



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO**

THAISE MENEZES DE OLIVEIRA

**ABORTO E A (IN)EFICÁCIA DA TUTELA PENAL: UM
PASSEIO ACERCA DA PROIBIÇÃO DA INTERRUÇÃO
VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ SOB UMA PERSPECTIVA FEMINISTA**

Salvador
2019

THAISE MENEZES DE OLIVEIRA

**ABORTO E A (IN)EFICÁCIA DA TUTELA PENAL: UM
PASSEIO ACERCA DA PROIBIÇÃO DA INTERRUÇÃO
VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ SOB UMA PERSPECTIVA FEMINISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharela em Direito

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Carvalho Portugal

Salvador
2019

SIBI/UFBA/Faculdade de Direito – Biblioteca Teixeira de Freitas.

OLIVEIRA, Thaise Menezes de. Aborto e a (in)eficácia da tutela penal: um passeio acerca da proibição da interrupção voluntária da gravidez sob uma perspectiva feminista / Thaise Menezes de Oliveira – 2019.2 91 fls. : il. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Carvalho Portugal.

Monografia (Graduação) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Direito, Salvador, 2019.2.

1. Direito Penal. 2. Criminologia 3. Feminismo

Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Direito.

THAISE MENEZES DE OLIVEIRA

**ABORTO E A (IN)EFICÁCIA DA TUTELA PENAL: UM
PASSEIO ACERCA DA PROIBIÇÃO DA INTERRUÇÃO
VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ SOB UMA PERSPECTIVA FEMINISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharela em Direito, Faculdade de Direito, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 09 de Dezembro de 2019.

Daniela Carvalho Portugal – Orientadora _____
Doutora em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Thaís Bandeira Oliveira Passos _____
Doutora em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Thaize de Carvalho Correia _____
Doutoranda em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

À José Antônio de Menezes, vô Zeca, meu exemplo de coragem, determinação e independência, o céu sorriu e chorou quando seus olhos verdes se fecharam pela última vez.

AGRADECIMENTOS

São tantos, e para tantas pessoas...

Primeiramente, e acima de tudo, agradeço ao meu pai, José Francisco de Oliveira, pelo apoio incondicional e fé, por ter acreditado em mim, mais do que eu mesma, e entendido todos os meus momentos, da tristeza à felicidade, durante esses 6 longos anos de batalha pelo bacharelado em direito. Por sempre ter me defendido das críticas, e me apoiado tanto financeira quanto emocionalmente, principalmente, emocionalmente, com a palavra certa e a paciência, respeitando o meu próprio tempo melhor do que eu mesma. Sem ele, esta jornada teria sido bem mais trabalhosa e quase impossível. Obrigada por acreditar no meu valor, e ser o melhor pai do mundo.

Agradeço a minha mãe, Lieny Francisca de Menezes pela sagacidade em resolver os meus problemas à distância, e pelo cuidado de mãe ao ligar quase todos os dias só para perguntar se eu estava bem. Sei que de início foi difícil para ela entender que eu deveria ir para longe para buscar meu próprio modo de vida, e que as escolhas não lhe agradaram muito, mas agradeço, por mesmo assim, me apoiar tanto quanto possível, e fazer tudo o que estava ao seu alcance para me dar o melhor sempre. Obrigada mãe, por ter me ensinado as primeiras letras, e o jeito de cuidar das coisas com responsabilidade e zelo. Eu honro o teu carinho, e a cada dia sei que fico mais parecida com a senhora.

À Michel Duarte, que foi o meu namorado durante boa parte desta jornada, pelo suporte e apoio, pelos risos, cafunés, cafés, tornando tudo mais agradável. E aos pais dele, Jean e Carla, por terem sempre me recebido em sua casa com todo o carinho. Sou grata, e jamais poderei agradecer devidamente.

Da mesma forma, agradeço a Cassiano Miranda, por ter sido um grande amigo em todos os momentos, principalmente nos momentos de necessidade, sempre prestativo e diligente. Depois da minha mãe, é a pessoa que mais pergunta se eu estou bem realmente querendo saber de verdade o meu estado emocional. Obrigada, por estar sempre comigo.

À Jéssica Cardoso, pela amizade, conselhos e preocupação, por cuidar de mim nos momentos finais do curso, quando eu já estava exausta e mal conseguia me arrastar pela faculdade com um pão delícia na mão. E a Giselle Nunes, que se tornou absurdamente essencial e indispensável para a sanidade mental após dividirmos apartamento por quase 2 anos.

À Lílian Moreira, que em tão pouco tempo se tornou um modelo de força e proteção que eu jamais poderia ter imaginado que teria em minha vida. Ao professor Bruno Gil pela ideia inicial acerca do tema pesquisado.

Ao Núcleo do Idoso da Defensoria Pública do Estado da Bahia: Graça Santos, Raísa Aquino, Naylana Paixão, Rosa Barbosa, Lucas Mattos, Nathália Almeida, Caroline Carmo, Marcos Paulo Ribeiro, Sara Conceição, Priscila Cristina, Laise de Carvalho e João Gavazza. Sem vocês este TCC não seria possível.

À todos os que estavam presentes, meu muito obrigada.

*“O que usaremos pra isso
Fica guardado em sigilo
Tempo tempo tempo tempo
Apenas contigo e comigo
Tempo tempo tempo tempo”*

Maria Gadú, Oração ao Tempo, 2011.

OLIVEIRA, Thaise Menezes de. Aborto e (in)eficácia da tutela penal: um passeio acerca da proibição da interrupção voluntária da gravidez sob uma perspectiva feminista. 91 fl. 2019. Monografia (Graduação) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

O aborto inseguro no Brasil é atualmente a quinta causa de mortalidade materna, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde um problema de saúde pública desde 1967. O presente trabalho visa, mediante análise de dados estatísticos obtidos do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, através da plataforma DATASUS e cruzamento com os dados obtidos do Conselho Nacional de Justiça sobre os processos referentes ao crime de aborto ocorridos em todo o território nacional, com análise específica do Estado da Bahia, no período de 2014-2018, utilizando a perspectiva feminista sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher atendida pelo Sistema Único de Saúde, por meio de revisão de literatura.

Palavras-chave: 1. Aborto 2. Morbidade 3. Mortalidade 4. Eficácia Declarada 5. Ineficácia Punitiva

OLIVEIRA, Thaise Menezes de. Abortion and (In) Effectiveness of Criminal Guardianship: A Walk on the Prohibition of Voluntary Termination from a Feminist Perspective. 91 fl. 2019. Monograph (Undergraduate) - Faculty of Law, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

Unsafe abortion in Brazil is currently the fifth cause of maternal mortality, being considered by the World Health Organization a public health problem since 1967. This paper aims, through analysis of statistical data obtained from the SIM - Mortality Information System, through DATASUS platform and cross-referencing with data obtained from the National Council of Justice on abortion crime cases that occurred throughout the national territory, with a specific analysis of the State of Bahia, from 2014-2018, using the feminist perspective on sexual and reproductive rights of women attended by the Unified Health System, through literature review.

Keywords: 1. Abortion 2. Maternal Mortality in Brazil 3. Maternal Morbidity in Brazil 4. Declared Effectiveness 5. Punitive Ineffectiveness

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Internações – Bahia (2009-2018).....	50
TABELA 2. Bahia – internações – marcador raça/cor.....	51
TABELA 3. Óbitos – Bahia – marcador raça/cor.....	53
TABELA 4. População do sexo feminino na Bahia em 2010.....	54
TABELA 5. Comparação entre internações e ajuizamentos de processos (Brasil).....	74
TABELA 6. Comparação entre internações e ajuizamentos de processos (Brasil).....	75

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Óbitos por gravidezes terminadas em aborto no Brasil (2008-2017).....	48
GRÁFICO 2. Internações segundo o marcador Raça/Cor no Brasil(2009-2018).....	51
GRÁFICO 3. Internações segundo o marcador cor/raça na Bahia (2009-2018) desprezada a categoria "sem informação".....	52
GRÁFICO 4. Óbitos por falha na tentativa de aborto no Brasil (2008-2017).....	55
GRÁFICO 5. Óbitos por Faixa Etária (2008-2017).....	56
GRÁFICO 6. Óbitos Segundo a Escolaridade (2008-2017).....	57
GRÁFICO 7. Óbitos segundo o Estado Civil (2008-2017).....	58
GRÁFICO 8. Óbitos por aborto não especificado no Brasil (2008-2017).....	58
GRÁFICO 9. Óbitos por aborto não especificado por faixa etária.....	59
GRÁFICO 10. Óbitos por aborto não especificado segundo o estado civil (2008-2017).....	60

LISTA DE SIGLAS

ANIS — Instituto de Bioética

ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ADPF — Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

CC/02 — Código Civil de 2002

CID — Classificação Internacional de Doenças

CNBB — Confederação dos Bispos do Brasil

CNJ — Conselho Nacional de Justiça

CP — Código Penal

CPP — Código de Processo Penal

DPU — Defensoria Pública da União

EUA — Estados Unidos da América

FAMEB — Faculdade de Medicina da Bahia

FIOCRUZ — Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA — Fundação Nacional de Saúde

HC — *Habeas Corpus*

IPERBA – Instituto de Perinatalogia da Bahia

OMS — Organização Mundial da Saúde

ONG — Organização Não Governamental

PNA — Pesquisa Nacional do Aborto

PL — Projeto de Lei

PSOL — Partido Socialismo e Liberdade

SIH — Sistema de Informações Hospitalares

SINASC — Sistema Nacional dos Nascidos Vivos

SIM — Sistema de Informações sobre Mortalidade

SURSIS — Suspensão Condicional da Pena

SUS — Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. ABORTO: BREVE HISTÓRICO	16
2.1. ABORTO: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO.....	23
2.1.1. Conceito de aborto para a Organização Mundial da Saúde.....	25
2.1.2. Conceito jurídico-penal de aborto	26
2.1.3. Conceito médico-legal de aborto	28
2.2. O ABORTO COMO UMA QUESTÃO MORAL	29
2.2.1. Laicidade e Laicismo do Estado.....	32
2.2.2. O Aborto na Alemanha.....	34
2.2.3. O Aborto no Japão	35
2.2.4. O Aborto no Uruguai	38
2.3. ABORTO E MORTALIDADE MATERNA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	42
3. DADOS ESTATÍSTICOS	47
3.1. DATASUS - SIM - MORTALIDADE MATERNA POR OUTRAS GRAVIDEZES TERMINADAS EM ABORTO	47
3.2. SUBNOTIFICAÇÃO DO MARCADOR DE RAÇA/COR NOS DADOS DO DATASUS.....	49
3.3. ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS NOTIFICADOS AO DATASUS	55
3.4. DADOS DO INSTITUTO DE BIOÉTICA.....	60
4. O ABORTO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E A (IN)EFICÁCIA DE SUA TUTELA	62
4.1. O ABORTO NO CÓDIGO CIVIL.....	63
4.2. LEI DE BIOSSEGURANÇA	64
4.3. ADPF 54 E ADPF 442	65
4.5. DA (IN)EFICÁCIA DA TUTELA PENAL DO ABORTO.....	71
5. CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	83

1. INTRODUÇÃO

O aborto querendo ou não é um assunto que toca diretamente a família e tão quanto a resistência a tocar no seu modelo pré-estabelecido. Com a onda de extrema direita reverberando sob o perfil do brasileiro, tende-se a defender conceitos tradicionais, assim como recorrer a argumentos tradicionais e conservadores acerca do tema aborto. Apesar da Constituição estabelecer que a família é a base da sociedade, e haver a discussão sobre se o casamento representado nela é de *numerus clausus* ou *numerus apertus*, isso enseja que o mundo do “dever ser nunca” esteve tão longe do mundo real e de problemas reais quanto neste cenário utópico da família tradicional brasileira e seu controle de natalidade, e de diálogo aberto no seu núcleo familiar.

O Brasil está indo contra a corrente, no que diz respeito ao âmbito internacional da questão. A maior parte dos países desenvolvidos já tem uma posição diversa da do Brasil com relação ao assunto. Os EUA, como nos ensina Gilmar Mendes e Paulo Gonet Branco, praticamente criaram a noção de não intervenção do Estado na vida privada e em questões privadas, tal qual é a importância do “não interferir” do Estado no pensamento norte-americano. Para os brasileiros, há certa diferença relevante sobre o entendimento do que é o Estado, como ele deve agir, e quais as relações entre cidadãos e estado devem ser cultivadas.

Muito daí também poderia ser falado em questões de justiça, inclusive social, para um problema que é mais social e cultural do que propriamente um problema jurídico. Há que se punir uma mulher que decide abortar? Fala-se em direito fundamental à vida. Mas este direito fundamental à vida é subjugado nos casos de risco para a vida da mãe (vidaxvida), o que é razoável e proporcional. E nos casos de estupro.

Assim chega-se em um ponto diferente. Estupro é uma violência e um crime, ao qual é permitido se cometer outro crime (aborto) para mitigar as consequências desastrosas do anterior. Porém, isto significa que o direito fundamental à vida foi relativizado, no intuito de um bem maior. Ora, não se pode submeter uma mulher que sofreu tamanha violência ter ainda que se responsabilizar, cuidar e amar o fruto da sua agressão, a qual ela não teve opções quanto a sua incidência. Esta é, com toda a certeza, uma das ponderações mais adequadas acerca do tema.

No entanto, também temos aqui uma margem para um outro pensamento da sociedade, que não tendo a ver com direito o influencia de tal forma que o modo de pensar dos legisladores,

eleitos pelo povo, e responsáveis pela criação das leis perpassa por esta atecnia da sua moralidade intrínseca. A figura da mulher honesta. A figura da mulher digna.

Somente a mulher digna tem direito à dignidade em sua real extensão.

Pois, não se pode falar em aborto sem primeiro olhar para a mulher e seus direitos — dentre eles o acesso à justiça, um dos mais básicos, que não é ofertado as mulheres nos casos de aborto permitido por lei devido à falta de informação. Mais, é necessário olhar para mulheres como sujeitos de direito, de fato, não apenas formalmente como está estabelecido na Constituição, porém, por vezes, desrespeitado. Por que dizer isto? A mulher é a principal envolvida quando o assunto é aborto, por motivo tanto biológicos e psicológicos, quanto todas as demais esferas — social, cultural, política — que a afetam como detentora de direitos e humanidade.

Destarte, adota-se como hipótese que há uma eficácia declarada no que diz respeito a proibição do aborto voluntário, estabelecido no artigo 124 e 126 do Código Penal, devido a estigmas morais enraizados na sociedade, bem como uma ineficácia punitiva dos mesmos, pois o discurso acerca do assunto se diferencia da real prática, assim como há uma dificuldade na aplicação da norma, visto as demais normas do sistema divergem em essência, como por exemplo, a obrigação de sigilo médico paciente, norma ética indispensável para a efetivação do direito fundamental a saúde.

Tem como objetivo geral analisar o real cenário da proibição do autoaborto/aborto voluntário, pelas nuances da eficácia e aplicabilidade da norma no Brasil, observando seus efeitos e consequências, não deixando de lado o viés sociológico, antropológico, histórico e econômico, já que a contextualização da norma é indispensável para uma análise clara de sua dimensão.

E como objetivo específico entender a eficácia declarada, e a ineficácia punitiva da proibição, através da análise de dados estatísticos contrapostos a pesquisas acadêmicas divulgadas por meio de artigos científicos.

A pesquisa desenvolvida utiliza-se de uma narrativa que parte de uma interpretação histórico-feminista, no intuito de brevemente demonstrar como as leis, normalmente criadas por homens, desfavorecem as mulheres e não contemplam suas necessidades e interesses.

No capítulo 2, examinamos o conceito de aborto e suas implicações morais, trazendo diversas perspectivas. Foram escolhidos três países distintos que se contrapõe ao Brasil nos aspectos econômicos, culturais, filosóficos e religiosos, fazendo uma rápida análise de como esses países

lidaram com a legalização do aborto voluntário. Os países foram escolhidos por terem histórias atípicas com relação ao aborto, a Alemanha por ter criado o aborto que hoje chamados de eugênico, o Japão por ter decidido pelo aborto “miserável” ao lidar com a superpopulação no pós guerra em um país devastado e faminto, e o Uruguai por ser o único país na América Latina, não socialista, a permitir a interrupção voluntária da gravidez em um continente onde as leis sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é considerado um dos mais restritivos do mundo — muito devido à influência religiosa.

No capítulo 3, demonstra-se por meio de dados estatísticos recolhidos do SIM — Sistema de Informações sobre Mortalidade, do SIH — Sistema de Informações Hospitalares (cujos dados sobre dados Estatísticos Vitais e Epidemiológicos também forma utilizados nesta pesquisa), acessado através da do DATASUS¹, uma plataforma considerada com uma boa qualidade de dados, contrapondo estes dados a PNA — Pesquisa Nacional do Aborto e demais artigos de referência para a interpretação destes dados.

O Capítulo 4, trata-se da exposição e crítica com relação ao ordenamento jurídico brasileiro, código civil, lei de biossegurança, e ADPFs que abrangem o assunto aborto.

O Capítulo 5, expõe as conclusões as quais chegamos no decorrer da pesquisa desta monografia, com relação a eficácia declarada da norma, sua ineficácia punitiva e dificuldade de aplicação, dados estatísticos colhidos do CNJ — Conselho Nacional de Justiça, assim como jurisprudência e códigos de ética que permeiam o assunto de forma não-jurídica.

Assim, foi possível uma breve análise acerca do aborto voluntário inseguro e seus impactos no sistema de saúde e no sistema de justiça brasileiros.

¹ Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6927&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nr>

2. ABORTO: BREVE HISTÓRICO

Nas sociedades primitivas, as mulheres eram consideradas seres sagrados capazes de dar a vida, não se entendia bem a função reprodutiva dos homens, qual o seu papel de fato na procriação. Em muitas sociedades, acreditava-se que as mulheres engravidavam dos deuses. Para além, as posições sociais se modificavam a depender do tipo de sociedade. As mais simples que viviam da caça de pequenos animais e coleta de vegetais, que não precisavam do uso direto da força física, eram mais igualitárias e a mulher ocupava uma posição central e sagrada dentro da comunidade. Contudo, os seres humanos passaram a caçar animais de grande porte, cuja caça demandava força física, mas ainda assim, a função de dar a vida ainda era da mulher e esta ocupava lugar prestigiado. Ao passo que os homens entenderam seu papel na reprodução, o que ocorreu no período neolítico (entre 8.000 a.C e 5.000 a.C), as coisas mudaram. (KRAMER e SPRENGER, 2015)

Nas sociedades caçadoras e coletoras, a natalidade tinha que ser controlada, pois, enquanto nômades em busca de alimento, uma mulher só poderia carregar um filho por vez — junto com os seus poucos pertences — e não poderia ter outro até que este já estivesse apto a andar sozinho rapidamente para conseguir acompanhar a tribo. Ou seja, a média de um filho para outro, em uma sociedade coletora e caçadora era de cerca de quatro anos — os métodos para esse controle de natalidade variavam entre amenorreia da mãe durante a amamentação, abstinência sexual, aborto e infanticídio. Já nas sociedades fazendeiras, que cultivavam seu próprio alimento e eram capazes de estocá-lo, deveriam permanecer no mesmo local por muitos anos, e, sem a necessidade de se mudar constantemente, o intervalo entre filhos diminuiu a metade, tendo a diferença entre filhos nas sociedades fazendeiras, cerca de dois anos, já que estas poderiam ter tantos filhos quanto pudessem alimentar. (DIAMOND, 2013)

A primeira menção sobre aborto em alguma legislação se deu no Código de Hamurabi (2235-2242 a. C.), na qual o aborto praticado por terceiros foi referido, não havendo qualquer referência ao aborto praticado pela própria gestante (FRANÇA, 2015)

Não havia leis punitivas na Grécia [Antiga]. Em Roma, o aborto não foi considerado crime durante todo o período clássico (GALEOTTI, 2007)

O aborto foi até o século XVIII — o chamado século das Luzes — considerado “coisa de mulher”. Assim como tudo em volta do mistério da vida: menarca, menstruação, cólicas, amenorreia, aborto, gestação, amamentação, desmama. Era sabedoria feminina, passada de

mulher para mulher, oralmente, na maioria das vezes no âmbito do seio familiar e vida cotidiana. (GALEOTTI, 2007)

Havia certa obscuridade que permeava o estado gravídico. Hoje, se uma mulher quer saber se está ou não grávida, basta comprar um teste de farmácia² e fazê-lo, é um procedimento comum quando há o atraso da menstruação. O teste detecta a presença do hormônio HCG produzido pelo organismo pelas células precursoras da placenta na urina da mulher. A gravidez também pode ser conhecida através de exame de sangue, o chamado Beta HGC, que verifica a presença do hormônio no sangue, sendo este possível de ser detectado antes do atraso menstrual, na 3ª ou 4ª semana de gestação (AYRES, 2019). Também é possível se detectar a gestação através de ultrassom transvaginal a partir da 5ª semana de gravidez, contada do primeiro dia da última menstruação (GEOVANA, 2019). Porém, durante séculos apenas a mulher era capaz de dizer se estava ou não grávida. Normalmente, ela percebia o próprio estado, não havendo exatamente uma precisão no tempo em que o fazia. Irregularidades menstruais eram comuns devido a má alimentação, então, só havia uma certeza do seu estado com o primeiro movimento do bebê (GALEOTTI, 2007).

Terceiros não poderiam fazê-lo devido aos escassos conhecimentos quanto a anatomia e fisiologia da mulher, bem como avanços tecnológicos, que hoje possibilitam saber o sexo da criança antes do nascimento ou mesmo detectar doenças e anomalias graves. Destarte, destaca-se aqui a importante figura da parteira, pois havia todo um pudor em relação as partes íntimas da mulher — nada tão diferente dos dias de hoje, suponho — logo, os médicos não atuavam nesta seara, ainda. Deste modo o aborto era praticado normalmente pela parteira ou pela própria mulher, muito raramente pela figura do médico. Que, inclusive até o século XVI era considerado crime o médico estar presente na hora do parto, sendo considerado um dos delitos mais graves (GALEOTTI, 2007). Mesmo quando deixou se ser sancionado juridicamente, a oposição social a presença de homens na hora do parto, como pontua Galeotti “Os homens, cujas tarefas, papéis, espaços, valores e modelos simbólicos eram nitidamente diferentes e especulares em relação aos femininos, não tinham, portanto, voto na matéria e nem sequer tinham direito de tê-lo”.

² O teste de farmácia surgiu em 1972, quando os cientistas descobriram a subunidade beta, o que tornou possível fazer um teste de gravidez preciso. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/cliq-ue-ciencia-como-funciona-o-teste-de-gravidez-e-como-era-no-passado.htm>> acesso em: 11 de outubro de 2019

Considerando a baixa expectativa de vida no período, e a alta taxa de mortalidade infantil não era possível assimilar a perda de uma mulher-mãe, ser formado e autônomo para um ser ainda não formado e amadurecido, tal qual era considerado o feto.

Por deter tal “poder” mulheres e parteiras foram os principais alvos da inquisição, guiada pelo *Malleus Maleficarum*, livro escrito em 1487 e que serviu como “bíblia” da Inquisição até o século XVIII. O *Malleus Maleficarum* também sugeria que as mulheres não deveriam receber educação e que sua sexualidade deveria ser controlada, qualquer coisa que fugisse ao papel de esposa e guardiã da casa e dos filhos, de sua função procriadora, poderia ser considerada esta, uma mulher perigosa, fonte de todo o pecado, uma bruxa. Um ser com poderes mágicos capazes de fazer com que os homens mais corajosos e mais poderosos do mundo temessem uma mulher. E assim, começou a derrocada das parteiras — mulheres sábias, detentoras de conhecimento — e paulatinamente foram substituídas pelo saber médico insurgente. (KRAMER e SPRENGER, 2015)

Porém, a partir da Revolução Francesa, houve uma mudança de paradigma histórico, passamos a Idade Contemporânea, marcada pelo iluminismo, cientificismo, a ascensão da burguesia em detrimento a nobreza e da Igreja que dominaram as relações de poder durante tantos séculos, o fenômeno da revolução industrial, o liberalismo e a mudança de sistema econômico, com o capitalismo ser mais evidente, ter ganhado força e estar caminhando para o seu auge, bem como a noção de individualismo que outrora não existia repercutiu no entendimento do que era o feto, passando de simples apêndice do corpo materno para um sujeito de direito. Cabe destacar que havia coisas a serem conquistadas, os Estados Nacionais passaram a ter maior poder que a Igreja Católica, e estes precisavam de mão de obra e soldados para o seu exército, assim a taxa de natalidade do seu povo passou a ter uma importância elevada. O que antes era um assunto de mulheres passou a ser interesse direto do Estado e da nação como um todo. (GALEOTTI, 2007)

Assim também surgiu uma figura interessante e inovadora que antes nunca havia se pensado poder existir: o médico obstetra.

