



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

BEATRIZ MATTOS DA SILVA OLIVEIRA

**DIREITOS REPRODUTIVOS: Uma análise da autonomia da mulher
frente às políticas públicas nacionais de aborto legal.**

Rio de Janeiro – RJ

2018

BEATRIZ MATTOS DA SILVA OLIVEIRA

**DIREITOS REPRODUTIVOS: Uma análise da autonomia da mulher
frente às políticas públicas nacionais de aborto legal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Professora Orientadora: Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann.

Rio de Janeiro – RJ

2018

AGRADECIMENTOS

O processo vivenciado durante a graduação envolveu não apenas muitas emoções, mas também muitas pessoas. Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram não somente para esse trabalho, mas para toda a caminhada até ele. Destaco aqui algumas pessoas que foram fundamentais nesses últimos anos.

À minha mãe: pelo apoio incondicional a cada meta e por independente da incerteza da vida ter me escolhido. Por ter me escutado, me amado, me ensinado, por demonstrar os caminhos a serem trilhados e acreditar mais em mim do que eu mesma. Ao meu pai: por estar sempre presente independente da distância física, me amando, me ensinando, me escutando e principalmente, me questionando.

Ao meu padrasto Wanderson e à minha madrasta Andressa, que amaram e apoiaram não apenas meus pais, mas a mim também.

Às minhas avós, aos meus avôs e à minha bisavó, com histórias de vida completamente diferentes que contribuíram ricamente para a minha formação como ser humano. À toda a minha família pelos abraços, abrigos e por vibrarem com todas as minhas conquistas.

Ao meu companheiro Gabriel, que esteve me apoiando nos momentos de desespero e dividindo os momentos de alegria, partilhando conhecimentos e me fazendo acreditar sempre na minha capacidade.

À minha família nascida no Colégio Pedro II, fonte inesgotável de inspiração acadêmica e de vida, vocês com toda a certeza foram um dos melhores presentes que a vida pode me dar.

À minha família nascida na UNIRIO, principalmente as amigas Luiza, Yeda, Marcelle, Maria Victória, Thaíse e Gabriela pela companhia, paciência, carinho e cuidado comigo.

Aos mestres que encontrei nessa instituição, em especial à minha orientadora, professora Edna Raquel Hogemann, e à professora Simone Schreiber, mulheres extremamente competentes que apoiaram grandemente a minha formação acadêmica, agradeço por toda atenção e incentivo.

Por fim, agradeço ao ensino público e gratuito, sem o qual nada disso seria possível.

“As mulheres não estão morrendo de uma doença que não tem tratamento. Elas estão morrendo porque as sociedades ainda não tomaram a decisão de que a vida de cada uma dessas mulheres vale ser salva.”

Mahmoud Fathalla

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto a análise das políticas públicas de aborto legal nacionais no que diz respeito à garantia da autonomia da mulher. Considerando que a autonomia não é somente a escolha daquilo que melhor representa aos interesses pessoais, conforme a lógica liberal, mas também uma prestação da coletividade e principalmente do Estado para a garantia da sua efetividade, a partir de um concepção social, serão analisados os caminhos de construção e constituição da autonomia da mulher, dos direitos reprodutivos e do direito ao aborto nas hipóteses legais como base para abordar as políticas públicas de aborto legal. Para tanto, será realizado o estudo de dados quantitativos acerca dos serviços de aborto legal e suas características, utilizando também fontes bibliográficas de forma a compreender quais são os impasses encontrados pelas mulheres que buscam pelo procedimento no Brasil e quais são as propostas que favorecem a garantia da autonomia da mulher e dos direitos reprodutivos nos atendimentos realizados e no desenvolvimento de políticas públicas.

Palavras-chave: Aborto legal; Direitos reprodutivos; Políticas públicas.

ABSTRACT

The work under reference has as object the analysis of the national legal abortion public policies concerning the guarantee of womans autonomy. Considering that autonomy is not only the choice of what best represents personal interests, according to liberal logic, but also a provision of the collectivity and especially of the State to guarantee its effectiveness. From a social conception, , the work analyzes the ways of construction and constitution of women's autonomy, reproductive rights and the right to abortion in the legal hypotheses as a basis for addressing legal abortion public policies. To do so, the study of quantitative data on legal abortion services and their characteristics will be carried out, using bibliographical sources to understand the impasses found by women seeking the procedure in Brazil and what are the proposals that pursue the guarantee of the autonomy of women and reproductive rights in the services provided and in the development of public policies.

Keywords: Legal abortion; Reproductive rights; Public policies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. A AUTONOMIA DA MULHER E A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO.....	10
2.1 O reconhecimento da autonomia da mulher.....	11
2.2 Direitos Reprodutivos no âmbito internacional e nacional	16
2.3 O aborto no ordenamento jurídico brasileiro	22
3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL	29
3.1 A garantia do aborto legal no Brasil.....	29
3.2 Análise quantitativa dos serviços de aborto legal	36
3.2.1 Características dos serviços de aborto legal no Brasil.....	36
3.2.2 Perfil das mulheres atendidas.....	43
4. A AUTONOMIA DA MULHER E O ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL	45
4.1 Impasses para a efetivação do direito à autonomia	45
4.2 A atenção humanizada e a utilização de referenciais da bioética como ferramentas de garantia dos direitos reprodutivos	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso é requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito e busca entender como se dá na prática a garantia de aborto legal através das políticas públicas nacionais.

Considerando-se que a autonomia da mulher e os direitos reprodutivos vêm tomando maiores proporções nos últimos séculos, principalmente a partir dos movimentos feministas e do processo de ocupação política pelas mulheres e tendo como hipótese que as políticas públicas adotadas pelo Estado brasileiro muitas vezes se mostram ineficientes para garantir esses direitos, o tema foi adotado para a investigação.

O trabalho tem por objetivo estabelecer de que forma se dá o reconhecimento dos direitos reprodutivos no ordenamento jurídico nacional e em que nível o Estado respeita a autonomia da mulher e atende seu dever de proposição e controle das políticas públicas de saúde, especificamente no que concerne a interrupção voluntária da gravidez nos casos previstos em lei.

A partir da análise específica das normas que permitem e regulamentam os serviços de interrupção voluntária da gestação e de estudos quantitativos a respeito desses serviços, busca-se entender de que modo as políticas públicas de abortamento legal ofertadas pelo Estado brasileiro são postas às mulheres, de forma a compreender se aquelas garantem efetivamente ou não o exercício da autonomia da vontade por essas.

O Código Penal brasileiro dispõe em seu artigo 128 acerca da não punição do aborto necessário, quando não se há outro meio de salvar a vida da gestante e do aborto no caso de gravidez resultante de estupro.

Além desse dispositivo legal, ainda há o entendimento do Supremo Tribunal Federal sobre a atipicidade da interrupção da gestação nos casos de feto anencéfalo, conforme decisão proferida no âmbito da Arguição Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54.

Nessas três situações específicas há o dever do Estado de manter nos hospitais públicos, profissionais que realizem o procedimento de interrupção da gestação, permitindo que a mulher exerça sua autonomia ao decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida.

Interpreta-se essas normas a luz do princípio da autonomia, para entender até que ponto o Estado admite e propicia a autonomia da mulher, através das políticas públicas de saúde instituídas em âmbito nacional. Para os fins pretendidos no trabalho entende-se por autonomia reprodutiva, o direito da mulher de decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência, incluída também a contestação ao poder do Estado em legislar sobre questões da intimidade do indivíduo.

Portanto, apresenta-se no presente trabalho um referencial teórico com base em artigos de vários autores que abordam as dinâmicas de poder, com destaque para o trabalho de Michel Foucault, e a autonomia reprodutiva da mulher nos termos acima apresentados.

Percebeu-se ao longo da produção desse trabalho que não há um mecanismo de monitoramento dos serviços de atendimento ao aborto legalmente autorizado realizado pelo Ministério da Saúde, o que além de demonstrar a falta de diligência do Estado, dificulta o acesso a dados atualizados sobre tais serviços. Apesar disso, foram utilizadas no presente trabalho pesquisas que ainda que apoiadas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, não resultaram de uma iniciativa do governo e não possuem uma regularidade pré-determinada.

Em um primeiro momento, desenvolve-se no trabalho um estudo a respeito da compreensão de poder e do reconhecimento da autonomia da mulher, analisando a conquista dos direitos das mulheres no país até chegar à formalização dos direitos reprodutivos no âmbito internacional e no ordenamento brasileiro, sendo esse decorrente do movimento de direitos humanos que norteou a Constituição Federal de 1988.

Após, ainda no primeiro capítulo, passa-se à análise da tipificação do aborto e da exclusão de antijuridicidade nos casos de risco de vida da gestante e de gravidez resultante de estupro, incluindo-se aqui também o entendimento do Supremo Tribunal Federal sobre a atipicidade da interrupção da gestação nos casos de feto anencéfalo.

No que concerne ao tema de políticas públicas, busca-se referenciar no segundo capítulo como se dá a efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres, com foco nas ações de aborto induzido amparadas pelo ordenamento brasileiro. Tal estudo teve por objeto os programas específicos para garantia da saúde da mulher desenvolvidos pelo Estado, o Sistema Único de Saúde e as normas regulamentadoras emitidas pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente nesse capítulo, serão abordados os dados quantitativos acerca das políticas públicas existentes para oferta de procedimentos de aborto legal e suas características, tendo por foco o âmbito nacional. Os dados mencionados foram obtidos através de publicações e informações apuradas em bancos de dados eletrônicos, como a rede SciELO e o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do DATASUS.

Adiante, buscou-se por meio de uma metodologia qualitativa analisar os dados coletados pelos estudos acima mencionados, juntamente com outras fontes bibliográficas, de forma a entender os obstáculos encontrados pelas mulheres que buscam o serviço de aborto legal no Brasil.

Por fim, no último capítulo foram analisadas a proposição da atenção humanizada e a utilização de referenciais da bioética como ferramentas que auxiliam a garantia dos direitos reprodutivos a partir de uma mudança na ótica do atendimento às mulheres.

Dessa forma, o presente estudo busca promover uma reflexão no que diz respeito à garantia da autonomia da mulher que busca pelo procedimento de aborto legal além do amparo legal, inclinando-se para a realidade dos serviços de saúde.

Nas considerações finais, reconhece-se que apesar do ordenamento jurídico brasileiro reconhecer o aborto legal em hipóteses restritas, as políticas públicas de Estado ainda se mostram insuficientes para garantir a autonomia da mulher quanto à sua escolha de interromper voluntariamente a gestação nos casos amparados pela lei.

2. A AUTONOMIA DA MULHER E A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO

Mulheres historicamente foram e ainda são marcadas pelas formas de institucionalização do poder, não sendo pensadas enquanto sujeitos de si, mas sim como subordinadas. Majoritariamente, a perda de autonomia das mulheres ocorreu associada ao controle dos seus corpos, exercido nas relações afetivas e familiares e alcançando também as relações institucionais e sociais.

A instituição da filiação masculina e do direito hereditário paterno teria determinado uma reversão do direito materno e na ótica de Engels (1984, p. 61), ocasionado uma derrota histórica para o sexo feminino. Em uma cultura patriarcal, o universo público, da produção, reservado aos homens contrasta com os lugares privados destinados às mulheres, onde essas cumprem a função de cuidadora dos filhos e do marido (BOURDIEU, 2012, p. 112-119). Essa divisão dos espaços resulta em uma redução da mulher à sua feminilidade, ao âmbito doméstico, perdendo a capacidade de decisão no domínio público, reservado ao homem, e dependendo desse econômica e socialmente.

Porém, há autores que não concordam com as concepções tradicionais da história econômica e social que privilegiaram o homem público, refletindo sobre os mecanismos de resistência e poder que se desenvolviam nos indivíduos e em pequenos grupos (como o movimento feminista) e que possibilitaram o crescimento de recursos que permitissem deslocar a relação de dominação, enfraquecendo um poder teoricamente masculino.

Perrot, por exemplo, afirma que nem todo público é o político ou masculino, bem como nem todo privado é feminino e aponta o exercício por mulheres de um movimento de contraposição ao poder. Movimento esse, que em sua perspectiva, seria um jogo de poderes através da existência de poderes informais exercidos muitas vezes em instituições e espaços que ostentam o poder (como o Estado, a igreja e a família):

[...] poderes informais das mulheres que controlam *de fato* a parte mais importante dos recursos e das decisões; nessas condições, a perpetuação do “mito” do poder masculino serve aos interesses dos dois “gêneros”; por trás da ficção desse poder, as mulheres podem desenvolver à vontade suas próprias estratégias. (PERROT, 2001 apud SAYÃO, 2003, p. 17, grifo da autora).

Seguindo essa compreensão de poder e deslocamento da relação de dominação, Foucault (2013, p.284) traz uma concepção de poder não estático, como algo que está envolvido em disputas e que se concretiza em redes. Na concepção do autor não existiria o

poder em si, mas sim as relações de poder, não estando situado em um lugar específico, mas distribuído e agindo em toda a sociedade, circulando pelos indivíduos e atuando como força coatora, disciplinar e controladora.

2.1 O reconhecimento da autonomia da mulher

A autonomia possui diversos significados, estando relacionada à autodeterminação, direito à liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade, sendo traduzida na capacidade do indivíduo de pensar, decidir e agir baseado no livre pensamento.

O indivíduo deve ser equipado com meios que desenvolvam a sua capacidade intelectual, afetiva, psíquica e moral que colaborem para o seu amadurecimento e desenvolvimento da sua autonomia a fim de que possa escolher aquilo que melhor representa seus interesses pessoais, inclusive em assuntos relativos aos seus corpos e sua saúde (sexualidade e reprodução). Cabe aqui mencionar a compreensão de Chauí a respeito do exercício da liberdade:

A liberdade não é, pois, a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. [...] Estamos habituados a considerar a liberdade como ato puro da vontade para dizer sim ou não às coisas e aos demais. Talvez seja interessante considerá-la como aptidão para transformar os dados brutos de nossa experiência em reflexão sobre sua origem e para lhes dar um sentido novo. (CHAUÍ, 1985 apud ÁVILA, 1993, p.10)

A autonomia não é somente baseada em uma lógica liberal, possuindo também uma concepção social, segundo a qual é também um direito positivo a prestações da coletividade e principalmente do Estado para a garantia da sua efetividade.

