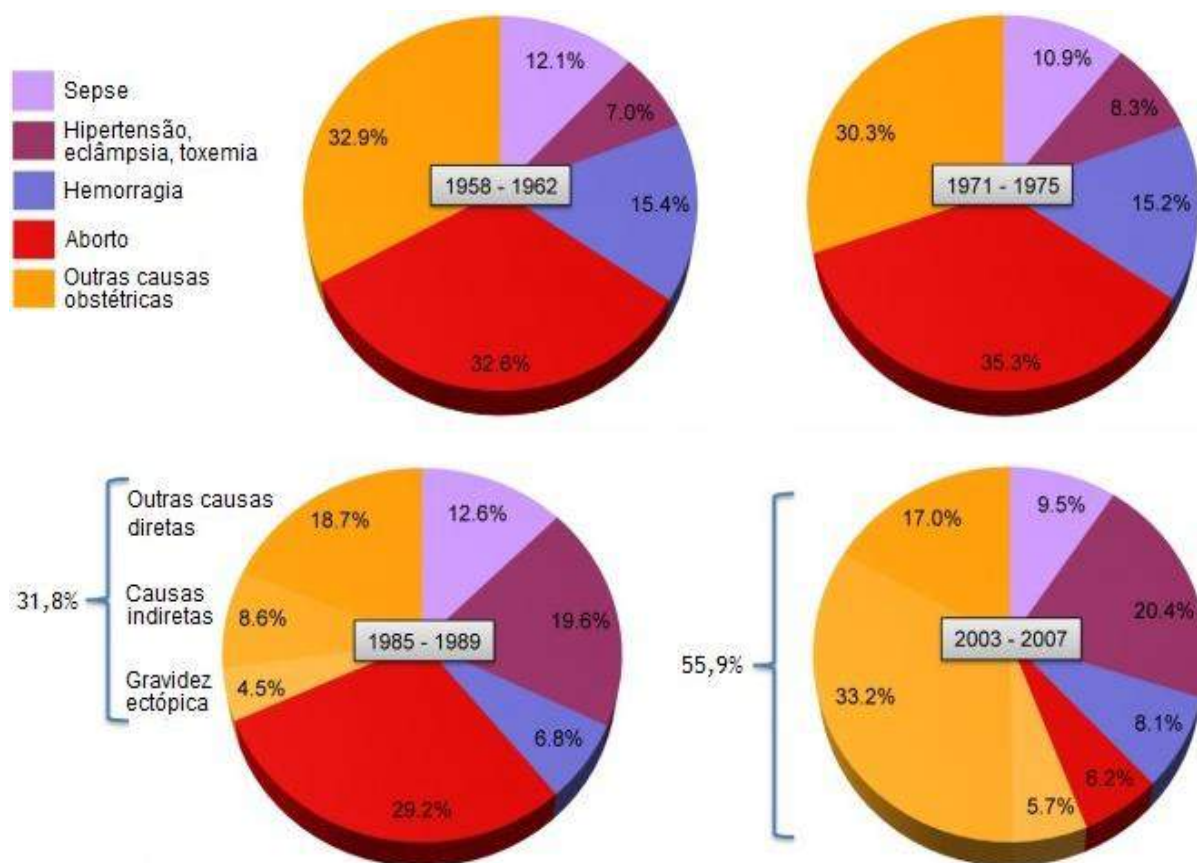
⁵⁰¹ CHILE. **Estadísticas Vitales:** informe anual 2009. Instituto Nacional de Estadísticas, 2011. Disponível em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵⁰² _____. **Estadísticas Vitales:** informe anual 2016. Instituto Nacional de Estadísticas, 2018. Disponível em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵⁰³ Ibidem.

Vale destacar que, de acordo com o levantamento feito por Koch *et. al.*⁵⁰⁴, o aborto (induzido ou espontâneo) correspondia à principal causa de morte materna durante o período de 1957 (marco inicial do levantamento de dados) a 1989 (ano da proibição), isto é, durante o período em que a prática era descriminalizada e legalizada. Do final da década de 1980 até 2007, as porcentagens de mortes maternas devidas à hipertensão, eclâmpsia e toxemia aumentaram consideravelmente, sendo que, de 2003 em diante, as principais causas foram indiretas, representadas por doenças crônicas pré-existentes e não obstétricas – o aborto aparece em último lugar.

GRÁFICO 2 – CAUSAS DE MORTE MATERNA NO CHILE (1958 A 2007)



Fonte: Koch *et. al.* (2012).

⁵⁰⁴ KOCH, Elard *et. al.* **Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007.** PLoS ONE, v. 7, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3344918/pdf/pone.0036613.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 4.

Esses dados não significam que não há abortos ilegais ou clandestinos no Chile, mas sim que a queda na taxa de mortalidade por abortos, bem como pesquisas recentes sobre a prática no país, sugerem que o abortamento foi reduzido em paralelo com a mortalidade materna.

Além disso, espera-se que qualquer aumento significativo no número de abortos clandestinos implique um aumento nas hospitalizações por sua causa, o que não aconteceu nos últimos anos, pois pesquisas apontam que o índice de internações por aborto permaneceu estável desde 1990.⁵⁰⁵ Por conseguinte, pode-se inferir que o número total de abortos (espontâneos e induzidos) não aumentou substancialmente. Nesse ínterim, conforme relatório da ONU, o Chile sustenta a segunda menor taxa de interrupções voluntárias da gravidez no mundo – 0,5 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil⁵⁰⁶ – atrás apenas da Polônia, onde o aborto também é restringido, como veremos.

Mesmo assim, há quem possa sugerir que os números não são altos porque os abortos induzidos em sua grande maioria não seriam relatados, mas sim camuflados como um procedimento diferente ou relatados como espontâneos. Todavia, um estudo epidemiológico baseado no registro oficial de hospitalizações do Chile e nas probabilidades biológicas de concepção viável e abortamento espontâneo estimou que 12 a 19% de todos os abortos registrados podem ser provocados. Ainda, segundo estudiosos, não há razão para acreditar que o diagnóstico de aborto seja reportado erroneamente ou deliberadamente classificado de forma errada, em razão da seriedade em torno dos segredos profissionais e direitos de confidencialidade do paciente, que protegem os médicos. Pelo contrário, eles estão sujeitos a sanções legais se intencionalmente mentirem ou falsificarem quaisquer diagnósticos.⁵⁰⁷

⁵⁰⁵ DONOSO, Enrique; VERA, Claudio. **El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales.** Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, v. 81, n. 6, p. 534-545, 2016. Disponível em: <<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/ARTICULOESPECIAL10.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 543.

⁵⁰⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **Abortion Policies and Reproductive Health around the World.** 2014. Disponível em: <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 44.

⁵⁰⁷ KOCH, Elard *et. al.* **Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007.** PLoS ONE, v. 7, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3344918/pdf/pone.0036613.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 9.

Koch *et. al.* admitem que o sigilo do aborto impossibilita a obtenção de um número absoluto direto e exato e isso pode levar a erros de classificação por sub-registro de óbitos maternos que são suspeitos de serem resultado de um aborto ilegal. No entanto, consideram isso improvável e irrelevante em se tratando de um país com registro rigoroso de dados vitais e vigilância epidemiológica ativa de mortes maternas. Até mesmo os códigos utilizados para classificar o tipo de aborto (O05 outro aborto; O06 aborto não especificado; O07 tentativa de aborto) oferecem certa proteção para a confidencialidade do profissional e do paciente.⁵⁰⁸

A fim de entender o caso do Chile com mais profundidade, um estudo objetivou analisar as possíveis relações entre o número de abortos e óbitos maternos e outras variáveis socioeconômicas. Descobriu-se que a queda nas taxas de aborto e de mortalidade materna estava atrelada a outros fatores, os quais funcionaram sinergicamente, como: aumento do nível de escolaridade da população; aumento da renda *per capita*; maior acesso à água potável e saneamento básico; atendimento por profissionais de saúde capacitados.⁵⁰⁹

Esse estudo demonstrou que o proibicionismo não implica altas taxas de mortalidade materna e que os fatores que mais contribuem para a redução dos problemas relacionados a aborto e mortalidade materna foram educação e melhor assistência às mulheres gestantes. Como afirmaram os próprios autores, a inclinação negativa da taxa de mortalidade materna não foi relacionada ao *status* legal do aborto, ou seja, a proibição do aborto terapêutico.⁵¹⁰

Na **Polônia**, o aborto foi restringido em 1993 e até então (2018) só pode ser realizado por um médico, até 12 semanas de gestação, nos casos de: perigo para a vida ou saúde da mãe; defeito fetal grave e irreversível ou doença incurável que ameaça a vida do feto; gravidez resultante de ato ilícito. Fora dessas hipóteses, de acordo com o Código Penal, está sujeito à pena de prisão quem, com o consentimento da mulher, interrompe sua gravidez ou lhe presta assistência para tal,

⁵⁰⁸ QUEVEDO, Lenin de Janon. **Cuando los datos responden a los argumentos**: revisión breve de las estadísticas sobre aborto. Instituto de Bioética, ano 19, n. 1, p. 27-60, jun. 2018. Disponível em: <<http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Bioetica/2018/Bio%C3%A9tica%202018%20-%20VyE%20-%20Dr.%20de%20Janon%20Quevedo.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵⁰⁹ KOCH, Elard *et. al.* **Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths**: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. PLoS ONE, v. 7, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3344918/pdf/pone.0036613.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 1.

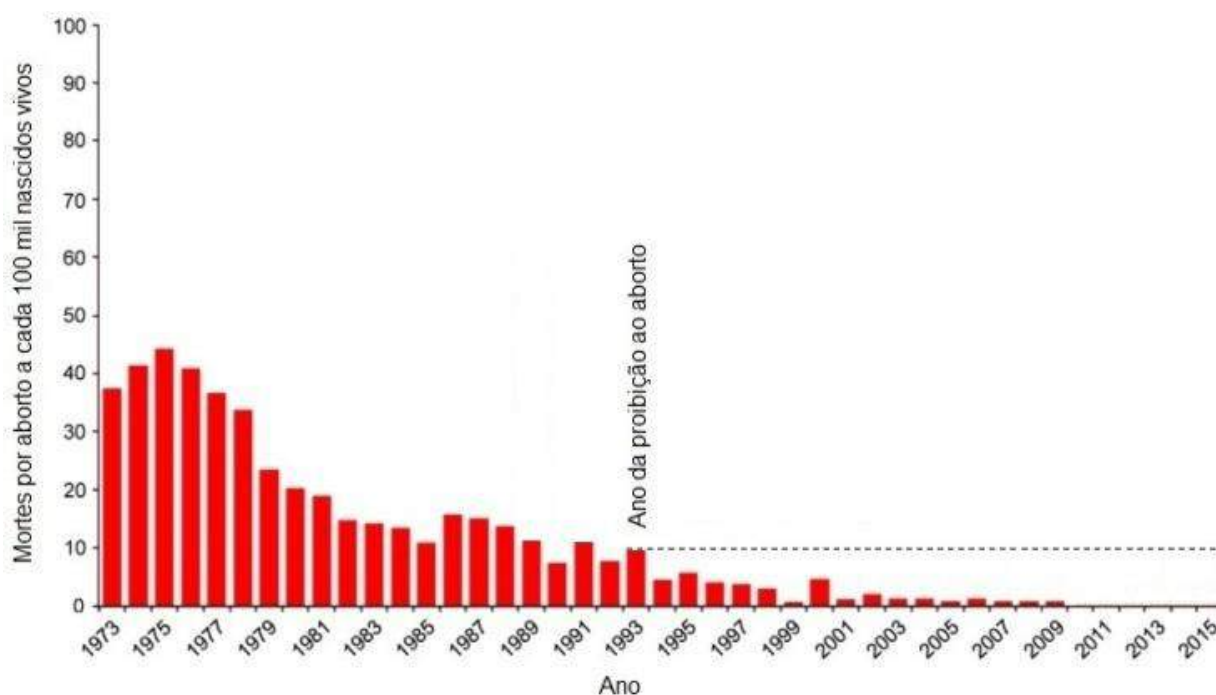
⁵¹⁰ *Ibidem*. p. 1.

ou ainda a convence a fazê-lo, sendo que a penalidade é maior quando o aborto é provocado depois que o feto já é considerado capaz de viver fora do útero.⁵¹¹

Apesar do rigor da lei, a mortalidade materna no país não aumentou. Pelo contrário, seguiu com a tendência de baixa. Mais uma vez, viu-se que a legalidade do aborto não tinha relação com o índice. De 1993 a 2013, houve uma queda de 83,3% na taxa de mortalidade materna: de 12 para 2 óbitos por 100 mil nascimentos. De acordo com dados mais recentes, de 2015, apesar de esse número ter aumentado para 3 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (75% menor do que no ano da restrição), o país ainda detém a menor taxa de mortalidade materna da Europa.⁵¹²

Especificamente com relação à taxa de mortes por abortamento, em 1989, foi de 2 por 100 mil nascidos vivos, o que correspondia em números absolutos a 10 mortes; a partir de 2010, essa taxa tornou-se nula, e assim se manteve até 2015 (dados mais recentes da OMS).⁵¹³ Ou seja, houve uma redução de 100% no índice de mortes por aborto.

GRÁFICO 3 – MORTALIDADE POR ABORTAMENTO NA POLÔNIA (1993 A 2015)



Fonte: Adaptado de Koch *et. al.* (2012).

⁵¹¹ THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe**. 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 29.

⁵¹² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **European Health Information Gateway**. Disponível em: <<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵¹³ *Ibidem*.

O número de abortos, que oscilava em torno de 130 mil na década de 1980, entrou em forte declínio na década seguinte: às vésperas da proibição, em 1992, houve 11.640 abortamentos; em 1993, foram registrados 1.240; em 2013, foram 744; em 2015, houve um aumento, com 1.044 abortos.⁵¹⁴ O fato de o número de abortos ter caído drasticamente antes mesmo da mudança na legislação que restringiu o abortamento reforça nossa tese de que a normatização acerca da prática seja fator de efeito nulo sobre o índice. Além disso, segundo a ONU, a Polônia sustenta a menor taxa de interrupções voluntárias da gravidez no mundo: 0,1 abortos por 1.000 mulheres em idade fértil.⁵¹⁵

Estatísticas mostram que, mesmo com a proibição do aborto no país, além de não haver aumento no número de abortos nem na taxa de mortalidade materna – como poderia ser esperado por aqueles que defendem teorias contrárias – não houve turismo para aborto em número alto, isto é, não foram registrados tantos casos de polonesas se deslocando para fazer abortos nos países europeus onde a prática é legalizada. Mas não negamos que, embora não sejam estatisticamente elevadas, as cifras de abortos obtidos no exterior têm aumentado: em 1994, foram 35; em 2013, 218; e em 2015, 227.

Sobre essa questão, Derosa⁵¹⁶ afirma que somente o Reino Unido informa especificamente a nacionalidade dos estrangeiros que abortam no seu território – lá 16 polonesas fizeram abortos, de 1994 a 2005. Na Alemanha, que inclusive faz fronteira com a Polônia, são 67 abortos em média (471 no total, de 1999 a 2005) feitos por estrangeiras. Outros países vizinhos, como República Checa e Rússia, não divulgam dados sobre abortos feitos por estrangeiras. Mas segundo o pesquisador, “[...] as estatísticas gerais de abortos registrados nas regiões fronteiriças não sofreram aumento substancial no período imediatamente após a proibição do aborto na Polônia, indicando que não houve uma transferência do problema”.

Além disso, a Polônia viu a taxa de prematuridade cair significativamente em pouquíssimo tempo após a proibição: até 1997, foi registrada uma queda de 21% no

⁵¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **European Health Information Gateway**. Disponível em: <<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵¹⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **Abortion Policies and Reproductive Health around the World**. 2014. Disponível em: <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 42.

⁵¹⁶ DEROSA, Marlon. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 100.

número de nascimentos prematuros extremos (antes de 24 semanas de gestação), ao passo que o número de nascidos vivos caiu apenas 5%. Segundo Gentles, Lanfranchi e Ring-Cassidy, “nenhum outro país obteve uma redução tão significativa na sua taxa de nascimento de bebês extremamente prematuros em tão pouco tempo. No mesmo período, nos EUA e no Canadá, onde o aborto é legal e tem acesso facilitado, foi verificado um aumento na taxa de prematuros”.⁵¹⁷ Vale lembrar que no tópico 2.2.3 apresentamos a correlação entre histórico de abortamento e parto prematuro em gestações futuras.