Primeiramente, porque o habitual é que uma parteira assistisse as parturientes, assim esta nova especialidade não fora bem aceita pelas mulheres inicialmente, que ainda confiavam nas parteiras e comadres, afinal, aqueles não era um assunto de expertise masculina. Há que se falar que não existia médicas graduadas em universidades à época, por ser uma afronta a moral. A primeira mulher a receber o título de médica em 1754 pela Universidade de Halle-Wittenberg,

foi Dorotea Cristina Erxleben, nascida em Quedlimburgo, na Alta Saxônia, Prússia, atualmente, ela seria considerada de cidadania alemã — pois à época, o país não era unificado — foi introduzida a medicina pelo pai, que atuava como professor nesta universidade, e sua matrícula só foi aceita porque a medicina não era considerada de cargo público, já que mulheres deveriam ficar longe do domínio público. Ela nunca quis o diploma, sua carreira não seria outra senão o casamento, tendo o seu diploma apenas valor para honrar sua família acadêmica já ilustre e protegê-la de possíveis processos pela prática médica. (SCHIEBINGER, 1990)

Havia um quadro de bullying severo por parte dos estudantes quando alguma mulher ousava se matricular em um curso médico. Como ocorreu em 1809 com as estudantes que tentaram se matricular no curso de um colégio médico na Pensilvânia, Estados Unidos, assim como em Edimburgo, Reino Unido, quando sete mulheres foram agredidas e insultadas ao se matricularem no curso, fora aberto processo administrativo pela reitoria que decidiu pela expulsão das alunas, apontando-as como as causadoras dos distúrbios. Pela mídia, foram apelidadas de “as sete-sem-vergonha”. (REZENDE, 2009)

Assim, como pode ser observado, a medicina, a arte de curar era algo considerado ofício masculino. E quando ofertado às poucas mulheres que ousavam ingressar nos cursos médicos, como as irmãs Blackwell, americanas que decidiram se melhorar a prática médica em Londres e Paris, nesta última o ambiente permitido não era outro, que não a maternidade. Porém, mesmo direcionadas a algo considerado feminino, ser médica ainda era algo rechaçado pela sociedade, havendo assim, pouquíssimas mulheres médicas no século XIX. A primeira médica brasileira formada no Brasil foi a gaúcha Rita Lobato, pela Faculdade de Medicina da Bahia, apenas em 1887 (REZENDE, 2009). Assim, a especialidade obstétrica, nascida no final do século XVIII (FREITAS, 2008) ficou a cargo dos homens, mesmo que na vida cotidiana, o parto ainda fosse assistido pelas comadres e parteiras, e este fosse o natural.

Assim, é imperativo que se tome conhecimento da visão de Maria Rennotte, professora de origem belga, e uma das primeiras médicas que atuaram no Brasil sobre o assunto:

Com um tal sistema de educação que não prepara a moça para as responsabilidades da vida, que ela vincula sobre a humanidade conseqüências medonhas que não escapam mesmo a um observador pouco escrupuloso, urge que o corpo médico ciente dos efeitos de uma educação que exclue toda a noção de fisiologia, erga a voz em favor da reforma do ensino público, porque segundo Balzac e repetido por Pestalozzi, "le future des nations repose sur l'education des mères de famille" (Rennotte, 1895 apud (BRENES, 1991)

Nossa própria história da implantação das escolas de medicina no Brasil oitocentista enfrentou tal problema. Dom João VI ao vir para o Brasil, foi alertado pelo médico pernambucano Correia Picanço, Barão de Goyana, sobre a necessidade de uma escola de cirurgia, e assim, decretou em 1808 a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, hoje conhecida como FAMEB – Faculdade de Medicina da Bahia, integrada a Universidade Federal da Bahia em 1965. Na qual deveria ser ensinada Anatomia, Cirurgia e a Arte Obstétrica. Nove meses depois, em 05 de novembro de 1808 — como consequência da mudança da Corte Portuguesa para aquela cidade — foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, cujo currículo também contava com a Arte da Obstetrícia. Entretanto, ambas as escolas tiveram problemas no quesito tanto teórico quanto prático da aplicação da matéria. De fato, a matéria teórica só começou a ser ensinada em 1818 na Bahia, e a questão prática. Entre 1882 e 1889 houve a reforma tanto das instalações quanto do currículo da Escola do Rio de Janeiro, à época já chamada de Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ainda tinha problemas práticos pois as Irmãs de Caridade da Santa Casa não permitiam a implantação da Obstetrícia no local, pois *consideravam o parto uma falta de pudor* (BRENES, 1991). Na Bahia, que contava com condições estruturais de enfermaria piores que as do Rio, também sofria com a falta de parturientes que procuravam a clínica, sendo uma tímida quantidade ainda em 1875.

Somente algumas pacientes procuravam os serviços da clínica, já que havia uma resistência por parte do público contra a enfermaria de partos; essa objeção permaneceria, ainda, por muitos anos sob a forma de receio que as parturientes manifestavam ao internamente (SOUZA, apud BRENES, 1991)

Na Bahia, mesmo com a criação de uma enfermaria no Hospital de São Cristóvão, não havia interesse por parte das grávidas de serem atendidas naquele local.

Contudo, a criação daquela enfermaria não atraiu as mulheres para o espaço hospitalar. Ao longo do Oitocentos, as gestantes que deram à luz no referido hospital estiveram internadas por outros motivos que não a gravidez e o parto. Na opinião do médico Custódio Moreira de Souza Júnior (1886, p.16), a enfermaria de partos do Hospital da Santa Casa era um 'necrotério' nada atraente para as mulheres grávidas. Ele descreveu esse espaço como uma sala pequena, sem ventilação, anti-higiênica, que punha em risco a vida da mulher e da criança. (BARRETO, 2008)

Porém, sem dúvidas o século XIX foi claramente, o século onde houve a ascensão do médico-obstetra, onde tomou aos poucos o lugar as parteiras, retirando-as da sua profissão gradualmente ao torna-las cada vez mais periféricas e destituídas de capacitação adequada, já que, se houvesse um parto mais complexo, o protocolo instituído era o de chamar o médico, pois só ele poderia fazer uso de equipamentos como o fórceps ou dominava a cesariana, que outrora fora considerada crime. O século XIX também foi descoberta a anestesia, utilizada inclusive pela

Rainha Vitoria, em 1853, no parto do príncipe Leopoldo (CORDEIRO, 2018), enquanto isso, as parteiras perdendo o direito de prescrever remédios. O saber que era indiscutivelmente feminino foi usurpado pelo masculino, pelo cientificismo.

Se faz necessário entender a mudança de percepção que se tem do aborto, o direito deixou de proteger a mãe, ou o dano causado aos pais, para proteger o feto, o indivíduo ainda não nascido. O entendimento saiu da esfera privada, tornando-se uma questão de Estado.

Homens querem que mulheres param filhos para que estes lutem as suas guerras, para que formem seus exércitos, para que demonstrem força e ganhem seus jogos de poder e dominação. O instinto de líder da alcateia ainda presente em uma sociedade dita civilizada. Todas as proibições dadas sobre algo de natureza nitidamente feminino foram apenas para proteger interesses masculinos.

Na França, em 1920 — após a instalação de maioria de deputados conservadores e com “senso patriótico” nas eleições pós-guerra de 1919 — foi sancionada lei mais dura referente a penas para o aborto — que já era considerado crime para o Código Penal Francês da época — e para a proibição de propaganda, venda e distribuições de métodos anticoncepcionais. Afinal, era necessária a reconstrução do país no pós-guerra, após a perda de uma geração de cerca de 2 milhões de jovens franceses. (GISSI, 2005)

O que é preocupante, visto que o Brasil, acabou de eleger, em 2018 um Congresso com um crescente número de deputados e senadores abertamente conservadores e militares de carreira.

Algo semelhante ocorreu em 1939, com a entrada em vigor do *Code De La Famílie*, legislação que proibia com penas ainda mais severas a propaganda e a venda de contraceptivos e de substâncias abortivas (GISSI, 2005). Além de promover nas escolas uma campanha sobre o problema demográfico sob o ponto de vista estatístico, moral e familiar — Certamente nesta época, os franceses não pensavam que a França seria ocupada na guerra pela Alemanha Nazista, que haveria prostituição e nascimento de 200 mil bastardos. Essa foi chamada de colaboração horizontal, que foi declarado a plenos pulmões por um oficial alemão a um magistrado francês: “suas mulheres, até seus filhos, seu país não é mais seu!” (LEITE e HEUSELER, 2019). De fato aqui, percebe-se que é uma questão de dominação masculina, tanto de território, quanto de prole.

Ainda sobre o *Code De La Famílie*, — muito provavelmente mais idealizado com a ocupação nazista, como o “código da família francesa” — houve o que hoje achamos absurdos

no processo penal, onde as acusadas foram destituídas de algumas garantias legais como a noção de “crime impossível”, que ocorria quando não havia provas de que a mulher de fato estaria grávida, ou seja, se realizasse qualquer “ação suspeita” como tomar chá de poejo, erva notoriamente conhecida como abortiva, mesmo não estando grávida, ainda assim, corria o risco de ser punida. Aboliu-se o direito a suspensão da pena em caso de reincidência, bem como atenuantes, as multas aumentaram, e os médicos foram recrutados pelo Estado para bem dizerem a sua cartilha, flexibilizaram o sigilo médico-paciente.

A definição de crime foi ampliada para incluir uma única tentativa de interromper a gravidez por meio de comida, bebidas, medicações ou por meios mecânicos; incluía as manobras abortivas realizadas em mulher grávida, como também em mulheres supostamente grávidas, dispensando, assim, o Ministério Público da obrigação de obter as provas da gravidez. (GISSI, 2005)

O Estado sabia do prestígio da profissão, bem como do peso científico e legitimador, bem como das necessidades da classe, desta forma, ao recrutar os médicos como soldados na luta do aborto voluntário, conferiram a eles em um acordo de cavalheiros a liberação do aborto terapêutico. Para isso, entretanto, a classe médica fez vista grossa as penas aplicadas a essas mulheres, que iam desde trabalhos forçados a prisão perpétua e guilhotina.

O aborto foi, assim, igualado à sabotagem e à traição, impondo-se como metáfora de “deserção feminina”, a ser punida com a morte, nos mesmos moldes da deserção do exército em tempo de guerra. Da ocupação até a libertação houve um significativo aumento dos casos de aborto que terminaram diante do Tribunal: em 1941 eles dobraram em relação aos anos anteriores, e entre 1940 e 1944 houve um aumento de 30%. (GISSI, 2005)

Se pensarmos sobre o momento histórico, parece uma queda de braço de homens franceses do seu ideário familiar, frente a ocupação alemã nazista.

Sempre que mulheres tomam papéis que tradicionalmente não são dedicados ao sexo feminino, e tem sucesso, se faz instalada uma tensão nos papéis de gênero.

Podemos citar a revolta contra a Lei Ópia, no império romano. Havia dois tipos de casamento na Roma Antiga, o *cum manum* e o *sine manum*. O primeiro, era uma forma autocrática de casamento, no qual a mulher passava da autoridade do pai para a autoridade do marido, não podendo ter bens e ficando na mesma posição de filhos e escravos, podendo o marido decidir inclusive sobre sua vida e morte. No segundo, mesmo casada, a mulher ainda estava sob a tutela do pai, ou tutor caso este fosse falecido, podendo gozar do prestígio das relações deste, ter bens e receber herança e, em caso de divórcio, poderia reaver o seu dote. (GALEOTTI, 2007)

Quando a Lei Ópia foi sancionada, o império passava pela Segunda Guerra Púnica (218 a.C a 201 a.C.), e esta foi a primeira das leis sumptuárias, que visavam controlar o consumo e vida luxuosa, já que, a arte da guerra é custosa. Leis sumptuárias foram utilizadas ao longo da história para regularizar ou reforçar hierarquias sociais e morais. Elas têm a função de regulamentar o consumo. O que não é falado é que havia uma restrição muito maior no que dizia respeito as mulheres do Império Romano quando esta foi sancionada — cabe ressaltar que à época, as mulheres não poderiam participar do Senado, sendo consideradas cidadãs de segunda classe. (PORTAL VERMELHO, 2010)

Ocorre que, como sempre durante as guerras nas quais os seus maridos vão lutar, elas acabam exercendo funções que tradicionalmente não exerciam, assim, podem exercer poder, e entrar na seara que anteriormente era apenas masculina.

Com o casamento *sine manum*, é dado a mulher a possibilidade de usufruir dos seus bens advindos da família paterna e estes estão sobre o seu inteiro controle, pois ela não estava sob relação de dominação ou subordinada ao marido. Com a Lei Ópia, foi imposto a estas mulheres que elas não mais poderiam ter a posse de riquezas, usar roupas com cores extravagantes, exibir jóias, ou mesmo, andar de carruagem. (GALEOTTI, 2007)

Esta lei ficou vigente por mais de 20 anos, até que houve uma revolta de mulheres que fizeram solicitações aos maridos e saíram a público para exigir a sua revogação. Como não podiam falar no Senado, solicitaram aos seus maridos que falassem. Para tanto, segundo Galeotti, citando Ovídio, essa pressão só pode ser feita através da noção do poder implícito à capacidade que a tem mulher de procriar, já que houve abortos em massa. A greve de mulheres, a recusa em dar descendência e abortamentos em massa lhe permitiram ter seus direitos de volta. Porém, esta vitória que culminou na revogação da lei em 195 a.C. só foi possível porque havia interesse masculino direto na questão. (GALEOTTI, 2007)

2.1. ABORTO: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Quanto a etimologia da palavra aborto, foram encontradas duas possíveis origens. Derivaria a palavra Aborto do latim *abortus*, onde “*Ab*” significa privação e “*ortus*” significa nascimento. (SÁ, 2016)

Outra possível origem é a palavra também do latim, “*aboriri*” que significa “separação de sítio adequado” (RIBEIRO e SPINK, 2011). Tal concepção seria mais assertiva da perspectiva do direito romano antigo — local onde se falava o latim — e cuja legislação estabelecia que o feto era uma espécie de apêndice do corpo materno, pois sem ele para nutri-lo não sobreviveria.

Entretanto, a palavra “aborto” embora muito utilizada no âmbito jurídico para descrever o fenômeno não seria a mais adequada para se referir ao mesmo. Os profissionais da área de saúde preferem a palavra “abortamento” pois indica de fato a ação, o movimento, o processo de expulsar o embrião ou feto do útero materno. Assim, a rigor, o aborto seria o produto do abortamento, e não a ação em si. Porém, o mais comum é que aborto seja utilizado como sinônimo de abortamento. (FRANÇA, 2015)

Para se falar em conceito de aborto também se faz necessário conceituar o que é entendido como natimorto, neomorto, nascido vivo, óbito/morte fetal/perda fetal, embrião e feto. Isto porque, é necessário que se faça essa diferenciação, afinal é uma linha tênue entre conceitos, vez que o aborto a idade gestacional, conceituada logo adiante é um dos principais vetores para se definir o aborto, bem como outras características deste, como peso e altura do feto.

Segundo a OMS, “Idade Gestacional” é a duração da gestação é medida a partir do primeiro dia do último período menstrual normal. A idade gestacional é expressa em dias ou semanas completas (por exemplo: eventos que ocorrem de 280 a 286 dias após o início do último período menstrual normal são considerados como ocorridos na marca de 40 semanas de gestação). (DATASUS, 2019)

Segundo o Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), 2009†, Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS), “Gravidez bioquímica (abortamento espontâneo pré-clínico, miscarriage)” é a gravidez diagnosticada somente pela detecção do HCG no soro ou urina e que não se desenvolve para uma gravidez clínica; “Gravidez clínica” é a gravidez diagnosticada por visualização ultra-sonográfica de um ou mais sacos gestacionais ou sinais clínicos definitivos de gravidez. Inclui a prenhez ectópica. Nota: sacos gestacionais múltiplos são contados como uma gestação clínica; “Embrião” produto da divisão do zigoto ao fim do estágio embrionário, 8 dias após a fertilização. (Esta definição não inclui tanto produtos derivados de partenogênese quanto produtos da transferência de células somáticas nucleares); os autores também definem “feto” como termo usado para designar o produto da fertilização desde o desenvolvimento embrionário com 8 semanas completas após

a fertilização até o abortamento ou nascimento (ZEGERS-HOCHSCHILD, ADAMSON, *et al.*, 2010)

“Neomorto” seria a morte de bebê nascido vivo, ocorrida até 7 dias do nascimento; “Natimorto (Óbito fetal)” morte antes da completa expulsão ou extração da mãe, de um produto de fertilização, no curso ou após completadas 20 semanas de gravidez. O óbito é indicado pelo fato de que, após esta separação, o feto não respira ou exibe qualquer sinal de vida como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários definidos; “Neomorto (Óbito neonatal)” como a morte de bebê nascido vivo, ocorrida até 28 dias do nascimento; “Mortalidade perinatal” como a morte fetal ou neonatal ocorrendo durante gestação tardia (às 20 semanas completas ou após), durante o nascimento ou até 7 dias completos após; (ZEGERS-HOCHSCHILD, ADAMSON, *et al.*, 2010)

“Abortamento espontâneo (miscarriage)” é a perda espontânea de gestação clínica antes da 20ª semana completa (18 semanas pós-fertilização) ou, se a idade gestacional não é conhecida, a perda de embrião/feto com menos que 400g; “Abortamento induzido” é o término de uma gravidez clínica, por interferência deliberada antes de 20 semanas completas de idade gestacional (18 semanas pós-fertilização) ou, se a idade gestacional é desconhecida, de um embrião/feto de menos de 400g; “Parto” é a expulsão ou extração de um ou mais fetos da mãe após 20 semanas completas de idade gestacional. (ZEGERS-HOCHSCHILD, ADAMSON, *et al.*, 2010)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “Nascimento vivo” é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva. (DATASUS, 2019)

2.1.1. Conceito de aborto para a Organização Mundial da Saúde

Para a OMS — Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*) “aborto” é a interrupção de uma gravidez antes do marco de viabilidade do feto, ou seja, antes

de o feto se tornar viável para vida extrauterina³. A definição de “viabilidade” é variável em diferentes países podendo variar entre tempo gestacional mínimo de 20 a 28 semanas, e de peso fetal mínimo de 400 a 1.000 gramas. (OMS, 1970)

Atualmente, a definição mais específica adotada pela OMS é a expulsão ou extração de concepto que pese até 500g (OMS, 1999). Na ausência da possibilidade de aferir o peso, pode-se levar em conta a idade gestacional entre a 20^a e 22^a semana ou 145-154 dias completos, ou mesmo a medida de comprimento do feto, até 16,5cm (MORAIS, 2008). É considerado aborto precoce aquele ocorrido até a 13^a semana, e aborto tardio aquele ocorrido entre a 13^a e a 22^a semana. (ME-UFRJ, 2019)

Esse conceito da OMS é amplamente utilizado em diversos manuais de medicina, como o de Bussâmara Neme, por exemplo: “A Organização Mundial da Saúde conceitua essa entidade como a expulsão do feto com menos de 500g, peso que corresponderia à gestação entre 20 e 22 semanas de amenorria” (WHO/FIGO, 1976 apud NEME, 2005). Na mesma oportunidade os colaboradores de Neme cita também o conceito de Ragan e Lai “Define-se como aborto a finalização da gestação antes que o feto adquira condições de viabilidade”(Ragan e Lai, apud Neme, 2005).

2.1.2. Conceito jurídico-penal de aborto

No ordenamento jurídico brasileiro, o direito protege a vida desde à concepção. Segundo Mirabete “Aborto é a interrupção da gravidez com a destruição do produto da concepção”. O crime de aborto é, dos crimes contra a vida o que tem menor potencial ofensivo — pena cominada de 1 a 3 anos para a mulher que praticar o autoaborto — porém, é o que é melhor detalhado no Código Penal, sendo disciplinado em 5 artigos diferentes, do 124 ao 128.

Há três variantes do crime de aborto no ordenamento jurídico brasileiro: a) o aborto voluntário, formalmente chamado de aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento (art. 124

³ *As used by medical profession, the term “abortion” denote the termination of a pregnancy before the fetus has attained viability, i.e., become capable of independent extra-uterine life. Viability is usually defined in terms of duration of pregnancy and/or weight of fetus, or occasionally length of fetus. A recent inquiry by WHO revealed considerable variation in the definitions used in different countries*

CP); b) o aborto provocado por terceiro, sem o consentimento da gestante (art. 125); c) o aborto provocado por terceiro, com o consentimento da gestante (art. 126 CP);

A doutrina classifica o aborto em natural, acidental, criminoso, legal ou permitido, miserável ou econômico-social, eugênico, honoris causa, ovular, embrionário e fetal.

- a) *natural*: interrupção espontânea da gravidez, normalmente causada por problemas de saúde da gestante (um indiferente penal);
- b) *acidental*: decorrente de quedas, traumatismos e acidentes em geral (em regra, atípico);
- c) *criminoso*: previsto nos arts. 124 a 127 do CP;
- d) *legal ou permitido*: previsto no art. 128 do CP;
- e) *miserável ou econômico-social*: praticado por razões de miséria incapacidade financeira de sustentar a vida futura (não exime o agente de pena, de acordo com a legislação pátria);
- f) *eugenésico ou eugênico*: praticado em face dos comprovados riscos de que o feto nasça com graves anomalias psíquicas ou físicas (exculpante não acolhida pela nossa lei). A importância do assunto recai, em especial, nos casos dos fetos anencefálicos, merecendo tópico apartado no final do capítulo;
- g) *honoris causa*: realizado para interromper gravidez extramatrimonial (é crime, de acordo com nossa legislação);
- h) *ovular*: praticado até a oitava semana de gestação;
- i) *embrionário*: praticado até a décima quinta semana de gestação;
- j) *fetal*: praticado após a décima quinta semana de gestação; (CUNHA, 2016)

Para César Roberto Bittencourt o crime é de mão-própria, por poder apenas ser praticado por mulher gestante, enquanto para Rogério Sanches Cunha é crime próprio, em que cabe sim coautoria. Como o feto não é titular de direitos, o sujeito passivo é o Estado. O crime é de ação penal pública incondicionada (CUNHA, 2016). Logicamente isso vai de encontro ao que é estabelecido no Código Civil “Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”, mas claro, estamos falando da lei civil, que tem várias correntes de interpretação, como veremos a seguir. Porém, para a lei penal, o sujeito passivo do crime de aborto não é o feto, mas sim o Estado.

Com isso se entende que o aborto atinge toda a sociedade, não dizendo respeito apenas a vida privada da gestante, como é o entendimento, por exemplo nos EUA, onde o aborto é legal desde 1973 com o julgamento do caso Roe X Wade, pela Suprema Corte Americana que decidiu pela preservação do sigilo da vida privada da gestante e sua autonomia para decidir acerca do aborto. (DWORKIN, 2009)

Se pune apenas a modalidade dolosa, e não a culposa. É admitida tentativa. É crime material, e a consumação se dá com a morte do feto ou a destruição do concepto, através de manobras abortivas (CUNHA, 2016), estas podem ser mecânicas, ou farmacológicas. No caso do Brasil, houve a proibição de venda pela ANVISA sem prescrição médica de misoprostol — conhecido pela marca Cytotec — desde 1998. O medicamento foi desenvolvido para o tratamento e prevenção de úlceras gástricas que tem efeito colateral abortivo, sendo recomendado pela OMS para o abortamento seguro, em conjunto com outros elementos. (COLUCCI, 2019)

2.1.3. Conceito médico-legal de aborto

Segundo França, o conceito médico-legal de aborto criminoso é a morte intencional do ovo. Entende-se por ovo em Medicina Legal o concepto até o momento do parto. (FRANÇA, 2015). Em Medicina Legal, diferente do que ocorre com a Obstetrícia, a idade do produto da concepção não interessa.

O mesmo autor advoga que o feto é dotado de vida biológica ou vida uterina, que não deixa de ser vida, acrescentando que o feto tem a capacidade de adquirir personalidade, sendo uma pessoa virtual.

A clássica definição de aborto é a de Tardieu, como sendo “a expulsão prematura e violentamente provocada do produto da concepção, independentemente de todas as circunstâncias de idade, viabilidade e mesmo de formação regular”.

Todavia, essa definição é falha porque situa apenas os casos de “expulsão do produto da concepção”, pois, sendo a mola hidatiforme considerada como tal, embora degenerado, não se pode considerar aborto. Ainda mais quando se verifica que nem sempre há a expulsão do ovo.

Outra definição é a de Carrara, modificada por Nelson Caparelli, que não deixa de atender aos imperativos da lei: “Aborto criminoso é a morte dolosa do ovo no útero materno com ou sem expulsão, ou a sua expulsão violenta seguida de morte.”

A mais simples é a de Nilton Sales: “a morte dolosa do ovo.” Morisani conceitua como “a interrupção da gravidez, seguida ou não de expulsão do feto, antes da época da sua maturidade”. E Garimaud coloca aborto criminoso como “a cessação prematura e dolosa da gravidez, ou sua interrupção intencionalmente provocada, com ou sem aparecimento dos fenômenos expulsivos”.

O certo é que nenhuma dessas definições está isenta de crítica. (FRANÇA, 2015)

França, em todo o seu discurso, se mostra como um homem conservador quando escreve acerca do aborto, é muito nítido e identificável sua posição, assim como os argumentos os quais utiliza.

2.2. O ABORTO COMO UMA QUESTÃO MORAL

O Brasil e boa parte do Ocidente foram e são influenciados por religiões de base judaico-cristã. Devido a esta poderosa influência, a nossa moral está impregnada com princípios judaico-cristãos. Não se pode falar de aborto no Brasil, sem entender a correlação direta que o assunto tem com religiões de base cristã. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, no último censo, em 2010, apontou que 86,8% dos brasileiros são cristãos. Destes 86,8%, 64,6% são católicos e 22,2% são evangélicos (IBGE, 2012). Ambos os grupos têm em comum na sua doutrina a aversão ao aborto.