As questões específicas sobre a vida das mulheres tornaram-se assuntos presentes nas agendas públicas devido aos movimentos feministas e de mulheres, principalmente pela denúncia da desigualdade social entre os sexos.

O final do século XVIII e início do século XIX foram transformadores para a emancipação feminina. Durante as revoluções burguesas, em especial a Revolução Francesa (1789), surgiram as primeiras manifestações pelos direitos das mulheres, inspiradas pelos ideais revolucionários de liberdade, igualdade e fraternidade. Num primeiro momento, o

movimento lutava por reformas jurídicas relativas ao status da mulher, influenciado por um ideal liberal que acreditava que a igualdade de direitos jurídicos seria suficiente para solucionar os tratamentos discriminatórios.

Com a Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 estimula-se o debate sobre os Direitos Humanos em âmbito global, influenciando ainda mais os movimentos que lutavam pelos direitos das mulheres uma vez que propôs uma reflexão a respeito da discriminação entre homens e mulheres e sobre o papel da mulher. Criado a partir do interesse de proteção aos cidadãos e restrição do poder do Estado, o documento inseriu os direitos à liberdade pessoal, à igualdade, à segurança, à presunção de inocência, ao julgamento por juiz natural e muitos outros que hoje encontram-se presentes na Constituição.

O feminismo no Brasil desenvolveu-se nas primeiras décadas do século XX, sendo possível identificar pelo menos três diferentes tendências ao longo do século. A primeira, liderada por Bertha Lutz, teve como questão central a mulher como sujeito portador de direitos políticos, porém a inclusão de direitos não se apresentava como alteração das relações de gênero, mas sim como complemento para o bom andamento da sociedade. A segunda tendência contou com um campo mais vasto de questões, como a defesa da educação da mulher, a abordagem da sexualidade e do divórcio, perpassando pela questão da dominação dos homens e o interesse desses em manter as mulheres fora do mundo público. A terceira articulou teses feministas aos ideais anarquistas e comunistas, defendendo a libertação da mulher de forma mais radical.

A primeira constituinte republicana trouxe pela primeira vez ao Brasil o tema dos direitos da mulher com a questão do direito ao voto, porém o projeto não veio a ser aprovado. A Constituição de 1891 não proibiu explicitamente o voto das mulheres, como havia feito com os analfabetos, mendigos e membros do clero, porém, na inteligência de Pinto (p.16, 2003), o que ocorrera não se tratava de uma omissão uma vez que não caberia citação a mulher no rol, pois essa não existia na cabeça dos constituintes como um indivíduo dotado de direitos. Ao definir o eleitor como cidadão, o legislador por uma interpretação restritiva, estaria referindo-se exclusivamente aos homens, evidenciando o senso comum da época onde havia uma natural exclusão da mulher. Tal direito só seria conquistado pelas mulheres em 1932, através da sua inclusão no rol dos detentores do direito ao voto e à candidatura no Código Eleitoral.

Até o ano de 1962, mulheres casadas foram consideradas relativamente incapazes e colocadas juridicamente ao lado dos silvícolas, pródigos e menores púberes. Essa conjuntura só foi modificada com o Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4.121, de 29/08/62), atendendo a demanda da dinâmica social e retirando as mulheres casadas do rol de relativamente incapazes (artigo 6º, inciso II do Código Civil de 1916) bem como o direito de autorização de exercício profissional dessas pelo marido (artigo 233, inciso IV do Código Civil de 1916).

O início da década de 1970 na Europa e nos Estados Unidos foi marcado por cenários de grande movimentação política, revolução de costumes e renovação cultural, já no Brasil a realidade da ditadura militar contava com cenários de repressão e morte. Mesmo assim, ao longo dessa década o movimento feminista se desenvolveu, contando com a presença de mulheres das classes média e popular e movimentos organizados por mulheres para intervir no mundo público como os clubes de mães e o movimento feminino pela anistia, que ainda que não sejam considerados feministas em sua formação por não colocarem em pauta a condição de opressão da mulher, ao se aproximar desse último para a utilização dos serviços ocasionou o rompimento das fronteiras entre os movimentos e incorporou elementos do ideário feminista (PINTO, 2003, p. 43-46).

Cabe aqui destacar o ano de 1975, declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o ano internacional da mulher e o primeiro da década da mulher na I Conferência Internacional da Mulher, no México. Com o propósito de comemorar o ano internacional da mulher é realizado com o apoio do Centro de Informação da ONU no Rio de Janeiro, o evento "O papel e o comportamento da mulher na realidade Brasileira" onde é criado o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira, que teve importante papel no movimento de mulheres até 1979. A partir do fim da década de 1970, o movimento feminista brasileiro se lança na cena política juntamente com as mobilizações pela redemocratização do país.

No início da década de 1980 o movimento feminista brasileiro passou por um período de divergências. Tendo em vista que o processo de redemocratização do país levou o governo a iniciar uma ampliação dos espaços de participação política, promovendo uma ressignificação do conceito de sociedade civil, há a incorporação das questões referentes à mulher pelas pautas oficiais dos governos.

O movimento então passou a ter a questão da autonomia político-organizativa como ponto de divergência, de um lado ficaram as feministas que lutavam pela institucionalização

do movimento e por uma aproximação da esfera estatal e de outro, as autonomistas, que julgavam essa aproximação como um sinal de cooptação. Nesse processo, surgem também fortes grupos feministas temáticos que versam sobre violência contra mulher, direito à terra, direito ao trabalho, racismo, saúde da mulher e sexualidade.

A redemocratização tinha como prioridade a participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas, movimento esse que pode ser explicitado com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, criado em 1985, e a proposta do Programa Integral da Saúde da Mulher – PAISM, instituído em 1983.

Foram eleitas 26 deputadas para a Câmara dos Deputados na legislatura de 1986-1990, que se autodenominaram "bancada feminina" apresentando 30 emendas sobre os direitos das mulheres, englobando também as reivindicações do movimento feminista. Outra importante presença à época fora o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que mobilizou os movimentos de mulheres para atuação constante junto aos constituintes a fim de incorporar à nova Constituição pontos fundamentais dos direitos da mulher, utilizando o *slogan* "Constituinte pra valer tem que ter direitos da mulher!" para promover sua campanha nacional.

O Conselho também foi responsável pela reunião de mulheres da qual resultou o documento intitulado Carta das Mulheres, que propunha uma agenda compreendendo os interesses das mulheres como trabalho, saúde, direitos de propriedade, sociedade conjugal, defesa da integridade física e psíquica das mulheres, principalmente aquelas vítimas de violência, redefinição do conceito de estupro, criação de delegacias especializadas, mas também interesses gerais como a justiça social, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o ensino público e gratuito, a autonomia sindical e outros.

O documento citado não propunha explicitamente a legalização do aborto, mas a garantia do direito à mulher de conhecer e decidir sobre o próprio corpo, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher ao produzir a Proposta à Assembleia Nacional Constituinte não abordou sobre a questão, recuando diante do avanço do pensamento conservador da época. No entanto, ao notar a iminência da criminalização do aborto mesmo em casos de estupro e perigo a vida da gestante (com a introdução do direito à vida desde a concepção), o Conselho promoveu uma campanha nacional para que fossem enviados telegramas para manutenção do direito.

Como resultado dessa dinâmica, a Constituição de 1988 consagrou direitos importantes para a mulher como a igualdade entre homens e mulheres (artigo 5º, inciso I), a licença maternidade (artigo 7º, inciso XVIII), direitos e deveres exercidos por ambos os cônjuges na sociedade conjugal (artigo 226, §5º) e o planejamento familiar (artigo 226, § 7º). A situação jurídica da mulher, a partir de então passa a ser tutelada em nível constitucional, dispondo de um outro status enquanto sujeito de direitos.

Porém, somente em 2002 com o novo Código Civil (Lei nº 10.406) houve a substituição da concepção de inúmeros dispositivos vigentes no Código de 1916, que já havia sofrido modificações pelo Estatuto da Mulher Casada e teve sua eficácia interrompida parcialmente com o advento da nova ordem constitucional. Rompendo, então, com normas discriminatórias de gênero, que permaneciam no ordenamento jurídico como letra morta, como por exemplo a administração de bens particulares da mulher pelo marido (artigo 233, inciso II):

Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos. (Redação dada pela Lei nº 4.121, de 1962).

Compete-lhe:

I - A representação legal da família.

II - A administração dos bens comuns e dos particulares da mulher que ao marido incumbir administrar, em virtude do regime matrimonial adotado, ou de pacto, antenupcial (arts. 178, § 9º, nº I, c, 274, 289, nº I e 311). (Redação dada pela Lei nº 4.121, de 1962).

III - O direito de fixar o domicílio da família ressalvada a possibilidade de recorrer a mulher ao Juiz, no caso de deliberação que a prejudique. (Redação dada pela Lei nº 4.121, de 1962).

IV - Prover a manutenção da família, guardadas as disposições dos arts. 275 e 277. (Redação dada pela Lei nº 4.121, de 1962).

Cabe destacar também a terminologia utilizada pelo novo Código Civil. Enquanto o Código de 1916 fazia referências ao "homem" masculino, excluindo a mulher, o Código Civil de 2002 passou a utilizar a palavra "pessoa", não se referindo a um sexo específico, em consonância ao que estabelece a Constituição de 1988.

Nota-se que nos últimos dois séculos, os direitos das mulheres sofreram importantes mudanças, principalmente no que concerne à sua autonomia. Tal conquista pode ser atribuída aos movimentos feministas, que através da visibilidade da mulher em espaços anteriormente fixados como masculinos e servindo-se das mudanças históricas, em especial as dinâmicas de direitos fundamentais propostas pela ONU, conseguiram alcançar a positivação de direitos que proporcionaram a emancipação feminina e favorecem sua autonomia.

2.2 Direitos Reprodutivos no âmbito internacional e nacional

O processo de ocupação política pelas mulheres permitiu a formalização dos direitos reprodutivos, considerando os movimentos que reivindicavam o direito à regulação da fecundidade como principais precursores do ideário de direitos que versam sobre a reprodução como direitos humanos.

Ávila (1993, p. 382), entende que os direitos reprodutivos são uma redefinição do pensamento feminista a respeito da liberdade reprodutiva uma vez que, a partir de um ponto de vista moral, a concepção e o exercício da maternidade já estariam postos, inclusive como prerrogativas fundamentais da existência da mulher e por outra ótica, surge uma nova abordagem que considera que a sexualidade também deve ser exercida com liberdade e autonomia.

A construção dos direitos reprodutivos como direitos humanos além de ter contado historicamente com o movimento de mulheres, também foi feita pelo movimento populacional. Esse movimento durante a década de 60, denominado como neomalthusiano, afirmava que a população humana entraria em colapso caso não houvesse uma reversão na curva de crescimento populacional. A ideologia neomalthusiana era sustentada sob a argumentação de que os recursos naturais, por crescerem de forma aritmética, se tornariam insuficientes em relação à demanda necessária para manutenção da população, tendo em vista que o crescimento dessa ocorria em progressão geométrica.

Na época, os estudos referentes às formas de redução de fertilidade se desenvolveram e deram origem aos anticoncepcionais, tendo os chamados países de terceiro mundo desencorajado seu uso com vistas a um maior crescimento demográfico, sob a crença que um bom governo seria aquele que promovia o povoamento do seu território e sob a forte influência religiosa que repudiava a adoção de métodos artificiais no controle de natalidade (MIRÓ, 2009, p. 172 apud CAVALCANTI, 2013 p. 62).

Em decorrência disso, esses países foram transformados em foco de interferência internacional, dado que eram vistos como ameaças pelos EUA e países da Europa que, por sua vez, acreditavam que a superpopulação dos países pobres levaria a uma grave crise de produção de alimentos e a rápida degradação dos recursos naturais devido à necessidade de terras para sua produção. (MATTAR, 2008, p. 68).

Ressalta-se que tal interferência não se deu com o objetivo de proporcionar as mulheres sua autonomia reprodutiva, mas sim para reduzir o crescimento populacional, sendo os anticoncepcionais vistos puramente como dispositivos de controle.

Diante da inserção do uso de contraceptivos e das políticas de controle populacional aplicadas, reivindicações ligadas aos direitos reprodutivos se intensificam. Essa perspectiva seguida do cenário de crises, como a do petróleo em 1973, e as discussões internacionais sobre o crescimento populacional como um fenômeno neutro diminuem o apoio às teses natalistas, deslocando a temática de população da esfera demográfica para a esfera de direitos (ALVES, J. E. D., 2004, p.29).

Os direitos reprodutivos começaram a receber um enfoque como direitos humanos na I Conferência Internacional de Direitos Humanos em Teerã, no ano de 1968 ao abordar a livre decisão sobre número e espaçamento da prole como direito humano básico. Esse direito foi declarado através da proclamação do Teerã e não através de pacto, convenção ou tratado, o que diminuiu à época sua força normativa.

Em 1974 em Bucareste, Romênia, durante a Conferência Mundial sobre População reafirmou-se o direito às escolhas reprodutivas, ainda sem a utilização de um termo específico, incluindo que os indivíduos deveriam ter acesso à informação e educação para exercício desse direito.

Por sua vez, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no ano de 1984 no México, incluiu a obrigação dos governos disponibilizarem de forma universal programas de planejamento familiar.

Essa mudança de paradigma com a inclusão do direito de acesso a informação e da promoção de políticas sobre planejamento familiar em documentos internacionais tornaram as mulheres não mais objetos dos programas de desenvolvimento, mas sujeitos com poder decisório, ainda que incipiente e restrito, fomentando a pauta já existente de autonomia sobre o próprio corpo, sexualidade e vida reprodutiva dentro dos movimentos de mulheres.