2.4.2 Abortamento e morbimortalidade materna no Brasil

Frequentemente, vemos diversas mídias divulgarem de forma recorrente notícias e pesquisas sobre a prática do aborto no Brasil, em sua maioria afirmando que centenas de milhares de mulheres se expõem diariamente aos riscos de abortos clandestinos e suas complicações, sendo o aborto ilegal, portanto, um problema de saúde pública. Relatórios apresentados pela OMS, pela ONU e por algumas organizações não governamentais acerca do aborto clandestino nos países em desenvolvimento também contêm dados e posicionamentos neste mesmo sentido.⁵¹⁸

Todavia, por uma breve pesquisa na *Internet*, observamos uma discrepância muito grande entre tantos números apresentados: sobre a quantidade de abortos clandestinos, encontramos estatísticas de 1 milhão, 500 mil, 30 mil; com relação aos óbitos maternos provocados por eles, vimos números como 50 mil, 200 mil, 1,5 mil (4 por dia), 180 (1 a cada 2 dias) por ano. A divulgação de informações tão heterogêneas já levou o Ministério da Saúde a ser questionado e ter que admitir formalmente, em 2017, que os números noticiados numa matéria jornalística do jornal O Estado de São Paulo estavam errados.⁵¹⁹

⁵¹⁷ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 476.

⁵¹⁸ SINGH, Susheela *et. al.* **Abortion Worldwide 2017: uneven progress and unequal access**. Nova York: Guttmacher Institute, 2018. p. 28.

⁵¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Aviso nº 178/GM/MS**. 20 mar. 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/resposta-do-requerimento-de-informacao-no-2-500-2016-1/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

Afinal, qual informação dentre tantas estaria correta? A fim de responder a esta dúvida, procedemos ao levantamento de dados nacionais oficiais registrados no Sistema de Informações Hospitalares Centralizado – SIH-SUS, mantido pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, para que, com tais informações e com o apoio estimativas e pesquisas estatísticas, possamos chegar a uma conclusão realística sobre a prática do aborto no país e seus desdobramentos.

O módulo do DATASUS abrange todo o território brasileiro e armazena informações sobre saúde de toda população brasileira. São recebidos e gerenciados a nível nacional os registros repassados por toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa.⁵²⁰ As ocorrências são cadastradas conforme o código CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) correspondente ao quadro. Os dados mais recentes disponíveis na página eletrônica do DATASUS datam de 2016, sendo que, nesta pesquisa, aplicamos nos cálculos dados de um recorte de 20 anos (1997 a 2016).

Como o número de abortos provocados em países onde a prática é criminalizada é de difícil apuração, tendo em vista sua condição de ilegalidade, são aplicadas diversas técnicas para sua estimativa. A metodologia mais conhecida é a criada por Singh e Wulf, em 1994, utilizada nas estatísticas do Instituto *Guttmacher* e aceita pela OMS, com base no número de internações hospitalares para tratamento de complicações por aborto. Posteriormente, ela foi atualizada e apresentada no Brasil por Monteiro, Adesse e Drezett, em 2015.⁵²¹

Eis o método utilizado: a fonte dos dados primários foi o sistema do DATASUS (1995 a 2013); somaram os números de *todos* os atendimentos feitos em razão de gravidezes terminadas em aborto; foram adicionados 12,5% ao total fim de compensar sub-registros; foi aplicado o fator de 25% para extrair os supostos abortos espontâneos; e, por fim, multiplicaram o valor encontrado por 5 (limite superior) e por 4 (limite inferior).⁵²² Com isso, chegaram à estimativa de que, no Brasil, ocorrem cerca de **880 mil abortos** por ano.

⁵²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, dez. 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20do%20SIH%20SUS%20DEZ%202004.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 6.

⁵²¹ MONTEIRO, Mario Francisco; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. **Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões: Brasil, 1995 a 2013**. Reprodução & Climatério, v. 30, n. 1, p. 11-18, 27 jun. 2015. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/82270974.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 11.

⁵²² *Ibidem*. p. 13.

TABELA 9 – ESTIMATIVA DO NÚMERO DE ABORTOS INDUZIDOS NO BRASIL COM BASE NA METODOLOGIA DE SINGH E WULF

| ANO | LIMITE SUPERIOR | LIMITE INFERIOR |
|------|-----------------|-----------------|
| 1995 | 1.086.708 | 864.628 |
| 1996 | 1.022.309 | 813.106 |
| 1997 | 989.963 | 787.228 |
| 1998 | 946.810 | 752.703 |
| 1999 | 1.023.853 | 814.335 |
| 2000 | 1.037.125 | 824.950 |
| 2001 | 1.044.204 | 830.611 |
| 2002 | 1.035.302 | 823.487 |
| 2003 | 1.017.883 | 809.549 |
| 2004 | 1.060.969 | 844.016 |
| 2005 | 1.050.764 | 835.849 |
| 2006 | 980.260 | 779.444 |
| 2007 | 954.901 | 759.155 |
| 2008 | 915.287 | 727.461 |
| 2009 | 936.989 | 744.820 |
| 2010 | 924.902 | 735.148 |
| 2011 | 886.912 | 704.754 |
| 2012 | 872.678 | 693.364 |
| 2013 | 865.160 | 687.347 |

Fonte: Monteiro; Adesse; Drezett (2015).

Entretanto, de acordo com a análise de Derosa⁵²³, há graves fragilidades nesses cálculos, as quais iremos apresentar e discutir neste trabalho, para, ao final, tentar encontrar uma estimativa mais plausível do número de abortos no país.

No Brasil, os dados são categorizados no DATAUS como: aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outras gravidezes terminadas em aborto. Por razões óbvias, não existe uma categoria denominada “abortos ilegais” ou “abortos clandestinos”. Para complicar a descoberta (mais próxima) da verdade, tem sido cada vez mais difícil identificar quando uma mulher provocou um aborto clandestinamente ou sofreu uma perda espontânea.

Conforme mencionamos no tópico 2.2, atualmente, a grande maioria dos abortos induzidos é provocada pelo uso de *Cytotec*, medicamento cuja substância ativa é o *misoprostol*, combinado à *mifepristona*, comercializados ilegalmente na

⁵²³ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 211.

Internet. Por meio de uma pesquisa pessoal, encontramos *sites*⁵²⁴ que promovem a divulgação e venda de pílulas abortivas, os quais disponibilizam instruções completas e detalhadas sobre a autoadministração do medicamento sem deixar indícios, o que dificulta a identificação de um aborto clandestino quando há necessidade de atendimento hospitalar pós-abortamento.

Em razão disso, não seria confiável se basear nos números categorizados no DATASUS para se estabelecer uma estimativa de quantos abortos são provocados clandestinamente no Brasil. Por isso, são aplicados fatores de ponderação percentual sobre o total de atendimentos realizados, a fim de se extrair um número que seria de abortos espontâneos, sendo o restante correspondente aos abortos clandestinos.

A teoria defendida por Singh e Wulf de que os abortos espontâneos representariam 25% do total do número de abortos é baseada num estudo feito por Harlap, Shiono e Ramcharan, publicado em 1980, cujos dados foram colhidos na Califórnia/EUA, ainda na década de 1970.⁵²⁵

Sobre esse percentual, primeiramente devemos nos atentar para o fato de que a pesquisa foi feita num contexto espaço-temporal completamente diferente do encontrado no Brasil. Além da defasagem temporal, é preciso lembrar que cada lugar possui uma taxa de fecundidade particular, a variar por diversos fatores que compõem sua população, como uma cultura natalista ou antinatalista. No caso dos EUA, devemos ainda considerar o fato de que o aborto tornou-se legalizado no período da coleta de dados da referida pesquisa (em 1973, conforme vimos anteriormente).

Em segundo lugar, existem muitas outras pesquisas as quais calcularam que a ocorrência de abortos espontâneos se daria num percentual bem maior do que 25%.

Uma delas também é de autoria de Singh e Wulf, publicada em 1993, desenvolvida com dados de quatro países sul-americanos, na qual aferiram que a porcentagem de abortos espontâneos seria de 32,7% do total de abortamentos. Sobre como chegaram a este valor, Derosa⁵²⁶ explica que os autores lançaram mão de um protocolo sugerido pela OMS, e classificaram 13% dos casos como abortos *certamente* induzidos; 6% como *provavelmente* induzidos; e 49% como

⁵²⁴ Tratam-se das páginas <www.womenonwaves.org> e <www.womenonweb.org>.

⁵²⁵ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 215.

⁵²⁶ *Ibidem*. p. 213.

possivelmente induzidos. Assim, aproximadamente 68% dos casos corresponderiam a abortos induzidos e 32% a abortos espontâneos.

Nesse método, acredita-se que o aborto foi possivelmente induzido nos casos em que a mulher dá indícios de que sua gravidez era indesejada. Ocorre que isso traz generalizações, porque considera que todo aborto num contexto de gravidez indesejada seja provocado, e vive-versa, como se uma mulher que não planejou engravidar não pudesse sofrer uma perda espontânea. Além disso, a averiguação fica à mercê da discricionariedade de quem é o responsável por atestar os supostos “sinais de gravidez indesejada”.

Por sua vez, de acordo com outra pesquisa de mesma autoria, publicada em 1991, feita com base em informações dos EUA e do Canadá, 75% de todos os procedimentos decorrentes de complicações por abortos teriam sido feitos após um aborto espontâneo.⁵²⁷

Em consonância com esse valor, um estudo da morbidade hospitalar no país sobre abortamento, conduzido por profissionais da Universidade de São Paulo (USP), apontou que, ao comparar aborto espontâneo e provocado, a taxa deste é de 25,9%.⁵²⁸

Não bastasse, Derosa⁵²⁹ fez um extenso levantamento de outros estudos que contradizem o percentual de 25% de abortos espontâneos, os quais não são considerados quando se fala em criar métodos para estimativa da clandestinidade no Brasil. Além da discrepância entre o fator supracitado e a porcentagem encontrada nas pesquisas mais recentes (em média 72,8%, de 1996 a 2013), importa notar que todas, exceto uma, são produções com amostras nacionais, ou seja, adequadas à realidade brasileira.

TABELA 10 – PESQUISAS QUE CONTRADIZEM O FATOR DE 25% DE ABORTOS ESPONTÂNEOS

| ANO | AUTORIA | LOCAL DA AMOSTRA | FORMA DE COLETA DE DADOS | PORCENTAGEM |
|------|-----------------------|------------------|--------------------------|-------------|
| 1986 | DHS/IBGE | Brasil | Entrevista domiciliar | 87,5% |
| 1988 | Bailey <i>et. al.</i> | Bolívia | Entrevistas | 77% |

⁵²⁷ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 217.

⁵²⁸ MARIUTTI, Mariana Gondim *et. al.* **Abortamento**: um estudo da morbidade hospitalar no país. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 67, n. 4, p. 97-103, abr. 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4272>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 98.

⁵²⁹ *Ibidem*. p. 218-219.

| ANO | AUTORIA | LOCAL DA AMOSTRA | FORMA DE COLETA DE DADOS | PORCENTAGEM |
|------|--------------------------|-------------------|----------------------------------------|-------------|
| 1993 | Costa e Vessey | Rio de Janeiro/RJ | Internações hospitalares e entrevistas | 43% |
| 1996 | Fonseca <i>et. al.</i> | Fortaleza/ES | Internações hospitalares e entrevistas | 52% |
| 1996 | PNDS/IBGE | Brasil | Entrevistas | 85,4% |
| 1996 | Hardy <i>et. al.</i> | São Paulo/SP | Entrevistas | 80% |
| 2000 | Lucena | Recife/PE | Entrevistas | 75% |
| 2006 | PNDS/IBGE | Brasil | Entrevistas | 85,3% |
| 2006 | Carneiro | São Paulo/SP | Entrevistas | 71,1 |
| 2007 | Nadar, Blandino e Maciel | Serra/ES | Entrevistas | 75% |
| 2012 | Fusco, Silva e Andreoni | São Paulo/SP | Internações hospitalares e entrevistas | 43,1% |
| 2013 | PNS/IBGE | Brasil | Entrevistas | 88% |

Fonte: Adaptado de Derosa (2018).

Em terceiro lugar, é preciso observar que Singh e Wulf⁵³⁰ não consideraram em sua contagem as internações de gestantes que tiveram perdas fetais após 22 semanas de gestação, geralmente provocadas por acidentes e outras causas externas (como, por exemplo, quedas, atropelamentos, colisões automobilísticas, agressões, ferimento por arma de fogo). Tal como vimos no tópico sobre o conceito de aborto, em razão da idade gestacional, esses casos não são classificados no CID-10 como abortos, mas sim como óbitos fetais. Ocorre que são casos que resultam em internações de mulheres que, muitas vezes, são submetidas a procedimentos de curetagem dentre outros.⁵³¹

Pesquisas sobre traumas em gestantes apontam que, hodiernamente, tais eventos têm sido mais frequentes, principalmente nos centros urbanos, e aumentado as estatísticas de morbimortalidade materna. Estima-se que de 6 a 8% das gestantes sofrem algum trauma físico durante a gravidez, sendo que 0,4% delas precisam ser hospitalizadas.⁵³² Há perdas fetais em 30,7% das situações.⁵³³ Logo, uma parte das

⁵³⁰ SINGH, Susheela; WULF, Deirdre. **Estimated Levels of Induced Abortion In Six Latin American Countries.** *Internacional Family Planning Perspectives*, v. 20, n. 1, p. 4-13, mar. 1994. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2133331>>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 12.

⁵³¹ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 220.

⁵³² FONSECA, Marcela Guimarães *et. al.* **O atendimento à gestante vítima de trauma.** *Educación Física y Deportes*, Buenos Aires, ano 18, n. 181, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd181/o-atendimento-a-gestante-vitima-de-trauma.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

curetagens registradas no DATASUS pode ter sido feita em decorrência de perdas gestacionais provocadas por causas externas.

Do mesmo modo, segundo Derosa, os pesquisadores excluíram os abortos espontâneos ocorridos em gestações com menos de 13 semanas, por não considerarem que resultam em procedimentos obstétricos de curetagem, tendo em vista a idade gestacional precoce.⁵³⁴

Com relação à ideia de Singh e Wulf de que o banco de dados do sistema de saúde nacional estaria subnotificado, sendo necessário aplicar um de fator de correção de 15% para fins de complementação⁵³⁵, esta se baseia nas conclusões de uma análise feita pelo Instituto *Guttmacher* na América Latina, na década de 1980, na qual foi identificado o referido percentual de sub-registro.

Indubitavelmente, devem existir atendimentos hospitalares que não são computados nos sistemas de informação de saúde, inclusive pós-aborto, o que compromete os resultados e conclusões dos estudos sobre o tema. Conforme explana um estudo sobre a morbidade por abortamento no Brasil,

O sub-registro acontece em todas as regiões e pode ser pela má qualidade da notificação. Não se descarta a possibilidade de que os médicos ainda tenham dificuldade ou “receio” na seleção da causa da internação, particularmente em casos de doenças relacionadas a práticas ilegais, o que, certamente, implica em certo obstáculo à coleta de uma anamnese. [...]. Pelos mais diversos motivos, as mulheres em situação de abortamento incompleto ou com complicações, geralmente, sentem constrangimento e/ou medo em declarar seus abortamentos nos serviços de saúde, resultando em subnotificação.⁵³⁶

A grande parcela de abortos classificados no sistema DATASUS de maneira indeterminada reafirma essa hipótese. A lista de morbidade hospitalar do sistema categoriza as internações por abortamento como: aborto espontâneo; aborto por razões médicas; outras gravidezes que terminam em aborto. De 1998 a 2018, de um

⁵³³ FRAGA, Gustavo Pereira *et. al.* **Trauma abdominal em grávidas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 9, p. 541-547, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n9/27564.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 544.

⁵³⁴ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 220.

⁵³⁵ SINGH, Susheela; WULF, Deirdre. **Estimated Levels of Induced Abortion In Six Latin American Countries**. *Internacional Family Planning Perspectives*, v. 20, n. 1, p. 4-13, mar. 1994. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2133331>>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 5.