Para entender como nossa população interpreta o aborto, é necessário fazer diversas reflexões, e querendo ou não para se argumentar é necessário conhecer essas raízes. Mesmo para que se conheça a lógica por dentro das religiões que tão influenciam a percepção particular das pessoas com relação a este assunto tão delicado e polêmico. No judaísmo, por exemplo, a fecundidade é extremamente importante e basilar para a religião, que como povo escolhido por Deus, deve se reproduzir e seguir os planos de vida dado por Ele. Assim, para o judaísmo a vida advém da criação, ou seja, a vida começa antes mesmo sequer da concepção, e vai seguindo etapas sucessivas como a relação sexual entre homem e mulher, a concepção, a gestação e o nascimento. Em cada uma dessas fase, há um valor, pois segundo o Talmud, até 40 dias depois da concepção, o feto ainda é “apenas água”, após esses 40 dias, ele se torna parte do corpo da mãe e somente se torna um indivíduo com o nascimento. Enquanto no Catolicismo, a vida começa a partir da concepção. (GLASMAN, 2018)

O suicídio para ambas as religiões impede que a pessoa vá para o paraíso, sendo o inferno o destino final como punição. E caso uma gestação ponha em risco a vida da mãe, o judaísmo recomenda o aborto, caso contrário, se a gestação continuar e com ela advier a morte da mãe, isto será considerado suicídio (GLASMAN, 2018). Para a Igreja Católica, mesmo com a possibilidade de morte materna, o aborto não é aceito sob nenhuma circunstância (JOÃO PAULO II, 1995). Talvez esta opinião seja modificada, pois o Papa Francisco tem se mostrado inovador.

O Judaísmo mesmo sendo uma religião mais “antiga” do que o cristianismo tem interpretação mais atual sobre o aborto, distinta da dos cristãos, pois admitem o aborto em diversas circunstâncias, a saber: Em caso de risco para a vida da mãe; em caso de união proibida (incesto ou adultério, porque frutos de adultério e bastardos não conseguem ter uma vida judia em sua plenitude pois sofrem diversas proibições da religião, como casar com outros judeus,

por exemplo); Má-formação fetal; Estupro; Problemas psicológicos da mãe; e até mesmo econômicos e sociais. Entretanto, se encaixar em um desses critérios não é suficiente para que se possa permitir a interrupção da gravidez na lei judaica, fator fundamental é o tempo gestacional. (NOTÍCIAS STF, 2018)

Para o Catolicismo, “O aborto provocado é a morte deliberada e direta, independente da forma como venha a ser realizado, de um ser humano na fase inicial de sua existência, que vai da concepção ao nascimento” (JOÃO PAULO II, 1995). A pena para o católico que comete aborto é a excomunhão.

A Igreja Católica Apostólica Romana condena o aborto desde o século IV, porém, passou a adotar a teoria de São Tomás de Aquino em que acreditava que alma somente se unia ao corpo quarenta dias após a concepção quando feto masculino e em oitenta dias, caso o feto fosse do sexo feminino. Tal teoria perdurou até 1869, quando a teoria de São Tomás de Aquino fora substituída pela teoria de que a alma fazia parte do corpo desde a concepção, e assim, o aborto para a Igreja Católica passou a ser considerado crime, punível com a morte. Em 1930, com a encíclica do Papa Pio XI acerca do matrimônio cristão, o direito à vida do feto foi igualado ao da mulher, e assim todos os métodos contraceptivos foram considerados “contra a natureza”, com exceção da tabelinha. (RODRIGUES e TOLEDANO, 2018)

Cabe ressaltar que o Brasil é o país mais católico do mundo, com cerca de 127,5 milhões de fiéis, ou seja, 12% dos católicos do mundo residem no país (SILVA, 2017). Existe como religião desde a morte de Cristo, tendo a primeira Igreja sido fundada pelo apóstolo Pedro, o primeiro padre, em Roma: “Tu és Pedro e sobre esta pedra erguerei a minha Igreja” (Mt 16,18). Obteve a liberdade de culto pelo Império Romano em 313 d.C. com o Édito de Milão, e se tornou a religião oficial do Império em 380 d.C. com a conversão do Imperador Teodósio I (REDAÇÃO MUNDO ESTRANHO, 2018). Com mais de mil anos de história e dogmas, existem vários movimentos dentro da Igreja Católica, um deles, é conhecido como Católicas pelo direito de decidir

Para os diversos grupos de evangélicos, assim como que para os católicos, o aborto é um ato condenável.

Para os Espíritas, que são 2% da população brasileira pelo censo de 2010, nas diretrizes da doutrina espírita a alma se encorpora desde a concepção, portanto, um aborto em qualquer idade gestacional é um atentado contra o divino. Doutrinariamente, não existe até então discordâncias significativas na religião que discordem dessa teoria.

O candomblé e a umbanda, religiões brasileiras de matriz africana, foram pesquisadas conjuntamente no Censo do IBGE de 2010, segundo esses dados, são praticadas por cerca de 0,03% da população. Para o africano, a vida, os filhos tem um diferente significado do que para um ocidental de cultura com raiz europeia, como é o caso da maior parte do Brasil. Na África, fertilidade, maternidade, paternidade, criança e idoso tem significados distintos dos que são encontrados hoje no Brasil. Ou seja, as diretrizes dessas religiões tem essência africana, e desta forma veem o corpo:

Nos terreiros de Candomblé, o indivíduo é definido como polarizador das forças inteligíveis, transcendentais e imanentes, que estão em dinâmica permanente com o mundo e com os homens, e presentes em todos os reinos da natureza sensível. Essas forças se encontram em potências no corpo que dialogam com o mundo, posto que o “corpo é o próprio mundo”. (LIMA, 2015)

Inicialmente, as religiões de matriz africana são pautadas na liberdade e responsabilidade individual e que o candomblé não tem um dogma sobre o aborto, mas se faz necessário conversar com a Mãe ou o Pai de Santo para ele avaliar cada situação, sempre sob essas perspectivas. (GONÇALVES e BORGES, 2017)

O aborto é uma questão sexista num país religioso, pois os discursos relativos a ele, na maioria das vezes, não conseguem se desprender da religião, virando inclusive ponto fundamental na campanha presidencialista de 2010.

As pessoas, porém, não respondem às grandes questões morais ou jurídicas como indivíduos; ao contrário, muitos insistem em que suas ideias sobre questões de tamanha importância refletem compromissos, lealdades ou associações mais amplas e mais gerais, e delas decorrem. Acreditam ter opiniões não apenas como indivíduos, mas como católicos, batistas, judeus, defensores dos valores familiares, feministas, ateus, socialistas, críticos sociais, anarquistas ou adeptos de alguma outra concepção ortodoxa ou radical sobre a justiça e a sociedade. (DWORKIN, 2009)

Há uma diferença em como os gêneros pensam determinado assunto, e como eles atuam na sociedade por meio desses pontos de vista distintos, houve durante todo o século XX avanços no que diz respeito a posição da mulher na sociedade brasileira, como a ocupação no mercado de trabalho a partir dos anos 1970, transformações no padrões de conjugalidade (lei do divórcio, 1977) e maternidade (mulheres tem menos filhos e mais tarde). Entretanto, essa ocupação de lugares não conseguiu chegar ao congresso de forma efetiva (MARIANO e BIROLI, 2017)

Nesse contexto, as mulheres permaneceram subrepresentadas. Se observarmos o período de reconstrução da democracia no Brasil após a ditadura de 1964, o número de mulheres eleitas não alcançou 10% do total de parlamentares eleitos em qualquer dos pleitos, mesmo com a instituição da Lei 9.504/97, que reserva para elas 30% das candidaturas nas eleições proporcionais. (MARIANO e BIROLI, 2017)

Em 2018, o número de mulheres na Câmara dos Deputados subiu de 10% para 15%, e pode ser considerado um crescimento histórico, passando de 51 deputadas para 77 do total de 513 Deputados Federais eleitos (CÂMARA, 2018). Porém, ao analisar os discursos sobre o aborto na câmara, desde os anos 1990 até 2014, percebemos que há uma grande diferença na sua composição, pois 85% da câmara, local onde se inicia o processo legislativo, ainda é formado por homens. São eles que criam as leis, e nada mais lógico que estas leis reflitam suas ideologias pessoais (MARIANO e BIROLI, 2017)

“Os religiosos praticantes de todas as tendências religiosas existentes nos Estados Unidos tendem muito mais a sustentar posições conservadoras sobre o aborto do que aqueles que não frequentam suas respectivas igrejas, ou que só o fazem esporadicamente” (DWORKIN, 2009) o filósofo se refere aos Estados Unidos, entretanto, não seria difícil expandir o caráter dessa afirmação para o espectro brasileiro, considerando que ambos os países contam com o mesmo aspecto religioso como plano de fundo para a controvérsia acerca do aborto.

2.2.1. Laicidade e Laicismo do Estado

Primeiramente é importante entender quais tipos de Estado existem, segundo a sua relação com a religião, assim, o Estado pode ser confessional, teocrático, ateu ou laico. Cada um deles exprime como o Estado se porta com as religiões e crenças em seu território, em relação a sua receptividade, tolerância, dentre outros diversos aspectos que perpassam cultura, moral e sistema político-jurídico. (POLITIZE!, 2017)

Estado confessional é aquele que adota uma ou mais religiões e há influência da Igreja em relação as decisões de Estado, porém, predomina o poder secular. Um bom exemplo é o Reino Unido, pois o Chefe de Estado é também Chefe da Igreja, ou seja, a Rainha Elizabete II, detém ambos os poderes. Porém, o Chefe de Governo, é o Primeiro-Ministro, que não possui nenhum vínculo direto com a Igreja. (POLITIZE!, 2017)

No Estado teocrático há influência direta da religião oficialmente adotada nas decisões políticas e jurídicas do país. Na teocracia (do grego Teo: Deus + cracia: poder), cujo significado seria governo divino, porém, pode ser lido como governo religioso, que tem como base leis religiosas como a Xaria ou a Bíblia e o clero ocupa cargos públicos de forma direta ou indireta. exemplos de Estado teocrático é o irã, que tem como chefe de Estado o Aiatolá, e o Vaticano, que tem como Chefe de Estado, o Papa. (POLITIZE!, 2017)

O Estado ateu, é aquele que adota a laicidade do tipo autoritária. Normalmente é um Estado que cortou abruptamente os laços com as autoridades eclesiásticas. Pode beirar a intolerância, pois o Estado age de modo a eliminar as influências religiosas perante a sociedade. (SILVA, 2019)

Para falar em Estado Laico, primeiramente temos que contextualizar historicamente e diferenciar o que é laicidade, laicismo, etnicismo, secularização, e os diversos tipos de estado existentes.

Laicidade e Laicismo derivam do grego clássico «laos» (adj: «laikos»), palavra que significa povo em sentido lato e universal. Já as palavras Etnia e étnico derivam também do mesmo grego clássico «ethnos» (adj: «ethnikos»), que significa povo, mas em sentido estrito e muito mais particular, servindo para falar de um grupo com características próprias, identitárias e comunitaristas. (REPÚBLICA E LAICIDADE ASSOCIAÇÃO CÍVICA, 2003)

Para falar em laicidade do Estado é necessário falar de Revolução Francesa (1789-1799) pois com ela foi propagado o Laicismo, um princípio de matriz humanista — humanismo esse que encontrou seu auge no final do século XVIII —, que vai de encontro a outro princípio: o etnicismo. Enquanto o Laicismo preza pelo ser humano, em sua individualidade plural, com suas dimensões mais universais. O etnicismo tem por filhos o nacionalismo, os regionalismos, e pode trazer consigo a xenofobia por valorizar os habitantes de certo local em detrimento de outros (REPÚBLICA E LAICIDADE ASSOCIAÇÃO CÍVICA, 2003). Com a Revolução Francesa, houve a estatização das propriedades da Igreja, e outras medidas que propiciaram a separação da Igreja e Estado, iniciando o processo de secularização que vivemos hoje.

Cabe ressaltar que a Revolução Francesa não criou o Estado Laico, a separação entre Igreja e Estado se deu pela primeira vez em 1787, com a constituição americana, mas apenas porque não fazia nenhuma menção sobre Igreja e Estado, só tendo ficado claro a partir da Primeira Emenda em 1791, que deixava explícito que deveriam estar separados (RANQUETAT JR., 2008). Do ponto de vista histórico isto é muito plausível visto o caráter imigratório na formação dos Estados Unidos, mesmo porque, os imigrantes ingleses fugiam dos puritanos e da intolerância religiosa sofrida na Inglaterra (PAIVA, 2010). Assim, para eles, separação de Igreja e Estado era algo absolutamente lógico, tal qual a criação de um novo regime de governo adequado as suas pretensões, o presidencialismo. Mas, foi através da Revolução Francesa que esta forma de pensamento se expandiu.

Enquanto o laicismo é um princípio do qual decorre a laicidade, a secularização é um processo, iniciado com base no laicismo, pelo qual a sociedade não é mais tão influenciada pela religião, seus pensamentos, práticas e instituições religiosas perdem significado social, ou seja, a religião perde força e autoridade sobre a vida privada e cotidiana (RANQUETAT JR., 2008). Durante a Revolução Francesa,

Portanto o Laicismo e a laicidade, almejam que um grupo social de aspiração dominante não se imponha de forma autoritária, totalitária ou de forma autocrática sobre os demais elementos minoritários que compõe esta sociedade, assegurando a utilização do espaço público à todos, sem nenhum tipo de constrangimento (REPÚBLICA E LAICIDADE ASSOCIAÇÃO CÍVICA, 2003)

2.2.2. O Aborto na Alemanha

É importante situar a Alemanha na discussão sobre o tema aborto, pois foi neste país que nasceu o aborto eugênico, uma versão qualificada de aborto, com finalidades próprias nunca antes vistas, pois o aborto eugênico visava à época impedir a reprodução de pessoas consideradas “inadequadas” aos ideais da população alemã, que acreditavam na superioridade da raça ariana e inferioridade de outras etnias, como ciganos e negros, assim como pessoas com problemas mentais, epiléticos e deficientes físicos e mentais.

Na Alemanha de Weimer, o art. 218 do código penal disciplinava a proibição do aborto, mas foi severamente violado em 1931, terrível ano da Grande Depressão, no qual, acredita-se que foram realizados cerca de um milhão de abortos (GISSI, 2005). Em 1933, já na Alemanha Nazista, a lei “sobre a proteção do povo e do Estado”.

Isto estava claramente ligado a política demográfica alemã que visava aumentar a população de alemães considerados “adequados”. Os Nazistas criaram o que hoje conhecemos como “aborto eugênico” no intuito de criar uma raça superior, livre de anomalias e malformações graves, que era recomendado em casos de epilepsia, de idiota, de demência precoce e de psicopatias diversas. (FRANÇA, 2015)

A mulher ideal alemã nesta época era a mãe, dona de casa, loura de olhos azuis e ancas largas, que deveria ter o maior número de filhos possível, na teoria dos três K: *küche, kinder und kirche* — Cozinha, Filhos e Igreja — Assim, em 1937 o governo do Reich editou lei que proibia as alemãs de trabalharem na administração, que deveriam se dedicar ao lar. (LEITE e HEUSELER, 2019)

O posicionamento dos médicos alemães era sem dúvidas diferente das dos médicos franceses da época, especialmente as médicas alemãs, que em 1930 entregaram documento ao Comitê para a justiça penal do Reichstag, onde se posicionavam a favor do aborto. (GISSI, 2005)

O aborto na Alemanha passou a ser duramente reprimido em 1943 para as Alemãs arianas, enquanto era recomendado a cidadãs “inadequadas”.

Após a Segunda Guerra Mundial, a Alemanha se dividiu em Alemanha Ocidental, capitalista, e Alemanha Oriental, socialista. O sistema econômico e a ideologia por ele marcada agem de forma diversa quando o assunto é o aborto. Na Alemanha Oriental, é permitido, em qualquer circunstância até o primeiro trimestre de gestação, desde 1972, enquanto na Alemanha Ocidental é permitido até o primeiro trimestre, em caso de estupro e se for necessário para salvar a vida da mãe. (GUIMARÃES, 2019)

Após a queda de Berlim, manteve-se a legislação de acordo com o que vigorava em cada região, até 1995, quando o Tribunal Federal da Alemanha deu uma decisão engenhosa “A vida deve ser protegida desde a concepção, mas não se pune o aborto realizado até a 12ª semana de gestação”.

Hoje, é um caso curioso, o aborto é regido por um Estatuto próprio e é considerado crime, porém, as interrupções da gravidez ocorridas até a 12ª semana não são alvos de ações judiciais, caso a mulher faça um acompanhamento psicológico de três dias. (GUIMARÃES, 2019)

Mesmo hoje, há um empasse sobre o aborto na Alemanha, pois até 2019, havia uma proibição acerca da publicização ou propaganda da realização de abortos no país (GUIMARÃES, 2019) Logo mais adiante veremos como a Lei de Acesso a Informação age no Brasil com relação ao Aborto Legal.

2.2.3. O Aborto no Japão

Faz-se importante a análise do aborto no Japão pois o país encontra-se em um panorama totalmente distinto da realidade brasileira, tanto pela formação histórica, política e cultural, como com o próprio ordenamento jurídico distinto do brasileiro, portanto vivem outras preocupações e questões totalmente diferentes das do Brasil, sendo a mais marcante a não influência religiosa no assunto. É importante conhecer

No Japão, o aborto (中絶 – Chūzetsu) foi criminalizado no Código Penal de 1880. Foi legalizado após a Segunda Guerra Mundial, em 1948 por razões de saúde materna e em 1949, foi acrescentado a incapacidade material de criar um filho, e é regulamentado pela Lei de Proteção Materna (母体保護法/Botai Hogo Hou), de 1996. A legalização veio pelos altos índices de mortalidade materna e pobreza em muitos locais do país verificados por oficiais japoneses no Pós-guerra (JAPAN TIMES, 2009). Com o pós-guerra, a ocupação americana no país (1945-1953), imigração, déficit habitacional e problemas de bem-estar, a superpopulação foi vista como um possível problema para o desenvolvimento do país, o que começou uma política de planejamento familiar em torno de 1950 (SCOTT, 2002).

Porém, o aborto é legal apenas em hipóteses previstas em lei, a saber: a gravidez foi um resultado de estupro; não tem condições financeiras para sustentar o filho; pode comprometer a saúde da mãe; pode prejudicar a saúde mental ou psíquica da mãe; não tem condições mentais para cuidar de uma criança — na prática esses requisitos são ignoradas pelos médicos, que não os seguem a risca, pois no Japão, o aborto significa alta lucratividade de clínicas particulares. (JAPAN TIMES, 2009)

O casal, em tese, deve estar em consenso, normalmente se pede um documento por escrito da anuência do pai, mas a palavra final é da mulher. Se ela quiser abortar terá o direito, da mesma forma que o pai não poderá obrigá-la a manter a gestação se ela não estiver de acordo. (JAPAN TIMES, 2009)

O aborto é utilizado no Japão como método contraceptivo, o que não é o ideal. Mais de 30% das mulheres que abortam fazem o procedimento várias vezes. Impede destacar que ao contrário do que muitos podem pensar, segundo a UNICEF, o Japão tem a menor taxa de gravidez na adolescência do mundo, e apenas 8% dos abortos do país são feitos por menores de 20 anos. (JAPAN TIMES, 2009)

Há resistência das japonesas a utilizarem a pílula anticoncepcional — que chegou tardiamente ao Japão, apenas liberada para consumo em 1999, cerca de 30 anos após a sua chegada e ampla veiculação no Ocidente — talvez por ainda ser um anticoncepcional “novo” as japonesas tem medo das reações colaterais de ingerirem hormônios, preocupação recente das mulheres ocidentais, mesmo após muitos anos de consumo da pílula. O método anticoncepcional mais utilizado no país são os preservativos de barreira, as popularmente chamadas “camisinhas”, e corresponde a 77,8% em 2000 (SCOTT, 2002). Sendo este percentual mantido em 2009 (JAPAN TIMES, 2009)

O procedimento não é coberto pelos planos de saúde e seus custos devem ser arcados pela paciente. Pode ser feito até a 20ª semana, ou 22ª em caso de complicação descoberta posteriormente, como má formação fetal, por exemplo. Nenhuma clínica aceita fazer o procedimento após a 22ª semana devido ao alto risco para a vida da mulher. (JAPAN TIMES, 2009)

Porém, o assunto não causa grandes discussões morais e religiosas que pelo qual perpassa o assunto no Brasil. Apesar do país ser tradicionalista e conservador, o caráter reservado da população japonesa com assuntos pessoais, sua cultura e filosofia são diferentes das ocidentais, no país não há o costume de opinar quanto as posições de outrem, e acreditam ser falta de respeito e educação desrespeitar a opinião alheia. Contudo, não significa que não haja influência da religião na vida dos nipônicos, ela apenas se apresenta de forma diversa de como ela se apresenta nos países ocidentais.

O Japão tem como as duas religiões e filosofias mais praticadas o Budismo e Xintoísmo, que não condenam o aborto, pois convalidam o argumento de oferecer condições de vida digna a um filho. É comum que pessoas que tenham abortado visitem os templos para rezar pelos fetos. Há um costume cultural de colocar bonecos de madeira nas casas e nos templos para simbolizar as crianças não nascidas. O ato religioso de oferecer uma imagem no templo facilita o ‘poder conviver’ com o sempre difícil fato de ter realizado um aborto. (SCOTT, 2002) Importante ressaltar que essas religiões não condenam a mulher por ter abortado. A culpa, o sofrimento, ou qualquer outro sentimento relacionado ao ato é uma questão da mulher/casal com ela/eles próprios. A principal razão de abortos na sociedade japonesa até hoje em dia, é, de longe, a incapacidade de criar os filhos. (SCOTT, 2002)

A queda da natalidade no Japão também se deve a dificuldade que as mulheres tem de voltar ao mercado de trabalho a cada nova gestação. (SCOTT, 2002)

A lei favorável ao aborto é aceita entre 70 e 80% da população. Isto não significa que concordem com o aborto, apenas que acreditam na lei, e que é opção da família decidir se estão ou não preparados para ter um filho. (JAPAN TIMES, 2009)

2.2.4. O Aborto no Uruguai

O aborto era legal no Uruguai desde 1938 por 4 motivos diferentes: Estupro, para manter a “honra familiar” — quando a gestação se dava fora do casamento, o necessário para salvar a vida da mulher e o chamado aborto miserável, aquele por razões econômicas.

Em uma votação acirrada na Câmara dos Deputados do Uruguai, por 50 x 49 votos, o projeto de lei que legalizava o aborto por qualquer motivo até as 12^a semanas foi aprovado. O prazo se estende às primeiras 14 semanas em casos de estupro e pode ser maior em caso de risco de morte para a gestante ou anomalias fetais incompatíveis com a vida. (BOUERI, 2018)

Depois do aborto, a paciente retorna ao sistema de saúde para uma nova consulta, em que faz-se o seguimento do quadro para garantir que o procedimento tenha sido realizado com sucesso. Segundo o MSP, desde que a lei entrou em vigor, metade das 44.619 mulheres que foram orientadas sobre o método de interrupção voluntária da gravidez se apresentou para a consulta pós-aborto. Destas, 85% escolheram algum método anticoncepcional, que no Uruguai inclui colocação de DIU (dispositivo intrauterino), laqueadura tubária, vasectomia, preservativos masculinos e femininos, implantes anticoncepcionais subdérmicos e pílulas anticoncepcionais – todos gratuitos no sistema de saúde público. (BOUERI, 2018)

Foi registrada a queda da mortalidade materna por aborto no país, que antes entre 2001 e 2005 foram registradas 25 mortes maternas devido a realização de aborto inseguro, entre 2013 e 2016 esse número foi de 3 mortes por aborto, nenhum deles no sistema de saúde. (BOUERI, 2018)

O Uruguai é conhecido por ser um dos países com legislação mais liberal da América Latina, com conquistas como o Casamento Civil Igualitário entre os sexos, e a legalização do uso da maconha. Silva aponta que estas conquistas tem como base históricas a evangelização tardia do território, pois não havia alto clero, ou muitos missionários na região, que tinha sua sede episcopal em Buenos Aires. Na elaboração da Constituição Uruguaia de 1830, o catolicismo foi indicado como religião oficial do Estado, gerando assim uma tímida e tardia institucionalização da Igreja Católica no território. Logo após começaram a surgir conflitos entre a Igreja e os Maçons, o que culminou na secularização dos cemitérios após a Igreja Católica se recusar a sepultar um famoso católico maçom chamado Jacobson. Assim, os cemitérios passaram da administração da Igreja para a Administração do Estado. (SILVA, 2018)

Em 1877, houve uma Reforma Educacional no país onde se instituiu o ensino laico, a educação passou a ser obrigatória e gratuita e o componente curricular religioso optativo. Em 1879, houve a promulgação da Lei de Registro Civil, que estatizou as certidões de nascimento, casamento e

óbito, retirando-os da seara da Igreja. Em 1885 foi promulgada a Lei dos Conventos, que tornava essas instituições e demais casas de oração no país, não reconhecidas pelo Estado, assim como proibiu a entrada de novas congregações no país, certamente em retaliação a política eclesiástica que visava expandir o catolicismo pela entrada de capuchinhos, vicentinos, salesianos, etc, no país. (SILVA, 2018)

Os conflitos entre os grupos anticlericais e a Igreja Católica registrados entre as décadas de 1860 e 1900 deflagrariam os passos iniciais em direção à construção do modelo de nação laica e da religião civil. Esse período é entendido como uma espécie de primeiro ato ou preâmbulo às reformas executadas no início do século XX, que aprofundaram a privatização e a marginalização do religioso na sociedade uruguaia (SILVA, 2018)

No início de século XX houve uma série de reformas que visavam a secularização do Estado, dentre elas estava a retirada de símbolos religiosos de espaços públicos, criminalização do ensino religioso nas escolas, divórcio pela vontade da mulher, secularização dos nomes de cidades e feriados, separação formal da Igreja e do Estado na Constituição de 1919. Essas reformas tiveram amplo apoio da base social pois a população uruguaia era cética quanto as reais intenções da igreja, denunciando a perversão sexual dos clérigos e a crença dos cidadão que os clérigos estavam mais preocupados com a riqueza (SILVA, 2018)

2.2.5. Panorama das leis de aborto no Brasil

Em um breve histórico sobre as legislação penal acerca do aborto no Brasil podemos entender que até 1830 o Brasil estava submetido a legislação penal das Ordenações Filipinas — que permaneceram vigentes até seu último suspiro com o Código Civil de 1916, quase 100 anos após a Independência. Ou seja, mesmo com a Proclamação da Independência por D. Pedro I, Imperador do Brasil, ainda vigoravam leis de origem portuguesa. O histórico legislativo brasileiro é marcado por situações de ruptura, que, forçavam a advento de novas legislações.