O termo “direitos reprodutivos” apenas tornou-se público no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher em Amsterdã, em 1984. A formulação do termo foi resultado de um consenso de que essa denominação englobava a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres, sendo mais adequada do que a anteriormente utilizada “saúde da mulher” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p.19-20). No entanto, a denominação “direitos reprodutivos” foi consagrada apenas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento em 1994, no Cairo, Egito, sendo explicitamente definida sua orientação através dos direitos humanos no capítulo VII do Programa de Ação, nos seguintes termos:

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir

sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. [...] os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. (ONU, 1994, p. 30)

Tal conceito fora reafirmado no ano seguinte na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, sendo também acrescentada a recomendação de revisão legal aos países que penalizavam as mulheres pela prática do aborto, não se restringindo a abordá-lo como problema de saúde pública, como anteriormente feito no Programa de Ação do Cairo. Além disso, o Programa de Ação de Pequim introduziu um parágrafo específico para os direitos sexuais, definindo os direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade.

O conceito de direitos reprodutivos incorpora a desconstrução da maternidade como um dever, indicando uma existência feminina não destinada necessariamente à reprodução e ressaltando a ideia de autonomia, em específico a autodeterminação reprodutiva e o exercício da sexualidade de forma livre. Nesse sentido, a impossibilidade de acesso à concepção, ao parto, à contracepção e ao aborto apontam para um status de submissão da mulher (ÁVILA, 1993, p. 383).

Tamanha é a importância de tal direito que autores como Freedman e Isaacs (1993 apud MATTAR, 2008, p. 63) afirmam a sua importância como direito humano universal. Cook (1993, p. 74-75), defende ainda a posição de que leis que negam, obstruem ou limitam a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde reprodutiva violam direitos humanos básicos previstos em convenções internacionais, sendo um dever dos Estados proporem medidas preventivas e paliativas à proteção da saúde reprodutiva da mulher, possibilitando que essa exerça sua autodeterminação reprodutiva.

O desenvolvimento dos direitos reprodutivos brasileiros perpassa a história juntamente com os movimentos de mulheres, sendo parte da sua pauta de reivindicações e altamente estimulado nos debates nacionais durante o período da redemocratização.

A partir da década de 70 há uma valorização nos investimentos na área de assistência básica a saúde nacional devido às políticas populacionais. Em 1975 o Ministério da Saúde reformulou a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil através do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), formalizando ações de assistência à gravidez, ao parto e

puerpério, ao estímulo à amamentação e medidas visando o espaçamento entre as gestações, a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. No entanto, o PSMI abrangia um certo excesso de intervenção médica sobre o corpo feminino, principalmente através do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial (SANTOS NETO et al., 2008, p. 109).

Cabe aqui apontar também a utilização da esterilização cirúrgica para fins de controle social, que tinham por propósito extinguir a pobreza através da eliminação dos pobres, ao invés de utilizar meios de correção das condições sob as quais a pobreza é construída (GOLDENBERG, 1986, p. 1119).

No início da década de 80, começa a surgir uma preocupação em oferecer à mulher uma assistência integral e não apenas estratificada em diferentes especialistas (OSIS, 1994 apud LEITE; PAES, 2009, p. 708). É nessa época também, como mencionado anteriormente, que se desenvolve a luta pela redemocratização do país e, conseqüentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira, contando com movimentos sociais organizados como o feminista.

A inclusão de questões referentes a sexualidade e reprodução no discurso feminista brasileiro ocorre a partir da ampliação dos espaços democráticos dentro da oposição ao regime autoritário. Os grupos feministas não apenas levantaram a questão da anticoncepção, do planejamento familiar e da discriminação do aborto pura e simplesmente, mas deslocaram sua discussão para o contexto da saúde reprodutiva e da formalização dos direitos reprodutivos.

A articulação dos direitos reprodutivos com a saúde da mulher se baseia em uma concepção ampla da saúde e na noção de autonomia das mulheres, dando visibilidade a ideia do direito integral à saúde da mulher. Corroboram com esse entendimento Ávila e Corrêa (2003, p.19) ao discorrer: “[...] saúde da mulher surgiu como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista de 1970: 'Nosso corpo nos pertence’”.

Foram esses grupos os responsáveis pela transformação do modelo de atenção integral à saúde da mulher, desenvolvido na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em um programa nacional (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM) instituído pelo Ministério da Saúde em 1983.

O PAISM é considerado um marco nacional quando se trata de saúde da mulher, tendo em vista que pela primeira vez no país um programa contemplava a saúde reprodutiva (ainda sem a utilização do termo, que só viria a conhecimento internacional no fim dos anos 1980), o planejamento familiar, questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis e a assistência integral em todas as fases da vida, para além do período gravídico-puerperal.

Porém, ainda que bem formulado, na prática o programa não foi efetivamente implementado de forma universal em todas as regiões do país. Leite e Paes (2009, p. 709) apontam a dificuldade de incorporar os novos conceitos em decorrência da ordem política, econômica, cultural e social que permeavam o país como causa do distanciamento entre o projeto e a prática.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foi o marco institucional político e jurídico que reordenou o sistema brasileiro e determinou a adequação de todas as normas legais internas aos parâmetros dos direitos humanos (VENTURA, 2009, p. 57). O texto constitucional trouxe a positivação de uma gama de “novos” direitos a respeito da situação jurídica da mulher, que passa a gozar de um outro status enquanto sujeito de direitos, baseado principalmente em seu art. 5º, inciso I que versa sobre a igualdade entre homens e mulheres.

A lei constitucional reconhece expressamente o direito à vida não apenas em seu sentido biológico, mas quanto a proteção da integridade física e moral, o respeito à intimidade, à vida privada, à honra e imagem da pessoa. O acesso universal e gratuito à saúde (art. 196, CRFB), à assistência social e à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências (art. 226 § 7º, CRFB) são as principais conquistas para os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras.

O Estado passa então a assumir um compromisso com a promoção da saúde e dos direitos reprodutivos, cumprindo o que já estava pactuado anteriormente nos documentos internacionais. A assistência à saúde no Brasil, como dever do Estado, com acesso universal e igualitário, conforme artigos 6º e 196 da Constituição, torna-se um direito de cidadania e garantia fundamental.

Para tanto, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, para a formulação e realização das ações e dos serviços de saúde, sendo estruturado sob a responsabilidade dos três níveis de governo e adotando como diretrizes operacionais a descentralização do atendimento integral e a participação da comunidade.

De tal modo, os direitos reprodutivos encontram seus conceitos definidos a partir da interação entre direitos coletivos, como o direito à educação e à saúde e garantias individuais, como o direito à vida, à igualdade e à liberdade.

No que concerne ao planejamento familiar, a Constituição Federal de 1988 inclui no Título VIII, da Ordem Social, em seu art. 226, §7º a responsabilidade do Estado, *in verbis*:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

No ano de 1996, foi sancionada a Lei nº 9.263 regulamentando o planejamento familiar no Brasil. Foco de um grande debate a época em torno da esterilização, a lei trouxe a vedação a indução individual ou coletiva e exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para qualquer finalidade, a possibilidade de mulheres optarem pelo procedimento caso se adequem aos requisitos por ela impostos e a obrigatoriedade de expressa manifestação da vontade após a informação a respeito de seus riscos e opções de contracepção reversíveis.

O debate concentrou-se nessa questão por motivos históricos e sociais, posto que durante a ditadura militar ocorreram práticas de esterilização forçada em massa no país, perdurando até o início dos anos 90. Tal procedimento era realizado majoritariamente em mulheres negras pelo governo e por ONG's estrangeiras no país, o que restou comprovado através dos índices estatísticos. (BARSTED, 1992, p. 125-126).

A taxa de esterilização em algumas regiões do Nordeste chegava a mais de 64% no início dos anos 80, a noção de que essas mulheres estariam exercendo seus direitos reprodutivos para Lopez (1993 apud CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 158) distorce o sentido do termo, sendo um exemplo claro de como escolhas sob constrangimento resultam de circunstâncias de gênero, pobreza e racismo (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 158).

Oportuno ressaltar aqui a colocação feita por Davis (2016, p. 203) ao tratar sobre as práticas de controle de natalidade com fins de política social nos Estados Unidos, também aplicadas no Brasil: “O que era reivindicado como um “direito” para as mulheres privilegiadas veio a ser interpretado como um “dever” para as mulheres pobres.”.

Na inteligência de Roland (1995, p. 512-513) o processo de esterilização em massa ocorria por diversos fatores, entre eles a ideologia da redução da pobreza através da

diminuição da taxa de fecundidade, a exigência por empregadores de atestado de laqueadura para admitir trabalhadoras, profissionais de saúde que consideravam mulheres pobres e negras incapazes de assumirem o controle sobre a sua reprodução e as induziam a esterilização e a precariedade de oferta de métodos contraceptivos não irreversíveis, principalmente pela não implementação do PAISM.

O PAISM é reformulado em 2004, tornando-se Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM). Com o novo programa, a participação social é imprescindível para formulação das políticas, incluindo as demandas de grupos específicos como mulheres negras, indígenas, quilombolas, rurais, transexuais etc. que não eram abrangidos nas diretrizes anteriores.

2.3 O aborto no ordenamento jurídico brasileiro

O Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), atualmente vigente, tipifica o delito de aborto em seu Título I, dos crimes contra a pessoa, capítulo I, dos crimes contra a vida, *in verbis*:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: (Vide ADPF 54)

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: (Vide ADPF 54)

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

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

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Para a configuração do tipo penal não há distinção entre óvulo fecundado, embrião ou feto, bastando somente a provocação de interrupção da gestação, independentemente de seu estágio evolutivo.

Ao todo, o diploma legal aborda cinco modalidades de abortamento: auto aborto (art. 124, primeira parte), consentido (art. 124, segunda parte), não consentido (art. 125), necessário (art. 128, I) e sentimental (art. 128, II). O auto aborto é configurado quando os atos executórios são realizados pela própria gestante, sem qualquer auxílio de terceiro. Por sua vez, no aborto consentido a gestante e o terceiro figuram como coautores, sendo o consentimento da mulher parte do tipo penal e na ausência desse, tem-se a modalidade de aborto não consentido.

Importante elucidar que para que uma conduta possa ser considerada criminosa, é preciso que, além de típica, essa contrarie também o direito. A própria lei penal, em algumas hipóteses, afirma que ainda que a conduta seja típica, não é considerada criminosa, como nos casos de legítima defesa.

O Código Penal descreve o abortamento necessário e o abortamento sentimental como duas situações especiais que afastam a antijuridicidade da conduta típica. Nessas duas hipóteses, previstas no artigo 128 do Código Penal, não há crime. Tratam-se de situações de aborto legal e cabe aqui expor a colocação de TORRES (1999, p. 11) a respeito da expressão, tendo em vista que esse julga que o termo correto a ser utilizado seria “abortamento não criminoso em razão da exclusão da antijuridicidade”, ainda que afirme que a expressão empregada pelo código esteja consagrada e deva ser adotada.

O aborto necessário é aquele praticado como única forma de salvar a vida da gestante. Já o aborto sentimental é aquele que se torna possível a partir de uma gravidez decorrente de estupro, sendo o consentimento da gestante, ou de seu representante legal imprescindível. Em ambos os casos, não há necessidade de autorização judicial para a prática.

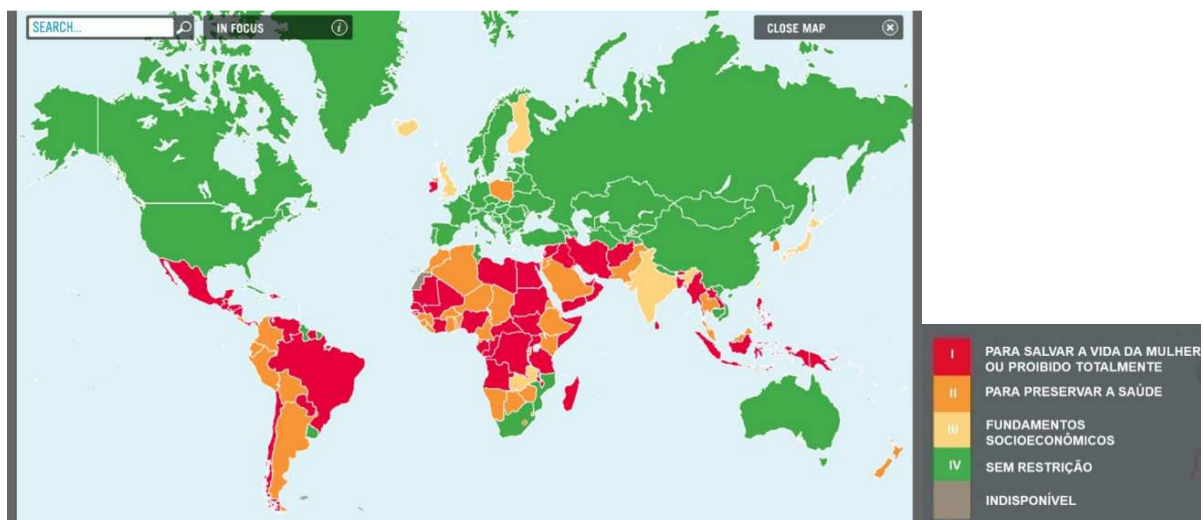
Os permissivos legais do Código Penal de 1940 são considerados, inclusive por feministas e por profissionais de saúde como um avanço na legislação da época ao reconhecer que entre a mulher e um embrião ou feto, a mulher está em primeiro lugar. Nelson Hungria, um dos responsáveis pela elaboração do Código Penal, ao comentá-lo expõe:

O estupro é um grave crime de violência sexual, punido com pena de seis a dez anos. Nada justifica que se obrigue uma mulher estuprada a aceitar uma maternidade odiosa; que se dê vida a um ser que lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência sofrida. (HUNGRIA, 1955, p. 304)

Excetuando-se as duas situações tratadas no parágrafo acima, o aborto é punível com as penas tipificadas nos artigos 124 a 127, do Código Penal, que variam de um a dez anos de prisão para a gestante e para o terceiro que pratica o aborto. No caso deste último a pena poderá ser aumentada em um terço caso a gestante sofra lesão corporal grave e dobrada caso ocorra a morte da gestante, isso considerando que tais eventos não fossem desejados pelo terceiro, pois uma vez que haja dolo esse responderá em concurso material pelos crimes.