⁵³⁶ MARIUTTI, Mariana Gondim *et. al.* **Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país**. Revista Brasileira de Medicina, v. 67, n. 4, p. 97-103, abr. 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4272>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 100-101.

total de 4.692.156 internações, 2.412.632 estão registradas como “outras gravidezes terminadas em aborto”.⁵³⁷ Uma situação similar ocorre no que tange aos registros de mortalidade por abortamento. De 1997 a 2016, foi registrado um total de 1.954 mortes por gravidez terminada em aborto no Brasil, das quais 1.002 foram classificadas como aborto NE (isto é, não especificado) no que tange à causa da morte.⁵³⁸ Portanto, cerca da metade dos registros de morbiletalidade por aborto no Brasil (aproximadamente 51%) são indeterminados.

Todavia, é válido questionar a legitimidade do valor percentual estabelecido por Singh e Wulf e aplicado nos relatórios brasileiros, principalmente porque já se passaram três décadas desde a sua estimativa. Notadamente, a modernização pela qual passamos, que traz hoje tecnologias bem superiores à década de 1980, permitiu ao governo nacional implementar melhorias em seu sistema, inclusive no âmbito do Ministério da Saúde.

A qualidade das estatísticas vitais brasileiras é reconhecida por diversos pesquisadores, inclusive internacionalmente. A própria OMS⁵³⁹ – em parceria com outras organizações internacionais como a ONU e o Bando Mundial – atestou o significativo desenvolvimento do Brasil nas últimas décadas, com base na avaliação que fez da qualidade e da fonte dos dados de todos os países, ao classificar o Brasil no grupo Tipo I, com dados vitais de boa qualidade e com usabilidade de 92%. Assim, estamos no mesmo patamar de países desenvolvidos como Alemanha, Espanha e Suíça, e inclusive com grau de confiabilidade maior do que Dinamarca, Japão, Noruega, Polônia, Portugal, dentre tantos.

É de se esperar que, hodiernamente, o índice de possíveis erros na apuração de dados seja bem menor. O que inclusive é confirmado ao observamos a evolução da qualidade das estatísticas vitais do Brasil no referido relatório da OMS: 69%, em

⁵³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - Por Local de Internação - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵³⁸ _____. _____. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

⁵³⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et. al.* **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015** (estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division). 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=98A0A3DF7168C7E12876DCA2BED788F3?sequence=1>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 46-48.

1990; 72%, em 1995; 75%, em 2000; 81%, em 2005; 83%, em 2010; 92%, em 2013 (mais recente).⁵⁴⁰

Além disso, vale observar que, ao falarem de sub-registros no sistema de saúde, Singh e Wulf não se referiram especificamente aos procedimentos pós-aborto. Como já concordamos, devem existir de fato atendimentos hospitalares que não são computados, principalmente aqueles de baixo custo e complexidade, como curativos, suturas, hidratação intravenosa, medicação e até mesmo consultas. Contudo, é menos verossímil afirmar, especificamente, que procedimentos de curetagens não são registrados. Conforme mostramos no tópico 2.2, trata-se de uma técnica cirúrgica de esvaziamento intrauterino e, portanto, possui relativo grau de complexidade, ao envolver etapas como ultrassonografia, exames de sangue, administração de anestesia, dentre outros cuidados pré e pós-operatórios.

Por fim, ao discorrer sobre a legitimidade dessa estimativa, Derosa⁵⁴¹ pondera acerca do impacto orçamentário que o sub-registro pode provocar sobre as instituições de saúde, porque o controle de gastos é feito no mesmo sistema, o que seria mais um incentivo para que haja empenho na manutenção de um banco de dados fidedigno. Pelas regras de repasse de recursos do governo federal, se determinado hospital não registrar adequadamente os procedimentos realizados, ele não terá essa despesa computada e, por conseguinte, receberá um orçamento menor no próximo exercício financeiro.

Sobre a participação que os procedimentos de curetagens pós-abortamento têm nos orçamentos dos hospitais do SUS, de acordo com a tabela⁵⁴² divulgada em 2014 pelo CFM, cada uma custava R\$ 212,52 aos cofres públicos. Com um total de 186.383 autorizações de internação hospitalar (AIH), foram despendidos mais de R\$ 39,6 milhões apenas em curetagens naquele ano. Além disso, houve 8.119 AIHs para esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU, ao custo individual de R\$ 167,58, totalizando mais de R\$ 1,3 milhão em despesas.

⁵⁴⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et. al.* **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015** (estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division). 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=98A0A3DF7168C7E12876DCA2BED788F3?sequence=1>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 46.

⁵⁴¹ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 223-224.

⁵⁴² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Procedimentos Hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS): 2008 e 2014 - Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/aih%202008%20e%202014%20completo.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

No que tange ao fator de multiplicação por cinco, este advém da estimativa de Singh e Wulf de que de 20 a 25% dos abortos resultavam em internação, isto é, a cada cinco ou quatro mulheres que abortavam, uma delas precisava ser hospitalizada. Assim, com a aplicação desse valor sobre a base de cálculo, seria possível descobrir quantas mulheres abortaram na realidade. Entretanto, pesquisas mais contemporâneas contradizem esse fator de correção e sugerem que um valor mais adequado seria inferior a dois.

No Brasil, os estudos recentes mais conhecidos são coordenados por Débora Diniz, da ONG Anis Bioética – que defende a legalização do aborto no Brasil. A chamada Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) consiste num levantamento por amostragem aleatória, cujo objetivo é “[...] oferecer dados sobre aborto no Brasil, a fim de subsidiar ações de saúde pública para as mulheres em idade reprodutiva”⁵⁴³. De acordo com os pesquisadores, o aborto é um fenômeno comum na vida das mulheres, de forma que, ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das brasileiras terá provocado aborto.

A PNA 2010 apontou que 55% das mulheres que fizeram um aborto clandestino precisaram ser internadas.⁵⁴⁴ Logo, se a cada 100 brasileiras que abortam 55 delas precisa recorrer a um hospital, o fator de correção adequado é 1,82 (resultado da divisão de 100 por 55). Já na PNA 2016 foi indicado que a taxa de hospitalização por aborto seria de 67%⁵⁴⁵, ou seja, pelas mesmas contas, o fator de multiplicação seria 1,49.

Sobre esse aparente aumento no número de atendimentos hospitalares, queremos fazer uma breve ressalva, pois não significa necessariamente que mais mulheres têm tido complicações pós-abortos clandestinos a ponto de precisarem ser internadas. Conforme já apontamos neste trabalho, hoje em dia, a grande maioria dos abortamentos ilegais é medicamentosa, feita com uso de comprimidos abortivos a base de *misoprostol* ou *mifepristone*. Nos *sites* onde tais pílulas são comercializadas, há exaustivas orientações acerca da necessidade de procurar um estabelecimento de

⁵⁴³ DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil**: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 961.

⁵⁴⁴ *Ibidem*. p. 964.

⁵⁴⁵ DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018. p. 656.

saúde para fazer um exame ultrassonográfico e confirmar a terminação da gravidez. Conforme disposto na sessão de Perguntas e Respostas da página *Women on Web*,

Em 97% dos abortos, o corpo da mulher elimina todos os restos de forma natural e sem necessidade de uma intervenção médica. É importante que saiba que o aborto é um processo. É preciso algum tempo para que o útero esvazie e para que o aborto seja completo. É normal o sangramento e a eliminação de coágulos durante 1 a 3 semanas, por vezes pode demorar um pouco mais. Cada mulher e cada corpo é diferente. [...]. Fazendo uma ecografia/ultrassom poderá saber se os medicamentos funcionaram e se a sua gravidez foi interrompida poucos dias depois do aborto. Uma ecografia feita pouco depois de usar os medicamentos vai confirmar se a gravidez foi interrompida ou não, mas o melhor é fazê-lo 10 dias depois de usar a mifepristona, já que passados 7 dias apenas 23% dos abortos são completos.⁵⁴⁶

Ocorre que, no Brasil, ao ser atendida no hospital uma mulher cuja gravidez foi terminada, mas ainda não se completou o processo de eliminação do produto da concepção, é procedimento padrão fazer uma curetagem.⁵⁴⁷ Logo, a popularização desse modo de abortar explica o aumento no número de atendimentos hospitalares pós-abortamento.

Enfim, feitas todas essas ponderações acerca da estimativa proposta por Singh e Wulf e que é utilizada pela maioria das organizações, públicas, privadas e não governamentais – inclusive pelo Instituto *Guttmacher* – para estipular o número de abortos no Brasil, passamos à possibilidade de correção desse cálculo, a fim de alcançarmos um número mais realista e adequado à conjuntura brasileira.

Feito o levantamento dos dados de morbidade hospitalar referentes a aborto dos últimos 20 anos, de 1998 a 2018⁵⁴⁸, adotamos o seguinte procedimento: soma dos números de atendimentos feitos em razão de gravidezes terminadas em aborto (excluídos os abortos por razões médicas, por motivos lógicos); aplicação do fator de 72,8% para extrair o número de abortos espontâneos; e multiplicação pelo fator de correção de 1,65 (média entre 1,82 e 1,49). Com isso, estimamos que, no Brasil, ocorrem cerca de **100 mil abortos clandestinos por ano**, conforme pode ser visualizado na tabela que montamos abaixo.

⁵⁴⁶ WOMEN ON WEB. **Perguntas e Respostas:** o que é um aborto bem sucedido e como saber que assim foi? Disponível em: <<https://www.womenonweb.org/pt/page/483/in-collection/6905/what-is-a-successful-abortion-and-how-do-you-know-you-ve-had-one>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

⁵⁴⁷ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 226.

⁵⁴⁸ Segundo o DATASUS, os dados de janeiro de 2015 até março de 2016 estão sujeitos a retificação. Os dados do presente ano correspondem até outubro de 2018.

TABELA 11 – ESTIMATIVA DO NÚMERO DE ABORTOS CLANDESTINOS NO BRASIL

| ANO | ABORTOS | ESPONTÂNEOS (72,8%) | INDUZIDOS (27,2%) | FATOR 1,49 (2010) | FATOR 1,82 (2016) | FATOR 1,65 (média) |
|-------|---------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 1998 | 227.164 | 165.375 | 61.789 | 92.065 | 112.455 | 101.951 |
| 1999 | 242.974 | 176.885 | 66.089 | 98.473 | 120.282 | 109.047 |
| 2000 | 246.938 | 179.771 | 67.167 | 100.079 | 122.244 | 110.826 |
| 2001 | 248.747 | 181.088 | 67.659 | 100.812 | 123.140 | 111.638 |
| 2002 | 246.210 | 179.241 | 66.969 | 99.784 | 121.884 | 110.499 |
| 2003 | 240.899 | 175.374 | 65.525 | 97.632 | 119.255 | 108.115 |
| 2004 | 251.225 | 182.892 | 68.333 | 101.816 | 124.366 | 112.750 |
| 2005 | 248.675 | 181.035 | 67.640 | 100.783 | 123.104 | 111.605 |
| 2006 | 231.808 | 168.756 | 63.052 | 93.947 | 114.754 | 104.035 |
| 2007 | 225.643 | 164.268 | 61.375 | 91.449 | 111.702 | 101.269 |
| 2008 | 215.229 | 156.687 | 58.542 | 87.228 | 106.547 | 96.595 |
| 2009 | 221.654 | 161.364 | 60.290 | 89.832 | 109.728 | 99.478 |
| 2010 | 218.885 | 159.348 | 59.537 | 88.710 | 108.357 | 98.236 |
| 2011 | 209.972 | 152.860 | 57.112 | 85.097 | 103.945 | 94.235 |
| 2012 | 206.426 | 150.278 | 56.148 | 83.660 | 102.189 | 92.644 |
| 2013 | 204.727 | 149.041 | 55.686 | 82.972 | 101.348 | 91.881 |
| 2014 | 205.434 | 149.556 | 55.878 | 83.258 | 101.698 | 92.199 |
| 2015 | 203.732 | 148.317 | 55.415 | 82.569 | 100.855 | 91.435 |
| 2016 | 195.860 | 142.586 | 53.274 | 79.378 | 96.959 | 87.902 |
| 2017 | 201.034 | 146.353 | 54.681 | 81.475 | 99.520 | 90.224 |
| 2018 | 163.174 | 118.791 | 44.383 | 66.131 | 80.778 | 73.232 |
| Média | 221.734 | 161.422 | 60.312 | 89.864 | 109.767 | 99.514 |

Fonte: Elaboração própria.

Essa estimativa está em consonância aproximada com os valores defendidos por estudiosas do tema como a Dra. Elizabeth Kipman Cerqueira (médica especialista em ginecologia e obstetrícia) e Isabella Mantovani (especialista em Bioética e mestre em Saúde Coletiva), bem como do pesquisador Marlon Derosa, que atualmente coordena o projeto *Estudos sobre aborto* com parceiras nacionais e internacionais de médicos ginecologistas e obstetras, psiquiatras, psicólogos, farmacêuticos, especialistas em bioética, historiadores e jornalistas.⁵⁴⁹

⁵⁴⁹ DEROSA, Marlon. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 234.

Outro elemento que envolve a prática de abortos no Brasil é sua relação com a mortalidade materna, pois alguns pesquisadores indicam elevados indicadores de nos países onde a conduta é criminalizada, inclusive no Brasil, sendo grande parte imputada a mortes por abortos clandestinos. Logo, esse problema poderia ser solucionado a partir da descriminalização e consequente legalização do ato, que passaria a ser disponibilizado de forma mais segura e adequada às mulheres que assim desejassem.

No Brasil, pela média dos últimos 20 anos, morrem anualmente 65.133 mulheres em idade fértil no total (em 2016, foram 67.147 mortes). Já os óbitos maternos, incluindo os tardios (de 43 dias até 1 ano após) e consideradas todas as causas, correspondem a em média 1.787 por ano (em 2016, foram 1.829).⁵⁵⁰

Com relação às causas das mortes maternas, para melhor visualização, elaboramos a Tabela 13 com os dados extraídos do DATASUS, de 1997 a 2016, e incluímos destacada entre parênteses a média desses últimos 20 anos:

TABELA 12 – CAUSAS DE MORTE DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (1997 A 2016)

| CAUSA DA MORTE PELA CID-10 | Causa obstétrica direta | Causa obstétrica indireta | Morte materna obstétrica não especificada | Óbitos maternos tardios |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|
| Aborto | 2.756 (138) | - | - | - |
| Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez | 7.230 (361) | 538 (27) | - | - |
| Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez | 1.031 (51) | 177 (9) | - | - |
| Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto | 2.375 (119) | - | - | - |
| Complicações do trabalho de parto e parto | 5.439 (272) | - | - | - |
| Complicações relacionadas ao puerpério | 4.723 (236) | - | - | - |
| Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte | - | 7.630 (381) | 1.057 (53) | 1.725 (86) |
| Doenças bacterianas | 5 | - | - | - |
| Neoplasias (tumores) | 10 | - | - | - |
| Doenças endócrinas e metabólicas | 1 | - | - | - |

⁵⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

| CAUSA DA MORTE PELA CID-10 | Causa obstétrica direta | Causa obstétrica indireta | Morte materna obstétrica não especificada | Óbitos maternos tardios |
|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|
| Síndromes e transtornos mentais e comportamentais | 34 (2) | - | - | - |
| HIV | - | 1.018 (51) | - | - |
| Totais | 23.604 (1.180) | 9.363 (468) | 1.057 (53) | 1.725 (86) |
| TOTAL | 35.749 (1.787) | | | |

Fonte: Elaboração própria.

No que tange especificamente ao abortamento, o sistema do governo federal aponta os seguintes dados:

TABELA 13 – MORTES POR GRAVIDEZ TERMINADA EM ABORTO (1997 A 2016)

| CAUSA DA MORTE PELA CID-10 | TOTAL | MÉDIA ANUAL | 2016 |
|------------------------------------------------------------|--------------|-------------|------------|
| Aborto retido | 290 | 15 | 17 |
| Aborto espontâneo | 206 | 10 | 11 |
| Aborto por razões médicas e legais | 10 | - | 1 |
| Outros tipos de aborto | 247 | 12 | 15 |
| Aborto não especificado | 1.002 | 50 | 21 |
| Falha de tentativa de aborto | 198 | 10 | 8 |
| Complicações em consequência de aborto e gravidez ectópica | 1 | - | 1 |
| TOTAIS | 1.954 | 97 | 127 |

Fonte: Elaboração própria.