E tal qual foi o motivo do nascimento do Código Criminal do Império de 1830: a necessidade por pressão, havia o risco de fragmentação do Império pois o Brasil passava por um conturbado momento político pós independência — devido a Guerra da Cisplatina, onde o Brasil acabou perdendo o território que hoje é o Uruguai, culminando na sua independência. (MIGOWSKI, 2018). Cabe ressaltar que logo após a promulgação deste Código, houve a abdicação de D. Pedro I, em favor de D. Pedro de Alcântara, até então com 5 anos de idade, e daí decorreram outras diversas revoltas durante o período regencial.

Neste código promulgado em meio a este tumulto, sob a égide do ideário iluminista que, a partir do século XIX, privilegiou a adoção das penas privativas de liberdade em detrimento as penas de suplícios corporais encontradas nas Ordenações Filipinas. Assim, pouco se estabelecia acerca do aborto que figurou como crime pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro. (PESSOA, 2016)

o aborto era crime, com penas que variavam de 1 a 6 anos, e se caso incidissem causas de aumento, a pena poderia ser dobrada. Não se punia os casos de morte da gestante ou fazia menção ao aborto necessário. (FRANÇA, 2015)

Já no código de 1890, foi instituído pela primeira vez na legislação brasileira o crime de aborto provocado pela própria gestante (PAULA, 2017), para a mulher que provocasse aborto voluntário a pena era de 1 a 5 anos, podendo ser atenuada em 1/3 se fosse para “ocultar desonra própria”, bem como punia-se a morte da mulher em caso de aborto provocado por terceiro, com pena que variava entre 6 e 24 anos (FRANÇA, 2015). Pela primeira vez a lei estabelecia o aborto legal necessário para salvar a vida da mãe (MIGALHAS, 2018)

Bem como era punida a negligência e/ou imperícia médica na prática do aborto legal para salvar a vida da mãe, com pena entre 2 meses e 2 anos de prisão com privação do exercício da profissão por igual tempo. (FRANÇA, 2015)

No Código Penal de 1940 o aborto continua sendo crime, estando disciplinado nos artigos 126 a 128. Pune-se o aborto voluntário assim como o aborto praticado por terceiro. Manteve-se o aborto necessário para salvar a vida da gestante, e foi introduzido ao ordenamento o chamado “aborto sentimental” no caso gravidez decorrente de violência sexual (DIAS, 2005).

O aborto voluntário tem pena de 1 a 3 anos de detenção. A prática do aborto por terceiro sem consentimento da gestante tem pena de 3 a 10 anos de reclusão, caso haja consentimento da gestante, a pena para o terceiro que provoca o aborto é de 1 a 4 anos. Salvo se a gestante for menor de 14 anos, ou alienada ou débil mental, ou se o consentimento for obtido mediante fraude, violência ou grave ameaça, casos em que a pena será também de 3 a 10 anos. (FRANÇA, 2015)

No artigo 127 são disciplinadas causas de aumento no caso de lesão grave ou morte da gestante, e no artigo 128 as excludentes, sendo permitido ao médico praticar o aborto em caso de risco para a vida da mulher e no caso de estupro. (FRANÇA, 2015)

Entre 1990 e 2015 foram propostos 38 projetos de lei no intuito de restringir a legalidade e aumentar a punição do aborto voluntário. Recentemente, em 18 de outubro de 2019, houve a proposição do PL que visa restringir o aborto legal, retirando a possibilidade do procedimento ser realizado em caso de estupro, tendo como principais argumentos: o argumento do tempo “não tem como desestrupear uma mulher” e o argumento da gratidão “O autor do estupro ao menos poupou a vida da mulher, senão ela não estaria grávida. Pergunta que não quer calar: é justo que se faça com a criança o que nem sequer o agressor quis fazer com a mãe: matá-la?” ambas as falas são de autoria da Deputada Federal Chris Tonietto, do PSL, partido de direita e ela, católica convicta, em coautoria com o também Deputado Federal pelo mesmo partido, Filipe Barros. (REVISTA FÓRUM, 2019)

Cabe ressaltar que este tipo de aborto foi instituído no CP/1940, segundo Maria Berenice Dias, com interesse patrimonial, visto que naquela época assim como hoje, presume-se que o pai da criança seja o marido, e, naquela época, negar a paternidade de uma criança seria símbolo de vergonha e desonra para o homem (DIAS, 2005).

Destes 38 PLs, os que mais exerceram impacto na sociedade foram o PL 478/2007 — “Estatuto do Nascituro” que gerou inúmeros debates em 2013, e o PL 6.335/2009, que visava a objeção de consciência e crença dos agentes de saúde. (MARIANO e BIROLI, 2017)

Em 1991 houve 2 projetos acerca da ampliação do aborto, o PL 20/1991 tratava da obrigatoriedade de atendimento pelo SUS nos casos de aborto previstos no Código Penal — que em 1998 originou a Norma Técnica do Ministério da Saúde “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes”, e em 2013 se tornou a lei 12.845/2013, sancionada pela Presidenta Dilma Rousseff e conhecida como “Lei do minuto seguinte”. O PL 1135/1991, por sua vez, objetivava suprimir o artigo 124 do Código Penal, que caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (MARIANO e BIROLI, 2017)

Os avanços quanto a legislação sobre o aborto no Brasil são pequenos e vagarosos, bebendo de normas técnicas e basicamente advindos de ações judiciais. Em 2016 houve o julgamento do HC nº 124.306, na 1ª Turma do STF que afastou a prisão preventiva de 5 réus de clínica clandestina sob o argumento de que o aborto nas 12 primeiras semanas de gestação não constituiria crime, com base nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, de acordo com legislação comparada.

2.3. ABORTO E MORTALIDADE MATERNA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo a OMS, Define-se “morte materna” como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. (DATASUS, 2019)

Diferente do que é trazido da antiguidade por Hipócrates que afirmava: “as que abortam correm maior perigo; os abortos, na verdade, são mais penosos do que os partos [...] Existe, de facto, perigo [...] e esse perigo é grandes” (GALEOTTI, 2007, p. 36) nos dias de hoje, o aborto é considerado um procedimento simples e seguro, desde que feito da forma adequada, por pessoas com expertise necessária para tal e em ambiente apropriado para a prática.

Em 1967, na Assembleia da Organização Mundial da Saúde, o aborto inseguro foi considerado como um problema de saúde pública que deveria ter a atenção da organização e a redução da mortalidade materna por aborto inseguro foi colocada como uma das metas do milênio (GRIMES et al, 2006). Aliás, três das metas do milênio tem relação direta com o feminino, direta, ou indiretamente, a saber: a) promover a igualdade de gênero; b) reduzir a mortalidade infantil; c) melhorar a saúde materna;

Porém, em 2013, o Brasil ainda contabilizava 58,1 por 100.000 nascidos vivos, não alcançando a redução de 75% da Quinta Meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecida pela OMS. (KALE et al, 2018)

Há consenso sobre o aborto inseguro como uma questão de saúde pública, uma causa importante de mortalidade materna, que é evitável através de cuidados preventivos simples.

podendo e devendo ser combatido através de educação sexual, medidas de expansão do planejamento reprodutivo, acesso a um abortamento seguro nos casos previstos em lei e cuidados pós-abortamento em todos os casos. Também há consenso em relação ao fato da necessidade de ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos para prevenir a gravidez não desejada e os abortamentos inseguros (OMS, 2013)

Há uma profunda correlação entre o uso de contraceptivos e uma baixa taxa de aborto, atualmente os métodos contraceptivos são cada vez mais utilizados, e assim, o aborto deixou de ser uma das principais formas de controle de natalidade. É intrigante o fato de que em países

como a “Holanda, onde o acesso ao aborto e a contracepção é irrestrito e gratuito, tem uma das menores taxas de aborto do mundo”. (GRIMES et al, 2006).

Porém, nenhum método contraceptivo é 100% eficaz, a camisinha masculina tem um taxa de falha entre 3 a 12%, a pílula anticoncepcional 0,1 a 3%, o DIU Tcu 200, de 1 a 5%, e Tcu 380^a, de 0,3 a 1%, o contraceptivo injetável de 0,3 a 0,4%, implantes subdérmicos: Norplant, tem 1% (MOREIRA, 2011)

Em vários dos seis países [Cuba, Dinamarca, Holanda, República da Coreia, Cingapura e EUA], as taxas de aborto diminuíram com o uso continuado de anticoncepcionais e a estabilização das taxas de fertilidade em níveis mais baixos. Mesmo com altas taxas de uso de contraceptivos, no entanto, as gravidezes indesejadas continuarão. Nenhum método contraceptivo é 100% eficaz, e muitos casais no mundo em desenvolvimento ainda encontram obstáculos à contracepção. Todos os anos, 80 milhões de mulheres em todo o mundo têm uma gravidez indesejada, e 60% delas são abortadas. Assim, a necessidade de aborto seguro continuará. (GRIMES et al, 2006, p.7)

O aborto é considerado seguro quando feito por pessoa capacitada, através de método e ambiente adequados. Há a possibilidade de aborto seguro utilizando métodos cirúrgicos (aspiração do feto à vácuo), farmacológico (utilizando drogas que induzem o aborto, como mifepristone e misoprostol, com dosagem e intervalos adequados), e se a idade gestacional estiver entre 12 e 14 semanas, recomenda-se o método de dilatação e evacuação. Obviamente os métodos modernos são bastante técnicos e devem ser aplicados por quem tem expertise no assunto. (OMS, 2013)

No aborto legal, que deve ser realizado de forma segura, pode-se apontar que os períodos de espera, necessários a toda burocracia administrativo-legal podem retirar da mulher a possibilidade de realizar um abortamento seguro dentro das possibilidades da lei. Isso compromete a possibilidade de uma aborto seguro pelo tempo gestacional, bem como degrada a capacidade da mulher de tomar decisões, visto que a demora vir a causar dano, já que, quanto menor o tempo gestacional, menor é o risco de complicações ao efetuar o procedimento, e isto impacta diretamente na sua saúde, e indiretamente na autonomia da mulher, pois há uma demasiada dificuldade em que a mulher consiga se impor mesmo quando seus direitos são assegurados por lei.

Há despreparo dos profissionais de saúde para lidar com situações de abortamento, mesmo havendo “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento” para os casos permitidos em lei. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência

Sexual contra Mulheres e Adolescentes recomenda a conduta que deve ser tomada pelo médico que alegar objeção de consciência.

Há uma culpabilização da mulher que decide pelo aborto (MCCALLUM, MENEZES e REIS, 2016). Assim como a censura, o ocultamento e a distorção de informações podem prejudicar uma tomada de decisão livre. A mulher tem direito a informação, e a tomada de decisão informada. Neste contexto, o que tranquiliza é saber que a Lei de Acesso à Informação funciona. A ONG Artigo 21 foi responsável pelo levantamento dos locais que fazem aborto legal no Brasil, não obtendo sucesso apenas ao ligar para as instituições da lista disponibilizada pelo Ministério da Saúde, em muitas delas, a resposta foi negativa, “não fazemos aborto aqui”, em outra “nunca fizemos”. (ARTIGO 19, 2019)

Mesmo a legislação brasileira permitindo o aborto legal em caso de estupro, a informação de onde a mulher possa proceder para ter direito ao abortamento seguro não é divulgado.

A questão do aborto diz respeito diretamente à cidadania das mulheres, uma vez que a criminalização restringe sua autonomia para decidir sobre o que se passa no e com seu corpo (Biroli, 2014) e à sua integridade física e psíquica, comprometida pela criminalização e pela inacessibilidade do aborto nos casos em que é legal (Diniz et al., 2014), que configura a recusa desse direito como um problema de saúde pública. (MARIANO e BIROLI, 2017)

Na cidade de Salvador, Bahia, o IPERBA – Instituto de Perinatalogia da Bahia, é uma instituição credenciada para a realização de abortos legais, assim como o Hospital da Mulher – Maria Luiza Costa dos Santos, contudo, esta informação não é amplamente divulgada. Aliás, dificilmente encontrada nos sites oficiais do Ministério da Saúde, onde foi realizada pesquisa. A informação obtida junto ao site da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia na descrição dos serviços de apoio do Hospital da Mulher foi:

Atendimento ambulatorial; Hospital-Dia; Reprodução humana assistida; Oncologia; Planejamento familiar; Endometriose e infertilidade feminina; **Atendimento especializado para as pessoas vítimas de violência sexual**; Cirurgia plástica reparadora; Centro de diagnóstico composto por: Tomógrafo computadorizado; Mamógrafo; Ultrassom; Doppler scan; Raio-X; Laboratório 24 horas. (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA, 2019a)*grifo nosso*)

Menciona “atendimento especializado para pessoas vítimas de violência sexual”, o que de fato abarca o aborto legal, entretanto, dificulta a busca de forma clara a pessoas que de fato buscam por esse serviço específico, afinal, uma vítima de violência sexual pode buscar atendimento em diversos serviços de saúde, entretanto, o aborto legal não. Há instituições apontadas pelo

Ministério da Saúde que deveriam realizar tais serviços, porém, não o fazem. Das 175 instituições cadastradas em âmbito federal, apenas 76 de fato, realizam o procedimento. (ARTIGO 19, 2019)

Ao buscar no mesmo site pelo IPERBA, na mesma aba “Serviços de Apoio” selecionada anteriormente no caso do Hospital da Mulher nada foi encontrado referente ao tema: “Patologia Clínica; Raio-X; Ultrassonografia Obstétrica e Ginecológica; Ultrassonografia Neonatal e Transfontonela; Ultrassonografia de Abdomen Total e Ultrassonografia de Mama.” (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA, 2019b). Entretanto, logo na descrição inicial, a instituição explicita, de forma muito clara e adequada os serviços que disponibiliza.

Hospital de médio porte, referência em atendimento especializado à saúde da mulher e do recém-nascido, tem ambulatório especializado para atender nas áreas de pré-natal de risco, ultrassonografia, planejamento sexual e reprodutivo, atendimento ao adolescente, ginecologia clínica e cirúrgica, mastologia para patologia benigna da mama, uroginecologia, prevenção do câncer uterino e de mama, serviço social, enfermagem, psicologia e estimulação precoce. Na área hospitalar atende emergência de obstetrícia e ginecologia, **atende mulheres em processo de abortamento e realiza a interrupção de gestação nos casos previstos em lei (violência e risco de vida para a mulher)**. Credenciado pelo mec, como hospital de ensino. Atende demanda espontânea com centro cirúrgico/obstétrico e unidade de cuidado intermediário neonatal convencional e canguru. Urgência e emergências em ginecologia e obstetrícia e neonatologia (egressos da Unidade). (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA, 2019b) **grifo nosso**)

Mesmo o aborto legal, esbarra na barreira da (des)informação no Brasil. A Defensoria Pública da União — DPU, inteirada da dificuldade da realização do aborto legal no Brasil, fez uma recomendação a Anvisa para que a comercialização do misoprostol fosse liberada nas farmácias, sob prescrição médica com retenção de receita, para que o medicamento possa ser utilizado à domicílio nos casos de aborto legal, e em 28 de março de 2019 abriu uma audiência pública com o tema Aborto Legal para que o assunto fosse debatido com a sociedade. (DPU, 2019)

No país o Hospital referência em aborto seguro e legal é o Pérola Byington, em São Paulo, responsável por cerca de 25% dos abortos legais realizados no país. Isso porque, como já foi demonstrado, há poucos hospitais no Brasil que façam o procedimento garantido por lei (CARTA CAPITAL, 2019). Mesmo o aborto legal, sofre de estigmas.

O estudo da ONG Artigo 21 gerou o site: Mapa do Aborto Legal no Brasil⁴, onde as informações coletadas foram compiladas em uma escrita didática com interface intuitiva, sendo de fácil acesso e compreensão.

⁴ Disponível em: <<http://www.mapaabortolegal.org/>> acesso em: 22 de novembro de 2019.

3. DADOS ESTATÍSTICOS

Durante muitos anos (1990-2010), as estatísticas sobre o aborto em solo brasileiro eram levantadas pelo Instituto Allan Guttmacher (AGI), uma instituição americana que realizava pesquisas em diversos países da América Latina, incluindo o Brasil, com base em registros de curetagem realizados em serviços públicos de saúde e em entrevistas com profissionais de saúde, assim, estimando que o número de abortos no país ultrapassava 1 milhão, chegando a quase 1,5 milhão. Esses dados foram atualizados por outros pesquisadores da área, sempre mantendo o número base de 1 milhão, às vezes mais, às vezes menos. (MENEZES e AQUINO, 2009)

O aborto esbarra em um problema geral enfrentado pelo direito penal, a chamada “cifra oculta”

Entende-se por cifra negra (também denominada cifra oculta ou zona obscura) a parcela de crimes ocorridos que não chegam ao conhecimento das autoridades (polícias civil e militar, Ministério Público e Poder Judiciário). É a diferença entre o montante de crimes praticados e o número de crimes que os órgãos do sistema penal tomam conhecimento. Ou seja, são os crimes que não entram para as estatísticas consideradas oficiais da criminalidade. (GONÇALVES, 2014)

Na pesquisa Aborto e Saúde Pública - 20 anos de pesquisas no Brasil, organizada por Débora Diniz, identifica o perfil das mulheres que fazem aborto clandestino no Brasil como sendo mulheres entre 20 e 29 anos, com relação conjugal estabelecida, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, com religião, tem pelo menos um filho, são usuárias de métodos contraceptivos, e optam por aborto farmacológico, utilizando misoprostol, mais conhecido pelo nome da marca Cytotec®. (DINIZ, 2008)

3.1. DATASUS - SIM - MORTALIDADE MATERNA POR OUTRAS GRAVIDEZES TERMINADAS EM ABORTO

O SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi criado em 1979 segundo recomendação da OMS, e faz parte do Sistema de Estatísticas Vitais, juntamente com o SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos, criado em 1990 também criado por recomendação da organização. A função do SIM é emitir os dados que constaram na Certidão de Óbito, importante documento para formalizar o enterro ou cremação do indivíduo e a abertura do inventário, por exemplo. (OSORIO, 2003)

Para a realização deste trabalho foi utilizada consulta ao site DATASUS, nicho no qual se pode consultar informações referentes ao Sistema de Estatísticas Vitais, como o SIM e o SINASC, por exemplo. O intuito da pesquisa foi colher informações acerca das notificações sobre a listagem de morbidade “outras gravidezes que terminaram em aborto”. O DATASUS é alimentado através de notificações que chegam ao sistema tanto por instituições públicas quanto privadas.

Entre 2008 e 2017, segundo ao realizar pesquisa no DATASUS, houve a internação de 1.011.273 mulheres em todo o Brasil, em decorrência da CID “gravidezes terminadas em aborto” (que não eram espontâneos, ou por razões médicas), e resultou no óbito de 342 mulheres, 479.896 das internações foram realizadas em instituições de regime público enquanto 304.242 ocorreram em instituições de regime privado. Esta distinção era feita até 2015 pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e pode ser encontrada ao acessar o sistema do DATASUS. A partir de 2016, todas as internações constam como “ignorado”.

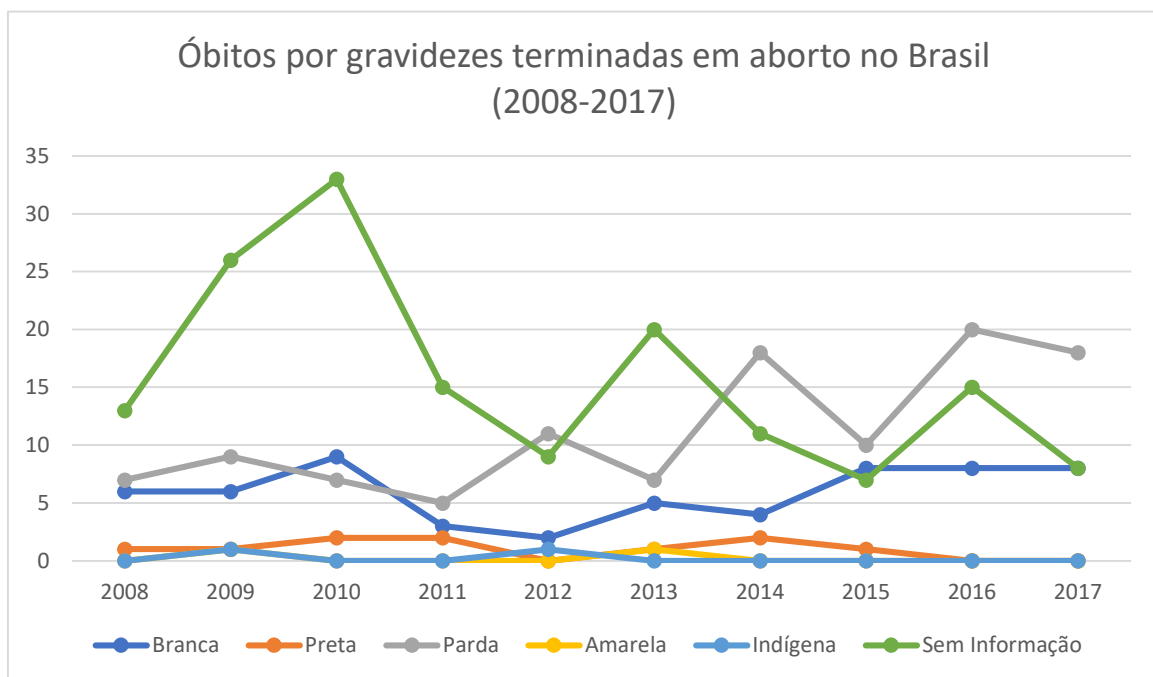


Gráfico 1. Fonte: SIM - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIH/SUS)

Entretanto, não se pode afirmar com convicção que todas as internações classificadas sob essa listagem revelam abortos provocados, nem que o tenham sido ilegalmente, mas por uma questão lógica, pode-se afirmar que eles não teriam sido classificados nessa listagem de morbidade caso fossem espontâneos ou feitos com respaldo legal, como argumenta o professor Bruno Gil. (LIMA, 2000)

Entre 2008 e 2017, segundo dados do DATASUS, houve a internação de 87.004 mulheres no estado da Bahia em decorrência de “outras gravidezes terminadas em aborto”, e resultou em 34 óbitos. Entre o período 2008-2017 das 87.396 internações ocorridas no Estado da Bahia devido a lista de morbidade CID-10 “outras gravidezes que terminaram em aborto” 44.689 foram realizadas em instituições públicas e 22.818 em instituições privadas. E 19.497 das internações notificadas foram realizadas em instituições cujo regime é “ignorado”.

Já com relação a CID-10 “O03 aborto espontâneo” houve 1.084.164 no Brasil, resultando em 1.908 óbitos, sendo 120.908 internações no Estado da Bahia durante o mesmo período resultando em 11 óbitos. No Brasil houve 18.080 internações pela CID-10 “O04 aborto por razões médicas”, resultando em 10 óbitos. Já no Estado da Bahia houve 747 internações, resultando em 2 óbitos.

Cabe informar que a subnotificação é um problema grave no que diz respeito ao aborto, esse que já é um problema nos países desenvolvidos que contam com legislação favorável ao aborto, se agrava em países em desenvolvimento e com leis mais restritivas (GRIMES *et al.*, 2006). Logo podemos concluir que estes dados são mínimos e não condizem diretamente com a realidade, não sendo forçoso afirmar que os casos de “gravidezes que terminam em aborto” é bem superior aos dados coletados pelo DATASUS. Já que um certo número de mulheres não precisa ser hospitalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ter um abortamento sem maiores complicações, bem como, aquelas que buscaram socorro para um abortamento no sistema privado, ressaltando que este não é o perfil estudado neste trabalho. (DINIZ e MEDEIROS, 2010)

3.2. SUBNOTIFICAÇÃO DO MARCADOR DE RAÇA/COR NOS DADOS DO DATASUS

Ao analisar os dados percebemos uma dificuldade de se apontar o marcador raça/cor nas notificações dos atendimentos. O SUS começou a utilizar o marcador cor/raça no SIM – Sistema de Informações sobre mortalidade em 1996, como recomendação da OMS, mas este não era um dado obrigatório.

A utilização deste marcador somente se tornou obrigatório pelo SUS com a Portaria 344 de 1º de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União. O uso do marcador tem por objetivo identificar o perfil epistemológico dos usuários dos serviços de saúde e da situação de saúde brasileira através de critérios étnicos raciais — cabe ressaltar que a medida vale também para

pesquisas e serviços de saúde privados conveniados com o SUS — e deve ser utilizado em todos os instrumentos de coleta de dados, a saber: prontuários, formulários, cadastros, para subsidiar eventual planejamento e desenvolvimento de políticas públicas adequadas, visto a diversidade da população brasileira e a necessidade específica de cada grupo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

É importante destacar que a atribuição do marcador cor/raça de quem veio a óbito é feito por heterodeclaração, ou seja, será um terceiro que dirá a que cor/raça o indivíduo que veio a óbito pertence ou não pertence. Não há protocolo sobre quem fará a heteroatribuição do marcador cor/raça podendo ser o médico responsável, o responsável pelo morto mais duas testemunhas, “alguém da unidade notificadora” em casos de óbitos naturais ocorridos naquela unidade (OSORIO, 2003) Como estamos falando de mortalidade materna por aborto, certamente, quem notificará será o médico responsável pelo caso.