Essa postura punitivista do legislador coloca o Brasil no grupo de países que possuem a legislação mais severa com relação ao aborto, conforme mapa abaixo:

Figura 1 – Mapa de leis de aborto do mundo



Fonte: Center for Reproductive Rights. The World's abortion laws. 2018.

Não foram poucas as tentativas de adequar a legislação penal aos tempos contemporâneos. Destaca-se aqui a iniciativa da Secretaria Especial das Políticas para as Mulheres em 2005, com a instalação de uma Comissão formada por 18 representantes dos poderes Executivo, Legislativo e da Sociedade Civil, com o intuito de rever a legislação sobre o aborto no país, demanda anteriormente apresentada e aprovada na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres em 2004.

O resultado dos trabalhos dessa Comissão foi a elaboração de um anteprojeto de lei que propôs a descriminalização do aborto no país, cujas sugestões foram incorporadas ao PL 1.135/91 sob relatoria da Deputada Jandira Feghali, sendo rejeitado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em 2008 devido à intensa movimentação “pró vida” no Parlamento brasileiro (MACHADO, 2017, p. 23).

Levando em consideração a omissão do legislador quanto à interrupção da gestação de feto anencéfalo, o poder Judiciário ao ser provocado, em sua maioria, autorizava a prática sob o argumento de questões de natureza social, bem como a dignidade da pessoa humana. Porém, muitas vezes representantes da Igreja Católica impetravam *Habeas Corpus* e interpunham outros recursos processuais a fim de obstar a realização do aborto anteriormente concedido.

Ainda que em primeira instância houvesse a autorização para realizar o procedimento, os Tribunais Superiores raras vezes conseguiam se pronunciar, posto que na maioria dos casos ocorria a perda do objeto. As características da gravidez de feto anencefálico juntamente com a morosidade da justiça corroboravam para que ações negadas em outras instâncias não alcançassem o pronunciamento do Supremo Tribunal Federal, quadro esse que foi modificado pelo *Habeas Corpus* nº 84.025.

Quanto ao caso, em 2003, a Defensoria Pública apresentou ao Juízo Criminal de Teresópolis, no Estado do Rio de Janeiro, um pedido de autorização para que uma gestante de feto anencéfalo tivesse acesso a interrupção da gravidez de 16 semanas. O pleito fora indeferido liminarmente sob o argumento de que o caso em questão não se encontrava dentre as hipóteses de antijuridicidade previstas no artigo 128 do Código Penal. Em sede de apelação, a Segunda Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro autorizou liminarmente a realização de abortamento. Três meses após a concessão da liminar, o Superior Tribunal de Justiça julgou *Habeas Corpus* nº 32.159 impetrado em favor do nascituro decidindo pela impossibilidade do aborto por falta de disposição legal.

Impetrado *Habeas Corpus* nº 84.025 ao Supremo Tribunal Federal, distribuído ao Ministro Joaquim Barbosa, que se manifestou favorável à interrupção da gravidez, porém nada mais se podia fazer a respeito tendo em vista que ainda durante a sessão fora informada a realização do parto e a sobrevivência do feto por apenas sete minutos, sendo encerrada a sessão e extinto o processo por perda de objeto. Destaco aqui, a fala do Ministro relator do caso a respeito da discrepância na atuação do judiciário ao tratar do tema, ocasionando desigualdade e insegurança jurídica às mulheres e profissionais da saúde:

Esse *habeas corpus* se arrastou no STJ até o dia 18 de dezembro, véspera do recesso judiciário e - eu até convocaria uma sessão extra do tribunal para julgá-lo dada a manifesta urgência do caso - o STJ pediu diligências, sendo que a Relatora do caso já havia falado com o Tribunal de Justiça, tinha todas as informações, ela era contra a diligência e, assim mesmo, foi pedida a diligência. O que fez com que o julgamento só ocorresse quase dois meses depois, ou seja, agora, dia 17 ou 19 de fevereiro. A consequência disso tudo é que a moça foi obrigada a carregar, a portar essa gravidez indesejada por dois meses por força dessas decisões judiciais desencontradas e, a meu ver, absolutamente irregulares. (STF, 2004, p. 362-363)

Nesse contexto de insegurança jurídica, em junho de 2004 a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde ingressou com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, perante o Supremo Tribunal Federal, sob a alegação de que a obrigação de levar a termo uma gestação de feto anencéfalo constituiria violação à dignidade humana e ao direito à saúde. A Confederação pleiteou o posicionamento do Tribunal no sentido de suspender todos os processos em andamento cujo mérito versasse sobre a antecipação terapêutica do parto de feto anencéfalo, assegurando as gestantes o direito à interrupção da gravidez, bastando para a realização do procedimento atestado médico comprovando condição do feto.

Após 8 anos de tramitação da ADPF, o Supremo Tribunal Federal declarou a inconstitucionalidade da interpretação dada a interrupção da gestação de feto portador de anencefalia como conduta ilícita, prevista nos artigos 124 a 128 do Código Penal, por 8 votos a favor e 2 contra.

A argumentação dos votos vencedores perpassou por temas como a laicidade do Estado, a condição de natimortos cerebrais dos fetos anencéfalos (conforme sustentado na Resolução nº 1.752/2004 do Conselho Federal de Medicina), dignidade, saúde (física e psíquica), liberdade e autonomia da mulher e o caráter não absoluto do direito à vida.

Nesse sentido, encontra-se a sustentação feita pelo Ministro Celso de Mello em seu voto:

O Supremo Tribunal Federal, Senhor Presidente, no estágio em que já se acha este julgamento, está a reconhecer que a mulher, **apoiada em razões diretamente fundadas em seus direitos reprodutivos e protegida pela eficácia incontrastável dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da liberdade, da autodeterminação pessoal e da intimidade, tem o direito insuprimível de optar pela antecipação terapêutica de parto nos casos de comprovada malformação fetal por anencefalia**, ou então, legitimada por razões que decorrem de sua autonomia privada, o direito de manifestar sua vontade individual pelo prosseguimento do processo fisiológico de gestação (STF, 2012, p. 315, grifo nosso).

O processo da tomada de decisão política é designado ao Poder Legislativo, sendo um espaço democrático para a promoção de discussões. No entanto, o legislativo vem se privando de decisões a respeito da interrupção da gestação e conta, por outro lado, com diversos projetos em tramitação versando sobre a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção como, a título exemplificativo, as Propostas de Emenda à Constituição nº 58/2011, 164/2012 e 29/2015 e os Projetos de Lei da Câmara nº 8.116/2014 e 478/2007.

Diante dessa conjuntura, o poder judiciário acabou se tornando uma via alternativa para a discussão da temática. Em março de 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) propôs perante o Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442, com o objetivo de obter a declaração de não recepção dos artigos 124 e 126 do Código Penal pela Constituição Federal de 88, demanda essa mais ampla e polêmica que a objetivada na ADPF nº 54.

A ADPF nº 442 se sustenta a partir da afirmativa de manifesta inconstitucionalidade dos referidos artigos por criminalizarem a interrupção voluntária da gestação quando realizada em suas primeiras 12 semanas.

O principal argumento utilizado pelo partido tem por base a violação dos marcos da dignidade, cidadania e equidade de gênero expressos na Constituição e a ausência no contexto atual das razões jurídicas que inspiraram a criminalização do aborto no Código Penal de 1940. A ação argumenta ainda que a violação do princípio da dignidade humana reforça as desigualdades brasileiras, uma vez que a parcela da população que mais sofre com a criminalização são mulheres pobres, negras e indígenas.

No mesmo mês de março a Ministra Rosa Weber, relatora do caso, anunciou convocatória para a audiência pública da ADPF sob a justificativa de complexidade da controvérsia constitucional, sendo essa técnica processual adequada ao possibilitar que o tribunal ouça pessoas com experiência e autoridade na matéria.

A audiência ocorreu em agosto de 2018, contando com o pronunciamento de 52 instituições com posicionamentos que reforçavam ou contrariavam o pedido da petição inicial.

Foram ouvidos expositores de entidades científicas, religiosas, políticas e da sociedade civil como, por exemplo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho Federal de Psicologia, Movimento Nacional da Cidadania pela Vida, Instituto de Bioética (ANIS), *Center for Reproductive Rights*, *Human Rights Watch*, Coletivo Margarida Alves de Assessoria Popular, Rede Feminista de Juristas (DEFEM), Criola, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS), Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Sociedade Budista do Brasil, Federação Espírita Brasileira, Frente Parlamentar em Defesa da Vida e da Família e Defensoria Pública da União.

Subsequentemente, a relatora do caso deverá preparar o voto e o relatório do caso com o posicionamento de todos os órgãos chamados a se manifestarem e repassá-los aos 11 ministros da Corte para decisão, porém ainda não há previsão para uma futura votação sobre o tema.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ABORTO LEGAL NO BRASIL

3.1 A garantia do aborto legal no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender aos objetivos constitucionais, foi baseado na ampliação do conceito de saúde, que passa a ser considerada como resultado de um conjunto de políticas públicas e direito fundamental do ser humano.

A Constituição Federal de 1988 determina em seu artigo 24, XII, a competência concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal para legislar sobre a proteção e defesa da saúde. A defesa da saúde é feita então através da Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamentando o SUS e pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área social.

A referida Lei 8.080/90 reafirma a norma constitucional e as recomendações internacionais, dispondo também sobre a atribuição comum da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal quanto ao controle, fiscalização, avaliação e normatização das atividades dos serviços de saúde, a elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção, recuperação da saúde e ao fomento, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos.

Dessa forma, a ausência de uma norma federal não impede que, em âmbito estadual e/ou municipal, determinado tema seja regulado, porém uma norma regulamentadora federal obriga que os Estados, Municípios e o Distrito Federal a cumpram.

Passada a análise quanto a assistência à saúde da mulher como dever do Estado e a criação do SUS, é pertinente examinar as definições propostas no âmbito médico quanto ao procedimento de interrupção da gestação para que a posteriori possamos nos deter a análise da regulamentação desenvolvida pelo sistema de saúde nacional.

De acordo com Diniz e Almeida (1998, p. 126) as situações de aborto podem ser divididas em quatro grandes tipos:

1. Interrupção eugênica da gestação (IEG): a interrupção da gestação é feita em geral contra a vontade da gestante, por valores racistas, sexistas e étnicos, entre outros.

2. Interrupção terapêutica da gestação (ITG): são os casos de aborto praticados tendo por justificativa o risco a saúde materna, ou seja, situações em que se interrompe a gestação para salvar a vida da gestante. De acordo com os autores, em função do avanço tecnológico e científico da medicina, os casos de ITG são cada vez menores, sendo raras as ocasiões terapêuticas em que tal procedimento é exigido;

3. Interrupção seletiva da gestação (ISG): são os casos de aborto ocorridos após a constatação de lesões fetais, como anomalias fetais relacionadas a incompatibilidade com a vida extrauterina, a exemplo da anencefalia;

4. Interrupção voluntária da gestação (IVG): são os casos de aborto decorrentes da manifestação de vontade da gestante ou do casal que não mais deseja a gravidez, seja ela resultado de um estupro ou de uma relação consensual, sendo comum a determinação de limites gestacionais para a prática por legislações que permitem a IVG.

Com relação ao termo aborto, Verardo e Souza (2000, p. 45) afirmam que:

Alguns obstetras delimitam o tempo de gestação para definir o aborto: até a 22ª semana da gravidez; a interrupção após este período é considerada parto prematuro e se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Ou seja, até os cinco meses e meio de gravidez a expulsão do feto é considerada aborto pela medicina, dos cinco meses e meio em diante, parto prematuro.

Para a medicina, aborto espontâneo é aquele que ocorre por vários fatores de ordem natural, sendo este realizado pelo próprio corpo da mulher, sem influência externa. Já aborto provocado ou induzido é aquele decorrente de interrupção intencional da gestação, por uso de meios de interferência mecânica ou química.

Em 2003 a Organização Mundial de Saúde - OMS (2004 apud Ventura, 2009, p. 144) publicou uma orientação técnica e política sobre abortamento seguro para os sistemas de saúde. Nessa orientação, o termo aborto é considerado resultado de um abortamento, que por sua vez é definido como procedimento técnico de interrupção da gestação antes de 20-22 semanas ou em que o peso do feto seja inferior a 500g.

Em 2013 a OMS divulgou a segunda edição do documento, com alterações a respeito da definição do termo. Primeiramente, a organização dividiu o termo abortamento induzido entre dois tipos de procedimentos: abortamento cirúrgico e abortamento farmacológico. São definidos respectivamente como utilização de procedimentos transcervicais para finalizar uma

gravidez (incluindo-se a aspiração a vácuo intrauterina e a dilatação e evacuação) e utilização de fármacos para a mesma finalidade (OMS, 2013, p. IV).

Salienta-se também que não há na segunda edição da orientação qualquer limitação quanto à idade gestacional para caracterizar o procedimento, contrariando inclusive a definição anterior ao incluir no documento recomendações para casos de interrupção de gestação com mais de 24 semanas (OMS, 2013, p. 43).

No Brasil, ainda que o permissivo legal para a interrupção da gestação date do ano de 1940, o primeiro serviço de aborto legal foi implementado quase 50 anos depois, no ano de 1989.

A primeira experiência de disponibilização do serviço na saúde pública ocorreu no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, mais conhecido como Hospital do Jabaquara, no município de São Paulo. Sem autorização judicial ou aprovação de lei complementar e utilizando como fundamento a previsão do procedimento no Código Penal, a iniciativa do governo da prefeita Luiza Erundina, fortemente vinculada aos movimentos sociais e ao Movimento Feminista resultou na portaria da Secretaria Municipal de Saúde que instituiu o Programa de Aborto Legal, sob intensa reação contrária.