Sendo assim, contanto os óbitos em que poderiam figurar casos de abortos clandestinos – como aborto retido, aborto não especificado, falha de tentativa de aborto e outros tipos de aborto – teríamos, em tese, 1.737 mortes em um período de 20 anos, o que daria 87 mortes em média por ano e, no ano de 2016, 61 mortes. No quadro de mortalidade materna brasileira, esses números representam uma taxa de 4,8% mortes por aborto em média (nos últimos 20 anos) e, no ano de 2016, 3,3%.

É claro que, dentro desses números, haveria casos de abortos que não foram clandestinos, bem como faltariam outros que sim, mas que não foram computados. Por exemplo, nem todos os casos de aborto retido se traduzem em aborto ilegal, assim como sabemos que, em algumas situações, um aborto provocado pode ser

confundido com um espontâneo. Tendo em vista tais fatores de imprecisão, optamos, por hora, por computar alguns números a mais, a fim de compensar outros a menos. Futuramente, iremos nos aprofundar nesta questão e aprimorar este levantamento de dados, a fim alcançar uma estimativa mais fidedigna.

Antes de encerrarmos por enquanto esta discussão, lembramos ainda a alta qualidade dos dados disponibilizados no DATASUS, conforme elogiado por diversos pesquisadores como sendo um dos melhores do mundo, colocando o Brasil num patamar junto a países desenvolvidos, como atestou a OMS ao averiguar a confiabilidade das estatísticas vitais do mantidas pelo governo brasileiro.

De qualquer modo, é possível perceber que o aborto ilegal sequer figura entre os 5 maiores influenciadores da mortalidade materna brasileira. A principal causa de morte materna se deve a problemas de hipertensão, edema e proteinúria na gravidez, seguida de complicações no trabalho de parto, no parto e no puerpério.

2.4.3 Aborto e SUS: perspectivas sobre o sistema de saúde pública

Não podemos falar de aborto e saúde pública sem, ainda que rapidamente, abordar este tema dentro da conjuntura tangível do sistema público de saúde brasileiro, o SUS. Afinal, como mencionamos nos aspectos introdutórios a esta pesquisa, na hipótese de descriminalização e conseqüente legalização da prática do aborto no Brasil, entraria em questão sua oferta pública. Assim, é preciso considerar a repercussão que a demanda por este procedimento poderia exercer sobre a realidade da saúde coletiva brasileira.

Aprovada a interrupção voluntária da gravidez como um programa de política pública de saúde, deverá apresentar objetivos, estratégias e orçamento próprio. Nessa perspectiva, o abortamento induzido integrará o rol de serviços prestados pelo SUS, devendo ser acessado pelas cidadãs nos hospitais da rede pública, gratuitamente.

Afinal, não faria muito sentido a descriminalização do aborto – com base nos argumentos comumente apresentados em sua defesa – caso o procedimento não fosse ofertado à população pelo sistema público. Isso porque a conduta apenas não seria mais considerada crime, mas as mulheres – inclusive de baixa renda – ainda precisariam arcar com os custos de um “aborto seguro” em instituições particulares.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE, 71% da população têm os serviços públicos de saúde como referência, isto é, cerca de 150 milhões de brasileiros dependem do SUS.⁵⁵¹ Já outra pesquisa, feita recentemente pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL), apurou que 70% dos brasileiros não possuem plano de saúde, dos quais 45% afirmam utilizar o SUS e 25% alegam arcar com os custos de serviços particulares quando necessário – sendo que nas classes C, D e E aquela porcentagem sobe para 77%.⁵⁵²

A saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal (artigo 196), o qual deve ser garantido mediante acesso

⁵⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. 2 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

⁵⁵² CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE DIRIGENTES LOJISTAS. **70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, mostram SPC Brasil e CNDL**. 21 fev. 2018. Disponível em: <<http://site.cndl.org.br/70-dos-brasileiros-nao-possuem-plano-de-saude-particular-mostram-spc-brasil-e-cndl/>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção. Para tanto, foi constituído um sistema único, em forma de rede articulada, para atendimento integral à população, nos termos do artigo 198 e seguintes do texto constitucional. De forma complementar, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.⁵⁵³

A definição constitucional adotada no ano de 1988 incorpora os princípios e diretrizes afirmados no âmbito internacional dos direitos humanos, e rompe com o modelo anterior, que limitava o acesso aos cuidados de saúde individual aos contribuintes do sistema público previdenciário. A partir de 1988 todos os brasileiros, independentemente de copagamento ou qualquer contribuição previdenciária, passam a ter direito a todas as ações e serviços de saúde pública e de cuidado individual. Tal mudança implicou na ampliação do conteúdo e da natureza das obrigações estatais. A assistência à saúde no Brasil transforma-se em um direito de cidadania.⁵⁵⁴

O direito à saúde está regulamentado em diversas leis ordinárias, inclusive no que tange à saúde sexual e reprodutiva, a qual envolve a maternidade segura. Por exemplo, a Lei n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) – citada no tópico 2.2 – e a Lei n. 9.263/1996 (planejamento familiar) asseguram uma série de direitos relativos à assistência e saúde materna. Outros direitos são previstos na Lei n. 11.634/2007 (vinculação a uma maternidade) e na Lei n. 11.108/2005 (presença de acompanhante).

Outras políticas públicas de assistência à saúde sexual e reprodutiva incluem programas de humanização no pré-natal, parto e puerpério; medidas para redução da mortalidade materna e neonatal; ampliação do acesso a métodos contraceptivos; sistemas de referência com ações específicas para gestações de alto risco; assistência própria para mulher com HIV; assistência à gestante no sistema prisional; ações com enfoque na gravidez na adolescência; dentre outras.⁵⁵⁵

Entretanto, em que pese todos os direitos e garantias previstos na ordem jurídica brasileira, a prestação de serviços e insumos de saúde de qualidade à população, de forma igualitária, universal, gratuita e integral, ainda é um processo marcado por muitas dificuldades sociais, econômicas, políticas e administrativas. Os direitos existem; porém sua oferta e acesso ainda são muito insuficientes frente à demanda da população.

⁵⁵³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 jun. 2017.

⁵⁵⁴ VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009. p. 65.

⁵⁵⁵ Ibidem. p. 113-116.

Isso são fatos de conhecimento geral, sequer precisaríamos comprová-los neste estudo. Mas a título de exemplo trazemos algumas notícias sobre a situação da saúde pública no Brasil, tanto com relação ao atendimento materno quanto de forma geral, todas recentes:

- “Gestantes reclamam da falta de maternidades na Baixada Fluminense: A única disponível conveniada ao SUS fica em Nova Iguaçu e está superlotada. Pacientes têm de peregrinar para conseguir vaga”,⁵⁵⁶
- “Grávidas que recorrem ao SUS sofrem com a falta de vagas em SE: prestes a dar à luz, elas não conseguem vaga nas maternidades”,⁵⁵⁷
- “Maternidade suspende serviços de internação em São Luís: Sem recursos, direção da Maternidade Maria do Amparo resolveu suspender as internações e prestar apenas o serviço ambulatorio”,⁵⁵⁸
- “Apenas quatro maternidades fazem atendimento pelo SUS em São Luís: Hospital Materno-Infantil faz somente partos de alta complexidade. Maternidade Marly Sarney e Benedito Leite atendem maior demanda”,⁵⁵⁹
- “Há 2 anos na fila do SUS para cirurgia, mulher sangra o tempo todo: ‘Vou morrer por uma coisa simples’: sem retirar mioma, ela está revoltada com atendimento das redes estadual e municipal”,⁵⁶⁰
- “SUS dá prazo de mais de 30 anos para fazer exame de paciente em Palhoça: De acordo com o sistema, na fila de espera há 1.080 pessoas na frente. Pelo prazo dado, homem terá 70 anos quando chegar a vez dele”.⁵⁶¹

Trazemos ainda um caso emblemático – o caso Alyne Pimentel⁵⁶² – que custou uma condenação ao Brasil perante a ONU, pela qual o Estado brasileiro foi

⁵⁵⁶ Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/gestantes-reclamam-da-falta-de-maternidades-na-baixada-fluminense.ghtml>>.

⁵⁵⁷ Disponível em: <<http://g1.globo.com/hora1/noticia/2016/04/gravidas-que-recorrem-ao-sistema-publico-em-se-vivem-o-deseespero.html>>.

⁵⁵⁸ Disponível em: <<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2018/12/12/maternidade-suspende-servicos-de-internacao-em-sao-luis.ghtml>>.

⁵⁵⁹ Disponível em: <<http://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2013/08/apenas-quatro-maternidades-fazem-atendimento-pelo-sus-em-sao-luis.html>>.

⁵⁶⁰ Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/ha-2-anos-na-fila-do-sus-para-cirurgia-mulher-sangra-o-tempo-todo-vou-morrer-por-uma-coisa-simples-17032015>>.

⁵⁶¹ Disponível em: <<https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2018/11/12/sus-da-prazo-de-mais-de-30-anos-para-fazer-exame-de-paciente-em-palhoca.ghtml>>.

responsabilizado por não cumprir seu papel de prestar atendimento médico adequado e em tempo oportuno, desde o início das complicações da gravidez. Alyne era negra, tinha 28 anos de idade, casada e mãe de uma filha de 5 anos. Ela estava no 6º mês de gestação, grávida do segundo filho, quando procurou a rede pública de saúde no estado do Rio de Janeiro. Após uma série de problemas na assistência à saúde materno-fetal, morreram ambos: o feto e a gestante.

Além de depender do acesso ao SUS, é preciso ele se dê oportunamente. Em se tratando de gravidez, isso é mais imperioso ainda, tendo em vista o fator *tempo*. Entretanto, quem faz uso do sistema no Brasil encontra uma realidade bem diferente: um demasiado tempo de espera para utilizar um serviço que, geralmente, é de baixa qualidade. Nesse ínterim, precisamos analisar a questão do atendimento para interrupção voluntária da gestação no sistema público de saúde, em caso de legalização da prática perante o SUS.

A ADPF 442 propõe a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, conforme já citamos inicialmente. Caso, além de descriminalizado, o acesso à prática seja considerado um direito de saúde, ofertado no sistema público, o SUS precisa estar preparado para realizar o procedimento, o mais breve possível, antes que seja ultrapassado o prazo permissivo legal.

Ocorre que o aborto não poderá ser realizado de imediato. Como qualquer procedimento médico de natureza similar, serão necessárias determinadas medidas antes e depois de sua realização, que incluem consultas e exames, bem como cuidados pré e pós-aborto para com a paciente – principalmente por consistir o abortamento induzido a um processo biologicamente agressivo para o corpo da mulher, como vimos no tópico 2.2.

Com relação às etapas que antecedem ao aborto, uma vez ingressando a gestante no sistema de saúde com tal demanda, seria necessário, averiguar a sua idade gestacional, a fim de confirmar se a situação encontra-se dentro da hipótese legal, uma vez que a proposta é que haja um limite discricionário de 12 semanas para interrupção voluntária. Sendo assim, precipuamente, além de atestar a gravidez por um exame, a unidade de saúde deverá se certificar de quantas semanas a paciente está grávida.

⁵⁶² SENADO FEDERAL. Senado Notícias. **Entenda o caso Alyne**. 14 nov. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

Para a ginecologia e obstetrícia, o ponto de partida da gravidez é o último período menstrual, cuja data deve ser correlacionada com a dosagem hormonal do β -HCG.⁵⁶³ Contudo, isso não é suficiente, sendo a causa mais frequente de erro na aferição da idade gestacional. Na maioria das vezes, a idade gestacional baseada na última menstruação é imprecisa, em razão de diversos fatores: ciclos irregulares; uso de pílulas anticoncepcionais; gravidez durante a amamentação; amenorreia pós-parto; períodos anovulatórios. Ou simplesmente a data não é conhecida pela mulher, porque esqueceu. Mas mesmo naquelas que relatam certeza da data, em cerca de 15% desses casos existe uma diferença de mais de uma semana (podendo chegar até 3 semanas) entre a idade gestacional menstrual e a ultrassonográfica.⁵⁶⁴

Por isso, somente a ultrassonografia para medida do tamanho do embrião (comprimento cabeça-nádega) torna possível estimar, com eficácia, a idade gestacional. O ideal é que seja feita precocemente, por meio do exame transvaginal⁵⁶⁵, pois algumas condições podem dificultar o diagnóstico precoce da gestação e o conseqüente cálculo quando utilizada a sonda abdominal.⁵⁶⁶ Além de ser valioso para datar a gravidez, o ultrassom também é necessário para confirmar a gestação intrauterina, isto é, afastar a possibilidade de a mulher ter uma gravidez ectópica (fora do útero) ou a anembrionada.⁵⁶⁷

Eis aqui o problema: a maioria dos estabelecimentos de saúde públicos não possui aparelho ultrassonográfico, inclusive grandes maternidades.⁵⁶⁸ Exemplo disso é a Unidade Pró-Matre, a principal maternidade pública do Espírito Santo, localizada

⁵⁶³ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 114.

⁵⁶⁴ Ibidem. p. 723.

⁵⁶⁵ “A avaliação da idade gestacional baseia-se na sequência de eventos identificados ao ultrassom em cada período gestacional e na utilização de tabelas próprias de comparação entre as diversas medidas fetais. O saco gestacional é visibilizado na 4ª semana e o embrião a partir da 5ª semana pelo ultrassom transvaginal; os batimentos cardíacos fetais são identificados a partir da 7ª semana. Desde a 9ª semana, percebem-se movimentos fetais bruscos [...]. Quando o embrião já é visível, prevalece para a datação o comprimento cabeça-nádegas com alta fidelidade e aproximação de cinco dias [...]” (BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 723).

⁵⁶⁶ BENZECRY; OLIVEIRA, op. cit., p. 115, nota 563.

⁵⁶⁷ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058.

⁵⁶⁸ Dentre diversas denúncias relatadas na *Internet*, trazemos, a título de exemplo, as seguintes notícias: “Limitação em raio-X e falta de ultrassom prejudicam pacientes no Hospital Ouro Verde, em Campinas” (Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/limitacao-em-raio-x-e-falta-de-ultrassom-prejudicam-pacientes-no-hospital-ouro-verde-em-campinas.ghtml>>); “Jovem perde bebê após novo caso de negligência na maternidade de Taboão” (Disponível em: <<http://www.linhaspopulares.com.br/2014/11/jovem-perde-bebe-apos-novo-caso-de-negligencia-na-maternidade-de-taboao/>>).

na capital, que não realiza, dentre outros, exames de ultrassom.⁵⁶⁹ Dessa forma, a paciente acabará sendo encaminhada a outro local para fazer o exame, algum hospital público que possua o serviço ou alguma clínica conveniada ao SUS, o que aumenta o tempo até a realização do procedimento de interrupção da gravidez.

Em caso de abortamento cirúrgico, outras medidas pré-operatórias que devem ser tomadas pela unidade de saúde – e demandam tempo e disponibilidade para sua realização – incluem testes laboratoriais para tipagem Rh, com a administração da imunoglobina Rh para mulheres Rh-negativas, a qual precisa ser feita imediatamente após o procedimento.⁵⁷⁰

A fim de termos uma melhor noção do tempo e das medidas necessárias para uma interrupção da gravidez, construímos uma espécie regulamentação “passo a passo” do procedimento, em caso de legalização do aborto voluntário, tendo como modelo o Programa de Aborto Legal⁵⁷¹ existente no Hospital Jabaquara em São Paulo.

O atendimento inicial deverá ser realizado por uma assistente social, como “primeiro suporte às angústias, receios e inibições da mulher”, sendo que nesta ocasião se apresentaria o programa acerca do procedimento para interrupção da gestação. Depois, a paciente seria encaminhada para consulta médica e exame ultrassonográfico, a fim de se confirmar a idade gestacional. Some-se a isto o atendimento por psicólogos, para avaliação de seu estado emocional e oferecimento de suporte psicológico e, talvez, um período de reflexão. Como parte do atendimento médico, também deveriam ser realizados um conjunto de exames laboratoriais. Caberia ainda ao médico confrontar o exame obstétrico com a ultrassonografia, além da data do último período menstrual, para ajustar a idade gestacional. *Após todo esse atendimento*, sendo possível a interrupção, a paciente seria então comunicada sobre a data da intervenção. Já as gestantes com mais de 12 semanas de gravidez deveriam ser orientadas a realizar o pré-natal e o parto na unidade de saúde em que foram atendidas ou em outra instituição que lhes for conveniente, sendo ainda oferecida a possibilidade de o recém-nascido ser encaminhado para adoção.