No SIM, pudemos verificar uma queda nas subnotificações, que em 10 anos, teve seu pico em 2011 quando cerca de 58.26% das notificações de tais internações não continham este dado, ou seja, o equivalente a quase 3/5 das notificações de internações. Já em 2018, a porcentagem foi 32.17%, ou seja, quase 1/3 das notificações destas internações não constavam o marcador cor/raça. (SIM, 2019)

INTERNAÇÕES – BAHIA (2009-2018)			
Ano	Total de internações	Sem informação	Taxa Percentual
2018	9.382	3.018	32,17%
2017	8.890	3.256	36,62%
2016	8.895	3.555	39,97%
2015	8.986	3.864	43,00%
2014	8.805	3.898	44,27%
2013	8.575	4.364	50,89%
2012	8.227	4.673	56,80%
2011	8270	4.818	58,26%
2010	8.463	4.834	57,12%
2009	8903	5.042	56,63%

Tabela 1 Fonte: SIM - SISTEMAS DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

BAHIA – Internações – Marcador Raça/Cor							
Ano	Branças	Pretas	Pardas	Amarela	Indígena	Sem informação	Total de internações
2018	358	273	5.435	287	11	3.018	9.382
2017	330	243	4.749	309	3	3.256	8.890
2016	359	192	4.296	492	1	3.555	8.895
2015	424	168	4.306	224	-	3.864	8.986
2014	513	241	4.116	36	1	3.898	8.805
2013	501	207	3.493	9	1	4.364	8.575
2012	686	217	2.644	5	2	4.673	8.227
2011	691	237	2.517	6	1	4.818	8270
2010	718	207	2.700	4	-	4.834	8.463
2009	963	289	2.603	6	-	5.042	8903

Tabela 2. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Ao representar os dados em forma de gráficos podemos visualizar com mais clareza a extensão do problema, pois a subnotificação do marcador está destacado na imagem, podendo se observar de forma nítida a representação gráfica do “sem informação” se entrelaçando com a categoria “pardas” — que devido a constituição da população do Estado, já era esperada.

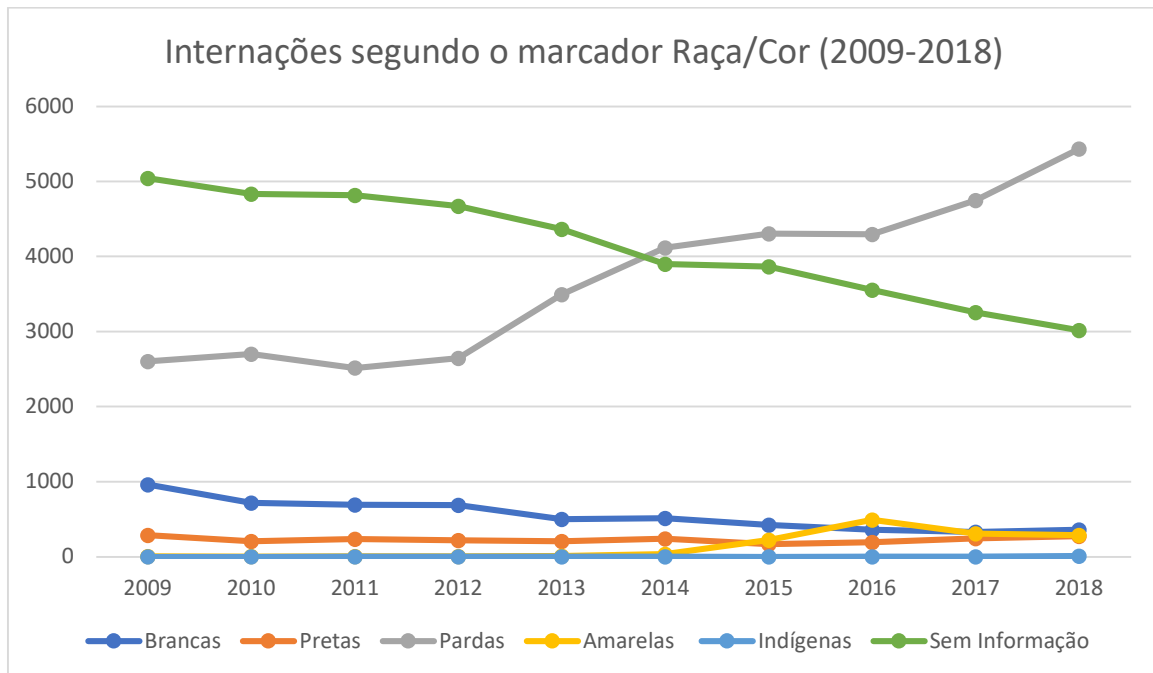


Gráfico 2. Fonte: SIM - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIH/SUS)

Porém, a categoria “sem informação” está tendo nítida queda, enquanto a categoria “parda” está em crescente ascensão ao passo que as consideradas “brancas” estão em queda. A hipótese lançada neste trabalho é que essa “ascensão parda” e “queda branca” não estão relacionadas com a mudança de perfil das usuárias do serviço, mas sim, devido ao crescente movimento

sobre identidade do povo negro e seus efeitos na sociedade porque por mais que as notificações sejam feitas por heteroatribuição da cor/raça, se a percepção do indivíduo sobre si mesmo sofre uma mudança — como de fato está ocorrendo na questão da autoidentificação como negro — é natural e esperado que esta mudança de comportamento tenha efeitos na sociedade. Já que a percepção pessoal do que é ser ou não negro mudou, é muito provável que a percepção deste indivíduo sobre a cor/raça de terceiros também seja modificada. (CORREIO24HORAS, 2019)

Cabe ressaltar aqui que, há pouca variação entre o dados obtidos através de autoatribuição e heteroatribuição de cor e raça, ou seja, há uma tendência a concordância entre ambos que resulta em uma porcentagem elevada de concordância, sendo assim, a heteroatribuição ou a autoatribuição de raça/cor podem ser ambas assertivas e porque não dizer, correlacionadas (OSORIO, 2003)

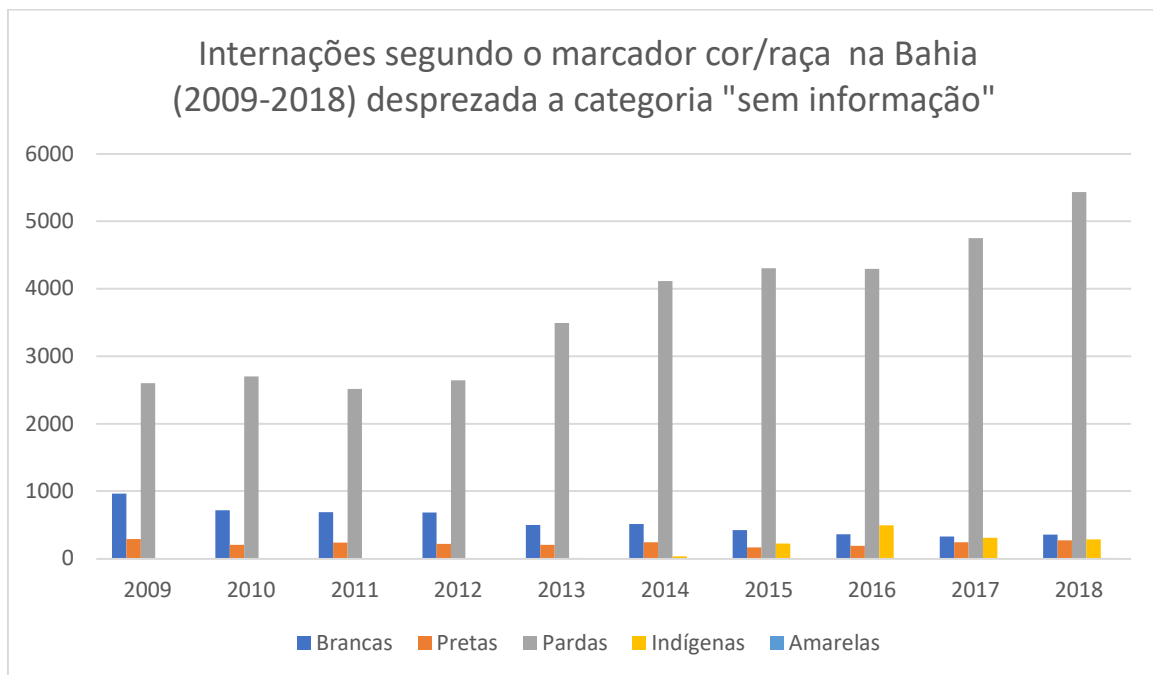


Gráfico 3. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

O que podemos concluir com essa rápida retrospectiva é que tivemos avanços significativos no uso do marcador raça/cor nos últimos dez anos (2009-2018), pois a subnotificação quanto ao marcador caiu de quase 3/5 para 1/3 das notificações sendo mais claro, o pico das subnotificações nos últimos dez anos ocorreu em 2011, com 58.26% de notificações sem a utilização do marcador raça/cor, enquanto no ano de 2018, a subnotificação girava em torno de 32,17% , o que ainda é muito, mas uma melhora considerável.

Óbitos – BAHIA – Marcador Raça/Cor (2009-2018)					
Ano	Branças	Pretas	Pardas	Sem Informação	Total
2018	-	-	-	-	-
2017	-	-	1	1	2
2016	1	-	4	2	7
2015	-	-	3	1	4
2014	-	-	4	1	5
2013	-	-	-	3	3
2012	-	-	1	1	2
2011	-	-	-	1	1
2010	-	-	1	3	4
2009	-	1	1	4	6

Tabela 3. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Entretanto, mesmo sendo um período tão curto e com informações deficitárias, considerando que em dez anos, ocorreram 34 óbitos em decorrência de morbidade referentes a “outras gravidezes terminadas em aborto”, apenas uma mulher branca morreu, ao passo que a morte encontrou 15 pardas e uma preta.

A notificação dos demais óbitos (outros 17) não continha a informação sobre o marcador raça/cor, ou seja, 50% do total, digamos que se formos utilizar apenas as informações conhecidas, válidas, 88.23% das mulheres que vieram a óbito por morbidade referente a “outras gravidezes que terminaram em aborto” no estado da Bahia entre 2009-2018 eram mulheres pardas. Segundo dados do IBGE, em 2010 a população feminina do Estado da Bahia, entre 10 e 49 anos de idade, era de 7.138.640 mulheres, sendo que 75,75% delas podem ser consideradas “negras”.

Ainda que alguns autores prefiram o conceito "etnia", o termo "raça" tem sido adotado pelo Movimento Social Negro no Brasil. A categoria "negro" inclui "pretos" e "pardos" por se entender que, historicamente, os indivíduos que se autodeclararam

pretos e pardos são aqueles que têm sido tratados discriminadamente, encontrando-se, em largas proporções, à margem do processo político-decisório. (SANTOS, COELHO e ARAÚJO, 2013)

Em comparação com outros Estados, a Bahia é um dos Estados mais negros do país, juntamente com o Pará e Maranhão, mas ainda assim, quando se compara os dados do Estado com os dados gerais do país, não há como não visualizar o marcador cor e raça da clientela que é assistida pelo SUS.

População do Sexo Feminino na Bahia em 2010						
Faixa Etária	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem Declaração
Total	1.614.640	1.184.792	4.222.717	88.138	28.607	285
10 a 14 anos	134.985	97.277	415.116	7.754	2.804	29
15 a 19 anos	133.812	107.785	405.660	9.053	2.550	31
20 a 24 anos	136.536	117.641	391.077	9.495	2.480	30
25 a 29 anos	138.562	126.104	389.526	9.701	2.443	25
30 a 34 anos	126.207	112.522	348.607	8.262	2.306	25
35 a 39 anos	110.622	90.326	295.008	6.427	1.884	14
40 a 44 anos	104.717	82.223	269.800	5.725	1.721	12
45 a 49 anos	92.235	71.118	233.121	4.620	1.586	11

Tabela 4. Fonte: IBGE

Claro que é preciso observar, sem dúvida alguma a distribuição étnica da população. Os Estados do Sul, que tem uma população majoritariamente branca, tem uma porcentagem de mortalidade materna branca elevada para esta listagem de morbidade “outras gravidezes que terminam em aborto”. Porém, o total do Brasil, no período entre 2009-2018, 122 mulheres pardas vieram a óbito por esta listagem, 11 negras, 62 brancas, 2 amarelas e 2 indígenas. Assim, há uma predominância de mulheres pardas, que são 34,56% do total conhecido de óbitos com o marcador raça/cor.

Ainda tendo o grave problema da subnotificação do marcador raça/cor, pois de 353 óbitos registrados neste período no país, 154 não tem informação quanto ao marcador raça/cor, ou seja, 43,63% do total. Essas mulheres são invisíveis as estatísticas.

Em 2000, o percentual de Declarações de Óbito com o campo em branco foi de 16% em todo o Brasil, um número considerado por alguns elevado o suficiente a ponto de poder comprometer a qualidade dos dados que envolvem a informação de “cor ou raça”. (OSORIO, 2003)

A afirmação do autor foi em relação a todas as declarações de óbito no país, aqui, cabe lembrar que todos os dados colhidos foram referentes e especificamente tratados como mortalidade materna causada por aborto, e com as informações obtidas, podemos entender que no que diz respeito a mortalidade materna por aborto, com a subnotificação que temos hoje, podemos crer em concreto, que estamos cegos. Pois não temos de fato, qualidade nos dados que, agora, obrigatoriamente deveriam ser repassados ao sistema. Assim, devido a defasagem dos dados não podemos com rigor científico dizer qual é o exato perfil de cor das mulheres que vem a óbito nos serviços de saúde por aborto.

3.3. ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS NOTIFICADOS AO DATASUS

Se buscarmos através da CID-10 “O07 Falha na tentativa de aborto”, no sistema DATASUS, foram notificadas entre 2008 e 2017, noventa e cinco óbitos de mulheres em idade fértil em todo o país, sendo que o marcador raça e cor foi bem utilizado aqui, tendo apenas constado como “ignorado” a notificação de 6 mulheres do total de 95 (6.31%).

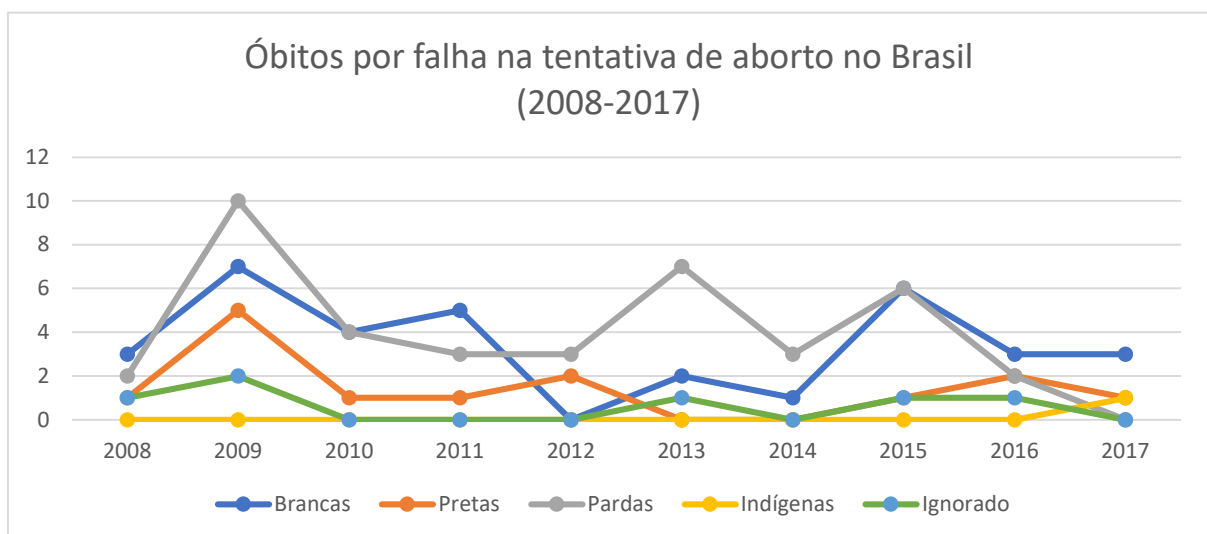


Gráfico 4. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Assim, por falha na tentativa de aborto levou a óbito 34 mulheres brancas (35.79%), 14 pretas (14.74%), 40 mulheres pardas (42.10%) e uma indígena (1.05%) no decorrer de 10 anos. Quase metade dos óbitos, 47 mulheres, estava na faixa de 20 a 29 anos de idade (49.47%), seguido em segundo lugar por 29 mulheres na faixa de 30 a 39 anos (30.53%), em terceiro, 12 mulheres na faixa de 15 a 19 anos (12.63%), em quarto lugar 5 mulheres entre 40 a 49 anos (5.27%) e em último a faixa 2 meninas entre 10 a 14 anos (2.1%). Segundo a PNA — Pesquisa Nacional do Aborto de 2016, a ocorrência do último aborto induzido praticado, se manifesta em mulheres mais jovens, com faixa etária entre 12 a 19 anos, a taxa seria de 29%, enquanto na faixa de 20 a 24 anos ela seria de 28%, e cai a 13% após os 25 anos. (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017)

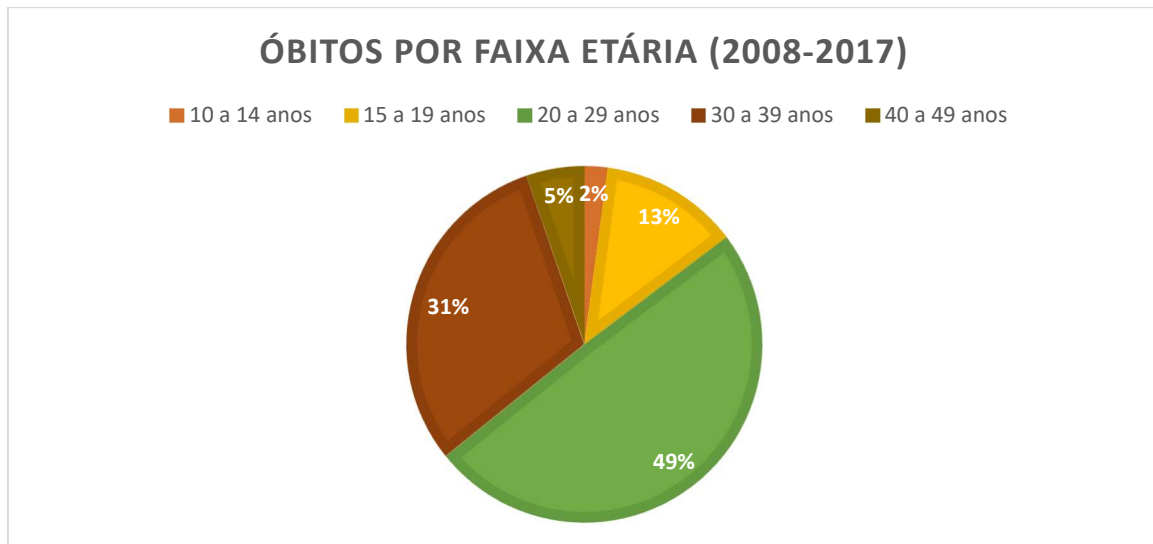


Gráfico 5. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Quanto a escolaridade, a maioria tinha de 4 a 7 anos de estudo (32.63%), seguidas de 8 a 11 anos de estudo (28.48%), ignoradas (20.00%), 12 anos ou mais (9.47%) de 1 a 3 anos (7.37%), nenhuma (2.10%). Esta informação de porcentagem vai de encontro a que nos foi apresentada na PNA, em 2010, pesquisa que afirma que “O aborto é mais frequente entre mulheres de escolaridade muito baixa. A proporção de mulheres que fizeram aborto alcança 23% entre aquelas com até o quarto ano do ensino fundamental (ou nível equivalente), ao passo que entre mulheres com o ensino médio concluído é de 12%.” Entretanto, cabe ressaltar que, como a mesma pesquisa justifica, é necessário cuidado ao imputar a escolaridade como um determinante para o aborto pois:

- (1) os resultados refletem uma distribuição etária da educação na qual o nível de escolaridade é menor entre grupos que acumularam mais abortos ao longo do tempo, ou seja, as mulheres mais velhas e (2) porque é razoável crer que os efeitos indiretos da educação sobre o aborto – afetando participação no mercado de trabalho e salários, padrões de união conjugal, etc. – sejam tão ou mais importantes que os efeitos diretos

do nível de informação sobre reprodução e sexualidade que uma maior escolaridade seria capaz de acrescentar (DINIZ e MEDEIROS, 2010)

Na PNA de 2016, foi mantido o entendimento sobre a maior ocorrência de abortos neste perfil de escolaridade “são bem maiores entre mulheres com baixa escolaridade, isto é, até quarta série (22%), do que entre aquelas com nível médio ou superior (11%), indicativo de que as taxas são provavelmente maiores entre as analfabetas.” (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017)

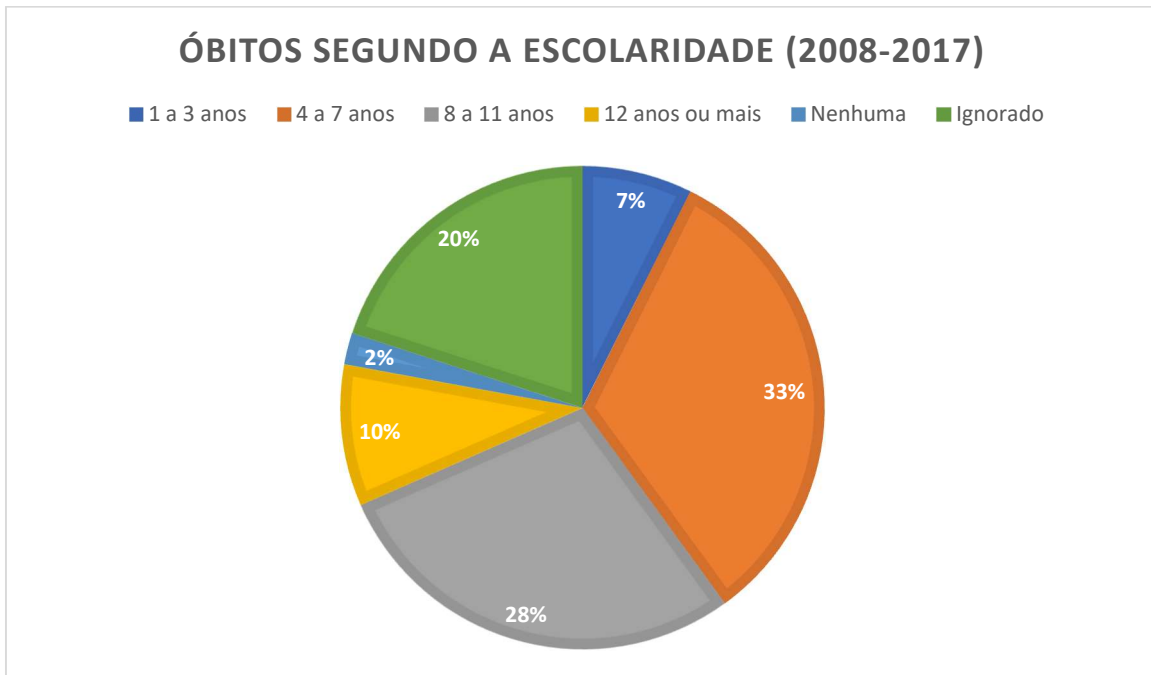


Gráfico 6. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Quanto ao estado civil, a maioria era solteira (56, 58.95%), casadas (18, 18.99%), viúvas (3.16%) separadas judicialmente (3.16%), outro (5.26%), Ignorado (10.53%). O impacto de ser solteira quando se busca o atendimento para abortamento no sistema público de saúde é imenso. Aqui podemos tentar fazer uma analogia audaciosa, considerando o termo amplo de violência obstétrica, trazendo-o na sua acepção mais ampla, considerando-o como uma espécie de violência institucional, cujas vítimas favoritas seriam as mulheres solteiras, com 2 a 3 vezes mais relatos de violência obstétrica para com as mulheres deste grupo (LANSKY, SOUZA, *et al.*, 2019) Assim, não seria difícil entender a mulher solteira como mais vulnerável e suscetível a sofrer violência no âmbito do serviço de saúde em que buscará auxílio, no caso o abortamento tenha complicações, tendo mais chances de ser negligenciada, ou seja, tanto uma violência ativa, quanto omissa.