O processo de implantação do Programa de Aborto Legal foi coordenado pela Assessoria de Saúde da Mulher e contou com a participação da Ordem dos Advogados do Brasil, através da Comissão da Mulher Advogada, Seção de São Paulo, das Delegacias de Defesa da Mulher, do Serviço de Sexologia do Instituto Médico Legal e da direção e dos profissionais do Hospital do Jabaquara.

Tal iniciativa foi seguida por outros estados, sendo implantados novos serviços em administrações municipais e estaduais. O Rio de Janeiro, ainda que tenha aprovado lei de âmbito municipal datada de 1988 sobre serviços de aborto legal, não desenvolveu um programa nesse sentido até a aprovação de Norma Técnica pelo Ministério da Saúde. O serviço era realizado no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, porém sem a elaboração de projeto de atendimento às mulheres que buscavam a interrupção da gestação.

Em 1991, um Projeto de Lei (PL da Câmara nº 20/1991) foi apresentado ao Congresso Nacional, tendo por proposição tornar obrigatório o atendimento aos casos de aborto previstos no Código Penal pelo Sistema Único de Saúde. O Projeto de Lei após aprovação pela Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), da Câmara dos Deputados, deveria ser

encaminhado ao Senado, entretanto, foi barrado por recurso de parlamentares contrários à Lei que solicitaram votação no Plenário da Câmara. Houveram duas tentativas de prosseguimento para esta votação, mas a decisão foi postergada sem previsão e o projeto foi arquivado.

Apesar da não aprovação do PL no Congresso, o tema foi ponto de um debate mais qualificado com a presença de novos atores sociais favoráveis a proposta como juristas, profissionais de saúde e entidades representativas como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), esquivando-se do debate unicamente religioso.

O procedimento veio a ser regulamentado pelo Ministério da Saúde através da Norma Técnica Federal "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", publicada em 1999 e impulsionada pela Resolução 258/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Elaborada por profissionais de saúde que estavam à frente dos serviços de aborto legal em conjunto com a Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a Norma Técnica visava orientar corretamente as ações a serem desenvolvidas pelos serviços desde o atendimento inicial, a prevenção da gravidez (anticoncepção de emergência), a profilaxia das doenças de transmissão sexual, a profilaxia da AIDS e, quando ocorresse a gravidez, os meios necessários para a interrupção da gestação, no âmbito da legislação vigente, de forma clara e objetiva.

Na apresentação da Norma Técnica (BRASIL, 1999, p. 5) o então Ministro da Saúde, José Serra expõe:

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. No entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos. Essa situação dá origem a sérios problemas, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher.

É dever do Estado e da sociedade civil delinear estratégias para terminar com esta violência. Ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos.

Reconhece-se o dever do Estado, não somente da prestação do serviço de saúde, mas também de fazer cessar a violência sexual contra a mulher e os danos causados por essa, sendo o setor da saúde instrumento necessário para assegurar a dignidade da mulher e o pleno exercício de seus direitos.

A Norma frisa a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais para definir as unidades de referência, avaliar as ações desenvolvidas e capacitar equipes para prestar o atendimento adequado. A proposta quanto às equipes é que a formação dessas seja multiprofissional, formada por psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, dando ênfase ao acompanhamento psicológico e social da vítima atendida.

A Norma conta ainda com a previsão de procedimento para interrupção da gravidez até 12 semanas e de 13 até 20 semanas de idade gestacional e, no caso de gestação acima desse período, orientação para oferecimento do acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando facilitar os mecanismos de adoção da criança, se a mulher assim desejar.

Na época, a Norma Técnica trazia como documentos obrigatórios para a solicitação de interrupção da gestação nos serviços públicos a autorização da grávida ou de seu representante legal em caso de incapacidade, registro em prontuário médico das consultas realizadas, da equipe multidisciplinar, dos resultados dos exames clínicos ou laboratoriais e da decisão adotada e cópia do Boletim de Ocorrência Policial.

Apesar de dispor em seu item V que a mulher não deve ser obrigada a realizar a queixa policial, a Norma trás o Boletim de Ocorrência Policial como condição obrigatória para a intervenção. Essa exigência além de confrontar a própria Norma, extrapola a legislação que não condiciona a realização do aborto à existência de queixa ou de processo contra o autor do crime (BRASIL, 1999, p. 13).

Em 2005, o Ministério da Saúde expediu uma nova edição da Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, com modificações sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei e o tratamento específico para casos de violência contra crianças e adolescentes, incluindo a comunicação ao Conselho Tutelar.

Dentre as modificações trazidas pelo Ministério da Saúde sobre o procedimento de justificação e autorização do aborto, a mais importante é a não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência Policial, sendo a exigência desse documento para atendimento nos serviços de saúde considerada incorreta e ilegal. O próprio documento faz menção à falta de condicionantes pela legislação penal e a presunção de veracidade do depoimento da mulher, frisando que o acesso e o direito das pacientes aos serviços de saúde não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça. Nesse sentido:

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. **O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça.** (BRASIL, 2005, p. 42, grifo nosso)

A nova edição da Norma reafirma os princípios de sigilo e segredo profissional e inclui o atendimento humanizado, a partir de uma visão da relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, a garantia da objeção de consciência ao médico, a avaliação de riscos, evitando o agravamento ou a repetição do episódio e a definição de abortamento, conforme entendimento da OMS à época.

A terceira edição da Norma Técnica foi editada em 2012, fazendo menção as modificações realizadas pelas Portarias nº 1.145/2005 e 1.508/2005 do Ministério da Saúde, que regulamentavam os procedimentos de justificação e autorização do aborto legal nos serviços de saúde, garantindo segurança jurídica aos profissionais de saúde, principalmente os médicos.

A Portaria nº 1.508/05 estabelece a obrigatoriedade do procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, exceto nos casos que envolvem riscos de morte à mulher. Esse procedimento é dividido em 4 fases.

Na primeira fase deve ser redigido o termo de relato circunstanciado do evento, com as informações da própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço. Todos devem assinar o documento, a gestante, quando incapaz também por seu representante legal, e os dois profissionais de saúde do serviço. O documento conterá o local, dia e hora aproximada do fato, o tipo e a forma de violência, a descrição dos agentes da conduta, caso seja possível e a identificação de testemunhas, caso haja.

Na segunda fase o médico deverá emitir parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares. Durante o exame médico, a mulher deve receber atenção e avaliação especializada pela equipe de saúde multiprofissional, que anotarás suas avaliações em documentos específicos. No mínimo três integrantes da equipe de saúde multiprofissional

deverão subscrever o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

A terceira fase consiste na assinatura pela gestante do Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, contendo esse documento advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Na quarta fase procede-se a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos: deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante e caso seja incapaz, também por seu representante legal, deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez e o esclarecimento à mulher deverá ser feito em linguagem acessível, em especial sobre os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde, os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis e a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos - exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial.

A supramencionada Portaria e a Norma Técnica trazem em anexos os modelos dos documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei. Todos os documentos de que tratam a Norma devem ser elaborados em duas vias, sendo uma via fornecida para a gestante.

Em maio de 2014 foi publicada a Portaria 415/2014 pelo Ministério da Saúde, incluindo o procedimento de interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstos em lei na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS. A Portaria mencionava também a garantia da presença de acompanhante durante toda a permanência no estabelecimento de saúde quando da realização do procedimento.

Porém, a Portaria veio a ser revogada pelo Ministério da Saúde após sete dias através da Portaria 437/2014. O Ministério alegou a inconsistência da redação e dos gastos propostos pela Portaria 415/2014, no entanto algumas reportagens veicularam que a revogação se deu devido a pressão da bancada religiosa no Congresso Nacional e de movimentos da sociedade civil.

A normatização e o desenvolvimento das políticas públicas de aborto legal pelo governo brasileiro, não apenas dão cumprimento aos compromissos assumidos nas Conferências Mundiais organizadas pelas Nações Unidas no Cairo (1994) e em Pequim (1995) e na Constituição Federal de 1988, mas constituem de forma efetiva um direito anteriormente posto apenas pelo afastamento da antijuridicidade da conduta pelo Código Penal.

3.2 Análise quantitativa dos serviços de aborto legal

A análise aqui proposta parte de um estudo quantitativo-descritivo, tendo por objetivo a análise da literatura e os principais estudos quantitativos acerca das políticas públicas existentes para oferta de procedimentos de aborto legal, tendo por foco o âmbito nacional. A pesquisa por publicações e informações foi realizada através de vários bancos de dados eletrônicos, destacando-se aqui a rede SciELO e o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde na base de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, respectivamente.

Os sujeitos indiretos deste estudo foram as pesquisas quantitativas documentadas que compreenderam os serviços públicos de saúde que desenvolvem políticas públicas para a interrupção da gravidez prevista em lei.

A análise documental desenvolvida até o momento teve por objetivo examinar os principais tópicos relacionados ao objeto de estudo por meio da análise bibliográfica, com ênfase nas perspectivas dos direitos reprodutivos, bem como proposições filosóficas concernentes às dinâmicas de poder e autonomia dos indivíduos, para melhor elucidação do problema de pesquisa.

3.2.1 Características dos serviços de aborto legal no Brasil

A partir da consulta realizada ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde na base de dados do Sistema Único de Saúde, com último acesso em outubro de 2018, foram encontrados 84 estabelecimentos que oferecem serviços de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

Dos 84 estabelecimentos, 7 estão localizados na Região Norte do país, 26 na Região Nordeste, 12 na Região Centro-Oeste, 26 na Região Sudeste e 13 na região sul.

Na Região Norte os sete serviços em funcionamento estão localizados, em sua maioria, nas capitais das unidades da federação do Amazonas, Roraima, Pará e Acre. No estado do Amazonas o serviço também é ofertado nos municípios de Parintins, no interior e em Novo Airão, na região metropolitana de Manaus.

Na Região Nordeste os vinte e seis serviços se distribuem em sete capitais e outras oito cidades, não havendo nenhum serviço no estado de Alagoas.

Na Região Sudeste o atendimento é prestado em vinte e seis serviços. Cinco em Minas Gerais: um em Uberlândia e outros quatro em Belo Horizonte. O Rio de Janeiro é o estado mais equipado, contando com dez serviços: sete na capital, um na Baixada Fluminense, um em Niterói e outro em Macaé. Em São Paulo existem cinco serviços na capital, um em Santo André, um em Sorocaba e um em Ribeirão Preto. No Espírito Santo o serviço é prestado na capital, na cidade de Pinheiros e no interior do estado no município de Colatina.

Na Região Sul temos mais treze serviços: seis no Rio Grande do Sul (quatro em Porto Alegre, um em Caxias do Sul e outro em Canoas), um em Curitiba/PR e seis em Santa Catarina (nas cidades de Gaspar, Blumenau, Chapecó, Florianópolis, Joinville e São José).

Outros doze serviços ficam na Região Centro-Oeste: três no Distrito Federal, um em Dourados/MS, um em Cuiabá e outros três fora da capital do Mato Grosso e mais um em Goiânia e três na cidade de Itumbiara.

Não há na base de dados informações a respeito do serviço prestado, seja sobre o efetivo atendimento nos estabelecimentos ou dados quantitativos.

O mapa abaixo ilustra a distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil de acordo com a base de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS:

Figura 2 – Distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

A situação do atendimento nos serviços públicos de aborto legal no Brasil foi alvo de pesquisa publicada pela ONG Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), realizada por Talib e Citeli (2005). A pesquisa avaliou 56 hospitais públicos estaduais, municipais e universitários listados como serviços especializados para a interrupção da gravidez prevista em lei durante o período de 1989 a dezembro de 2004.

Apesar da recomendação feita pela Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” de utilização do registro padronizado dos dados em fichas e no prontuário médico, quase todos os serviços pesquisados não o faziam (TALIB; CITELI, 2005, p. 47).

Dos 56 hospitais, a organização não obteve resposta de 3 e outros 16 (11 no Sudeste, 2 no Nordeste e Centro-Oeste, e um no Norte) disseram não prestar atendimento para aborto legal, mostrando que somente 37 deles estavam capacitados para o atendimento (TALIB; CITELI, 2005, p. 47).

Quanto à distribuição dos serviços, a pesquisa apontou que:

Os quatro serviços em funcionamento na Região Norte estão localizados nas capitais das unidades da federação. Na Região Nordeste os onze serviços se distribuem nas

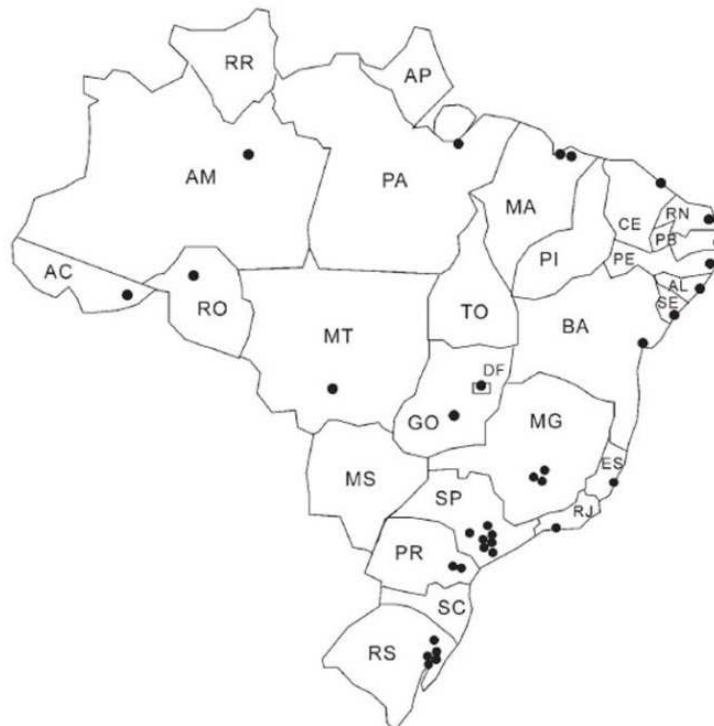
oito capitais, dentre a quais três (Natal, Recife e São Luís) contam com dois serviços.