⁵⁶⁹ JOVEM aguarda dois dias por parto e bebê morre na maternidade Pró-Matre em Vitória. Folha Vitória, 30 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.folhavitoria.com.br/geral/noticia/2011/03/jovem-aguarda-dois-dias-por-parto-e-bebe-morre-na-maternidade-pro-matre-em-vitoria.html>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

⁵⁷⁰ REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1058.

⁵⁷¹ Ibidem. p. 441.

Conforme já explanamos, o SUS é notoriamente reconhecido pela demora na prestação dos serviços de saúde à população de forma geral, inclusive em casos de urgência. São raras as situações de exceção, em que a administração da saúde pública é bem sucedida, que normalmente se restringem a algumas poucas localidades com melhor qualidade de vida no país. Sendo assim, é preciso ponderar como seria a concretização de um programa de aborto voluntário no país, o qual pudesse atender adequadamente as classes economicamente desfavorecidas, que dependem do SUS.

Tendo em vista o provável cenário de atraso para interrupção da gravidez – similarmente a tantos outros procedimentos médicos ofertados pelo SUS – é possível que surjam casos nos quais seja ultrapassada a idade gestacional de 12 semanas, o que excluiria a paciente da hipótese legal de aborto voluntário. Destarte, estaria ela de volta à condição de ilegalidade, acaso desejasse de qualquer maneira interromper a gravidez.

Nessas circunstâncias, restaria recorrer à sorte de um aborto clandestino “inseguro”, geralmente realizado por meio de medicamentos comercializados de forma ilícita ou em alguma clínica particular disposta a fazer o procedimento ilegalmente. Ou seja, para gestantes no 2º trimestre, a descriminalização do aborto voluntário não mudaria uma realidade já existente. Nesse ínterim, não podemos olvidar que existirão casos de abortos tardios, como já existem atualmente, os quais são tratados de forma trivial, tal como denunciou uma investigação em 2014⁵⁷² sobre a chamada “indústria do aborto” no Brasil:

Em outra conversa, duas agenciadoras negociam um aborto. A mulher está com mais de três meses de gravidez.

Mulher 1: É que tinha uma menina, mas ela está com 15 (semanas). Precisava fazer para ontem. Eu queria saber quanto está?

Mulher 2: R\$ 3,5 mil, Dri.

Quanto mais avançada a gestação, mais caro o serviço. Em outra gravação, uma jovem de 26 anos, grávida de seis meses e meio, liga para marcar o aborto.

Mulher 3: Oi. É a Vanessa que ligou para você mais cedo.

Mulher 4: Oi, Vanessa. É a paciente do Francisco?

Mulher 3: Da doutora, aquela menina que falou que estava com 6 meses.

Mulher 4: Ah está. Hein, eu falei com ela, ela me deu o valor de R\$ 7,5 mil.

⁵⁷² MÉDICOS e policiais faturavam R\$ 2 milhões por mês com abortos. G1, 19 out. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/10/medicos-e-policiais-faturavam-r-2-milhoes-por-mes-com-abortos.html>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

Mulher 3: R\$ 7,5 mil?
Mulher 4: Já com 7 meses, né?
Mulher 3: Estou com 26 semanas. É 7 meses?
Mulher 4: É.

Do mesmo modo que a lei atual não impede que uma mulher grávida de 10 semanas faça um aborto ilegal, a nova legislação, se aprovada, não impediria que ela fizesse um aborto ilegal com 15 semanas. Haja vista que essa gestante não seria atendida no SUS e, numa clínica particular devidamente regulamentada e autorizada, também não, restaria como opção induzir o aborto por conta própria ou procurar o serviço em alguma clínica clandestina, ficando à mercê de profissionais não habilitados e condições inadequadas. Caso essa mulher sofresse complicações, sendo dependente do sistema de saúde público, seria enfim o SUS quem iria recebê-la e despender seus serviços e insumos para tratamento.

Apesar de o cenário de descriminalização proporcionar a possível legalização da interrupção voluntária e consequente fiscalização dessas clínicas de abortamento – que, notoriamente, já existem de forma clandestina – os problemas inerentes à prática não desaparecerão. É preciso ponderar se eles sequer seriam minimizados, tendo em vista que a legalização tende a aumentar a incidência de abortos e não coíbe a prática de abortos tardios, como observamos com as experiências estrangeiras.

Nesse ínterim, seria natural surgir um ambiente de competição de mercado, no qual estaria em jogo a lei da oferta e da procura pelo aborto. Nessa perspectiva, a oferta por menor preço, a fim de atrair a população mais desfavorecida economicamente, pode ter graves consequências, visto que, em muitos casos, serviços de valor muito abaixo do mercado estão associados à baixa qualidade na prestação. Em se tratando de serviços de saúde, essa situação pode tomar graves contornos.

Por analogia, vale citar os frequentes e recentes casos de complicações em cirurgias e procedimentos estéticos, em razão de sua realização por profissionais não habilitados e/ou condições inadequadas, o que em muitas situações resultaram em morte. Dentre tantos divulgados pela mídia nos últimos meses, destacamos alguns a seguir:

- “Bancária de Cuiabá morre após passar por procedimento estético no Rio: Procedimento estético de aplicação de silicone foi realizado na cobertura onde mora o médico, conhecido como ‘Doutor Bumbum’”;⁵⁷³
- “Polícia investiga mais um caso de mulher que morreu após passar por procedimento estético no Rio: Modelo fez tratamentos nos glúteos, nas coxas e no abdômen”;⁵⁷⁴
- “Polícia investiga morte de professora após procedimento estético no Rio: Esse seria o terceiro caso em apenas oito dias. Mulher fez lipo e implante”;⁵⁷⁵
- “Conhecida como ‘Paty Bumbum’, falsa médica vira alvo da polícia: Mulher atendia pacientes em clínica irregular de Jacarepaguá, na Zona Oeste do Rio”;⁵⁷⁶
- “Problema com hidrogel nas pernas de Urach começou em julho; entenda: Modelo está internada em Porto Alegre em estado grave, diz hospital”;⁵⁷⁷

Conforme vimos, somente em 2018, pelo menos 4 mulheres morreram no Rio de Janeiro, sendo 3 delas apenas no mês de julho, num intervalo de 10 dias, em razão de cirurgias e procedimentos estéticos realizados inadequadamente. Nesse contexto, os problemas estão atrelados a irregularidades como: falta de habilitação do profissional (exercício irregular da medicina ou falta de especialização na área de cirurgia estética); uso de insumos impróprios para o procedimento; local inadequado (fora de estabelecimento de saúde regulamentado ou em condições inapropriadas).

Não é difícil imaginar tais problemas se repetindo em clínicas de abortamento e trazendo sérios agravos para a saúde coletiva no país com a realização de mais abortos “inseguros” do que já existem, visto que, após a permissividade da lei, a quantidade de abortamentos aumentaria. Segundo a OMS, aborto inseguro é definido como “procedimento para interromper uma gravidez indesejada, seja por

⁵⁷³ Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/bancaria-de-cuiaba-morre-apos-passar-por-procedimento-estetico-no-rio-22892472>>.

⁵⁷⁴ Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/07/23/policia-investiga-mais-um-caso-de-mulher-que-morreu-apos-passar-por-procedimento-estetico-no-rio.ghtml>>.

⁵⁷⁵ Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/policia-investiga-morte-de-professora-apos-procedimento-estetico-no-rio-22913782>>.

⁵⁷⁶ Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/conhecida-como-paty-bumbum-falsa-medica-vira-alvo-da-policia-22917637>>.

⁵⁷⁷ Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/12/problema-com-hidrogel-nas-pernas-de-urach-comecou-em-julho-entenda.html>>.

peessoas sem a necessária capacitação, sejam em ambientes que não apresentem os mínimos padrões médicos ou ambas as coisas”.⁵⁷⁸

Para trazer uma perspectiva mais tangível da situação que estamos tentando descrever, vejamos o caso do Dr. Kermit Gosnell, médico condenado pelo Estado da Pensilvânia, nos EUA, em virtude dos crimes que cometeu em sua clínica de aborto, *Women's Medical Society*. Apesar de ser médico formado desde 1979, Gosnell não era especializado em ginecologia e obstetrícia. No relatório do júri, são descritas circunstâncias do caso como: pacientes negligenciadas; provedores não certificados; funcionários não licenciados ou qualificados; prescrição de drogas ilícitas; péssimas condições higiênicas e sanitárias (mesas cirúrgicas deterioradas, instrumentos para sucção corroídos, manchas de sangue, e até mesmo presença de fezes de animais na clínica).⁵⁷⁹

Além disso, apesar de a lei da Pensilvânia proibir o aborto após 24 semanas de gestação (por considerarem que a partir de então o feto é viável fora do útero), cerca de 40% dos abortos feitos na clínica ocorreram após este prazo. Segundo relatado em julgamento, o Dr. Gosnell chegou a matar diversos nascidos vivos, por meio do corte da medula espinhal com uma tesoura, a fim de, nas palavras do médico, “garantir a morte fetal”.⁵⁸⁰

Mesmo com o aborto induzido legalizado no Estado, com normas para supervisão regulatória, Gosnell administrou uma clínica nessas condições durante três décadas. Segundo o Departamento de Saúde da Pensilvânia, quando o estabelecimento foi autorizado a funcionar, a inspeção não detectou problemas. Ao serem observadas violações aos regulamentos sobre aborto legal na Pensilvânia, promessas e medidas paliativas garantiram a aprovação da licença por mais tempo. Além disso, houve atrasos nas revisões em diversos anos, apesar das queixas e denúncias sobre o local perante o departamento de saúde. Em 2009, uma mulher nepalesa morreu enquanto passava por um aborto na clínica, o que também não

⁵⁷⁸ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 436.

⁵⁷⁹ KLIFF, Sarah. **The Gosnell case: here's what you need to know**. The Washington Post, 15 abr. 2013. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2013/04/15/the-gosnell-case-heres-what-you-need-to-know/?noredirect=on&utm_term=.eb55aa49dd45>. Acesso em: 20 dez. 2017.

⁵⁸⁰ Ibidem.

desencadeou uma investigação de imediato. Somente em 2010 o local foi invadido e interditado. Desde 2013, outras 5 clínicas de aborto no Estado fecharam.⁵⁸¹

Segundo notícias dos jornais norte-americanos, estes não são casos isolados. Até mesmo a gigante *Planned Parenthood* respondeu a investigações e teve suas atividades suspensas no Estado de Delaware. Além de denúncias de pacientes, duas enfermeiras da unidade relataram as condições inseguras e insalubres da instalação, confessando a falta de medidas básicas de profilaxia, como uso de luvas pelos médicos.⁵⁸²

Posto tais fatores, observamos que descriminalizar e legalizar o aborto voluntário a fim de trazer as mulheres para o SUS é um argumento sem valor na realidade brasileira.

Além disso, é preciso ter em perspectiva que, uma vez legalizado no SUS, abortar se tornará um programa de política pública de saúde, que deverá apresentar, além de metas e estratégias, uma rubrica orçamentária própria. Dessa forma, as despesas dos procedimentos de interrupção da gravidez seriam custeadas pelo Ministério da Saúde, em cooperação com estados e municípios, responsáveis por prestar serviços de atendimento à saúde da população.

Acerca do custo médio do abortamento nos países onde já é legalizado, Petinelli⁵⁸³ apurou que o valor é alto e varia numa faixa de preço aproximada entre a maioria dos países pesquisados. Nos EUA, o valor médio para um aborto induzido no 1º trimestre de gravidez é de \$ 500 dólares (oscila de \$ 225 a \$ 750 dólares). No Canadá, o custo médio numa clínica privada é de \$ 500 dólares e na rede pública gastam-se \$ 1.000 dólares. Já no Reino Unido, Espanha e África do Sul, paga-se de \$ 1 mil a \$ 2 mil na moeda local.

A partir do levantamento dessas experiências internacionais, podemos fazer projeções do impacto socioeconômico da legalização do aborto para o Brasil. Se considerarmos um custo médio de R\$ 500 reais por procedimento abortivo (um valor relativamente baixo) e o número de 100 mil abortos – conforme estimamos neste estudo – o somatório dessa despesa será de R\$ 50 milhões de reais anuais. Se

⁵⁸¹ KLIFF, Sarah. **The Gosnell case: here's what you need to know.** The Washington Post, 15 abr. 2013. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2013/04/15/the-gosnell-case-heres-what-you-need-to-know/?noredirect=on&utm_term=.eb55aa49dd45>. Acesso em: 20 dez. 2017.

⁵⁸² Ibidem.

⁵⁸³ PETINELLI, Viviane. **Impactos socioeconômicos da legalização do aborto:** projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 281.

calcularmos com base na estimativa amplamente noticiada de 1 milhão de abortos clandestinos, esse valor alcançaria R\$ 500 milhões de reais.

Ademais, haja vista que a liberalização do aborto causa o aumento do número de interrupções gestacionais realizadas pelas mulheres – podendo até se estabilizar depois de muitos anos, conforme constatamos na análise das experiências estrangeiras – esse custo tenderia a crescer anualmente.

Vale lembrar que, no tópico anterior, apresentamos que, em 2014 o valor da curetagem pós-abortamento custava R\$ 212,52 e o esvaziamento uterino pós-aborto por AMIU era R\$ 167,58, de acordo com a tabela divulgada pelo CFM. Esses valores podem parecer baixos, mas algumas observações precisam ser feitas. Em primeiro lugar, destaque-se que são valores do ano de 2014, ou seja, estão defasados. Em segundo lugar, segundo o CFM, já havia na época uma defasagem estimada com relação aos principais índices de inflação: a curetagem deveria custar R\$ 332,50 e a AMIU seria R\$ 248,90.⁵⁸⁴ Em terceiro lugar, estes valores se referem tão somente ao procedimento feito em atendimentos hospitalares no SUS pós-abortamento, e não a um processo completo de interrupção da gestação voluntária, que incluiriam consultas e exames. Logo, ao final, o somatório de despesas seria muito maior.

Segundo Petinelli⁵⁸⁵, em 2014, o Ministério da Saúde gastou cerca de R\$ 34 bilhões de reais, dos quais R\$ 24 bilhões foram destinados ao Fundo Nacional de Saúde, o qual é o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS na esfera federal. Esses recursos financiam as despesas dos órgãos responsáveis por realizar, de forma descentralizada, as ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do sistema público de saúde.

Dessa quantia, cerca de R\$ 18 milhões (o que representa 0,075%) foram aplicados em programas de assistência à mulher gestante. Dentre eles, destaca-se o Rede Cegonha, que atua com foco na gravidez, parto e puerpério e, em 2015, tinha como público-alvo 61 milhões de brasileiras em idade fértil. Somente por meio deste programa, foram prestadas, em 2014, mais de 20 milhões de consultas a

⁵⁸⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Procedimentos Hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS): 2008 e 2014 - Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/aih%202008%20e%202014%20completo.pdf>>. Acesso em; 10 nov. 2018.

⁵⁸⁵ PETINELLI, Viviane. **Impactos socioeconômicos da legalização do aborto:** projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.** Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 281.

gestantes, o que corresponde a um aumento de 105% comparado a uma década atrás.⁵⁸⁶

Em se tratando de um serviço de atendimento à mulher gestante, o abortamento voluntário comporá tais programas de assistência, se legalizado e integrado ao SUS. Contudo, somente a prestação desse serviço poderá custar quase 3 vezes mais do que todo o Programa Rede Cegonha, por exemplo. Isso para atender, supostamente, 1 milhão de mulheres, que representam pouco mais de 1,6% do total de beneficiadas pela assistência (61 milhões). Já se considerarmos a estimativa de 100 mil mulheres, seria menos significativo ainda: 0,16%.

Tendo em vista esse alto custo para concretização de um programa de interrupção voluntária da gravidez no SUS, pode ser que este sequer seja ofertado de fato pela gestão pública de forma gratuita, universal e integral à população, ainda que haja descriminalização e legalização do procedimento. Nessa hipótese, a prática estaria restrita ao sistema de saúde complementar – planos de saúde privados e estabelecimentos particulares – o que excluiria a população economicamente desfavorecida e dependente do SUS, levando-a de volta ao problema dos provedores irregulares e todas as consequências que narramos anteriormente.