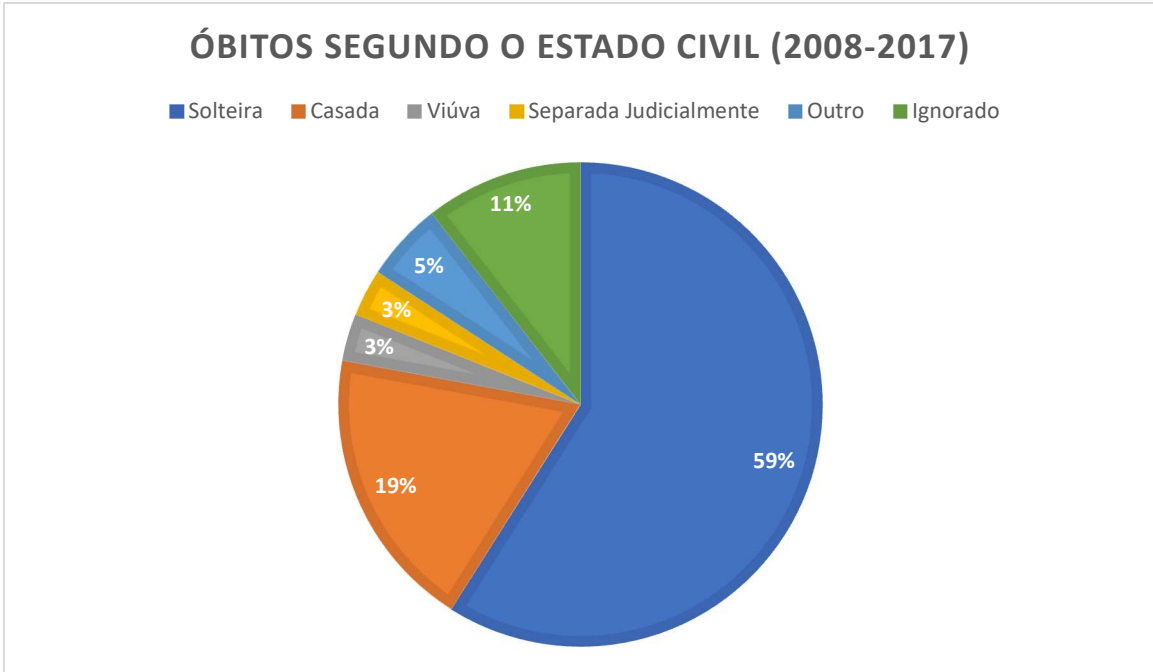


Gráfico 7. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Se buscarmos através da CID10 “O06 Aborto não especificado”, encontramos 398 óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, notificados entre 2008-2017. Dessas 398 mulheres que vieram a óbito, 121 eram brancas, 45 pretas, 1 amarela, 205 pardas, 3 indígenas e 23 foram notificadas como “ignorado”.

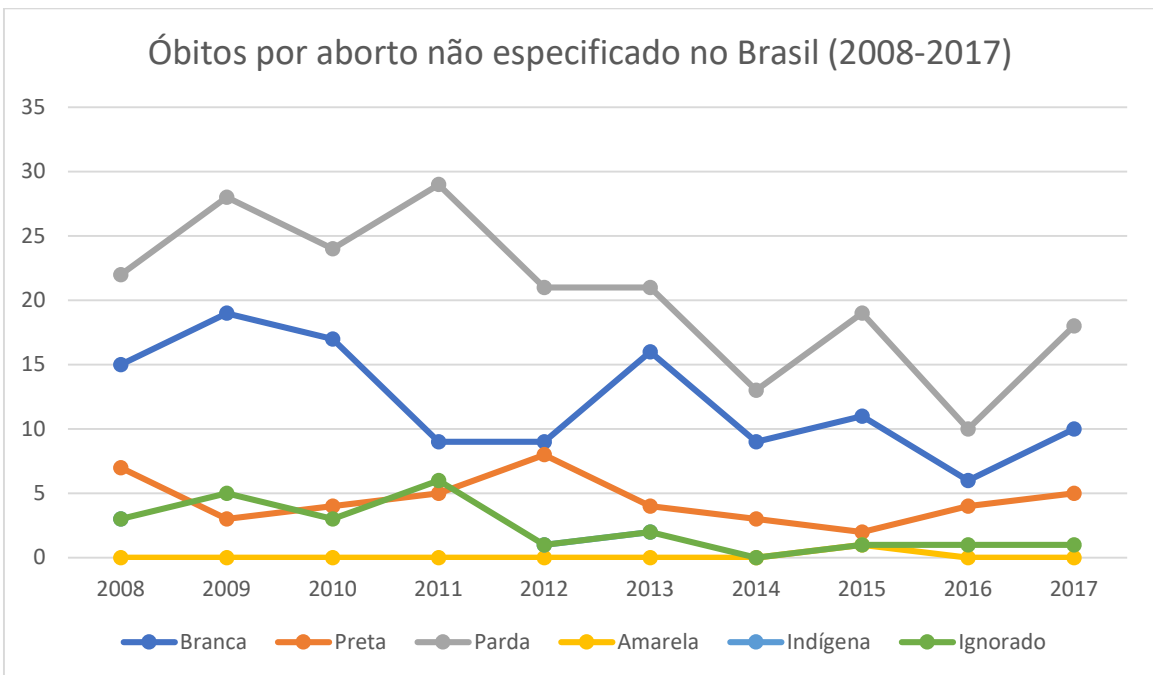


Gráfico 8. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Quanto à faixa etária, a maioria dos óbitos figuram 187 mulheres entre a faixa dos 20 aos 29 anos (46.98%), seguido de 117 mulheres na faixa dos 30 aos 39 anos (29.40%), em terceiro lugar foram notificadas 69 mulheres estando na faixa de 15 a 19 anos (17.34%), em quarto lugar, figuram 23 mulheres na faixa de 40 a 49 anos (5.78%), e em quinto e último, 2 meninas na faixa de 10 a 14 anos (0.50%). Assim, mantendo a proporção já identificadas nas outras CID-10 comparadas. Esses dados estão de acordo com a PNA, mas vale ressaltar que os demarcadores de limite de idade utilizado em casa uma das pesquisas possuem intervalos diferentes, portanto, é preciso ter cuidado ao analisar os dados.

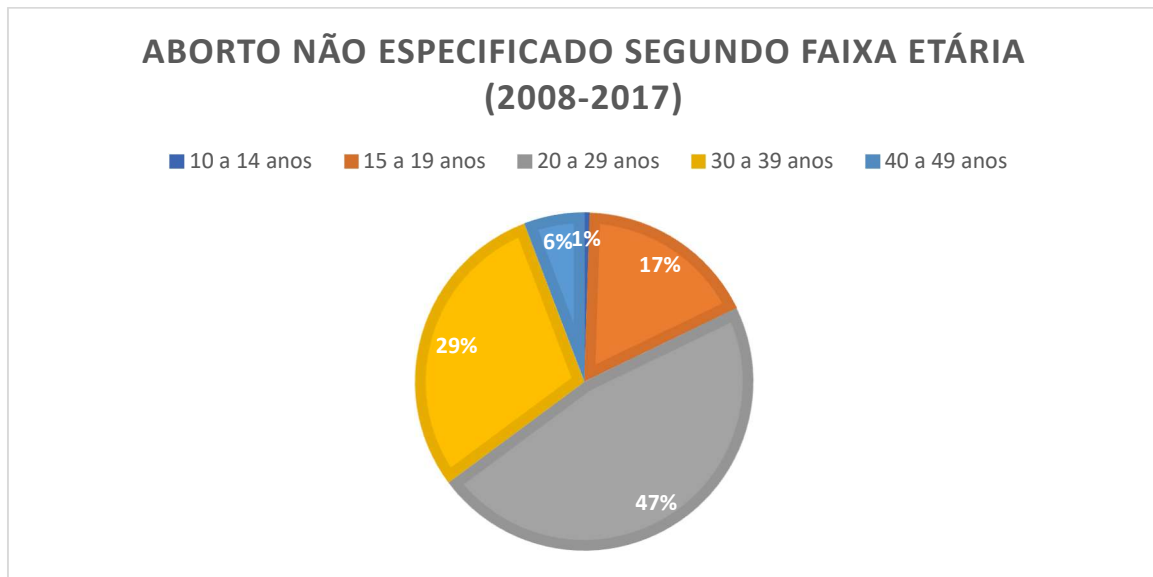


Gráfico 9. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Quanto à escolaridade, 142 mulheres apresentavam de 8 a 11 anos de estudo (35.68%), seguidas de 96 mulheres que estudaram de 4 a 7 anos (24.12%), 42 estudaram entre 1 e 3 anos (10.55%), 29 estudaram mais de 12 anos (7.29%) e 14 não estudaram (3.52%). Cabe ressaltar que este marcador figurou como “ignorado” para 75 mulheres que foram a óbito por aborto não especificado (18.84%).

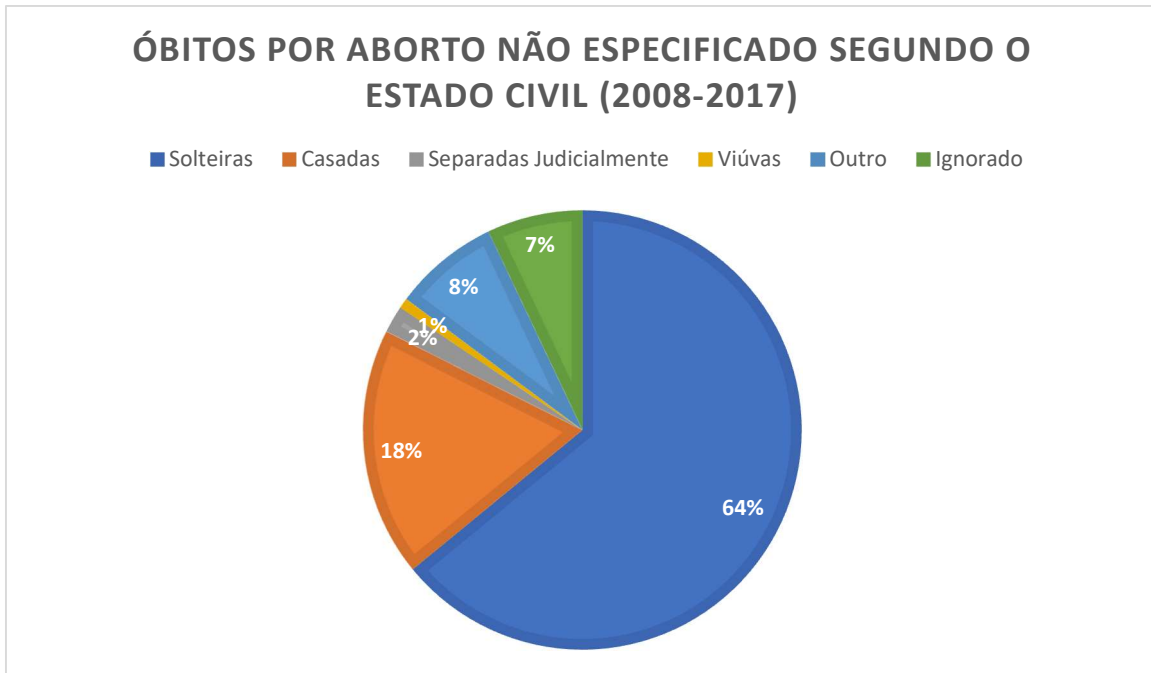


Gráfico 10. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

Quanto ao estado civil, 255 mulheres eram solteiras (64.03%), 73 casadas (18.34%), 8 separadas judicialmente (2.01%), 3 viúvas (0.75%), 31 mulheres foram notificadas como “outro” (7.79%). Ressalte-se que 28 mulheres (7.03%) tiveram este marcador marcado como “ignorado” no momento da notificação. Aqui, se percebe novamente a maioria dos óbitos de mulheres solteiras. Diferentemente do dado escolaridade, cujas proporções são relativamente equilibradas, quando se fala em estado civil no aspecto de mortalidade por aborto, os resultados são absurdos. O Sistema de Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) não fornece a opção de Estado Civil para as internações, assim o perfil de mulheres que pode ser utilizado é o da Pesquisa Nacional do Aborto, na qual há a indicação de que a maioria das mulheres que abortam são casadas ou tem parceiros fixos. (DINIZ, MEDEIROS e MADEIRO, 2017)

3.4. DADOS DO INSTITUTO DE BIOÉTICA

A ANIS - Instituto de Bioética, antes conhecida como Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, é uma organização feminista, não-governamental, sem fins lucrativos criada em 1999, sediada em Brasília. Foi a primeira associação da América Latina voltada para pesquisa, assessoramento e capacitação em bioética. A organização visa promover a cidadania, igualdade e direitos humanos para as mulheres e outras minorias. Castrada no CNPq desde 2002, realizou pesquisas importante como o PNA – Pesquisa Nacional do Aborto, em 2010. Desenvolveu em

2012, a estratégia da ADPF 54, que culminou na jurisprudência acerca do aborto de fetos anencéfalos e mais recentemente, participou das audiências públicas referentes a ADPF 442, convocadas pelo Supremo Tribunal Federal. (ANIS, 2019a)

Tal participação gerou a publicação “Aborto: porque precisamos descriminalizar?” e pelos dados apresentados pela ANIS nas audiências públicas realizadas nos dias 03 a 06 de agosto de 2018, cerca de 250 mil mulheres precisam ser internadas no SUS todos os anos em decorrência de um aborto inseguro. Cerca de 50% das mulheres que abortam precisam ser internadas. Estima-se que foram gastos 486 milhões de reais no período entre 2008 e 2017 para custear através do SUS o tratamento de complicações advindas de abortos inseguros. Afirmam ainda que, caso houvesse a legalização, e a prática do aborto fosse feita de forma segura, segundo as recomendações da OMS, apenas de 2% a 5% dos abortos precisariam de intervenção médica posterior, enquanto hoje, realizado de forma ilegal e insegura na maioria dos casos, cerca de 50% dos abortos necessitam de intervenção médica posterior, em condições potencialmente mais graves e difíceis de tratar. (ANIS, 2019b)

Ao especificar melhor os gastos dos recursos que se tem com a internação de abortos praticados de forma insegura, podemos citar a utilização de leitos hospitalares, suprimento de bolsas de sangue, medicações, centros cirúrgicos, anestésias e especialistas. (ANIS, 2019b)

4. O ABORTO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E A (IN)EFICÁCIA DE SUA TUTELA

Falar de aborto em um sistema jurídico inevitavelmente envolve entender quais os valores importantes para aquele sistema. No caso do aborto, o tema está intrinsecamente envolvido com o direito à vida, protegido pela Constituição da República Federativa do Brasil em seu Artigo 5º, *caput*:

Art. 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**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (BRASIL, 1988)

Muitos se apegam com veemência a esta menção, esquecendo das demais que se encontram no mesmo *caput*, liberdade, igualdade, segurança, e nos incisos do mesmo artigo, tal como :

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

[...] X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

[...] XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

[...] XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado; (BRASIL, 1988)

A imagem feminina está ancorada ao corpo, sua função reprodutiva, se é belo, dócil e útil. Sua prisão ao corpo impede que elas se expressem livremente (MARTINS, 2004). Assim, no que diz respeito ao direito das sucessões por exemplo, quando se refere a reserva da quarta parte da herança particular do *de cuius* o cônjuge sobrevivente que tenha filhos com o falecido tem direito a reserva da quarta parte da herança (Art. 1832, CC/02), entretanto, caso não tenha, será tratada como os demais herdeiros descendentes, sem o direito a tal reserva. Este artigo, aparentemente neutro, deve ser visto com um exame antropológico da situação. Mulheres no Brasil vivem cerca de 7 anos a mais que os homens. Isso significa que existem muito mais viúvas do que viúvos, e portanto, quem mais é afetado por esta norma, aparentemente neutra, em realidade, são as mulheres. (G1, 2019)

4.1. O ABORTO NO CÓDIGO CIVIL

Logo no primeiro ou segundo semestre do curso de direito, os graduandos têm suas primeiras aulas de teoria geral de direito civil, nas quais aprendem que o código civil brasileiro de 2002 (CC/02) não adota nem a teoria concepcionista, nem a teoria natalista. Na teoria concepcionista, a vida é protegida desde a concepção, sendo o nascituro sujeito de direito. Na teoria natalista, enquanto não nascido o nascituro tem apenas expectativa de direito, só tendo de fato direitos ao nascer com vida. Esse nascimento com vida pode ser assim considerado, se o nascituro nasceu, respirou. A respiração é o indício da vida (GAGLIANO e PAMPLONA, 2014)

Entende-se por nascituro segundo Silvio Rodrigues:

É o ser já concebido, mas que ainda se encontra no ventre materno. A lei não lhe concede personalidade, a qual só lhe será conferida se nascer com vida. Mas, preserva seus interesses futuros, tomando medidas para salvaguardar os direitos que, com muita probabilidade, em breve serão seus (RODRIGUES, 2002)

A rigor, o texto normativo no seu Art. 2º a “personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro” (BRASIL, 2002). Isto abre um escopo. Para muitos doutrinadores, a questão da permissão normativa para o aborto se encerra aqui, por ressaltar os direitos do nascituro. Porém, para outra fatia da doutrina, neste exato ponto, começam os questionamentos, pois assim, o nascituro teria apenas expectativa de direito, caso venha a nascer com vida. Ou seja, para a concretização destes direitos, o nascituro deve respirar fora do útero da mãe.

Isto se torna mais evidente no exemplo a seguir: suponhamos que Raquel de forma casual manteve relações sexuais com Caio, e engravidou. Caio morreu em um acidente de carro. Caso o nascituro que se desenvolve no útero de Raquel venha a nascer com vida, respirando, e posteriormente morrendo logo em seguida, este único suspiro de vida, aciona os seus direitos hereditários herdados do genitor, Caio, e logo se transmitem a genitora, Raquel, sua herdeira mais próxima, o que não ocorria caso natimorto, pois a genitora não tinha nenhum laço jurídico com o genitor. Caso seja natimorto não há o que se falar em direitos patrimoniais herdados. Os direitos que são assegurados ao nascituro estão em estado potencial, sob condição suspensiva. (GONÇALVES, 2017)

O código civil estabelece a legitimação da sucessão no seu art. 1798, in verbis:

“Art. 1798 Legitimam-se a suceder as pessoas nascidas ou já concebidas no momento da abertura da sucessão”.

É evidente a legitimação do nascituro a suceder, mas esta só é concretizada com o nascimento com vida, tanto é que, os pais do herdeiro nascituro, diferente dos pais dos herdeiros já nascidos, não administram o bem herdado.

Esta postura torna-se convincente devido ao avanço das tecnologias de reprodução assistida onde, um embrião do de cujus pode ser congelado por anos, o que interferiria no inventário e sucessão, estando arraigado de questões bioéticas. Logo, também por analogia, pode-se dizer que o “cuidado” para a transmissão dos direitos patrimoniais se dar após o nascimento com vida, tem fundamento imperioso.

4.2. LEI DE BIOSSEGURANÇA

A lei de biossegurança datada de 2005, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados, os chamados OGM e seus derivados, criou o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB e revogou algumas disposições (BRASIL, 2005). No geral, a pauta principal tinha a ver com questões de mercado, como disposição sobre o cultivo de transgênicos. Em segundo plano ficou o debate acerca da utilização de células-tronco. (FOLHA, 2005)

Os debates em torno desta lei foram muitos, principalmente no que diz respeito a grupos contrários ao aborto que acreditam que a vida começa desde a concepção, ou seja, a partir do momento em que o espermatozoide fecunda o óvulo. (FOLHA, 2004)

Para acalmar os ânimos a disposição sobre a utilização de embriões em pesquisas sobre células-tronco ficaram restritos a embriões proveniente de fertilização “*in vitro*”, congelados a mais de 3 anos, e que seriam “inviáveis” ou seja, de toda sorte não seriam implantados e por fim, seriam descartados. (FOLHA, 2005)

Através do aspecto biológico, uma gravidez teria de fato início com a implantação exitosa do óvulo fecundado na parede uterina, processo conhecido como nidação, que ocorre cerca de 14 dias pós fecundação. (NEME, 2001)

O tempo é algo crucial na questão da utilização do embrião, mas o local onde ele se encontra, também é demasiado importante, bem como, o estado físico. Pois um embrião congelado jamais poderá se desenvolver, assim como, se ele não estiver congelado, porém, estiver fora do útero, ele também se torna inviável. E estando descongelado e dentro do útero, ele ainda precisa se

implantar com sucesso e se manter para que a mulher possa finalmente dizer que está grávida. Sem todo esse processo, não se pode falar em aborto, porque situação outra não seria possível uma gravidez. E, desta forma, sem gravidez, não se pode falar em aborto.

4.3. ADPF 54 E ADPF 442

Em 2010, o Supremo Tribunal Federal julgou a ADPF 54, ação proposta em 2004 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, visando a antecipação terapêutica do parto no caso de fetos anencefálicos, permitindo que gestantes nesta situação pudessem fazer a interrupção voluntária da gravidez com assistência médica, sem qualquer decisão judicial específica. (MIGALHAS, 2015)

Uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nada mais é do que um instituto de base constitucional regida pela Lei nº 9.882/99, bebe da mesma fonte da ADI — Ação Direta de Inconstitucionalidade, porém, em âmbito mais específico, é utilizada no intuito de descumprir um preceito fundamental da Constituição, estes preceitos estão regulados na Lei 9.882/99, e o caso concreto deve se encaixar. É regida pelo princípio da subsidiariedade, ou seja, só pode ser utilizada caso nenhum outro meio possa ser utilizado. (MARQUES, 2014)

a ADPF pode ser compreendida, na sua modalidade mais conhecida, como uma ação do controle concentrado, destinada a combater o desrespeito aos conteúdos mais importantes da Constituição, praticados por atos normativos ou não normativos, quando não houver outro meio eficaz. (MARQUES, 2014)

Fetos anencefálicos são aqueles que não tiveram o desenvolvimento cerebral durante a gestação, o que é considerado uma anomalia congênita, cujo “O feto anencefálico não desfruta de nenhuma função superior do sistema nervoso central "responsável pela consciência, cognição, vida relacional, comunicação, afetividade e emotividade.” (SHEWMON apud ADPF 54)

O feto anencéfalo, mesmo que biologicamente vivo, porque feito de células e tecidos vivos, é juridicamente morto, não gozando de proteção jurídica e, acrescento, principalmente de proteção jurídico-penal. Nesse contexto, a interrupção da gestação de feto anencefálico não configura crime contra a vida – revela-se conduta atípica. (HC nº 84.025/RJ)

O *habeas corpus* foi impetrado por um casal do Rio de Janeiro o qual recebeu a notícia de que o bebê gestado era anencefálico, e não tinha possibilidade nenhuma de vida extrauterina.

Houve um acirrado debate com relação a doação de órgãos do feto anencéfalo, contudo no julgamento da ADPF 54 em 2010, o Ministro Marco Aurélio, com lucidez e sensatez afirmou: “A mulher, portanto, deve ser tratada como um fim em si mesma, e não, sob uma perspectiva utilitarista, como instrumento para geração de órgãos e posterior doação.” Ou seja, não se pode coisificar a mulher, vê-la como objeto em violação a sua condição humana, ferindo em demorado a sua dignidade como ser humano, como sujeito de direito, ao impor a continuação da gravidez como obrigação a mulher, no intuito de salvar outras vidas, ferindo sua autonomia privada. (MIGALHAS, 2015)

Um dos argumentos utilizados no julgamento da ADPF 54 foi do menor dano, já que no ordenamento jurídico brasileiro permite-se a aborto de feto sadio resultante de gravidez gerada através de violência sexual, com fins de minimizar os danos psicológicos causados, porque não se permitir aborto de feto defeituoso, sem possibilidade de vida extrauterina, cujo processo gravídico pode causar danos psicológicos a mãe, que se vê obrigada a passar por toda uma gestação, e ao final, não poderá ter seu filho consigo por mais que alguns minutos. Ela autonomamente poderia decidir pela antecipação terapêutica do parto, para minimizar tais consequências.

Um grande problema é que o conceito de liberdade para a mulher vem como um sinônimo de acesso a direitos civis e sociais, quando o real conceito de liberdade não está indexado a estas palavras. O conceito de liberdade tem a ver com sua integralidade física, emocional e social. Observa-se que mulheres estão trancafiadas em seus corpos (MARTINS, 2004) incapazes de serem autoras de suas próprias histórias como demonstrado no início deste trabalho com “as sete sem-vergonha”, mulheres que ousaram, em 1809 se matricularem no curso de medicina na Universidade de Edimburgo, Escócia, Reino Unido.

Juridicamente, o Brasil é signatário de vários tratados e acordos internacionais que tratam dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a saber: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995), Conferência de Cairo (1994), Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006). Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, enquanto direitos humanos fundamentais, que não são incompatíveis com a proteção do direito à vida, muito pelo contrário, pois o direito ao aborto seguro é uma forma real de efetivar esses direitos. (ANIS, 2019b)

Ressalta-se que não estaria havendo o descumprimento da Convenção Americana de Direitos Humanos do (Pacto de São José da Costa Rica), e que alegar tal coisa seria um atentado a boa

fé, pois a mesma convenção afirma que quem tem competência para interpretá-la é a Corte Interamericana de Direitos Humanos (desde que os Estados signatários reconheçam sua competência) e a Corte se posiciona de forma a recepcionar o aborto voluntário. (ANIS, 2019b)

Com relação ao teste acerca da proporcionalidade da norma, segundo análise feita pela ANIS, a proibição não passaria pelo teste, pois não seria adequada pois não consegue proteger o bem jurídico que almeja (a vida do feto), não é necessário, pois há outras formas de reduzir o número de abortos não violando os direitos das mulheres, e seria desproporcional, visto que desrespeita os direitos fundamentais das mulheres, coisificando-as, ao impor a obrigação da maternidade. (ANIS, 2019b)

Ademais, “o debate sobre o aborto é um debate sobre valores intrínsecos e não sobre direitos e interesses do feto” (DWORKIN, 2009). A discussão metafísica sobre início da vida é demasiado complexa, e nem mesmo a ciência sabe ao certo quando começa (ANIS, 2019b). E o direito, como já faz em diversos casos, utiliza-se de ficção — como a criação de pessoas jurídicas para se atender a interesses — bem como excludentes de ilicitude.