Na Região Sudeste o atendimento é prestado em doze serviços. Três em Minas Gerais: um na capital e outros dois na Região Metropolitana de Belo Horizonte (Betim). São Paulo é o estado mais equipado, contando com sete serviços: quatro na capital; um na Região Metropolitana de São Paulo (São Bernardo do Campo) e outros dois implantados em cidades do interior (Campinas e Botucatu). Os únicos serviços disponíveis no Espírito Santo e no Rio de Janeiro estão nas capitais.

Na Região Sul temos mais sete serviços: cinco no Rio Grande do Sul (quatro em Porto Alegre e um em Caxias do Sul); e dois em Curitiba/PR. Outros três serviços ficam na Região Centro-Oeste: um no Distrito Federal; outro em Cuiabá/ MT e mais um em Goiânia, embora este ainda não tenha prestado atendimento. (TALIB; CITELI, 2005, p.51)

A pesquisa constatou que cinco unidades da federação, em três diferentes regiões do país, não dispunham na época de serviços de aborto legal: Roraima, Amapá e Tocantins (Norte), Piauí (Nordeste) e Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste). O mapa abaixo ilustra a distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil de acordo com a pesquisa:

Figura 3 – Distribuição dos serviços de aborto legal no Brasil



Fonte: Talib; Citeli. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004) Dossiê. 2005.

A partir dos serviços em funcionamento, a pesquisa apontou a realização de 1.266 interrupções da gestação, concentrando-se 70% dos atendimentos na Região Sudeste. A razão

apontada pelo estudo para esse percentual seria o encaminhamento de várias regiões do país para hospitais dessa região (TALIB; CITELI, 2005, p. 53).

Dos 37 serviços capacitados para o atendimento, todos responderam que ofereciam serviços para o atendimento às mulheres que engravidaram depois de sofrer violência, 31 ofereciam atendimento para casos de risco de vida da mãe e 28 para casos em que o feto é incompatível com a vida. No entanto, o estudo não obteve dados quantitativos sobre as motivações que levaram as mulheres a solicitar o procedimento, uma vez que poucos informantes dispunham dessa informação (TALIB; CITELI, 2005, p. 57).

Por fim, as informações recebidas pelo estudo mostraram que 26 serviços exigiam o Boletim de Ocorrência Policial (70%) e a maioria dos serviços exigia a autorização da gestante, observando a Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” de 1998, em vigor na época em que a pesquisa foi realizada (TALIB; CITELI, 2005, p. 56).

No entanto, alguns serviços exigiam documentos adicionais como o laudo do Instituto Médico Legal (IML), que foi indicado por três hospitais e o alvará judicial, indicado por dois respondentes, sem qualquer esclarecimento se a exigência era aplicável para o caso de feto incompatível com a vida ou para casos de gravidez resultante de violência sexual (TALIB; CITELI, 2005, p. 56).

A respeito da idade gestacional, cinco serviços responderam que não realizavam o procedimento nos casos de gestação acima de 12 semanas, um declarou que não realizava a interrupção da gestação acima de 16 semanas e quatro declararam realizar o procedimento até 20 semanas, idade gestacional indicada como limite pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (TALIB; CITELI, 2005, p. 56).

Com abordagem mais recente, um estudo realizado por Madeiro e Diniz (2016) avaliou 68 serviços de aborto legal no Brasil listados pelo Ministério da Saúde como em funcionamento em 2009, sendo realizada no período de 2013 a 2015. Desses serviços, 37 informaram que realizavam aborto legal e em 7 estados não haviam serviços ativos.

Dos serviços ativos 37 informaram que realizavam interrupção da gravidez por estupro, 27 por risco de morte da mulher e 30 por anencefalia. Dois hospitais informaram que encaminhavam o caso para outro serviço quando a gestação era acima de 14 semanas, apesar de realizarem o serviço de interrupção (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

Os serviços estavam distribuídos em 20 unidades da Federação: cinco na Região Norte, onze na Região Nordeste, três na Região Centro-Oeste, seis na Região Sul e doze na Região Sudeste. Em sete estados não havia serviço ativo: um na Região Sul, um no Centro-Oeste, dois no Nordeste e três no Norte. Apenas em seis estados havia mais de um serviço, e em quatro deles existiam serviços localizados fora das capitais, distribuídos em oito cidades (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

Quanto aos documentos exigidos para realização do procedimento, 34 serviços informaram que solicitavam a autorização por escrito da mulher (92%). Contrariando a Norma Técnica emitida pelo Ministério da Saúde, 5 serviços solicitavam o Boletim de Ocorrência Policial (14%), 3 solicitavam o laudo do IML (8%), 3 solicitavam alvará judicial (8%), 4 solicitavam parecer do Comitê de Ética institucional (11%) e 3 solicitavam despacho do Ministério Público (8%). Nos casos de anencefalia, 2 serviços ainda requeriam o alvará judicial como condição para a interrupção da gravidez (6%) (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

Os serviços informaram que 5.075 mulheres foram atendidas em busca do aborto legal, sendo que desse total apenas 2.442 realizaram a interrupção da gestação. O primeiro serviço apurado na pesquisa foi criado em 1994 e a criação do serviço mais recente pesquisado datava de 2014. Constatou-se também que quinze serviços realizaram menos de dez procedimentos nos dez anos anteriores à pesquisa, sendo quatro desses localizados em capitais e os únicos estabelecimentos que ofertavam o procedimento na região (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

Em relação aos métodos disponíveis, a curetagem uterina foi indicada por 89% dos hospitais, 97% indicaram o uso de medicamentos, 86% a aspiração manual intrauterina e 3% a aspiração elétrica (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

A segunda etapa do estudo foi realizada em cinco serviços, um em cada região do país, escolhidos através de dois critérios: já terem realizado aborto legal nos cinco anos anteriores a pesquisa e serem de referência para a região em número de atendimentos. Dentre os cinco serviços selecionados, três foram fundados nos anos 90 e dois nos anos 2000 (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 565).

Através da pesquisa aos arquivos de prontuários foi possível analisar e quantificar as características dos procedimentos de aborto legal em cada serviço desde sua implementação,

com exceção de um que somente havia arquivos de casos atendidos nos cinco anos que antecederam a pesquisa (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 565-566).

Foram analisados 1.283 prontuários de mulheres que realizaram o aborto legal nos cinco serviços selecionados, sendo que um deles foi responsável por 80% do total de procedimentos registrados. (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 565-566).

Quanto às motivações que levaram as mulheres a solicitar o procedimento, a pesquisa apontou que a maior parte dos casos se deu em decorrência de violência sexual equivalendo a 94%, 4% correspondiam a casos de anencefalia do feto, 1% por risco de morte da mulher e 1% por malformações graves. Os pesquisadores indicam que os procedimentos de interrupção que tinham por justificativa malformações graves eram realizados a partir de alvará judicial. (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 567).

A respeito da idade gestacional, 27% dos prontuários apontaram para procedimentos realizados até a oitava semana, 41% no período de 9-14 semanas, 27% entre a 15ª e 20ª semana e 5% acima de 20 semanas de gestação. Os casos de interrupção realizados em idade gestacional acima de 20 semanas em sua maioria ocorreram por anencefalia. (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 567).

Dos métodos utilizados para a interrupção da gestação, a aspiração manual intrauterina (AMIU) correspondeu a 45% dos procedimentos, o uso do misoprostol a 32%, a curetagem uterina a 10% e o uso combinado dos dois últimos métodos equivaleu a 3% dos casos analisados. Foram apontados outros métodos em 9% dos prontuários, todavia os pesquisadores não especificaram quais seriam esses métodos e se esses estavam descritos nos prontuários ou haviam sido omitidos.

A tabela abaixo resume os resultados obtidos pela pesquisa realizada:

Tabela 1 - Características das interrupções de gestação previstas em lei. Serviços de Aborto Legal no Brasil de 2013-2015

Características	N	% ⁱ
Justificativa para a IG ⁱ		
Estupro	1.212	94
Anencefalia	55	4
Risco de morte da mulher	09	1
Outras malformações graves ⁱⁱ	07	1
Idade gestacional da IG		
Até 8 semanas	346	27
9-14 semanas	527	41
15-20 semanas	346	27
Acima de 20 semanas	63	5
Métodos usados para a IG		
AMIU ⁱⁱⁱ	582	45
Misoprostol	414	32
CTG ^{iv}	130	10
Misoprostol + CTG	38	3
Outras	119	9
Total	1.283	100

i IG: interrupção da gestação; ii Com alvará judicial; iii AMIU: aspiração manual intrauterina; iv CTG: curetagem uterina.

Fonte: Madeiro; Diniz. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. 2016.

3.2.2 Perfil das mulheres atendidas

O estudo realizado por Madeiro e Diniz (2016) em sua segunda etapa, com análise de 1.283 prontuários de mulheres que realizaram o aborto legal em cinco serviços do país, também observou os registros feitos a respeito das características sociodemográficas dessas mulheres.

A partir dos dados obtidos na pesquisa constata-se uma concentração de mulheres na faixa de 15 a 29 anos, correspondendo a 62% dos casos, em grande parte solteiras (71%). Os pesquisadores destacam ainda que 38% dos procedimentos de aborto legal nos serviços foram realizados em crianças e adolescentes, sendo que 5 delas tinham 10 anos ou menos (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

O nível de escolaridade não foi declarado em 8% dos casos, porém dos prontuários onde há a informação 454 mulheres declararam ter ensino fundamental (35%) e 471 mulheres declararam ter ensino médio (37%).

As informações a respeito da religião também foram omitidas em 15% dos prontuários analisados, ainda assim, o número de mulheres que afirmavam ser católicas representou 43% dos casos.

De acordo com os autores, a declaração de cor não era um dado de registro nos prontuários dos serviços localizados fora das Regiões Sul e Sudeste, o que pode ter contribuído para a concentração de mulheres brancas, atingindo a porcentagem de 51% dos casos (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 567). Os resultados obtidos na pesquisa estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres. Serviços de Aborto Legal no Brasil de 2013-2015.

Características	N	% ⁱ
Faixa etária (anos)		
Até 10	5	0,4
11-14	193	15
15-19	283	22
20-24	251	20
25-29	266	21
30-34	158	12
35-39	89	7
> 40	38	3
Escolaridade ⁱⁱ		
Analfabeta	71	6
Ensino fundamental	454	35
Ensino médio	471	37
Ensino superior	178	14
Estado civil ⁱⁱⁱ		
Solteira	913	71
Casada/União estável	183	14
Separada/Viúva	113	9
Cor/raça ^{iv}		
Amarela	09	1
Branca ^v	648	51
Indígena	26	2
Parda	336	26
Preta	128	10
Religião ^{vi}		
Católica	547	43
Evangélica	302	24
Sem religião	164	13
Outras	78	6
Total	1.283	100

i Os percentuais foram arredondados; ii Faltaram dados em 108 casos (8%); iii Faltaram dados em 74 casos (6%); iv Faltaram dados em 136 casos (11%); v Houve maior número de casos analisados em serviços do Sudeste e Sul, o que pode explicar a concentração de mulheres da cor/raça branca, além do que nos outros serviços este não era um dado de registro nos prontuários; vi Faltaram dados em 192 casos (15%).

Fonte: Madeiro; Diniz. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. 2016.

4. A AUTONOMIA DA MULHER E O ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL

Em torno da efetiva promoção da autonomia da mulher e da realização dos direitos reprodutivos encontram-se certas problemáticas que dificultam o exercício desses direitos. No que diz respeito ao aborto legal, esses problemas passam pela discussão da criminalização da prática, bem como pela oferta desses serviços na realidade brasileira.

4.1 Impasses para a efetivação do direito à autonomia

Dentre os obstáculos encontrados pelas mulheres ao buscar pelo serviço de aborto legal está a localização dos serviços. Majoritariamente, os serviços que ofertam a interrupção da gestação legalmente prevista estão localizados em capitais e grandes cidades, além da inexistência deles em alguns estados do Brasil.

Quando se compara a listagem de serviços das pesquisas realizadas por Talib e Citeli (2005, p. 45-52) e Madeiro e Diniz (2016, p. 566) com a listagem do DATASUS de outubro desse ano, nota-se que com exceção de alguns estados, houve pouco avanço na implementação de novos serviços, principalmente em cidades do interior.

Ainda assim, tendo por base as pesquisas realizadas, deve se levar em consideração que mesmo que alguns serviços declarem realizar o serviço de aborto legal e constem na listagem do DATASUS, alguns não se encontram ativos na prática.

A respeito da composição da equipe profissional, essa também é um obstáculo na maioria dos serviços. De acordo com Madeiro e Diniz (2016, p. 568), apesar da presença das equipes multidisciplinares demonstrar o compromisso com a oferta de assistência integral da saúde à mulher, a inexistência de equipe médica específica para a realização do procedimento torna o atendimento da mulher que busca a interrupção da gravidez mais demorado, impossibilitando em alguns casos o aborto.

Um dos recursos utilizados por médicos que impossibilitam a efetivação do direito à autonomia pelas mulheres nos serviços de aborto legal no país é o direito a objeção de consciência.

O Código de Ética Médica (2010) estabelece tal direito em seu capítulo I, artigo VII, nos seguintes termos:

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (Conselho Federal de Medicina, 2010, p. 30).

Também no Código de Ética Médica, capítulo II, artigo IX, a respeito dos direitos do médico inclui-se “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (Conselho Federal de Medicina, 2010, p. 33).

Assim sendo, a exceção ao direito à objeção de consciência se dá nos casos de urgência ou emergência, na ausência de outro médico ou quando a recusa do médico venha a implicar danos à saúde da mulher. Nessas circunstâncias ainda que contrariando os ditames de sua consciência, o médico não pode se recusar a prestar atendimento. Nas demais situações, ele não deverá ser obrigado a realizar os procedimentos e contrariar suas crenças.

De acordo com essa proteção, Vélez (2008, p. 63) expõe que ainda que os profissionais de saúde tenham direito de agir conforme as crenças de sua escolha, esses não podem impô-las às mulheres que buscam determinado serviço. As crenças dos profissionais não devem e não podem interferir nas decisões autônomas das mulheres.

A Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” de 2012, além de reiterar esse direito, esclarece que mesmo que o médico alegue objeção de consciência, é dever da instituição assegurar que a mulher realize o aborto. Tendo em vista que é facultada ao médico a objeção de consciência, mas não à instituição, o médico deverá garantir a atenção ao abortamento por outro profissional da instituição ou por outro serviço.

A Norma declara ainda que é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o serviço de interrupção da gestação previsto por lei. Uma vez que, em decorrência da omissão a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, essa poderá recorrer a responsabilização pessoal e institucional pelos danos.

Diniz (2013, p. 1.705) aponta duas maneiras de enfrentar a questão da objeção de consciência em um marco laico de políticas públicas de saúde, onde crenças religiosas não são absolutas e tampouco definidoras do pacto político. A primeira maneira corresponde a ajustes administrativos nos serviços, onde haveria medidas de regulação e prevenção como a

montagem de escalas de trabalho sem profissionais objetores e a não participação de profissionais objetores em práticas contrárias às suas consciências. A segunda maneira seria o afastamento do tema da objeção de consciência da esfera religiosa, alocando-o no campo das relações de poder e dominação.

Para a autora, a sobreposição entre sofrimento e direito à objeção de consciência é resultado mais da hegemonia do poder médico do que de uma medida refletida sobre justiça em saúde. De tal modo, se é possível reconhecer a objeção de consciência como um arranjo institucional de equipes, seria também justo afirmar que as instituições de saúde teriam o dever de garantir a assistência, sem que as mulheres sejam perturbadas por demandas individuais de recusa de assistência (DINIZ, 2013, p. 1.705-1.706).

Ainda relacionada a prática médica, outro impasse para efetivação do direito de escolha da mulher é a imposição de requisitos não previstos pela legislação e pelas normas técnicas e a descrença no testemunho da mulher. Situação essa que além de violar os direitos da mulher, expõe essa a uma situação de precariedade.

A pesquisa realizada por Madeiro e Diniz (2016, p. 566), traz claramente essa questão quando aponta que mesmo após o Ministério da Saúde retirar a exigência do Boletim de Ocorrência Policial para a realização da interrupção da gestação, alguns serviços ainda exigiam tal documento, não bastando a palavra da mulher como previsto na Norma Técnica.

Ainda relacionado à pesquisa, alguns serviços contrariavam a Norma Técnica e, conseqüentemente, a autonomia da mulher ao exigir laudo do IML, alvará judicial e até mesmo parecer do Comitê de Ética da instituição para realizar o aborto legal (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 566).

De acordo com as normas regulamentadoras, a equipe multidisciplinar precisa acreditar no que diz a mulher que se apresenta como vítima e testemunha de sua própria violência. Porém, um estudo realizado por Diniz et al. (2014, p. 294-296) demonstrou que não basta para a equipe médica o testemunho da mulher, a verdade do estupro seria então construída no encontro entre os testes de verdade sobre o acontecimento da violência e a leitura sobre a subjetividade da vítima. Essa subjetividade contribui para a produção da verdade do estupro no sentido de que a mulher deve ser reconhecida como vítima pela equipe através do seu comportamento.

Além da violência pela qual já foi acometida, a mulher passa por uma situação onde não é vista inicialmente como se estivesse em busca de um direito e a equipe médica considera que ela pode supostamente estar mentindo.

Entre os testes de verdade para avaliar os diferentes aspectos da narrativa da mulher está o uso do nexo causal, ou seja, através da verificação das datas da violência e da gestação e as informações dos exames realizados e se essas conferem com a história da paciente. Esse teste, de acordo com alguns profissionais, permite que as equipes se protejam de ataques externos, servindo como uma prática pericial dos serviços (DINIZ et al., 2014, p. 294).

Dessa forma, o poder das equipes de saúde de avaliar se a mulher sofreu ou não um estupro acaba se tornando em um poder soberano¹ que está associado a um poder administrativo extrajurídico. A tomada de decisão nem sempre está atrelada apenas as equipes, mas a uma engrenagem administrativa da instituição que faz funcionar o serviço de uma maneira que não a determinada pela lei ou pelas normas regulamentadoras. Contribui para essa conjuntura também o caráter de exceção da lei punitiva, uma vez que até aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados, pelo estigma imposto aos serviços, pela ameaça persecutória e pela moral do aborto como um ato violador (DINIZ et al., 2014, p. 297).

Nesse sentido, coloca-se aqui o fragmento da sustentação feita por um médico ginecologista da Universidade Federal do Rio de Janeiro durante o primeiro dia de audiência pública da ADPF 442:

No Brasil tem outro problema, não é preciso fazer o Boletim de Ocorrência para fazer o aborto legal. Eu não tô dizendo que tem que fazer ou não. Mas quando você vai ver os abortos legais, olhe: o estupro é a maior porcentagem. [...] E um médico quando recebe esses casos, ele fica realmente sem saber o que fazer.

A gente recentemente na universidade teve um caso desses. De uma mulher e tal... Eu não posso entrar em detalhes. Mas ninguém queria fazer o aborto. Pela questão da objeção de consciência. A enfermagem se negou a participar. Se vocês liberarem o aborto, vocês vão provocar um problema nas maternidades. (Sustentação realizada durante a audiência pública da ADPF 442 pelo Dr. Raphael Câmara da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por indicação do Instituto Liberal de São Paulo, no Supremo Tribunal Federal, em 03 de agosto de 2018, transcrição nossa).

¹ O termo “poder soberano” é utilizado por Foucault (2013, p. 279-295) para identificar a mecânica do poder na sociedade feudal através da relação soberano-súdito, marcada pela repressão, que a partir do século XVII se sustenta sob uma nova mecânica de poder, exercida através da vigilância dos corpos e de seus atos.

A declaração acima demonstra os obstáculos pelos quais as mulheres vítimas de estupro passam ao solicitar o serviço de aborto legal e o estigma imposto aos serviços que o ofertam, traduzindo o grande receio no meio médico em realizar o aborto. Resta claro a descrença no testemunho da mulher e a perspectiva moral do aborto, que o entende como um ato violador e produz o sentimento de culpa na mulher e no profissional.

Apesar de previsto em lei, o direito de a mulher decidir sobre o aborto só estará garantido quando os serviços de saúde forem capazes de disponibilizar a interrupção da gestação gratuitamente nos hospitais públicos, sem impedimentos ou barreiras de nenhum tipo, sejam elas de acesso, crenças, religiões, sociais ou culturais.

As práticas dos profissionais da saúde fazem parte de um dispositivo de governabilidade, mas o poder que eles exercem como guardiões da lei e da moral, nesse caso a decisão se a mulher fará ou não o aborto, pode vir a se tornar um poder soberano.

Parte das mulheres podem não recorrer aos serviços de aborto legal não apenas pela dificuldade de acesso ou por questões socioeconômicas, geográficas e culturais, mas também por não reconhecerem quais seriam os discursos necessários para que sua demanda seja reconhecida como legítima. Dessa forma, ainda que a mulher tenha direito ao aborto legal, por vezes passa a recorrer ao aborto inseguro, estando esse relacionado à falta de acesso ao aborto legal segundo Vieira (2012, p. 2).

4.2 A atenção humanizada e a utilização de referenciais da bioética como ferramentas de garantia dos direitos reprodutivos

Medidas como a ampliação do atendimento realizado em serviços de referência para a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei para hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e conjuntos de serviços de urgência não hospitalares e sua oferta em regime integral, sem interrupção da continuidade entre os turnos, determinada na Portaria nº 485 do Ministério da Saúde, auxiliaram o acesso ao atendimento pelas mulheres. Ainda no que se refere à portaria, denota-se uma orientação voltada ao atendimento humanizado, buscando o acolhimento da mulher vítima de violência sexual e priorizando o respeito a sua dignidade.

O termo humanização possui várias definições, Deslandes (2005, p. 621) aponta alguns núcleos de significados como a associação do termo a qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários pautada pelo acolhimento, escuta, empatia e respeito, ao reconhecimento dos direitos da paciente, a uma maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes e a valorização dos profissionais de saúde.

Previamente a aplicação do termo na Portaria nº 485, o Ministério da Saúde já havia promovido a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento em 2005, vindo a ser atualizada em 2011. Tal Norma Técnica é dirigida aos serviços, gestores e profissionais de saúde, abordando não somente o atendimento de mulheres em busca do aborto legal, mas incluindo a atenção à todas as situações de abortamento.

A Norma propõe os termos em que devem ser conduzidos os atendimentos pela equipe de saúde: acolhimento e orientação. A proposta da Norma entende que a mulher que busca o serviço de saúde está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos como ansiedade, angústia, autocensura, medo de falar, de ser humilhada e de ser punida, nesses casos o acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade.

A concepção de acolhimento no documento é a do tratamento digno e respeitoso, que promove o reconhecimento e a aceitação das diferenças e o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, bem como o acesso e a resolutividade da assistência (BRASIL, 2011, p. 23).

Já a orientação pressupõe o repasse das informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, promovendo a autodeterminação de acordo com o princípio ético da autonomia. Dessa forma, dúvidas e preocupação das mulheres devem ser devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada (BRASIL, 2011, p. 23).

Ao propor um atendimento humanizado, o Ministério da Saúde afirma que cabe ao profissional do serviço de saúde a adoção de uma “atitude terapêutica”, procurando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia a partir das demandas das mulheres. Para isso, a equipe deve refletir sobre a influência de suas convicções pessoais na prática profissional, buscando uma prática livre de julgamentos arbitrários e rotulações.

A Norma Técnica aborda também a questão da dissociação dos valores individuais do profissional da sua prática profissional nos cursos de graduação e formações em serviços.

Estudos realizados por Soares (2003), Faundes et al. (2007), Farias e Cavalcanti (2012) e Rocha et al. (2015) demonstraram que grande parte dos profissionais da saúde desconhecem a legislação vigente sobre aborto legal e são conduzidos por valores ético-religiosos, não conseguindo na maioria das vezes desvincular a prática profissional de suas concepções e valores pessoais, além da preocupação constante de serem tachados de “aborteiros” por outros profissionais.

Dentre os depoimentos mencionados na pesquisa de Soares (2003, p. 404), chama a atenção o de uma médica afirmando que sua decisão de permanecer no programa de assistência às mulheres vítimas de violência sexual teria por motivação ajudá-las a não realizar o aborto. Depoimentos como o mencionado mostram como o procedimento de interrupção da gestação é visto de forma negativa por alguns profissionais nos serviços de saúde, de forma que as mulheres encontram resistência no contato com eles, não havendo a promoção do direito de decisão da mulher de forma autônoma.

A proposta de humanização do atendimento nos serviços de saúde surge para apartar as convicções morais, culturais, religiosas, bem como outros aspectos que possam influir no atendimento à paciente. De tal modo, a conduta do profissional de saúde deve ser norteada, acima de tudo, pela imparcialidade.

O desconhecimento sobre a legislação vigente que versa a respeito do aborto legal e o despreparo para lidar com questões envolvendo esses casos, foram apontados por alguns profissionais como consequências da falta de capacitação continuada dos profissionais de saúde (SOARES, 2003, p. 400, FAUNDES et al., 2007, p. 194-195).

Alguns profissionais entrevistados ainda colocam algumas proposições para disponibilizar um melhor atendimento à mulher como: o adequado conhecimento da legislação, o treinamento em como atender a mulher sem julgamentos e preconceitos, o apoio psicológico e a qualificação dos profissionais para proporcionar um atendimento humanizado que priorize o desejo da mulher (ROCHA et al., 2015, p. 393).

A capacitação continuada dos profissionais que participam das equipes de aborto é amplamente defendida nos estudos como ferramenta necessária para melhorar o acesso das mulheres aos serviços, principalmente quando se verifica o alto índice de profissionais que desconhecem a normativa (FARIAS; CAVALCANTI, 2012, p. 1.759, RIBEIRO; FONSECA, 2015, p. 15, MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 568).

Ainda no que se refere à garantia dos direitos reprodutivos e possíveis soluções aos problemas enfrentados na viabilização dos serviços de aborto legal, Rocha et al. (2015, p. 394) afirmam que a bioética constitui-se em um espaço potencialmente propiciador do diálogo entre gestores, profissionais de saúde, usuárias dos serviços, movimentos sociais, educadores e outros grupos que compõem o tecido social e que fomentam ou são vítimas dos processos de estigmatização, vulnerabilidade e reprodução das violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O dicionário de bioética define o termo bioética como:

Um conjunto de investigações, de discursos e de práticas, geralmente pluridisciplinares, tendo como objetivo clarificar ou resolver questões de alcance ético, suscitadas pelo avanço e a aplicação de tecnociências biomédicas (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998, p.58 apud LIEDKE, 2009, p. 113).

Segundo Brauner, a bioética tem como objetivo estabelecer critérios para a invenção e a utilização de descobertas científicas e tecnológicas, que tem relação ao corpo humano, às funções ou órgãos humanos e seus elementos e que, a princípio devam trazer benefícios para a humanidade (BRAUNER, 2003, p. 155 apud LIEDKE, 2009, p. 113).

O modelo principialista desenvolve a bioética através de quatro princípios norteadores, sendo eles: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998, p. 15). Tais princípios básicos são comuns às diferentes correntes, que possuem outros princípios esparsos como a alteridade e a dignidade da pessoa humana.

O princípio da beneficência está ligado às buscas por melhores terapias médicas e cuidados eficientes, ponderando benefícios e riscos. Complementando o princípio da beneficência está o dever da não maleficência, que requer uma distinção entre danos e erros, tendo em vista que é errado provocar, ou até mesmo correr o risco de causar dano, devendo o médico agir de forma consciente e com cautela, visando o menor prejuízo possível e não obrigando a paciente a suportar qualquer dano. (COOK, 2004, p. 72-73)

O princípio da autonomia da paciente baseia-se no respeito às suas escolhas, levando em consideração as exigências éticas de que seu consentimento quanto ao procedimento seja livre e esclarecido, sem qualquer pressão ou indução exterior. Cook (2004, p. 72), defende que em geral esse princípio prevalece sob o dever de não fazer o mal (princípio da não maleficência),

uma vez que esse privilegia as escolhas informadas e condena qualquer comprometimento da autonomia da paciente, como por exemplo atitudes paternalistas (prática de uma ação visando atender ao melhor interesse da paciente, porém sem seu consentimento) ou de caráter moral ou religioso.