Exemplo disso foi o que aconteceu nos EUA, conforme mencionamos no tópico inicial deste capítulo.⁵⁸⁷ Poucos anos depois da legalização do aborto no país, entrou em vigor a Emenda *Hyde*, em 1977, que excluiu o aborto induzido da cobertura de mulheres seguradas pelo *Medicaid* – o principal programa de saúde pública destinado à população de baixa renda. Como no país os estados têm autonomia para administrar seus próprios fundos, 17 deles mantiveram o financiamento do aborto sob o programa para mulheres pobres que desejavam interromper a gestação. Já os demais 33 estados custeiam o procedimento apenas nos casos excepcionais (perigo para vida ou saúde, estupro e incesto).

Não bastassem todos esses aspectos, a liberalização do aborto traria prejuízos à saúde coletiva do país de forma indireta, pois, conforme evidenciamos no tópico 2.2, acerca das consequências do abortamento para a saúde da mulher, a prática está comprovadamente associada a aumento na incidência de casos de

⁵⁸⁶ PETINELLI, Viviane. **Impactos socioeconômicos da legalização do aborto**: projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 282.

⁵⁸⁷ INSTITUTO GUTTMACHER. **Induced Abortion in the United States**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

câncer de mama, prematuridade e doenças psicossomáticas. Dessa forma, o sistema de saúde pública sofreria mais ainda ao lidar com tais demandas e arcar com os custos dos tratamentos correspondentes.

Por fim, vale considerar o impacto que a descriminalização do aborto voluntário no país teria sobre a demanda do SUS, o qual seria ainda mais sobrecarregado, de uma forma ou de outra. Na hipótese de oferta do serviço em algum programa de assistência à saúde da mulher gestante, esta crescente demanda seria somada àquelas já existentes no sistema, que, sabemos, não são prestadas no tempo oportuno, por vezes até mesmo em casos de urgência.

Por sua vez, caso o abortamento não fosse incluído no SUS, este ainda sofreria a repercussão do aumento da incidência de abortos no país, indiretamente, seja em razão das complicações advindas do crescente número de abortos realizados de forma clandestina – por mulheres que não tiveram condições de arcar com o serviço com profissionais qualificados – seja em virtude das consequências indiretas que o abortamento traz à saúde da mulher, conforme mencionado acima.

Para encerrarmos tais considerações sobre o aborto numa perspectiva do sistema de saúde pública no país, sintetizamos o raciocínio com a conclusão apresentada por Petinelli em sua pesquisa:

A experiência dos países onde o aborto foi legalizado mostra um **descompasso entre o objetivo da legalização desse procedimento, isto é, segurança e acessibilidade da mulher ao aborto, e a realidade desta prática para as mulheres**, mesmo após décadas dessa política. A legalização do aborto eleva significativamente os custos com saúde pública, sem, contudo, garantir que as mulheres realizem o processo de forma segura, sem sofrer consequências físicas e psicológicas, correr risco de morrer e assumir custos extras. No Brasil, é de se esperar que essas implicações não sejam diferentes. Em que pese os avanços já alcançados no âmbito do SUS, sabe-se que o sistema ainda apresenta expressivas limitações estruturais e carência de recursos humanos, sobretudo nos municípios de pequeno porte, que impedem a universalização da prestação dos serviços públicos de saúde. Sendo assim, o acréscimo de mais um serviço, o procedimento abortivo, não só tenderá a aprofundar essas deficiências, a custos muito mais elevados, como enfrentará os mesmos gargalos já existentes. Como resultado, a mulher permanecerá como principal vítima do aborto provocado.⁵⁸⁸ (grifo nosso)

Assim, diante de todas as constatações, resta avaliar que a descriminalização e consequente ampliação das hipóteses de aborto legal no Brasil impactarão

⁵⁸⁸ PETINELLI, Viviane. **Impactos socioeconômicos da legalização do aborto**: projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 284.

negativamente não só SUS – que mal consegue tratar a saúde de uma população que padece de graves doenças e morre por falta de atendimento –, mas toda a saúde coletiva do país.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao longo desta pesquisa, encontramos alguns resultados que passamos agora a ressaltar e discorrer brevemente sobre eles.

Inicialmente, destacamos que o aborto é uma questão multifacetária, historicamente presente na sociedade de forma geral, que ultrapassa conceitos pessoais, culturas e crenças, alcançando o patamar científico. Trata-se de um tema discutido há tempos e que continua sem uma conclusão uniforme até os dias de hoje. Há dificuldade em estabelecer critérios definitivos e de consenso de quando começa a vida humana e a partir de qual momento os direitos de um conceito podem ser pleiteados, como o direito de vingar e de viver.

Embora o homem universal, desde os seus primórdios, tenha se preocupado com o problema das leis que regem o comportamento humano no sentido do *certo* e do *errado*, do *bem* e do *mal*, são incomensuráveis as dificuldades em estabelecer princípios globalizados do *certo* e do *bem* que sejam recebidos unanimemente por todos os povos e por todas as regiões do globo. Percebe-se, facilmente, por que as dificuldades são tantas a partir do momento em que passamos a admitir a existência de inúmeras correntes filosóficas e explicar os segredos da vida e o destino do homem; a chusma incomensurável de religiões cultuadas pelos diferentes povos que habitam a terra; as leis, igualmente diversificadas, divergentes e até mesmo contraditórias.⁵⁸⁹

Por isso, este trabalho não se dispôs a discutir a questão do *início da vida*, o qual seria assunto para outra pesquisa de profunda reflexão, mas tão somente apresentar como o tema aborto é tratado no mundo e no Brasil e discuti-lo sob a perspectiva da *saúde pública*.

Em seguida, trabalhamos exaustivamente em cima dos aspectos médicos e das consequências que o abortamento traz para a saúde da mulher, e encontramos como resultados fatores e dados que comprovam que abortar, independentemente das circunstâncias, é prejudicial ao bem-estar biopsicossocial das mulheres. Além dos riscos diretos à sua saúde física, existe um aumento da probabilidade real da mulher: sofrer um aborto natural em futuras gestações; padecer de distúrbios de ordem psicológica; desenvolver câncer e outras doenças; dentre outros problemas.

Com relação à realidade jurídica, no Brasil, o aborto é regulado através de lei e, portanto, legalizado, há quase 80 anos. Ocorre que a regulamentação legal do

⁵⁸⁹ BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 431.

aborto no Brasil é questionada há décadas por ser tida como restritiva demais e atentatória aos direitos da mulher que não pode abortar e é obrigada a recorrer à clandestinidade quando deseja fazê-lo.

Sabemos que a criminalização não impede a prática de abortos, sendo este inclusive um argumento de comoção popular que ouvimos comumente. Mas a lei nunca impediu que se praticasse coisa alguma. A lei estabelece uma penalidade administrativa, civil ou penal para uma conduta que se deseja desestimular. O Direito possui um caráter contrafático: as normas pertencem *dever-ser* (mundo normativo), e valem mesmo que os fatos sejam contrários à mesma, pois o mundo normativo difere totalmente do mundo da natureza. Ou seja, as normas prescrevem uma conduta que *deve ser* seguida para se viver em comunidade.

Por exemplo, no artigo 121 do Código Penal, não está determinado “é proibido matar”, mas sim que quem “matar alguém” estará sujeito a uma pena de 6 a 20 anos de reclusão. Do mesmo modo, não é proibido abortar no Brasil. Mas, se “provocar aborto”, fora das circunstâncias ressalvadas pela própria lei, haverá uma penalidade.

Além disso, é a natureza do ato, e não o seu número de ocorrências, que determina se ele deve ou não ser objeto de penalidade; e, atualmente, o Direito Penal brasileiro considera que a natureza do ato de abortar (crime contra a vida) deve implicar uma sanção.

Com relação à liberalização do aborto voluntário, com base no ordenamento jurídico vigente, observamos que não seria possível. De acordo com o entendimento construído por Semião, mesmo defendendo-se os conceitos da escola natalista acerca dos direitos do nascituro, não se pode deixar de consignar-se contrário disso:

Mesmo admitindo a relevância dos fundamentos invocados por aqueles natalistas que defendem a legalização generalizada do aborto, pensamos que com eles não está a razão. Destarte, faz mister consignar, preambularmente, que não obstante sermos partidários da doutrina natalista, somos peremptoriamente contrários à legalização do aborto indiscriminado, tudo por **concepções jurídicas e ontológicas**, e não por convicções religiosas ou preconceituosas. Nessa vereda, pensamos que a vida humana é um fato natural que não se pode negar, embora o seu início não coincida com o início da personalidade civil. A vida começa da concepção, portanto, **o nascituro tem vida humana. A personalidade civil é um instituto jurídico que sempre variou de acordo com as legislações em cada momento histórico.** Sabe-se que em Roma, o escravo, embora ser humano e já nascido, não era considerado pessoa. Não tinha personalidade civil. Mesmo no Brasil, até pouco antes da República, o escravo era coisa. Todavia, no Ordenamento Jurídico

Brasileiro atual, a personalidade civil começa do nascimento com vida de qualquer ser humano, nos termos do art. 4º do Código Civil. (grifo nosso)⁵⁹⁰

Logo, o Direito brasileiro não se contradiz ao estabelecer a criminalização do aborto, pois uma coisa é o fato de a personalidade civil começar do nascimento com vida, e outra coisa é considerar que a vida do nascituro não seja humana e/ou não deva ser legalmente resguardada, ainda que não seja considerado pessoa no sentido jurídico da palavra.

O Direito deve ser interpretado de forma sistemática, isto é, como um organismo único, composto por várias normas. Ainda que estas sejam de áreas distintas, positivadas em diplomas legais diferentes, o jurista jamais deve vê-las como matérias separadas, em compartimentos herméticos não concatenados. Caso contrário, um mesmo instituto seria interpretado de forma desigual. O Ordenamento Jurídico é uno e não há como dividi-lo em partes estanques e independentes umas das outras, como se não houvesse conexão entre elas.

Acerca da relação entre aborto e saúde pública, alguns pesquisadores e formuladores de políticas públicas postulam que a restrição legal ao aborto é um dos principais determinantes de morbimortalidade materna, em especial nos países em desenvolvimento, com base em evidências e estimativas indiretas relacionadas à suposta alta proporção de mortes maternas por aborto. Em geral, acredita-se que as leis que restringem fortemente o aborto devem resultar em altas taxas de morbimortalidade materna, devido a um aumento no número de abortos clandestinos, realizados em condições inadequadas.

Segundo tal raciocínio, a descriminalização e legalização do aborto voluntário é uma estratégia apropriada para diminuir a morbimortalidade materna, permitindo o acesso a abortos “seguros” e legais. Por isso, a liberalização do aborto seria uma demanda para a saúde coletiva. No entanto, não existem evidências diretas que comprovem essa hipótese causal, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Além disso, as taxas mais baixas são observadas exatamente em países onde o aborto é fortemente restrito por lei, o que sugere que essa suposição não seria verdadeira.

Sobre a experiência de (des)criminalização e legalização do aborto, o que averiguamos desconstruiu alguns pontos: a legalização do aborto não faz com que o

⁵⁹⁰ SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 145-146.

número de abortos diminua, pelo contrário; muitos países que liberalizaram a prática sustentam uma taxa muito maior de abortos do que no Brasil, onde a conduta é restrita; no Brasil, o número de abortos é de 8 a 9 vezes menor do que aquele sustentado pela maioria das organizações; a diminuição da mortalidade materna não está atrelada à legalização do aborto, mas sim a fatores como qualidade de prestação de serviços públicos de saúde e educação.

Inclusive notamos que as características culturais das sociedades não afetaram os resultados e as conclusões das pesquisas levantadas neste trabalho, pois as experiências traziam conclusões que se assemelhavam e interagiam entre si. Por isso, conforme afirmado em um dos estudos abordados no referencial teórico, os autores ousaram dizer que “[...] o aborto induzido tem produzido um desastre médico e social em todos os países onde ele é livremente disponível”.⁵⁹¹

Além disso, a partir de projeções acerca do impacto socioeconômico da legalização do aborto para o Brasil, observamos que o investimento público para financiar o aborto na rede pública no país, a fim de alcançar as classes usuárias do SUS, chegaria a centenas de milhões de reais por ano. Esse custo ainda se elevaria a cada ano, tendo em vista que a quantidade de abortos realizados tende a crescer em proporção muito maior do que a população, tal qual constatado nas experiências de todos os países estrangeiros pesquisados.

O problema do aborto precisa ser analisado de forma ponderosa, para que possamos chegar a uma solução que, além de reduzir o número de abortos no país e as mortes causadas pela sua prática clandestina, não induza sua utilização como método contraceptivo nem traga maiores problemas à sociedade, principalmente à saúde pública no Brasil, que já é tão carente e dependente da aplicação adequada de recursos.

Conforme vimos, os maiores números de morbimortalidade materna no Brasil dizem respeito a causas obstétricas diretamente relacionadas à saúde da gestante e a complicações durante o parto. A taxa de mortalidade materna brasileira continua elevada – apesar da considerável redução nas últimas décadas – porque a grande maioria das grávidas no Brasil morre em razão de não receber tratamento adequado durante um período tão delicado de suas vidas.

⁵⁹¹ GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **Prematuridade em gestações subsequentes ao aborto provocado**. In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades*. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018. p. 475.

O principal problema de saúde pública que está na base dessa situação é a gravidez indesejada. Podemos despende páginas e mais páginas sobre os fatores que envolvem a descriminalização e a legalização do aborto e suas consequências. Mas é preciso ir ao cerne da questão: por que temos mulheres que desejam abortar? Porque temos gravidezes indesejadas.

Este é um problema que perpassa por fatores como a falta de informação, educação sexual e formação de um senso de responsabilidade entre a população. Infelizmente não houve tempo hábil para discorrer de forma mais aprofundada sobre esta questão, mas tomamos como exemplo o caso do Chile, um país sul-americano com fortíssimas restrições ao aborto, mas que possui um dos melhores níveis de saúde e qualidade de vida do mundo.

Logo, a solução perpassa por maior e melhor investimento em programas de atenção à saúde da mulher em idade reprodutiva, e sua consequente execução entre a população, a fim de reduzir o número de gravidezes indesejadas e, nessa perspectiva, o número de abortos e de mortes maternas a ele associadas.

Antes de encerrarmos esta análise, consideramos importante ressaltar que esta pesquisa tentou, da melhor forma, despir-se de convicções pessoais e religiosas, a fim de alcançar a verdade científica sobre o tema – *aborto e saúde pública*. Afinal, aqueles que defendem a descriminalização do aborto geralmente recorrem ao argumento do Estado laico, ao alegarem que a criminalização ainda existe no Brasil por pressão de grupos religiosos (mais especificamente, cristãos), em razão da crença destes de que o conceito merece ser protegido porque a vida humana inicia-se com a concepção. Neste ponto, observamos que o segmento a favor da liberalização do aborto comete um erro essencial, posto que outros especialistas, incluindo médicos e pesquisadores de diversas áreas, defendem o contrário, com as devidas fundamentações científicas – as quais foram algumas apresentadas neste trabalho.

Sendo assim, pelos resultados encontrados em meses de pesquisa, consideramos que falar em descriminalização do aborto no Brasil e ampliação das hipóteses de legalização não é uma política apropriadamente compatibilizável com a realidade da saúde coletiva no Brasil, incluído o SUS e o sistema de saúde complementar.

Sob o ponto de vista dos impactos que traria à saúde pública brasileira – a qual, além de lidar com o aumento do número de abortos, precisaria estar preparada

para arcar com as consequências da prática para a saúde de milhares de mulheres que recorreriam ao procedimento – a efetivação de uma gestão pública no sentido da liberalização do aborto voluntário provavelmente causará mais consequências negativas do que positivas à população.

Logo, no Brasil, o abortamento *ainda* não constitui um problema de saúde pública, mas poderá se tornar caso seja descriminalizado e liberalizado. Criminalizar a prática não é suficiente, mas é necessário, ainda mais neste país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aborto sempre será um tema polêmico, não apenas em razão da natureza do processo, mas pelas consequências que o ato pode trazer, tanto para as mulheres quanto para a sociedade. Abortar é prejudicial à saúde e bem-estar da mulher, pois consiste numa violência contra seu corpo, independentemente do fato de ser consentido ou não.

Não só a retrospectiva histórica acerca do aborto mostra que sua descriminalização e legalização não é uma evolução natural dos tempos, mas também a experiência de países que retrocederam à sua liberalização. Para tanto, foi preciso desconstruir algumas informações que não se sustentam e não têm respaldo na realidade brasileira.