O direito pode tratar por si mesmo do aborto, em seus próprios termos, considerando que o direito utiliza-se de marcos temporais demarcados por ele mesmo como gatilhos para o seu funcionamento, sem, necessariamente ter relação direta com idades biológicas determinadas pela ciência. Como por exemplo, a maioria aos 18 anos para mulheres, que antes, era de 21 anos. Aos 16 anos, o indivíduo pode ser civilmente emancipado, mas continua inimputável para o direito penal até os 18 anos. Entende-se que um maior de 18 anos que mantiver relações sexuais com menor de 14 anos está cometendo o crime de estupro de vulnerável, mas essas idades poderiam ser modificadas pois elas não tem nenhum lastro com o biológico, com o científico, apenas com o direito, e com os costumes.

Era bem como até o século XX casar meninas aos 12 ou 13 anos, hoje, tal coisa soa abominável, e tutelado pela lei nº 13.811/2019, publicada em 13 de março de 2019, que proíbe o casamento dos menores de 16 anos no Brasil, tornando impossível o casamento de menores de 16 anos, para ambos os sexos. Anteriormente se permitia, caso a adolescente engravidasse.

Quanto ao segundo ponto sobre ser necessário, acreditamos que, não é necessário, mas não por haver outros modos de reduzir o número de abortos. Mas sim porque uma legislação proibitiva não possui eficácia na sociedade brasileira, como será demonstrado a seguir. E a redução do

número de abortos não deveria ser a prioridade, mas sim, a possibilidade de uma maternidade por livre e espontânea escolha, e com aparato de políticas públicas para que possa ser vivida com qualidade, como direito a creche para a retomada da carreira profissional das mães, com suporte afetivo e financeiro dos pais, e com um sistema jurídico que funcionasse no caso de reconhecimento de paternidade e pagamento de pensão alimentícia. Já que o não pagamento de pensão é uma das mais tristes realidades brasileiras, afinal, constitucionalmente, é vedada a prisão civil por dívida, salvo o caso de devedor de alimentos. Pois a questão não é somente maternidade, mas também, paternidade responsável e a possibilidade de planejamento familiar adequado.

Em 2016, houve o julgamento do HC 124.306, tendo como Relator o Ministro Marco Aurélio, cuja ementa tratava da inconstitucionalidade da incidência do tipo penal do aborto no caso de interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre. O Ministro Barroso aproveitou a ocasião para expandir o entendimento acerca do assunto tratado, ampliando a interpretação no que se referiu ao aborto voluntário até o primeiro trimestre de gestação. Afirmando que a proibição “viola diversos direitos fundamentais da mulher, bem como o princípio da proporcionalidade”, sendo que esta proibição violaria os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, sua autonomia, sua integridade física e psíquica por ter que levar a termo uma gestação, e sua igualdade, visto que homens não engravidam e que para a equiparação de gêneros é necessário respeitar a vontade da mulher nessa matéria. (HC 124.306/RJ, Rel. Min. Marco Aurélio, 2016)

A tipificação penal viola, também, o princípio da proporcionalidade por motivos que se cumulam: (i) ela constitui medida de duvidosa adequação para proteger o bem jurídico que pretende tutelar (vida do nascituro), por não produzir impacto relevante sobre o número de abortos praticados no país, apenas impedindo que sejam feitos de modo seguro; (ii) é possível que o Estado evite a ocorrência de abortos por meios mais eficazes e menos lesivos do que a criminalização, tais como educação sexual, distribuição de contraceptivos e amparo à mulher que deseja ter o filho, mas se encontra em condições adversas; (iii) a medida é desproporcional em sentido estrito, por gerar custos sociais (problemas de saúde pública e mortes) superiores aos seus benefícios (HC 124.306/RJ, Rel. Min. Marco Aurélio, 2016)

Em março de 2017 o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) ajuizou a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 442, com vistas a decretação da inconstitucionalidade parcial dos artigos 124 e 126 do Código Penal, para que seja permitida a realização do aborto voluntário até a 12ª semana de gestação. No pedido formulado pelo partido se pede:

A confirmação da medida liminar e, no mérito, a procedência da presente Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental para que, com eficácia geral e efeito vinculante, esta Suprema Corte declare a não recepção parcial dos art. 124 e 126 do Código Penal, para excluir do seu âmbito de incidência a interrupção da gestação induzida e voluntária realizada nas primeiras 12 semanas, por serem incompatíveis com a dignidade da pessoa humana e a cidadania das mulheres e a promoção da não discriminação como princípios fundamentais da República, e por violarem direitos fundamentais das mulheres à vida, à liberdade, à integridade física e psicológica, à igualdade de gênero, à proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, à saúde e ao planejamento familiar, de modo a garantir às mulheres o direito constitucional de interromper a gestação, de acordo com a autonomia delas, sem necessidade de qualquer forma de permissão específica do Estado, bem como garantir aos profissionais de saúde o direito de realizar o procedimento. (PSOL, 2017)

De acordo com a tese defendida pelo Partido, sendo o Brasil uma democracia constitucional laica, e tendo o ordenamento jurídico brasileiro consagrado princípios como o da liberdade de consciência e crença, a discussão sobre a ilegalidade do aborto deve ser feita somente por um viés jurídico. O que não foi acatado, visto a convocação de audiências públicas para os dias 03 a 06 de agosto de 2018, pela Ministra Rosa Weber, com o argumento se tratar de um tema sensível, de alta complexidade e de extrema controvérsia social. Nestas audiências, compareceram diversas entidades religiosas, dentre as quais a Confederação dos Bispos do Brasil – CNBB, pastora do Instituto de Estudos da Religião (ISER), representantes do Judaísmo como a Confederação Israelita do Brasil, Islamismo, Umbanda e Candomblé, bem como, Católicas Pelo Direito de Decidir.

Para além, as audiências contaram com a participação de diversos especialistas e várias instituições de caráter técnico ligadas ao assunto, como a ANIS – Instituto de Bioética, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Instituto Paraibano de Pesquisa Joaquim Amorim Neto, Instituto Baresi, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, Instituto Brasileiro de Direito Civil, Instituto de Biodireito e Bioética – IBIOS, Sociedade Brasileira de Bioética, Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA, *Womans on Waves*, *International Women's Health Coalition*, *Health, Access, Rights – IPAS*, *Center for Reproductive Rights*, associação Criola, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Brasileira de Antropologia, Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Grupo Curumim Gestação e Parto, Consórcio Latinoamericano contra o Aborto Inseguro (CLACAI), Ministério da Saúde, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Defensoria Pública da União, Conselho Nacional de Direitos Humanos, Núcleo de Prática

Jurídica em Direitos Humanos da USP – NJP-DH USP, Clínica de Direitos Fundamentais da UERJ, Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, CONECTAS Direitos Humanos, *Human Rights Watch*. (ANIS, 2019b)

Além disso, na ADPF o PSOL sustentou que a proibição do aborto viola princípios constitucionalmente previstos, como o da dignidade da pessoa humana, o direito à saúde, integridade física e psicológica das mulheres além de violar o princípio da não discriminação, tendo em vista que existe uma parcela das mulheres que mais é afetada com a proibição qual seja, as mulheres negras, periféricas e socialmente vulneráveis.

Diversos estudos comprovam como o aborto e suas eventuais complicações estão intimamente relacionados às desigualdades sociais existentes no país^{3,6,7,8}. As complicações e os óbitos por aborto ocorrem, sobretudo entre as mais jovens, do norte e nordeste do país. A mortalidade por aborto acomete mais mulheres de classes desfavorecidas, que residem nas periferias das cidades, ou seja, mulheres de menor renda e escolaridade, com menor acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Dentre essas, destaca-se a situação das mulheres negras, pois o risco de morte por essa causa entre elas é muito maior quando comparadas com mulheres brancas. Evidencia-se desse modo como as desigualdades socioeconômicas se articulam com a discriminação racial. A maior mortalidade de mulheres negras em geral, e por aborto em particular, expressa suas precárias condições de vida e saúde. (MATOS, 2017)

Dentre os expositores convocados para participar da audiência estavam presentes entidades de natureza religiosa, demonstrando que no tratamento do tema no Brasil ainda há amplo destaque e consideração a posição religiosa, tanto da Igreja Católica, quanto dos representantes de outras religiões, evidenciando que a laicidade do Estado não está sendo respeitada no que diz respeito a influência clara e pressão efetiva da religiosidade sobre o tem aborto.

Segundo Silva, o Estado Laico tem dois pilares de sustentação complementar, representadas pelas dimensões institucionais e valorativas, que asseguram a liberdade e a igualdade no que se refere as crenças religiosas:

A dimensão institucional é sistematizada via adoção de quatro normas, são elas: 1) neutralidade negativa, que institui a ausência de intervenção do Estado à livre expressão da religiosidade e das convicções dos indivíduos ou grupos, com vistas a garantir o direito à liberdade religiosa; 2) neutralidade positiva, que se caracteriza pela concepção de isonomia do Estado frente às religiões, impedindo-o de outorgar qualquer auxílio, subsídio ou influência, direta ou indireta, em favor das instituições ou de suas organizações, tampouco a uma ou algumas delas; 3) liberdade de apostasia, que determina a igual dignidade jurídica do ateísmo; 4) neutralidade das leis civis, que

estabelece a separação entre as leis que regem o conjunto da sociedade das normas morais religiosas (SILVA, 2019)

Se formos interpretar a rigor as normas apontadas acima, podemos afirmar que o Brasil não é um estado laico em sentido pleno, pois não há uma neutralidade das suas leis.

Não havendo normas específicas em contrário, as leis têm validade mesmo que aqueles por elas afetados tenham que descobrir por si mesmos quais leis foram criadas e quem é por elas afetado. Aqueles que falam de leis “dirigidas” a certas pessoas querem geralmente dizer que são essas as pessoas às quais a lei específica se aplica, isto é, aqueles de quem a lei exige que se comportem de certa maneira. Se utilizarmos aqui a palavra “dirigidas”, podemos deixar passar em branco uma diferença importante entre a criação de uma lei e o ato de proferir uma ordem face a face, confundindo assim duas questões distintas: “A quem se aplica a lei?” e “Para quem foi publicada?” (HART, 2009)

Após a realização das audiências, a ADPF continua sem data para julgamento desde agosto de 2018.

4.5. DA (IN)EFICÁCIA DA TUTELA PENAL DO ABORTO

O aborto é sem dúvidas um assunto sexista, sendo inafastável que o posicionamento muda de acordo com o sexo. Segundo Dworkin, citando a socióloga Carol Gilligan, uma mulher não está interessada em questões metafísicas quando pensa em aborto. Não lhe interessa a princípio pensar onde começa a vida, se desde a concepção, ou a partir da nidação, ou qualquer outro marco biológico — que é algo corriqueiro quando se tenta conversar com um homem sobre aborto — uma mulher quando pensa sobre aborto, pensa muito mais sobre suas consequências e implicações, sempre esbarrando questões de responsabilidade. Elas prestam menos atenção em princípios morais abstratos do que os homens, seu pensamento está mais voltado ao cunho prático e sentimental, pois elas sentem uma maior responsabilidade em cuidar dos outros bem como evitar dor e sofrimento. (DWORKIN, 2009)

Pode ser que o poder de executar as ameaças vinculadas a essas ordens permanentes que afetam grande número de pessoas só possa de fato existir, e só possa ser considerado existente, por se saber que uma parte ponderável da população estaria preparada tanto para obedecer ela própria voluntariamente, isto é, independentemente do medo da ameaça, quanto para cooperar na execução das ameaças em relação aos desobedientes (HART, 2009)

Há um hábito geral de obediência por parte da população. Segundo Hart isso se dá tanto com normas sociais quanto com hábitos, devido a generalidade, repetição por meio da maior parte da população, mas para a norma, diferente do hábito não pode haver um distanciamento do

comportamento pré-estabelecido anteriormente sem que haja crítica, o que ocorre no simples hábito, podendo haver o afastamento do mesmo, sem ser alvo de críticas ou reprimendas. No caso das normas, caso haja o desvio de comportamento, este ensejará crítica e pressão para que se faça o comportamento, porém, o desvio do padrão é aceito caso haja uma boa razão — no caso do aborto no Brasil, se ele for necessário, porque a gravidez foi decorrente de estupro, ou caso o feto seja anencefálico — “o desvio” é encarado como legítimo e justificável. (HART, 2009)

E em terceiro, deve-se ao aspecto interno das normas, que é o comportamento tido como “automático” tal qual dirigir um carro. Para que o hábito exista não precisa que nenhum membro do grupo pense no comportamento geral, ou que saiba que esse comportamento é geral, ou precise ensinar tal comportamento ou o tente conservar. Esse aspecto interno é como o hábito de se fazer algo, e o ponto de vista de que esse algo também seria feito da mesma forma por outrem. (HART, 2009)

Há uma imprecisão acerca da norma proibitiva do aborto voluntário, pois quantas pessoas devem obedecer e por quanto tempo para dizer que a norma do aborto provocado é eficaz? A norma em si, existe desde 1940 pelo atual código, e existia nos anteriores, contudo, os dados estatísticos oficiais obtidos através de um sistema mantido pelo próprio governo demonstram que tal norma proibitiva é corriqueiramente descumprida.

Hart questiona se a obediência habitual generalizada a ordens de caráter geral apoiadas por ameaças — pena cominada — é realmente suficiente para reproduzir a estabilidade e a continuidade que caracterizam os sistemas jurídicos. (HART, 2009)

Para Miguel Reale, não basta o direito ser declarado. Ele precisa ser reconhecido pelo corpo social (REALE, 2002). Aqui, teríamos um paradoxo com relação ao aborto voluntário, pois, a norma tem sim uma força de coerção, isso pode ser demonstrado em diversos momentos neste trabalho, tanto na pesquisa, quando troca-se a metodologia utilizada para questionar se a mulher já havia praticado o aborto: quando perguntada diretamente, frente a frente pela entrevistadora, a resposta era negativa, o que aconteceria provavelmente pela respondente se sentir, de certa forma intimidada. Porém, ao se perguntar através do método de urna, onde não há esta exposição, a resposta foi positiva para uma certa porcentagem de mulheres que antes responderam que nunca haviam praticado autoaborto (DINIZ, 2008)

Não obstante, feitas as ressalvas de rigor, reiteramos a existência de um bom número de condutas tipificadas como delitivas que não são assim consideradas pelas próprias vítimas, ou pelos agentes de controle formal, por tratar-se — usando a terminologia

da moderna teoria normativa da cultura e do professor Zaffaroni — de tipos contidos em normas que não podem ser culturalmente incorporadas, enquanto não suscitem respostas simbólicas por carecerem de um mínimo fundamento antropológico ou, por outras palavras, porque não têm para os envolvidos um valor significativo. (CERVINI, 2019)

As cifras ocultas apontam disfunções de um tipo penal, lançando questionamentos sobre como tratar aquela situação, pois implicaria em novas soluções, indubitavelmente distintas daquelas convencionalmente tomadas até então. (CERVINI, 2019)

O déficit de qualidade na assistência prestada na atenção à saúde da mulher, especificamente relacionada à saúde sexual e reprodutiva, somado ao discurso medicalizador e hospitalocêntrico, tornou o parto hospitalar e cesariano, com vistas à esterilização, prática cultural corriqueira. A inobservância na oferta de acesso a atenção à saúde sexual e reprodutiva, tanto no aconselhamento quanto na oferta efetiva de medicamento contraceptivo, também eleva o número de gravidez indesejada. Essa situação pode estar diretamente relacionada ao alto índice de abortos induzidos. Tal fato ocorre porque diversas mulheres se encontram desamparadas em seu direito à saúde e, como no Brasil o aborto é ilegal na maioria das situações, algumas recorrem a práticas clandestinas ou inseguras, sobretudo as mais pobres, com baixa escolaridade e negras (SANTOS, ANJOS, *et al.*, 2013)

Foi utilizado apenas o período referente a 2014-2018, pois, os dados do sistema Justiça em Números Digital, plataforma do CNJ sobre os dados estatísticos dos processos no judiciário somente possui dados a partir do ano de 2014, diferente do DATASUS que fornece dados dentro de um período muito maior. Porém, o cruzamento dos dados só pode ser realizado dentro deste período de cinco anos, onde havia dados disponíveis em ambas as plataformas.

Houve o ajuizamento de 226 processos no Brasil referentes a aborto provocado pela gestante ou por terceiro com o seu consentimento tramitando no TJBA no ano de 2018. Há 188 processos em primeira instância, 30 em 2ª instância e oito deles no STJ. Dezenove (19) processos no TJBA. Assim, comparativamente houve segundo consulta ao DATASUS, 104.910 casos de gravidezes que terminaram em aborto no Brasil em 2018, sendo 9380 deles no estado da Bahia.

Em contrapartida, no ano de 2017 foram ajuizadas 1228 ações no Brasil, 598 1º grau, 627 2º grau, 3 no STJ, 21 delas no TJBA. Foram internadas 104.612 em todo o Brasil resultando em 36 óbitos no país, sendo 2 deles no estado da Bahia. Curiosamente, a inflação das ações se deu no estado do Acre, onde houve 878 novas ações, número totalmente discrepante da normalidade para o Estado.

Em 2016 houve o registro de 257 novos processos de aborto provocado pela gestante ou por terceiro com o seu consentimento. 193 na primeira instância, 63 em segunda instância e 1 no

STJ. 2 processos no TJBA. Internações em todo o Brasil 104.015, Internações na Bahia 8.895. Óbitos no Brasil 43, Óbitos na Bahia 7.

Em 2015 houve o ajuizamento de 419 novos processos de aborto provocado pela gestante ou por terceiro com o seu consentimento, 270 em 1º grau, 59 em 2º grau, 42 em juizado especial e 42 em turma recursal, 6 para o STJ. 3 processos no TJBA. Internações Brasil: 107.194, Internações Bahia: 8.986, óbitos do Brasil: 29, óbitos na Bahia: 4.

Em 2014, 432 novos em todo o Brasil, 277 em 1º grau, 71 em 2º grau, 42 em juizados e 42 em turma recursal, 3 no STJ. No estado da Bahia foram ajuizados 6 processos. Internações Brasil: 97.809; Internações Bahia: 8.373 óbitos Brasil: Óbitos Bahia: 5. Valor total Brasil: 26.649.167,21 valor total Bahia: 2.098.527,89. Assim, podemos analisar que apesar de terem ocorrido 8.373 internações por “outras gravidezes terminadas em aborto” neste ano, apenas 6 processos foram ajuizados no TJBA.

Notamos que o número de internações no Brasil e na Bahia gozam de constância, ficando em cerca de 100 mil internações por ano no país, e quase 9 mil na Bahia.

COMPARAÇÃO ENTRE INTERNAÇÕES E AJUIZAMENTOS DE PROCESSOS (BRASIL)				
Ano	Internações	Óbitos	Valor Total	Processos no País
2018	104.910	36	28.507.391,91	226
2017	104.612	36	28.049.226,77	1228
2016	104.015	43	27.717.558,38	257
2015	107.194	29	28.036.601,14	419
2014	97.809	39	26.649.167,21	432

Tabela 5. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS) / CNJ

COMPARAÇÃO ENTRE INTERNAÇÕES E AJUIZAMENTOS DE PROCESSOS (BAHIA)				
Ano	Internações	Óbitos	Custo total R\$	Processos ajuizados TJBA
2018	9382	0	2.275.992,55	19
2017	8.890	2	2.122.263,48	21
2016	8.895	7	2.177.065,88	2
2015	8.986	4	2.093.906,13	3
2014	8.373	5	2.098.527,89	6

Tabela 6.. Fonte: SIM — SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS) / CNJ

Porém são pouquíssimos processos ajuizados no país, quiçá, no TJBA.

Da nossa parte, entendendo ser o Direito Penal o último recurso da comunidade, e no contexto desse, e no contexto desse princípio garantidor da intervenção mínima, cremos que a alta cifra negra referente a determinados tipos de delitos, considerados de pequena danosidade, pode ser, em muitos casos, uma resultante de mudança na sensibilidade da sociedade, já que certos tipo de conduta, tipificados como delituosos, têm deixado de ser considerados como perigosos e lesivos (perderam seu valor significativo) a um bem jurídico, que pode ter sido importante num determinado momento. E, conseqüentemente, parece ser aconselhável proceder-se à sua paulatina descriminalização. Uma detida análise das disfunções do sistema no campo de numerosas condutas compreendidas dentro da cifra negra, nos leva, inequivocamente, nessa direção descriminalizadora. (CERVINI, 2019)

A descriminalização de uma norma frente a incapacidade de ela exercer eficácia no meio no qual vigora é algo esperado e nada mais lógico. A aplicação da norma consiste em trazê-la do mundo ideal do direito, do mundo do “dever ser” e fazer com que ela converse com os acontecimentos fáticos da vida. Basicamente a efetividade ou não de uma norma se concentra na sua aplicação (NADER, 2014). Pelos dados colhidos neste trabalho percebe-se uma grave falha na aplicação da norma no que tange seu aspecto punitivo, ou seja, a sua eficácia social está comprometida.

A eficácia social acontece quando a norma é devidamente cumprida pela maioria dos seus destinatários, o que, claramente não vem ocorrendo em solo brasileiro uma vez que, de fato, os fins declarados da norma são plenamente acatados pela sociedade no que diz respeito ao discurso. Na prática, este discurso, mil vezes repetido, é invalidado por ato contrário, vale dizer, a prática delitiva.

Há vários entraves normativos acerca desta aplicação, primeiramente porque afeta diretamente a vida privada dos envolvidos. Segundo, por questões de ética médica e sigilo profissional dos

profissionais de saúde que atendem a paciente de abortamento. O estado “mulher-grávida” hoje pode ser detectado facilmente com um simples teste de farmácia. E este estado só será conhecido por terceiro durante ao menos 3 meses, caso esta mulher decida contar que está grávida. Assim torna-se demasiado complexo afirmar que uma mulher estava grávida ou não.

Fiscalizar uma norma como esta, de cunho tão particular que só pode ser conhecido pela mulher, é complexo, e até mesmo violento. Assim começamos a pensar em como poderia-se provar que uma mulher estava grávida, cometeu o crime de aborto, e agora não se encontra mais grávida. Rastreamento suas compras em farmácias através do seu CPF, ou movimentações nas suas contas bancárias, verificar as câmeras de vigilância nas farmácias, pelas buscas efetuadas recentemente no navegador de internet: como preços de testes de gravidez, serviços delivery de farmácias, chás abortivos, plantas abortivas, serviços ginecológicos e obstétricos, blogs de auto-ajuda, penso que talvez um grande 1984 em prol da busca por uma conduta típica.

Com precisão, os criminólogos Hoods e Sparks, examinando esse poder discricionário da polícia em relação a certos delitos, se perguntam: sua atuação, em certas oportunidades, não dependeram do juízo que fazem os seus agentes sobre ser ou não uma atividade delitativa? Por exemplo: em relação a jogos de azar, aborto, drogas, etc., para, em seguida, acrescentarem que alguns observadores crêem que o número de crimes registrados reflete simplesmente aquilo que os recursos de que dispõe a polícia, enquanto outros, a isso acrescentam que a polícia tem interesse em manter uma crescente razão criminológica.

Numa íntima relação com essas conclusões, Birdeman e Reiss referem-se a um aspecto sumamente importante, como o é o fato de que uma organização operacional como a polícia, prefere não se inteirar de fatos além daqueles que pode abarcar com os seus recursos, e, por isso, seleciona as suas investigações no sentido de que estas se encaixem com os fins próprios da organização, sua estratégia e suas táticas. (CERVINI, 2019)

Ademais, o crime de roubo que é o mais “popular” no Brasil é noticiado diariamente pela mídia, seja ela televisão, rádio, jornal ou internet. Dificilmente vemos casos novos de aborto noticiados diariamente. Pelas estatísticas em 2018 ocorreram 7.034 novos casos de roubo simples no Estado da Bahia, enquanto apenas 19 novos casos de aborto, apesar dos dados de interações sobre a CID “gravidezes terminadas em aborto” terem sido de 9382. Se buscarmos nas mídias notícias sobre ambos os tipos penais, encontraremos uma enxurrada de notícias sobre os mais diversos roubos ocorridos no Estado, enquanto um ou outro caso de aborto noticiado, talvez, nenhum.

Ainda no que se refere a mídia, mesmo sendo raro o noticiamento do crime de aborto, quando há, sempre é alvo de grande polêmica. Em 2018 o caso de Rebeca Mendes, paulista que ao se descobriu grávida em novembro de 2017, entrou com uma solicitação para aborto no STF. Ela

já era mãe de 2 filhos e tentou durante todo o ano marcar um ginecologista pelo SUS para trocar o anticoncepcional. A sua solicitação foi negada, e ela fez um aborto legal na Colômbia.

Como disse Débora Diniz em entrevista para o Conjur: “mulheres de todas as classes sociais fazem aborto, mas só as meninas mais pobres, negras, indígenas, dependentes do SUS enfrentam o risco real de ser presas”. O que já se é sabido, já que o direito penal é seletivo com seu público.

Em 08 de Março de 2018 foi julgado pelo TJ-SP o Habeas Corpus 2188896-03.2017.8.26.0000, cuja relatora foi a desembargadora Kenarik Boujikian da 15ª Turma, que decidiu sobre o trancamento da ação penal em um caso de aborto devido a utilização de prova ilícita dado por médico, violando assim o sigilo profissional “pois a prova que deu causa à persecução penal é ilícita, na medida em que originária de informações, que deveriam ser resguardadas pela proteção de sigilo, advindas de profissional médico”.

Assim, podemos entender que, mesmo havendo muitas internações por aborto, não cabe aos profissionais de saúde notificar as autoridades policiais acerca do ocorrido.