O princípio bioético da justiça aproxima-se de uma justiça distributiva, que se preocupa com a imparcialidade e com a garantia de que todas as pessoas recebam os direitos a que fazem jus. Estabelece então a equidade como sua condição fundamental, o profissional da saúde deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, econômicos ou outros interfiram na relação com a paciente e dificultem seu acesso aos procedimentos a que tem direito. (COOK, 2004, p. 75-76, CREMESP, 2004, p.18)

Martínez emprega tais princípios ao desenvolver a questão da interrupção da gestação de feto anencéfalos:

Ao aceitar-se a manifestação da gestante, **respeitou-se a autonomia de quem, livre e devidamente informada, deu a solução que considerava mais adequada para si mesma e para seu grupo familiar.** O princípio de justiça alude à proporcionalidade das contribuições das partes, à equidade. [...] **Sob este ângulo, o justo é dar ajuda à única pessoa que pode ser auxiliada.** O princípio da beneficência versa sobre a realização de um bem. Adotar a solução reclamada por quem a pleiteia era autorizar um bem que não apenas atingia a quem solicitava, mas também a todo um grupo familiar que, com ela, padecia. **Desconsiderar seu pedido entraria em colisão com o princípio da não-maleficência,** já que, indubitavelmente, lhe causaria um sensível prejuízo. A partir da ótica do anencéfalo, não se violava o princípio da não- maleficência na medida em que o adiantamento do parto não aumentava as possibilidades de um desenlace fatal que era uma consequência inevitável de sua gravíssima patologia. (MARTÍNEZ, 2000, p. 663 apud FRANCO, 2005, p. 411, grifo nosso)

Os princípios norteadores não são absolutos e caso um deles venha a colidir com um dos outros, o profissional deve escolher qual entre eles prioritariamente deve satisfazer. A proposta da bioética principialista pressupõe uma universalidade, porém para os críticos desse modelo não há a possibilidade de estabelecer uma teoria moral universal, capaz de assegurar o consenso em um contexto de pluralidade.

Buscando preencher a brecha do modelo principialista, Garrafa (2005) relaciona o discurso bioético às questões sociais, econômicas, culturais e de saúde pública, além das questões éticas referentes à relação profissional- paciente. A questão ética deixa de ser então

algo de foro exclusivamente íntimo, restrito ao individual e passa a adotar uma conotação coletiva (GARRAFA; OSELKA e DINIZ, 1997, p. 28).

Sendo assim, o autor idealiza a bioética de intervenção, que compreende que as escolhas dos sujeitos sociais não podem ser fixadas apenas por uma ótica estereotipada de autonomia, mas também deve considerar a questão do poder de dos cidadãos em mundos desiguais. De tal modo, para que a inclusão social do indivíduo reflita efetivamente sua autonomia, essa deve ser consequência do direito de decidir e da possibilidade real de exercício desse direito (GARRAFA, 2005, p. 129).

A bioética então passa a intervir em uma dimensão mais ampla, a política. Portanto, a contribuição da bioética de intervenção para a garantia da autonomia da mulher não é dirigida puramente a relação do profissional para com a paciente, mas sim a construção de sistemas de saúde mais acessíveis para as populações mais vulneráveis, voltando-se para os diferentes contextos socioculturais, com base nos critérios de equidade, justiça e inclusão social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado ao longo do presente trabalho, as normativas propostas pelo Estado a respeito das hipóteses de aborto legal e as políticas públicas colocadas por esse para prestação desse tipo de serviço ainda se mostram insuficientes para garantir efetivamente o exercício da autonomia da vontade das mulheres que buscam interromper a gestação baseadas nos permissivos legais.

A partir da análise do número de estabelecimentos que efetivamente oferecem serviços de interrupção de gravidez nos casos permitidos em lei, restou demonstrado o distanciamento entre o que é previsto pelas políticas públicas e a realidade encontrada pelas mulheres.

Além da questão territorial, visto que majoritariamente os serviços estão localizados em capitais e grandes cidades e a falta de estabelecimentos que ofertam o procedimento em alguns estados, os estudos aqui analisados demonstraram o despreparo técnico, o desconhecimento da legislação e o uso de impedimentos de ordem moral e/ou religiosa para a não realização do procedimento pela equipe.

Através da análise de estudos quantitativos e qualitativos acerca das políticas públicas nacionais existentes para oferta de procedimentos de aborto legal, constatou-se que as exigências burocráticas feitas pelos serviços também são barreiras ao o direito de a mulher decidir sobre o aborto. A condicionante de apresentação do Boletim de Ocorrência Policial ou de laudo do IML pela mulher que sofreu violência sexual para a realização do seu atendimento em alguns estabelecimentos demonstra não apenas o descumprimento das Normas Técnicas do Ministério da Saúde, mas também o desconhecimento do marco legal que regulamenta o aborto.

Posto isso, ainda que o Estado estipule a forma de atendimento e cuidado adequado às mulheres que buscam os serviços de aborto legal através das recomendações do Ministério da Saúde, não é possível afirmar que essas tenham um consistente cumprimento. A recusa em realizar o aborto por parte dos médicos, frequentemente justificada através da objeção de consciência por vezes demonstra o temor das consequências negativas relacionadas ao estigma do aborto.

Assim, a partir de uma ótica da autonomia como direito positivo, a prestação da coletividade e principalmente do Estado para a garantia da efetividade da autonomia da mulher só será efetiva quando os serviços de saúde forem capazes de disponibilizar a

interrupção da gestação gratuitamente nos hospitais públicos, sem impedimentos ou barreiras de nenhum tipo, sejam elas de acesso, crenças, religiões, sociais ou culturais.

Dessa forma, deve-se não somente estimular um atendimento humanizado norteado pela imparcialidade e pelo acolhimento, da parte dos profissionais de saúde, mas também cobrar do Estado para que as políticas públicas sejam efetivamente aplicadas. Destaca-se a contribuição da bioética de intervenção para a garantia da autonomia da mulher a partir da construção de sistemas de saúde mais acessíveis para as populações mais vulneráveis, com base nos critérios de equidade, justiça e inclusão social, incluindo-se aqui os ajustes administrativos nos serviços de aborto legal com medidas de como a não participação de profissionais objetores em práticas contrárias às suas consciências.

Por todo o exposto, entende-se que apesar de haver o reconhecimento do aborto legal em hipóteses restritas no ordenamento jurídico nacional, as políticas públicas do Estado ainda se mostram insuficientes no que concerne ao respeito a autonomia da mulher quanto à sua decisão de interrupção voluntária da gestação nos casos previstos em lei.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**. v.01, n. 02, p. 382-393, 1993.

ALVES, J. E. D. As políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos. In André Junqueira Caetano et all. (org). **Dez anos do Cairo – Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. UNFPA, ABEP, 2004.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Aborto Legal no Hospital do Jabaquara. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 424-428, jan. 1993.

BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 0, n. 0, p. 104-130, jan. 1992.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1916. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3071.htm> .Acesso em: 14 de set. de 2018.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União 1940. 31 de dez. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 de out. de 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 de out. de 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 20/1991**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previstos no Código Penal, pelo Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14943>>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 258**, de 06 de novembro de 1997. Solicita ao Ministério da Saúde que proceda a regulamentação e normatização do atendimento aos casos de aborto legal através do SUS. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0258_06_11_1997.html>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-2354>>. Acesso em 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_tratamento_agravos_violencia_sexual_mulher_adolescente_nt_2ed.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf>. Acesso em 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.145**, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1145_07_07_2005.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.508**, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em 05 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 23 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 485**, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 04 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 415**, de 21 de maio de 2014. Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 437**, de 28 de maio de 2014. Revoga as Portarias nº 224/SAS/MS, de 26 de março de 2014, 272/SAS/MS, de 2 de abril de 2014, 227/SAS/MS, de 4 de abril de 2014 e 415/SAS/MS, de 21 de maio de 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0437_28_05_2014.html>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

Disponível em:

<[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSus="](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=1&VHosp=&VHospSus=)>. Acesso em: 29 out. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2012.

CÂMARA, Raphael. Sustentação realizada durante a audiência pública da ADPF 442. Supremo Tribunal Federal. Brasília, 3 ago. 2018.

CAVALCANTI, T. C. O. **Os direitos reprodutivos no Brasil: direito fundamental ao planejamento familiar ou projeto de nação?**. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – UFF. Rio de Janeiro, 2013.

Center for Reproductive Rights. **The World's abortion laws**, 2018. Disponível em:

<<http://worldabortionlaws.com/map/>>. Acesso em: 21 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**.

Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em:

<<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

COOK, R. J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. **Studies in Family Planning**, v. 24, n. 2, p. 73-86, 1993.

COOK, R.J.; DICKENS, B.M.; FATHALLA, M.F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORRÊA, S. e ÁVILA, M.B. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, p. 17-78, 2003.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Apresentando a Bioética. In: COSTA, S.I.F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p.15-18, 1998.

CREMESP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. 3 ed. São Paulo: CREMESP, 2004. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_ginecologia_3.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo : Boitempo, 2016.

DESLANDES, Suelly Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2018.

DIAS, Samanta. Mapeamos as principais ameaças aos direitos reprodutivos no congresso. **AzMina**, 2017. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/mapeamos-os-projetos-de-lei-contra-os-direitos-reprodutivos-no-congresso/>>. Acesso em: 21 out. 2018.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900002&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2018.

DINIZ, Débora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e aborto. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; Oselka, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p.125-137, 1998.

DINIZ, Débora et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9 ed. Tradução de Leandro Konder, Coleção Perspectiva do Homem. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. 1984.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.01, p. 47-71, 2004.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, 2012.

FAUNDES, Anibal et al. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio

- de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 192-199, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2018.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica Roberto Machado. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013.
- FRANCO, Alberto Silva. Anencefalia: breves considerações médicas, bioéticas, jurídicas e jurídico-penais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 833. mar. 2005.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n.2, p. 122-132, 2005. Disponível em:
<<http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.
- GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Bioética**, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 09 nov. 2018.
- GOLDENBERG, P. Mulher, saúde e cidadania: Considerações sobre a incorporação de tecnologia da contracepção. In: **V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais**, v. 2, pp. 1109-1132. Águas de São Pedro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1986.
- HUNGRIA, Nelson. Comentários ao Código Penal.v. 5. Rio de Janeiro: Forense, 1955.
- LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.705-714, jul.-set. 2009.
- LIEDKE, Mônica Souza. A bioética e o biodireito enquanto sistemas autopoieticos. **JURIS - Revista da Faculdade de Direito**, Rio Grande, v. 14, p. 105-117, 2009. Disponível em:
<<https://periodicos.furg.br/juris/article/view/3209>>. Acesso em: 07 nov. 2018.
- MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 50, out. 2017.
- MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2018.
- MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **SUR, Revista internacional de direitos humanos**, São Paulo , v. 5, n. 8, p. 60-83, Jun. 2008 .
- NAÇÕES UNIDAS. **Report of the International Conference of Population and Development**, Cairo. Nova York: Nações Unidas. n. 95, 1995.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Abortamento Seguro: orientação técnica e política para os sistemas da saúde**. 2 ed. Geneva: World Health Organization, 2013.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. 1 ed. Coleção História do Povo Brasileiro. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

RIBEIRO, Débora Raimunda; FONSECA, Claudia Tereza. Atenção humanizada ao aborto legal em um hospital público de Belém-Pa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 29, p. 13-20, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=786403&indexSearch=ID#>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

ROCHA, Wesley Braga da et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 387-399, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2018.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506-514, jan. 1995.

RONDON, Gabriela. A hora e a vez da audiência pública sobre aborto no STF. Coluna da ANIS - Instituto de Bioética. **JOTA**, 2018. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-da-anis-instituto-de-bioetica/a-hora-e-a-vez-da-audiencia-publica-sobre-aborto-no-stf-01052018>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, São Paulo. v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008

SAYÃO, Deborah Thomé. Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. **Perspectiva**. Florianópolis, v.21, n.01, p. 121-149, jan./jun.2003.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 399-406, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2018.

STF. Supremo Tribunal Federal. HC 84.025/RJ. Rel. Min. Joaquim Barbosa. Julgamento: 04/03/2004. DJ: 18/03/2004. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2204728>>. Acesso em: 11 out. 2018.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADPF 54. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgamento: 12/04/2012. DJ: 20/04/2012. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=2226954>>. Acesso em: 11 out. 2018.

STF. Supremo Tribunal Federal. ADPF 442. Rel. Min. Rosa Weber. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>>. Acesso em: 21 out. 2018.

STJ. Superior Tribunal de Justiça. 5ª Turma. HC 32.159/RJ. Rel. Min. Laurita Vaz. Julgamento: 17/02/2004. DJ: 22/03/2004. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=200302198405&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea>>. Acesso em: 11 out. 2018.

TALIB, R. A.; CITELI, M.T. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004) Dossiê**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

TORRES, J.H.R. Aspectos legais do abortamento. **Jornal Rede Saúde**, 18:7-9, 1999.

VÉLEZ, Ana Cristina (coord). **Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos**. Bogotá : La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2008.

Disponível em: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2016/11/Interrupcin_Legal_del_embarazo_por_la_Causal_Salud.pdf>.

Acesso em: 27 out. 2018.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VERARDO, Maria Tereza; SOUZA, Maria Jucinete de. Aborto: Interrupção voluntária da gravidez. In: DINIZ, Carmen Simone Grilo, et.al. **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo, CFSS, p.45-52, 2000.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto legal: o conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas públicas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-3, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100001&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2018.

VILLAVERDE, João; FORMENTI, Lígia. Governo federal recua e revoga medida que incluía aborto legal na tabela do SUS. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 29 maio 2014.

Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-federal-recua-e-revoga-medida-que-incluia-aborto-legal-na-tabela-do-sus,1173633>>. Acesso em: 24 out. 2018.