Quando o aborto é liberalizado, há um aumento vertiginoso na sua prática no decorrer dos anos. Além disso, a legalização do aborto tem efeito nulo nos indicadores de morbimortalidade materna, pois não existe indicação de causa e efeito entre eles. Tornar o aborto ilegal não é necessariamente equivalente a promover o aborto clandestino, especialmente em termos de morbimortalidade materna.

Ainda, nos países com maiores deficiências no sistema de saúde – como é o caso do Brasil – a legalização da interrupção voluntária da gravidez expõe mulheres a maiores riscos no aborto legal, além de também não ser eficaz para erradicar tampouco diminuir a incidência de abortos clandestinos.

A descriminalização do aborto voluntário não é resposta para os problemas brasileiros de saúde pública – mas pode ser entrada de novos ou razão de agravo para aqueles já existentes. Esta é uma solução que tem sido imposta. Questões sociais devem ser combatidas com políticas públicas. Logo, o que precisamos é de medidas de atenção à saúde sexual e reprodutiva para fins de prevenção à gravidez indesejada e apoio à mãe em crise, por meio de políticas públicas *efetivas* para a gestante – isto é, que sejam de fato empregadas – e acolhimento da sociedade.

Posto tudo isso, consideramos enfim, com base estritamente naquilo que foi apurado e discutido neste estudo, que a descriminalização do abortamento voluntário, com a criação de novas hipóteses legais, não é uma política de gestão pública apropriadamente compatível com a melhora da saúde coletiva no Brasil.

5 REFERÊNCIAS

ABORTION RIGHTS COALITION OF CANADA. **RE: Canada Health Act**. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/HC-letter-Jan1995.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Statistics - Abortion in Canada**. 3 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.arcc-cdac.ca/backgrounders/statistics-abortion-in-canada.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

ACHILLES, Sharon; REEVES, Matthew. **Prevention of infection after induced abortion**. *Contraception*, v. 83, n. 4, p. 295-309, abr. 2011. Disponível em: <[https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00644-X/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00644-X/pdf)>. Acesso em: 20 set. 2018.

ADEODATO, Benedito Fonseca. **Direitos Existenciais Emergentes: uma análise sociológica de casos difíceis no Supremo Tribunal Federal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

AINDA há parteiras clandestinas. *Diário de Notícias*, Portugal, 10 fev. 2010. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/interior/ainda-ha-parteiras-clandestinas--1490924.html>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

CORREA, Sonia; PECHENY, Mario. **Abortus Interruptus: política y reforma legal del aborto em Uruguay**. Montevideo: MYSU, 2016. Disponível em: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/aqu%C3%AD.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

ALEMANHA. **Código Penal Alemão**. Trad. Claudia López Diaz. Bogotá: Universidade Externa da Colômbia, 1999. Disponível em: <https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/obrasjuridicas/oj_20080609_13.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de *et. al.* **Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, p. 243-247, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ALMEIDA, Silmara Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000.

ALTHAUS, Frances. **Work in Progress: The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa Following Legalization**. *International Family Planning Perspective*, v. 26, n. 2, p. 84-86, jun. 2000. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2608400.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

AMARAL, Francisco. **Direito Civil: introdução**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BACHELET promulga lei que despenaliza o aborto terapêutico. Exame, 14 set. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/bachelet-promulga-lei-que-despenaliza-aborto-terapeutico/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BANERJEE, Sushanta. **An exploration of the socio-economic profile of women and costs of receiving abortion services at public health facilities of Madhya Pradesh, India.** BMC Health Services Research, v. 17, n. 223, 2017. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2159-6>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BASTOS, Priscila Mansur Bussade. **A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais.** Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões, Vitória, v. 5, n. 3, 2017, p. 53-68. Disponível em: <<file:///C:/Users/D257301/Downloads/609-2459-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BENTANCOR, Ana *et. al.* **Reporte del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en un hospital universitario de Uruguay.** Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/es_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006001.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro de; LEMGRUBER, Ivan. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BERGER, Jocelyn. **The high cost of legal abortion in South Africa.** International Women's Health Coalition, 1 jul. 2016. Disponível em: <<https://iwhc.org/2016/07/high-cost-legal-abortion-south-africa/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **Declaração dos Direitos da Criança.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/DeclDirCrian.html>>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/D0678.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei de 16 de dezembro de 1830.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm >. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11804.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L3071impressao.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Ministério da Saúde. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência.** 2 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. _____. **Aviso nº 178/GM/MS.** 20 mar. 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/resposta-do-requerimento-de-informacao-no-2-500-2016-1/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. _____. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, dez. 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20do%20SIH%20SUS%20DEZ%202004.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. _____. **Morbidade Hospitalar do SUS - Por Local de Internação - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. _____. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei n. 236, de 2012**: anteprojeto de Código Penal. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BREAST CANCER PREVENTION INSTITUTE. **Epidemiologic Studies: Induced Abortion and Breast Cancer Risk**. 2018. Disponível em: <https://www.bcpinstitute.org/uploads/1/1/5/1/115111905/bcpi-factsheet-epidemiol-studies_2014.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturiação no Brasil, século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRUNO, Aníbal. **Crimes contra a pessoa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1979.
BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CANADÁ. 27th Parliament. **Journals of the House of Commons of Canada**, Ottawa, v. 114, n. 16, p. 83-84, 30 mai. 1967. Disponível em: <http://parl.canadiana.ca/view/oop.HOC_2702_114_01>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Canadian Institute for Health Information. **Access Data and Reports**. Disponível em: <<https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?query=abortion&Search+Submit=>>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

_____. _____. **Important Notes Regarding Coverage**. 2014. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/ta_11_alldatatables20140221_en_0.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Statistics Canada. **Data Quality in the Therapeutic Abortion Survey**. 2009. Disponível em: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/3209_D4_T2_V7-eng.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal** (v. 2). São Paulo: Saraiva, 2004. p. 108.

CARRILHO, Maria José. **Crianças e Adolescentes em Portugal**. Revista de Estudos Demográficos, n. 55, Lisboa, Instituto Nacional de Estatísticas, 23 mar. 2016. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=224830908&PUBLICACOESmodo=2>. Acesso em: 5 dez. 2018.

CARROLL, Patrick. **The breast cancer epidemic: modeling and forecasts based on abortion and other risks factors**. Journal of American Physicians and Surgeons, v. 12, n. 3, p. 72-78, set. 2007. Disponível em: <<http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

CHILE. **Estadísticas Vitales**: informe anual 2009. Instituto Nacional de Estadísticas, 2011. Disponível em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **Estadísticas Vitales**: informe anual 2016. Instituto Nacional de Estadísticas, 2018. Disponível em: <<http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CHINELATO, Silmara Juny de Abreu. **Tutela Civil do Nascituro**. São Paulo: Saraiva, 2000.

CHU, Joseph *et. al.* **Rising Incidence of Breast Cancer Among Young Women in Washington State**. Journal of the National Cancer Institute, v. 79, n. 2, p. 239-243, ago. 1987. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/79/2/239/924958>>. Acesso em: 20 set. 2018.

CLEMENTE, Aleksandro. **A legalização do aborto no Brasil: uma questão de saúde pública?** 2013. 208 f. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/6136/1/Aleksandro%20Clemente.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CLOWES, Brian. **The Facts of Life**: an authoritative guide to life and family issues. Front Royal: Human Life International, 1997. Disponível em: <<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/899026>>. Acesso em: 20 out. 2018.

COLEMAN, Priscilla. **Abortion and mental health**: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. The British Journal of Psychiatry, Cambridge, v. 199, n. 3, p. 180-186, set. 2011. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E8D556AAE1C1D2F0F8B060B28BEE6C3D/S0007125000256353a.pdf/abortion_and_mental_health_quantitative_synthesis_and_analysis_of_research_published_19952009.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Abortion and mental health**: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. The British Journal of Psychiatry, Cambridge, v. 199, n. 3, p. 180-186, set. 2011. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E8D556AAE1C1D2F0F8B060B28BEE6C3D/S000>>.

7125000256353a.pdf/abortion_and_mental_health_quantitative_synthesis_and_analysis_of_research_published_19952009.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth:** individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 35, n. 6, p. 903-911, dez. 2006. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-006-9094-x>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____; COUGLE, Jesse; REARDON, David. **Depression associated with abortion and childbirth:** a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*, New York, v. 9, n. 4, p. 157-164, 23. abr. 2003. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/4701/act/2>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. *et. al.* **Deaths associated with pregnancy outcome:** a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 95, n. 8, p. 834-841, ago. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190217>>. Acesso em: 20 set. 2018.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos.** 22 nov. 1969. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE DIRIGENTES LOJISTAS. **70% dos brasileiros não possuem plano de saúde particular, mostram SPC Brasil e CNDL.** 21 fev. 2018. Disponível em: <<http://site.cndl.org.br/70-dos-brasileiros-nao-possuem-plano-de-saude-particular-mostram-spc-brasil-e-cndl/>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CONGRESSO uruguaio aprova legalização do aborto. *O Globo*, 17 out. 2012. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/congresso-uruguaio-aprova-legalizacao-do-aborto-6428918>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica:** resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/código%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Procedimentos Hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS):** 2008 e 2014 - Brasil. 2015. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/aih%202008%20e%202014%20completo.pdf>>. Acesso em; 10 nov. 2018.

CORREA, Sonia; PECHENY, Mario. **Abortus Interruptus:** política y reforma legal del aborto em Uruguay. Montevideo: MYSU, 2016. Disponível em: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/aqu%C3%AD.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

CUNHA, Francisco Vilhena da. **Aborto em Portugal: factos e números sobre a realidade nacional desde a entrada em vigor da Lei 16/2007.** 16 jun. 2015. Disponível em: <<http://federacao-vida.com.pt/estudos/FPV%20-%20Aborto%20-%20Factos%20e%20Numeros2015.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

DEROSA, Marlon. **Breve história do aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

_____. **Estimativas de números de aborto no Brasil e no mundo.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

_____. **O aborto no mundo hoje: debates e resultados.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____; _____. MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico** (v. 3). São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. **O estado atual do Biodireito.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Reprodutiva. **Relatório dos Registros das Interrupções da Gravidez:** ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril. Lisboa: DGS, 2011. Disponível em: <http://img.rtp.pt/icm/noticias/docs/bb/bbb62750d03eb404c707fe26586a13f1_7a1510f7c694f2e89f3c8990dff72387.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

DONOSO, Enrique; VERA, Claudio. **El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales.** *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, v. 81, n. 6, p. 534-545, 2016. Disponível em: <<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/ARTICULOESPECIAL10.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DUARTE, Graciana Alves et. al. **Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 406-420, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1270.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

ESPANHA. Instituto de Política Familiar. **El Aborto em España: 30 años después (1985-2015).** 2017. Disponível em: <<http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Centers for Disease Control and Prevention. **CDCs Abortion Surveillance System FAQs**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. _____. **Data and Statistics: Abortion**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/index.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FARIA, Anacleto de Oliveira; MONTORO, André Franco. **A condição jurídica do nascituro no Direito Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 1953.

FERGUSON, David. **Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study**. The British Journal of Psychiatry, Cambridge, v. 193, n. 6, p. 444-451, dez. 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/59A90CBF3A58C58B342CBCFFBFBFE2E/S0007125000006334a.pdf/abortion_and_mental_health_disorders_evidence_from_a_30year_longitudinal_study.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____; HORWOOD, John; BODEN Joseph. **Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence**. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, v. 47, n. 9, p. 819-827, 3 abr. 2013. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0004867413484597>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FERRE, Zuleika. **Evaluación de la despenalización del aborto em Uruguay en la fecundidad adolescente**. 2015. 67 f. Dissertação (Pós-Graduação em Demografia y Estudios de Población) - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de La República de Uruguay, jun. 2015. Disponível em: <<http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2015/10/Tesis-Maestr-%C2%A1a-N-%C2%A64.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

FINER, Lawrence; HENSHAW, Stanley. **Estimates of U.S. Abortion Incidence, 2001-2003**. Guttmacher Institute, New York, 3 ago. 2006. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/08/03/ab_incidence.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FJERSTAD, Mary *et. al.* **Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion**. The New England Journal of Medicine, v. 361, n. 2, p. 145-151, 9 jul. 2009. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0809146>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FONSECA, Marcela Guimarães *et. al.* **O atendimento à gestante vítima de trauma**. Educación Física y Deportes, Buenos Aires, ano 18, n. 181, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd181/o-atendimento-a-gestante-vitima-de-trauma.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FRAGA, Gustavo Pereira *et. al.* **Trauma abdominal em grávidas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 9, p. 541-547, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n9/27564.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FRANÇA. Institut National D'Études Démographiques. **Abortions:** number of induced abortions and annual indices since 1976. 2018. Disponível em: <https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/>. Acesso em: 10 nov. 2018.

FRANTZ, Patrícia Junges. **Agravos à saúde física e mental relacionados ao aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

GALEOTTI, Giulia. **História do aborto.** São Paulo: Edições 70, 2007.

GENTLES, Ian; LANFRANCHI, Angela; RING-CASSIDY, Elizabeth. **A relação entre aborto e câncer de mama.** In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

_____. **Prematuridade em gestações subsequentes ao aborto provocado.** In: DEROSA, Marlon (Org.). Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Centers for Disease Control and Prevention. **CDCs Abortion Surveillance System FAQs.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018

_____. **Public Law 108-105 - Nov. 5, 2003.** Disponível em: <<https://www.congress.gov/108/plaws/publ105/PLAW-108publ105.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GISSLER, Mika *et. al.* **Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high:** a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001-2012. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 124, n. 7, p. 1115-1121, jun. 2017. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14484>>. Acesso em: 20 set. 2018.

GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rchel Aisengart. **Aborto e Eutanásia:** dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008, p. 77-103. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2008.v18n1/77-103/PT>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro:** parte geral. 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal:** parte geral. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015.

GUTTMACHER, Sally *et. al.* **Abortion Reform in South Africa: A Case Study of the 1996 Choice on Termination of Pregnancy Act.** *International Family Planning Perspective*, v. 24, n. 4, p. 191-194, dez. 1998. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2419198.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

HARDY, Ghislain; BENJAMIN, Alice; ABENHAIM, Haim. **Effect of induced abortion on early preterm births and adverse perinatal outcomes.** *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, v. 35, n. 2, p. 138-143, fev. 2013. Disponível em: <[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)31018-5/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)31018-5/pdf)>. Acesso em: 20 set. 2018.

HEMMINKI, Elina *et. al.* **Illegal births and legal abortions: the case of China.** *Reproductive Health*, v. 2, ano 5, 11 ago. 2005. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-2-5>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

HENTZ, Isabel Cristina. **A honra e a vida: debates jurídicos sobre aborto e infanticídio nas primeiras décadas do Brasil republicano (1890-1940).** 2013. 261 f. Dissertação (Pós-Graduação em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106848/318380.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

HERN, Warren. **First Trimester Abortion Principles, Techniques and Clinical Management.** In: CORSON, Stephen; DERMAN, Richard; TYRER, Louise. *Fertility Control*. 2. ed. Ontario: Goldin Publishers, 1994. p. 465-485.

HUANG, Yubei *et. al.* **A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females.** *Cancer Causes Control*, v. 25, n. 2, p. 227-236, fev. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/258855919_A_meta-analysis_of_the_association_between_induced_abortion_and_breast_cancer_risk_among_Chinese_females>. Acesso em: 20 set. 2018.

ÍNDIA. Ministry of Health and Family Welfare. **Guidelines for Department of Family Welfare Supported NGO Schemes.** 2003. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/sites/default/files/4097350595NGO%20Guidelines.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Ministry of Statistics & Programme Implementation. **Social Statistics Division. Youth in India:** 2017. Disponível em: <http://mospi.nic.in/sites/default/files/publication_reports/Youth_in_India-2017.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Tripura Commission for Women. **The Medical Termination Of Pregnancy Act: Act No. 34 of 1971.** Disponível em: <<http://tcw.nic.in/Acts/MTP-Act-1971.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

INSTITUTO GUTTMACHER. **Induced Abortion in the United States**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **International Abortion**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/international/abortion>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **Number of Abortions: U.S. States**. Disponível em: <<https://data.guttmacher.org/states/trend?state=US&topics=66&dataset=data>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **Unintended Pregnancy and Induced Abortion In Pakistan**. 2015. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-pakistan.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **United States Abortion**. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Statistics Portugal. **Dados Estatísticos - Principais Indicadores**. Disponível em: <https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic&menuBOUI=13707095&contexto=pi&selTab=tab0>. Acesso em: 5 dez. 2018.