Há um problema grave de subnotificação do aborto (GRIMES et al, 2006) como a mulher chega ao serviço de saúde e não diz que abortou, normalmente por medo de ser denunciada — não raro há casos de mulheres serem presas em flagrante no hospital (UOL, 2019), mesmo esta prisão sendo totalmente ilegal — o médico a examina, mas pode não encontrar vestígios e se esta for a óbito, apenas a causa “hemorragia” ou “infecção” vai constar na notificação.

Há outra possibilidade para a subnotificação no país, por questão de sigilo médico, o profissional que teme que outros médicos violem o código de ética e denunciem a mulher, acaba por omitir o aborto. (ANIS, 2019b)

Ademais, cabe ressaltar que quando o Código Penal de 1940 foi elaborado, a Constituição não recepcionava a igualdade formal entre homens e mulheres, que só veio a ocorrer com o advento da Constituição de 1988. (ANIS, 2019b)

Com pequenas reformas, a legislação penal vem se adequando, ainda que tardiamente a esta igualdade formal, como no caso da abolição do crime de sedução e de adultério (ocorrido em 2005). Estranhamento, o tipo aborto do código penal brasileiro, informa claramente sobre a mulher que comete o crime, porém silencia quanto ao homem genitor. E é senso comum, que muitas vezes é o homem que obriga a mulher ao aborto, porém, quem corre todos os riscos, tanto jurídicos como de saúde, é somente ela.

A ação penal no crime de aborto é pública incondicionada, isto significa que se lesa o Estado.

O inquérito é uma determinada maneira do poder se exercer. Estaríamos enganados se víssemos no inquérito o resultado natural de uma razão que atua sobre si mesma, se elabora, faz seus próprios progressos; se víssemos o efeito de um conhecimento, de um sujeito de conhecimento se elaborando (FOUCAULT, 2002)

Porém, as cifras ocultas no que se refere ao crime de aborto são enormes, no caso do aborto há uma disparidade imensa, como foi demonstrado neste estudo, entre as internações que ocorrem nos sistemas de saúde e as que de fato, caem no sistema penal. E em sua maioria os crimes que chegam ao judiciário foram denunciados por profissionais de saúde que atenderam mulheres que buscaram os serviços de saúde após realizarem um aborto inseguro. Bem como, denunciadas por vizinhos e familiares. (OUTRAS MÍDIAS, 2018)

É evidente, acrescenta o autor, que aqueles princípios ou postulados teóricos sobre os quais fixamos este discurso e nos quais repousa o sistema penal, como o são a igualdade, a segurança, o processo legal, etc., só se aplicam a um número limitado de situações e de pessoas; sua efetiva vigência encontra-se substancialmente falseada, e o sistema, no seu conjunto, se verá como “uma construção espontaneamente estranha à vida da gente”. A partir da perspectiva abolicionista, o autor conclui que é a própria noção ontológica do crime ou delito, que tem estado em crise, pois, a cifra negra indica claramente que os fatos aos quais a lei denomina de delitos, “não são vividos como fatos considerados à parte” separados por outros acontecimentos” (CERVINI, 2019)

Com relação aos profissionais de saúde, como há jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre a questão, devido a ilicitude das provas, frutos da árvore envenenada, quando um médico denuncia sua paciente pelo crime, ele mesmo está infringindo o Código de Ética Médica, o Código Civil e o Código Penal. Cabendo ação civil de reparação de danos devido a quebra do sigilo profissional, assim como ação penal, e denúncia no CRM — Conselho Regional de Medicina. (OUTRAS MÍDIAS, 2018)

Há também uma clara violação do art. 207 do CPP — Código de Processo Penal, que “são proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho” (BRASIL, 1941) quem viola este artigo do CPP está infringindo o direito constitucional ao dever de silêncio, de pessoas que tomem conhecimento de crimes por meio do exercício de suas profissões. (PEIXOTO, 2018)

Como o aborto é um crime de menor potencial ofensivo, mesmo sendo considerado um dos crimes contra a vida, sua pena é de 1 a 3 anos para a mulher que comete o delito. Assim, mesmo que condenada, com um bom advogado é possível que, na eventualidade de um processo criminal, e posterior condenação, a mulher possa cumprir sua pena em liberdade. (ANIS, 2019b)

Entretanto, isso não livra a mulher do estigma moral da sociedade, como ninguém se livra, enquanto indivíduo que passa pelo sistema criminal.

5. CONCLUSÕES

O presente trabalho objetivou tratar acerca da proibição da interrupção voluntária da gravidez, através da análise histórica, partindo de um ponto de vista feminista, e a análise de dados estatísticos coletados do SIH/SUS e SIM, através da plataforma DATASUS, em contra ponto com as pesquisas realizadas pela ANIS e demais artigos científico e notícias que tratam do tema. A contextualização dos dados e da norma com a realidade foi uma preocupação constante para que pudesse haver uma compreensão acertada sobre a hipótese.

O enfoque jurídico foi dado, a partir das informações obtidas a partir da plataforma DATASUS, em sua maioria, recolhidas do SIM, como número de internações de mulheres em idade fértil pela listagem “outras gravidezes terminadas em aborto” e o número de óbitos, em dois escopos: o nacional e o recorte para o estado da Bahia. Esses dados foram contrapostos o número de processos ajuizados no sistema jurídico brasileiro, especialmente focado no TJBA.

A hipótese trabalhada foi a da eficácia declarada da norma — ou seja, de fato há um poder de coerção, porém, ele é mais moral do que propriamente jurídico — a ineficácia punitiva da norma, pois o número de processo ajuizados é ínfimo se comparado ao número de internações.

A aplicação da norma proibitiva, se faria com dificuldade devido a questões antropológicas já que nos primeiros meses apenas a mulher sabe que está grávida, e quando há uma interrupção voluntária da gravidez, que pode ocorrer sem a necessidade da busca pelo sistema de saúde, estaria coberta pelo sigilo, e mesmo que esta mulher precisasse de atendimento médico posterior ao aborto inseguro, os profissionais de saúde não poderiam denunciá-la as autoridades devido a ética médica, do dever de sigilo médico-paciente.

A hipótese foi confirmada, pois as provas só poderiam ser apresentadas por profissionais de saúde, os quais estão vedados pelo artigo 207 do CPP, sendo o contrário, uma ilicitude. Portanto, para além da ética médica, trabalhada inicialmente na hipótese, foram encontrados no ordenamento outras normas que confirmam a hipótese.

Diante de tudo quanto exposto, é possível considerar que:

a) O direito é patriarcal e as normas que dele advém são também, em sua maioria, patriarcais, pois atendem anseios e interesses masculinos;

- b) Esse direito patriarcal muito se deve a ausência feminina no poder legislativo, pois historicamente, as mulheres foram colocadas em posições periféricas na sociedade e sempre rechaçadas quando assumem posições de poder e liderança;
- c) O Estado brasileiro vive uma pseudo-laicidade, já que suas normas jurídicas carregam profundas raízes religiosas;
- d) O SIM é considerado uma ótima fonte para coletar dados epidemiológicos referentes ao sistema de saúde brasileiro, entretanto, quando se trata de morbidade e mortalidade materna, há um descaso nítido nas notificações;
- e) Majoritariamente, as mulheres que vem a óbito devido a prática do aborto inseguro são negras.
- f) Mesmo no aborto legal, vemos dificuldade de eficácia da norma, desta vez devido a dificuldade em obter informações, estigmas morais, e “boa vontade” dos profissionais de saúde. Assim, analisando brevemente o aborto considerado legal no Brasil, podemos antever quais seriam as dificuldades da descriminalização do tipo penal;
- g) Ao contrário do que muitos dizem, o aborto voluntário está de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, tanto pelo ordenamento em si, quanto pelos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário. A sua tipicidade penal, entretanto, não está visto que o ordenamento como um todo — tanto normativamente quanto jurisprudencialmente — dificulta a aplicação da norma proibitiva;
- h) Há um problema de acesso a justiça e violação de direitos fundamentais, visto que as mulheres que atenderiam aos requisitos para o aborto legal não conseguem fazê-lo e há uma verdadeira “peregrinação” até que de fato consigam efetivar o seu direito;
- i) Com relação ao aborto atualmente considerado ilegal, caso a mulher possua um advogado e seja devidamente orientada, dificilmente haverá um cumprimento de pena, considerando que o aborto tratado no artigo 124 do código penal — apesar de considerado um crime contra a vida — a pena cominada de 1 a 3 anos de reclusão, torna o tipo penal de menor “potencial ofensivo”, se condenada ao mínimo, pode haver suspensão condicional do processo, e em outros casos a pena pode ser substituída por sursis;
- j) O sigilo norteia todo o processo de abortamento, tanto o legal quanto o ilegal. Para a mulher, é uma questão íntima, da vida privada, tanto o aborto espontâneo, quanto uma interrupção voluntária da gravidez, seja ela legal ou não, é um processo biológico, psicológico, social — e

não raras vezes, econômico — feminino, que ela enquanto indivíduo não gostaria de compartilhar com ninguém e esta autonomia da vontade não é respeitada. Muito pelo contrário, é vigiada e tutelada penalmente pelo Estado.

REFERÊNCIAS

ANIS. Quem Somos. **ANIS Instituto de Bioética**, 2019a. Disponível em: <<https://anis.org.br/sobre/>>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

ANIS. **Aborto: Por que precisamos descriminalizar?: argumentos apresentados ao Supremo Tribunal**. Brasília: Letras Livres, 2019b. 48 p. Disponível em: <<https://anis.org.br/wp-content/uploads/pdf/RELATORIO-ABORTO-PT.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2019.

ARTIGO 19. Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil. **Artigo 19**, 2018. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2018/12/AbortoLegalTransparência_Reduzido.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

ARTIGO 19. Acesso a Informação e Aborto Legal: mapeando desafios nos serviços de saúde, **Artigo 19**, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2019/06/Acesso-a-Informação-e-Aborto-Legal_FINAL.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

AYRES, N. Beta HCG. **Minha Vida**, 2019. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/tudo-sobre/21074-beta-hcg>>. Acesso em: 27 de setembro de 2019.

BAIO, C. Clique ciência: como funciona o teste de gravidez? E como era no passado? **Uol Notícias**, 2016. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/clique-ciencia-como-funciona-o-teste-de-gravidez-e-como-era-no-passado.htm>>. Acesso em: 11 de outubro de 2019.

TRIBUNAL PLENO. Supremo Tribunal Federal. Habeas corpus preventivo. Realização de aborto eugênico. Superveniência de parto. Impetração prejudicada. *Habeas Corpus* nº 84.025/RJ. Paciente: Gabriela Oliveira Cordeiro; Impetrante: Fabiana Paranhos e outros; Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Acórdão 05/03/2004.

BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, 15, n. 4, Out/Dez 2008. 901-925. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000400002>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.

BRASIL. Código Civil, Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm> acesso em: 28 de setembro de 2019.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 de novembro de 2019.

_____. Código Penal, Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 28 de setembro de 2019

_____. Código de Processo Penal. DECRETO-LEI Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. **Código de Processo Penal**, 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm> Acesso em: 28 de novembro de 2019.

_____. Lei 11.105. **Planalto**, 24 março 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm>. Acesso em: 19 de novembro de 2019.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 7, n. 2, abril/junho 1991. 135-149. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002>. Acesso em: 27 de setembro de 2019.

CÂMARA. Bancada feminina na Câmara sobe de 51 para 77 deputadas. **Câmara dos Deputados**, 2018. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/545897-bancada-feminina-na-camara-sobe-de-51-para-77-deputadas/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

CERVINI, R. A cifra negra da criminalidade oculta. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2002, vol. 28. p. 154-169.

CORDEIRO, T. Mulheres que mudaram a história: Rainha Vitória da Inglaterra. **SuperInteressante**, 2018. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/mulheres-que-mudaram-a-historia-rainha-vitoria-da-inglaterra/>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

CORREIO24HORAS. Questão de identidade: autodeclarados pretos ultrapassam brancos na Bahia. **Correio24horas**, 2019. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/questao-de-identidade-autodeclarados-pretos-ultrapassam-brancos-na-bahia/>>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

CUNHA, R. S. Dos crimes contra a vida. In: CUNHA, R. S. **Manual de direito penal: parte especial** (arts. 121 ao 361). 8. ed. Salvador: JusPODIVM, v. único, 2016. Cap. 1, p. 47-106.

DANTAS, A. F. A revolta das mulheres romanas contra a Lei Óppia (Lex Oppia Sumptuaria): um libelo contra a opressão na República Romana. **ALMAGIS**, 15 janeiro 2015. Disponível em: <http://almagis.com.br/artigos/20_anexo.pdf>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.

DATASUS. Definições. **DATASUS**, 2019. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 26 de setembro de 2019.

DIAMOND, J. **Armas, germes e aço: os destinos das sociedades**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

DINIZ, D. **Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil**. Brasília; Rio de Janeiro: UnB; UERJ, 2008. 313 p.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, junho 2010. 959-966. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/002.pdf>>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

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

DWORKIN, R. **Domínio da Vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

FOLHA. Entenda a polêmica sobre a pesquisa com células-tronco. **Folha Online**, 2004. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u11309.shtml>> acesso em: 12 de dezembro de 2019.

FOLHA. Entenda o que é a Lei de Biossegurança. **Folha Online**, 2005. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u93960.shtml>> acesso em 11 de dezembro de 2019

FOLHA informativa - Mortalidade materna. **OPAS Brasil**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 25 de Setembro de 2019.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002. 160 p.

FRANÇA, G. V. D. Aborto Legal e Aborto Criminoso. In: FRANÇA, G. V. D. **Medicina Legal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Cap. 11, p. 323-332.

FREITAS, P. D. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 174-187, jan-jun 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/viewFile/1431/1627>>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

G1. Expectativa de vida: por que as mulheres vivem mais do que os homens? **G1**, 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/05/expectativa-de-vida-por-que-as-mulheres-vivem-mais-do-que-os-homens.ghtml>>. Acesso em: 26 de novembro de 2019.

GALEOTTI, G. **História do Aborto**. Lisboa: Edições 70, 2007. 174 p.

GEOVANA, N. Exame positivo e no ultrassom nada, estou grávida? **Médico Responde**, 2019. Disponível em: <<https://medicoresponde.com.br/exame-positivo-e-no-ultrassom-nada-estou-gravida/>>. Acesso em: 27 de setembro de 2019.

GISSI, A. Parteiras e controle de natalidade na europa do século XX. **Revista Gênero**, Niterói, 6, n. 1, 2005. 11-41. Disponível em: <http://www.academia.edu/download/19679077/Parteiras_gissi.pdf>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.

GLASMAN, J. B. D. ABORTO E JUDAÍSMO. **Comitê Israelita**, 2018. Disponível em: <<http://www.comiteisraelita.com.br/informativo/index/ver-noticia/ajax/1/idNoticia/527/idInformativo/54/>>. Acesso em: 03 de outubro de 2019.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro**: direito das sucessões. 11. ed. São Paulo: Saraiva, v. 7, 2017.

GONÇALVES, J.; BORGES, H. FÉ NÃO DEVE SER POSTA À FRENTE DO DEBATE, DIZEM RELIGIOSAS SOBRE ABORTO. **The Intercept Brasil**, 2017. Disponível em: <<https://theintercept.com/2017/03/23/fe-nao-deve-ser-posta-a-frente-do-debate-dizem-religiosas-sobre-aborto/>>. Acesso em: 27 de novembro de 2019.

GONÇALVES, R.; **A cifra negra e a seletividade penal**, 2014. Disponível em: <https://impactoracional.wordpress.com/2014/02/13/a-cifra-negra-e-a-seletividade-penal/>. Acesso em: 28 de novembro de 2019.

GRIMES, D. A. et al. Unsafe Abortion: the preventable pandemic. **The Lancet Sexual and Reproductive Health Series**, outubro 2006. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 de outubro de 2019.

HART, H. L. A. **O conceito de direito**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

HENRIQUE, K. Curiosidades sobre o aborto no Japão. **Suki Desu**, 2019. Disponível em: <<https://skdesu.com/curiosidades-sobre-o-aborto-no-japao/>>. Acesso em: 29 setembro 2019.

IBGE. Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. **Censo 2010**, 2012. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

JOÃO PAULO II. Evangelium Vitae: aos bispos, aos presbíteros e diáconos, aos religiosos e religiosas, fiéis leigos e todas as pessoas de boa vontade sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. **La Santa Sede**, 25 março 1995. Disponível em: <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html>. Acesso em: 25 de setembro de 2019.

KALE, P. L. et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23, n. 5, 2018. 1577-1590.

KRAMER, H.; SPRENGER, J. **Malleus maleficarum: o martelo das feiticeiras**. 1. ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, n. 8, 2019. 2811-2823. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/>>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

LEITE, G.; HEUSELER, D. A presença da mulher na Segunda Guerra Mundial. **Jornal Jurid**, 2019. Disponível em: <<https://www.jornaljurid.com.br/colunas/gisele-leite/a-presenca-da-mulher-na-segunda-guerra-mundial>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

LIMA, B. G. D. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 7, n. 3, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2000.v7n3/168-172/>>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

LIMA, F. Corpo e ancestralidade. **Repertório**, Salvador, 24, 2015. 19-32. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revteatro/article/view/14826>>. Acesso em: 26 novembro 2019.

LUBISCO, Nídia M. L. Manual de estilo acadêmico: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. 6ª ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2019. 158 p.; il. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29414>. Acesso em: 28 de novembro de 2019.

MARIANO, R.; BIROLI, F. O debate sobre aborto na Câmara dos Deputados (1991-2014): posições e vozes das mulheres parlamentares. **Cadernos Pagu**, n. 50, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n50/1809-4449-cpa-18094449201700500013.pdf>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. [online]. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2019.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciência, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan-mar, 2016, p. 37-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hesm/v23n1/0104-5970-hesm-23-1-0037.pdf> acesso em: 10 de novembro de 2019.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25, n. 2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002. Acesso em: 11 de nov. de 2019.

ME-UFRJ. Protocolos Assistenciais: Obstetrícia. **Maternidade Escola - Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2019. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/abortamento.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Preenchimento da raça/cor se torna obrigatório nos sistemas de informação do SUS. **Ministério da Saúde**, 02 Fevereiro 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27543-preenchimentoda-raca-cor-se-torna-obrigatorio-nos-sistemas-de-informacao-do-sus>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

MONTESANTI, B. Mulheres são 15% do Congresso, mas índice ainda é baixo. **Uol Notícias**, 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2018/noticias/2018/10/08/mulheres-sao-15-do-novo-congresso-mas-indice-ainda-e-baixo.htm>. Acesso em: 11 de novembro de 2019.

MORAIS, L. R. D. Senatus. **A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher**, Brasília, 6, maio 2008. 50-58. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_o_aborto_impacto.pdf?sequence=6. Acesso em: 25 de setembro de 2019.

NADER, P. **Introdução ao estudo do direito**. 36ed, Rio de Janeiro: Forense, 2014.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3ª. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NOTÍCIAS STF. Segundo rabino, tradição judaica defende aborto considerando-se a integridade física da mãe. **Notícias STF**, 2018. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385931&caixaBusca=N>>. Acesso em: 03 de outubro de 2019.

PAIVA, A. R. Católico, protestante, cidadão: uma comparação entre Brasil e Estados Unidos. **SciELO**, 2010. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3wsmq/pdf/paiva-9788579820410.pdf>> acesso em: 23 de novembro de 2019.

PEIXOTO, M. A. R. Do Direito ao silêncio ao dever de silêncio. **Direito em movimento**. Rio de Janeiro, v. 16, n.2, 221-244, 2º sem, 2018. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume16_numero2/volume16_numero2_221.pdf> acesso em: 20 de novembro de 2019

OLSEN, F. El sexo del derecho. **The politics of law**. David Kairys ed. New York, Pantheon, 1990, p. 452-467. Tradución Mariela Santoro y Christian Courtis.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para. 2. ed. [S.l.]: [s.n.], 2013. Disponível em:<. Acesso em: 31 de outubro de 2019.

OSORIO, R. G. **O sistema classificatório de “cor ou raça” do IBGE**. Brasília: IPEA, 2003.

OUTRAS MÍDIAS. **Aborto: Brasil ainda processa centenas por ano**, 2018. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/aborto-brasil-ainda-processa-centenas-de-mulheres-por-ano/> . Acesso em: 28 de novembro de 2019

PORTAL VERMELHO. Mulheres: Milhares de anos de luta pela igualdade, Portal Vermelho, 2010. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/125617-8>> acesso em: 03 novembro de 2019.

RAMOS, A. P. Japão: legislação sobre o aborto, custos e regras. **Alternativa**, 2017. Disponível em:<<https://www.alternativa.co.jp/Servico/View/71996/Japao-legislacao-sobre-aborto-custos-e-regras>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

RANQUETAT JR., C. A. Laicidade, laicismo e secularização: definindo e esclarecendo conceitos. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, 21, n. 1, Janeiro-junho 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/download/773/532>>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

REALE, M. **Lições preliminares de direito**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

REDAÇÃO MUNDO ESTRANHO. Como foi a conversão do império romano ao cristianismo. **Superinteressante**, 2018. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-foi-a-conversao-do-imperio-romano-ao-cristianismo/>>. Acesso em: 27 de novembro de 2019.

REPÚBLICA E LAICIDADE ASSOCIAÇÃO CÍVICA. Laicidade e laicismo. **República e Laicidade Associação Cívica**, 2003. Disponível em: <<http://www.laicidade.org/topicos/archives/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

REUTERS. Aborto entre adolescentes bate recorde no Japão. **Folha Online**, 2002. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/reuters/ult112u19607.shtml>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

REZENDE, J. M. D. O Machismo na História do Ensino Médico. In: REZENDE, J. M. D. **À sombra do plátamo: crônicas de história da medicina**. [online]. ed. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Cap. 13, p. 408. ISBN 978-85-61673-63-5. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencéfalos. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. n. spe., p. 63-71, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a09v23nspe.pdf>>. Acesso em: 25 de setembro de 2019.

RODRIGUES, K. R. D. A. L.; TOLEDANO, T. D. V. D. A descriminalização do aborto no Brasil. **Jus**, 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/67303/a-descriminalizacao-do-aborto-no-brasil>>. Acesso em: 21 de outubro de 2019.

RODRIGUES, S. **Direito Civil**. São Paulo: Saraiva, v. 1, 2002.

SÁ, A. B. G. D. Considerações gerais sobre o aborto. **Conteúdo Jurídico**, 01 setembro 2016. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/47436/consideracoes-gerais-sobre-o-aborto>>. Acesso em: 25 de setembro de 2019.

SANTOS, A. B. S. D.; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. D. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface**, Botucatu, 17, n. 45, abr/jun 2013. 341-355. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2013.v17n45/341-356/>>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista de Bioética**, Brasília, 21, n. 3, Set/Dez 2013. 494-508. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>>. Acesso em: 25 de novembro de 2019.

SCHIEBINGER, L. The Anatomy of Difference: Race and Sex in Eighteenth-Century Science. **Eighteenth-Century Studies**, v. 23, n. 4, p. 387-405, Summer 1990. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2739176>>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

SCOTT, R. P. Envelhecimento e Juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M. C. D. S.; JR., C. E. A. C. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. 20. ed. [S.l.]: FIOCRUZ, 2002. Cap. 5, p. 212. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf#page=101>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA. Hospital da Mulher - Maria Luiza Costa dos Santos. **Secretaria de Saúde da Bahia**, 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospitaldamulher/>>. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA. Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA. **Secretaria de Saúde da Bahia**, 2019b. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/maternidade/iperba/>>. Acesso em: 23 novembro 2019.

SILVA, J. L. P. E.; SURITA, F. G. C. Abortamento Espontâneo. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3ª. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. Cap. 38.

SILVA, L. G. T. D. Laicidade do Estado: dimensões analítico-conceituais e suas estruturas normativas de funcionamento. **Sociologias**, Porto Alegre, 21, n. 51, maio/ago 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222019000200278&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 de novembro de 2019.

SILVA, L. M. B. Você sabe o que é Estado laico? **Politize**, 2017. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/estado-laico-o-que-e/>>. Acesso em: 17 de outubro de 2019.

SIM. Informações de Saúde. **DATASUS**, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

PRIMEIRA TURMA. STF. Direito processual penal. *Habeas corpus*. Prisão preventiva. Ausência dos requisitos para sua decretação. Inconstitucionalidade da incidência do tipo penal do aborto no caso de interrupção voluntária da gestação no primeiro trimestre. Ordem concedida de ofício. Habeas corpus 124.306/rj. Pacte.(s) edilson dos santos, rosemere aparecida ferreira, impte.(s) : jair leite pereira coator(a/s)(es) : superior tribunal de justiça. Relator: Min. Marco Aurélio. Decisão, 29 de novembro de 2016. Por maioria de votos, a Turma não conheceu da impetração, mas concedeu a ordem, de ofício, nos termos do voto do Senhor Ministro Luís Roberto Barroso, Presidente e Redator para o acórdão, vencido o Senhor Ministro Marco Aurélio, Relator, que a concedia.

UOL. Grávida, ela teve hemorragia e foi presa no hospital, acusada de aborto. **UOL**, 2019. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/08/29/medicos-denunciam-aborto-espontaneo-mulher-e-presa-vai-em-busca-de-justica.htm>> acesso em: 10 de novembro de 2019

VIEIRA, E. M. A questão do aborto no Brasil. **SciELO**, 22 Março 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>>. Acesso em: 25 setembro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION SCIENTIFIC GROUP. Spontaneous and induced abortion. Geneva: World Health Organization, 1970. (World Health Organization Technical Reports Series, n. 461). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38211/WHO_TRS_461.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 de junho de 2019

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. **Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), 2009, Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Tradução de Red Latinoamericana de Reproducción Asistida em 2010. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_por.pdf>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.