IPAS. **Beyond 40 years of legal abortion in India: committing to women's health and rights**. 2013. Disponível em: <<https://www.ipasdevelopmentfoundation.org/resourceFiles/11201804023539.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

IRLANDA aprova legalização do aborto, com 66,4% de votação popular. O Globo, 26 mai. 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/irlanda-aprova-legalizacao-do-aborto-com-664-de-votacao-popular-22720890>>. Acesso em: 26 mai. 2018.

JONES, Rachel; JERMAN, Jenna. **Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014**. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, v. 49, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/abortion-incidence-us.pdf>. Acesso em 10 nov. 2018.

_____. **Population Group Abortion Rates and Lifetime Incidence of Abortion: United States, 2008-2014**. American Journal of Public Health, v. 107, n. 12, p. 1904-1909, dez. 2017. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304042>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

JOVEM aguarda dois dias por parto e bebê morre na maternidade Pró-Matre em Vitória. Folha Vitória, 30 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.folhavitoria.com.br/geral/noticia/2011/03/jovem-aguarda-dois-dias-por-parto-e-bebe-morre-na-maternidade-pro-matre-em-vitoria.html>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

KISHKOVSKY, Sophia. **Russia enacts law opposing abortion**. The New York Times, 15 jul. 2011. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2011/07/15/world/europe/15iht-russia15.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

KLIFF, Sarah. **The Gosnell case: here's what you need to know.** The Washington Post, 15 abr. 2013. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2013/04/15/the-gosnell-case-heres-what-you-need-to-know/?noredirect=on&utm_term=.eb55aa49dd45>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KOCH, Elard *et. al.* **Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007.** PLoS ONE, v. 7, n. 5, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3344918/pdf/pone.0036613.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

KRIEGER, Nancy. **Exposure, susceptibility, and breast cancer risk: A hypothesis regarding exogenous carcinogens, breast tissue development, and social gradients, including black-white differences, in breast cancer incidence.** Breast Cancer Research and Treatment, v. 13, n. 3, p. 205-223, out. 1989. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02106571>>. Acesso em: 20 set. 2018.

LINOS, Eleni *et. al.* **Effects of Reproductive and Demographic Changes on Breast Cancer Incidence in China: a modeling analysis.** Journal of the National Cancer Institute, v. 100, n. 19, p. 1352-1360, out. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2556703/pdf/djn305.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

LUCACI, Luminita; SZUCSIK, Iosif. **Statistical study on the incidence and prevalence of breast cancer, in Arad County, between the years 1999-2009.** Arad Medical Journal, v. 13, n. 4, p. 5-10, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.jmedar.ro/pdf/vol13/iss4/JMA13-4-10Lucaci1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MACEDO, Magda Helena Soares. **Manual de metodologia da pesquisa jurídica.** 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

MAJOR, Brenda. **Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.** American Psychological Association, Washington, 2008. Disponível em: <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MARIUTTI, Mariana Gondim *et. al.* **Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país.** Revista Brasileira de Medicina, v. 67, n. 4, p. 97-103, abr. 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4272>. Acesso em: 10 out. 2018.

MARQUES, José Frederico. **Tratado de Direito Penal** (v. IV). Campinas: Milenium, 1999.

MARTINS, Ives Gandra da Silva; GARCIA, Maria. **Doutrinas essenciais de direitos humanos.** São Paulo: Saraiva, 2011.

MATIELO, Fabrício Zamprogna. **Aborto e Direito Penal.** Porto Alegre: DC Luzzatto, 1994.

MATOS, Priscila Batista de. **Direito à vida do nascituro na fase intrauterina**. Boletim Científico ESMPU, Brasília, ano 15, n. 47, p. 83-113, jan./jun. 2016.

MÉDICOS avisam que o aborto é problema de saúde pública. Diário de Notícias, Portugal, 10 fev. 2010. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/interior/medicos-avisam-que-o-aborto-e-problema-de-saude-publica-1490949.html>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

MÉDICOS e policiais faturavam R\$ 2 milhões por mês com abortos. G1, 19 out. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/10/medicos-e-policiais-faturavam-r-2-milhoes-por-mes-com-abortos.html>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E BEM-ESTAR FAMILIAR & IPAS. **Beyond 40 years of legal abortion in India: committing to women's health and rights**. 2013. Disponível em: <<https://www.ipasdevelopmentfoundation.org/resourceFiles/11201804023539.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MONTEIRO, Mario Francisco; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. **Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões: Brasil, 1995 a 2013**. Reprodução & Climatério, v. 30, n. 1, p. 11-18, 27 jun. 2015. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/82270974.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. **Direitos humanos fundamentais: comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MORR, Maria Lucia de Barros. **Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio**. Revista de História, Universidade de São Paulo, São Paulo, n. 120, p. 85-96, jan./jul. 1989. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18594/20657>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MOTA, Natalie; BURNETT, Margareth; SAREEN, Jitender. **Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample**. The Canadian Journal of Psychiatry, v. 55, n. 4, p. 239-347, abr. 2010. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371005500407>>. Acesso em: 20 set. 2018.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **SEER Cancer Statistics Review 1975-2015**. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/results_merged/sect_04_breast.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

NEPAL. Ministry of Health and Population. **Nepal Demographic and Health Survey: 2011**. Kathmandu, mar. 2012. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr257/fr257%5B13april2012%5D.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Saraiva, 2009. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **Abortion Policies and Reproductive Health around the World**. 2014. Disponível em: <<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **European Health Information Gateway**. Disponível em: <<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. *et. al.* **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015** (estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division). 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=98A0A3DF7168C7E12876DCA2BED788F3?sequence=1>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 14. ed. São Paulo: Método, 2015.

PETINELLI, Viviane. **Impactos socioeconômicos da legalização do aborto: projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais**. In: DEROSA, Marlon (Org.). **Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades**. Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: parte especial**. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PRIORE, Mary Lucy Murroy Del. **A Árvore e o Fruto: um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto**. *Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, v.2, n.1, 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325>. Acesso em: 10 mai. 2018.

PURI, Mahesh *et. al.* **Abortion Incidence and Unintended Pregnancy in Nepal**. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 42, n. 4, p. 197-209, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1363/42e2116.pdf?refreqid=excelsior%3A523ce69eb06c61ff52563cec64449697>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

QUEVEDO, Lenin de Janon. **Quando los datos responden a los argumentos: revisión breve de las estadísticas sobre aborto**. *Instituto de Bioética*, ano 19, n. 1, p. 27-60, jun. 2018. Disponível em: <<http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Bioetica/2018/Bio%C3%A9tica%202018%20-%20VyE%20-%20Dr.%20de%20Janon%20Quevedo.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

RANDALL, Amy. **Repealing the ban on abortion**. *Seventeen Moments in Soviet History*, Santa Clara University, jul. 2010. Disponível em: <<http://soviethistory.msu.edu>>

u/1956-2/repealing-the-ban-on-abortion/>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **The “Right” to Control Her Own Body?** Soviet Women, Abortion and the State. *Journal of Women’s History*, Binghamton University, New York, 15 set. 2011. Disponível em: <http://bingdev.binghamton.edu/jwh/?page_id=528>. Acesso em: 15 nov. 2018.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher:** reflexões fenomenológico-existenciais. 2010. 145 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

REMENNIK, Larissa. **Reproductive patterns and cancer incidence in women: a population-based correlation study in the USSR.** *International Journal of Epidemiology*, v. 18, n. 3, p. 498-510, set. 1989. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article-abstract/18/3/498/656035?redirectedFrom=PDF>>. Acesso em: 20 set. 2018.

REPÚBLICA DA ÁFRICA DO SUL. **Act no. 92, 1996:** Choice on Termination of Pregnancy Act. *Government Gazette*, 22 nov. 1996. Disponível em: <https://www.parliament.gov.za/storage/app/media/ProjectsAndEvents/womens_month_2015/docs/Act92of1996.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano:** crônicas de história da medicina. São Paulo: Fap-Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ROCCA, Corinne *et. al.* **Unsafe abortion after legislation in Nepal:** a cross-sectional study of women presenting to hospitals. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 120, n. 9, p. 1075-1084, 10 abr. 2013. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12242>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RODRIGUES, Silvio. **Direito Civil:** parte geral. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

RUE, Vincent *et. al.* **Induced abortion and traumatic stress:** a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, v. 10, n. 10, 2004. Disponível em: <<https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/11784>>. Acesso em: 20 out. 2018.

RUIC, Gabriela. **Como o aborto é tratado pelo mundo.** *Revista Exame*, São Paulo, Abril, 26 mai. 2018. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/como-o-aborto-e-tratado-pelo-mundo/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SAMANDARI, Ghazaleh *et. al.* **Implementation of legal abortion in Nepal:** a model for rapid scale-up of high-quality care. *Reproductive Health*, v. 9, n. 7, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3373381/pdf/1742-4755-9-7.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, Marcos Davi dos *et. al.* **Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas.** São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014.

SATHAR, Zeba *et. al.* **Induced Abortions and Unintended Pregnancies in Pakistan.** *Studies in Family Planning*, v. 45, n. 4, p. 471-491, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734376/pdf/nihms708234.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta de. **O aborto:** um resgate histórico e outros dados. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 4, n. 2, Universidade de São Paulo – USP, 19 dez. 1994, p. 12-17. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134/40867>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SEDGH, Gilda *et. al.* **Legal Abortion Worldwide in 2008:** levels and recent trends. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 37, n. 2, p. 84-94, jun. 2011. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3708411.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro.** 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

SENADO da Argentina rejeita legalização do aborto no país. G1, 9 ago. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/08/09/senado-argentino-rejeita-legalizar-aborto-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

SENADO FEDERAL. Senado Notícias. **Entenda o caso Alyne.** 14 nov. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/11/14/entenda-o-caso-alyne>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SHAH, Prakesh; ZAO, Jamie. **Induced termination of pregnancy and low weight and preterm birth:** a systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 116, n. 11, p. 1425-1442, mai. 2009. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SHULMAN, Lee; LING, Frank. **Surgical termination of pregnancy:** first trimester. UpToDate Inc., Waltham, 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-termination-of-pregnancy-first-trimester?source=search_result&search=abortio n&selectedTitle=3~150#H2>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SHUPING, Martha. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o sofrimento após o aborto.** In: DEROSA, Marlon (Org.). *Precisamos falar sobre aborto: mitos e verdades.* Florianópolis: Estudos Nacionais, 2018.

_____. *et. al.* **Deaths associated with abortion compared to childbirth: a review of new and old data and the medical and legal implications.** The Journal of Contemporary Health Law & Policy, v. 20, n. 2, p. 279-327, 2004. Disponível em: <<https://scholarship.law.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1159&context=jchlp>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

SILVA, Maria Cecília Pereira da. **Aspectos psicanalíticos do aborto de feto malformado.** *Femina - Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, n. 12, v. 22, dez. 1994.

SINGH, Susheela *et. al.* **Abortion in India: a literature review.** Guttmacher Institute, dez. 2014. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-india-lit-review.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. **Abortion Worldwide 2017: uneven progress and unequal access.** Nova York: Guttmacher Institute, 2018. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **Repeat Abortion in the United States.** Guttmacher Institute, occasional report n. 29, nov. 2006. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/or29>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. **The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015.** *Lancet Global Health*, v. 6, p. 111-120, 12 dez. 2017. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214109X17304539?token=F54D1EB A05A3F52E00F2B8558B25F85CBCB723ACBF1325A1E4839CCBF3311082E8F C68A3163B9C2868611FC6F5E587>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____; HENSHAW, Stanley; HAAS, Taylor. **The incidence of abortion worldwide.** *International Family Planning Perspectives*, v. 25, supplement, p. 30-38, jan. 1999. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2991869.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____; REMWZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review.** Guttmacher Institute/IUSSP, New York, 2010. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____; WULF, Deirdre. **Estimated Levels of Induced Abortion In Six Latin American Countries.** *Internacional Family Planning Perspectives*, v. 20, n. 1, p. 4-13, mar. 1994. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2133331>>. Acesso em: 10 out. 2018.

SINUS. **Conselho de Direitos Humanos: guia de estudos.** Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/CDH-Guia-de-Estudos.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUSA, Teresinha Gomes Sales. **Aborto voluntário: visão ético, jurídico e religioso.** II Encontro de Pesquisa em Educação da Universidade Federal do Piauí, 2002. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.5/GT5_3_2002.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SPECKHARD, Anne; MUFEL, Natalia. **Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion.** *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, v. 18, n. 1, p. 3-37, out. 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/271195087_Universal_Responses_to_Abortion_Attachment_Trauma_and_Grief_Responses_in_W>. Acesso em: 20 set. 2018.

SUÉCIA. 1177 Vårdguiden. **Abort.** 1 mai. 2016. Disponível em: <<https://www.1177.se/Stockholm/Other-languages/Engelska/Graviditet/Abort/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Sveriges Officiella Statistik. **Aborter 2009: induced abortions 2009.** 2010. Disponível em: <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18031/2010-5-12.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. **Swedish law on abortion.** *Eugenics Review*, v. 31, n. 2, p. 109-110, jul. 1939. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962392/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SULLINS, Donald. **Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States.** *SAGE Open Medicine*, v. 4, p. 1-11, 23 set. 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050312116665997>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Partido questiona no STF artigos do Código Penal que criminalizam aborto.** 8 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=337860>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SWINGLE, Hanes *et. al.* **Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses.** *Journal of Reproductive Medicine*, v. 54, n. 2, p. 95-108, fev. 2009. Disponível em: <http://www.reproductivemedicine.com/toc/auto_abstract.php?id=23566>. Acesso em: 20 out. 2018.

THE LAW LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe.** 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

TRIAL reignites Portugal abortion debate. *BBC News*, 18 jan. 2002. Disponível em: <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1768438.stm>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Round Table of Human Rights Treaty Bodies on Human Rights Approaches to Women's Health with a Focus on Sexual and Reproductive Health and Rights: Summary of Proceeding and Recommendations.** New York: UNFPA, 1998.

UNITED NATIONS. Commission on the Status of Women. **Best Practices for Maternal Health Care in Africa** – CSW60 Side Event. Nova York, 17 mar. 2016. Disponível em: <<http://webtv.un.org/meetings-events/treaty-bodies/watch/best-practices-for-maternal-health-care-in-africa-csw60-side-event/4807036245001>>. Acesso em: 22 out. 2017.

URUGUAI. **Ley Nº 18987**: Ley sobre Interrupcion Voluntaria Del Embarazo - Ley Del Aborto. 2012. Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

_____. Ministerio de Salud Pública. **Avances y desafíos en interrupción voluntaria del embarazo**. 30 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/avances-y-desafios-en-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>>. Acesso em: 5 nov. 2018.

_____. _____. **Balance 1er año de implementación de Ley 18.987 - Interrupción Voluntaria del Embarazo y Decreto 375/012 - Reglamentación de la Ley de IVE**: diciembre 2012 - noviembre 2013. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

_____. _____. **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**: dados preliminares. 21 mar. 2017. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/IVE%202016.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2018.

VATICANO. Congregação para a doutrina da fé. **Declaração sobre o aborto provocado**. 18. nov. 1974. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_po.html>. Acesso em: 20 ago. 2018.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VLASSOFF, Michael *et. al.* **Abortion in Pakistan**. In Brief, New York, Guttmacher Institute, n. 2, mai. 2009. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_Abortion-in-Pakistan.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

WOMEN ON WEB. **Perguntas e Respostas**: o que é um aborto bem sucedido e como saber que assim foi? Disponível em: <<https://www.womenonweb.org/pt/Page/483/in-collection/6905/what-is-a-successful-abortion-and-how-do-you-know-you-ve-had-one>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Abortion**: technical and policy guidance for health systems. 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=C79F63636EF9D2E9BA86EDCBF289DCF5?sequence=1>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ZAIDI, Shahida *et. al.* **Unsafe Abortions In Pakistan**: a situation analysis. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Pakistan, Karachi, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncmnh.org.pk/wp-content/themes/ncmnh/images/unsafe-abortion-pakistan.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.