

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA sobre a Sugestão 15/2014, que propõe regular a interrupção voluntária da gravidez dentro das 12 primeiras semanas de gestação pelo Sistema Único de Saúde.

RELATOR: Senador **Magno Malta**

I – RELATÓRIO

Trata-se de Sugestão de Lei recebida no Portal e-Cidadania do Senado Federal. As Sugestões de Lei são iniciativas da sociedade, reguladas pelo Ato da Mesa nº 3, de 2011, que requerem o apoio de, no mínimo, 20 mil assinaturas, constituindo-se em importantes peças para a atuação parlamentar de todos os senadores.

No caso da Sugestão nº 15, recebida e protocolada na Secretaria-Geral da Mesa do Senado Federal em 16 de Dezembro de 2014, trata-se da regulamentação da interrupção voluntária da gravidez dentro das 12 primeiras semanas de gestação pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A sugestão recebida sugere que as interrupções voluntárias da gravidez até a 12ª semana de gestação sejam consideradas ato médico e todas as instituições do SUS estejam aptas a realizá-las.

Propõe, também, o estabelecimento das condições técnico-profissionais e administrativas necessárias para permitir às usuárias do SUS o acesso ao procedimento de interrupção voluntária da gravidez dentro do prazo de 12 semanas de gestação.

Há, ainda, sugestão de formação de equipe de saúde interdisciplinar que deverá informar a mulher sobre a natureza do aborto e os riscos inerentes a esta prática, assim como sobre as alternativas ao aborto, incluindo programas sociais de apoio financeiro, bem como sobre a possibilidade de oferecer a criança à adoção.

Por fim, a proposta concede à gestante período de reflexão de cinco dias, após o qual, se ratificado que deseja terminar sua gravidez, um médico ginecologista realizará o procedimento imediatamente.

O autor justifica a ideia legislativa afirmando que 1,25 milhão de mulheres abortam, anualmente, no Brasil e são vítimas da atual legislação que criminaliza essa prática, tornando-as reféns de clínicas de aborto clandestinas. As mulheres abortariam por diversos motivos, dentre os quais, o planejamento familiar, a incapacidade de cuidar de um filho por questões financeiras ou familiares, e pressões sociais. A insuficiência dos programas de apoio financeiro para as famílias, a falta de acesso ou a rejeição a métodos contraceptivos, e



a estigmatização de pessoas com deficiência também constituiriam fatores propulsores de aborto obrigatório ou seletivo. Diante disso, tornar-se-ia imprescindível regular a prática do aborto no país de modo a reduzir os riscos à saúde da mulher.

Com intuito de recolher contribuições de especialistas sobre o tema para informar e subsidiar este voto, esta Comissão realizou cinco Audiências Públicas na sede do Senado Federal entre os dias 05 de Maio de 2015 e 28 de Abril de 2016. Os encontros contaram com a presença de inúmeros especialistas, dentre eles, professores, médicos e representantes de grupos e instituições pró-vida e pró-aborto da mulher. Com exceção da quinta audiência que contou com uma representante a mais dos movimentos pró-vida, nas demais audiências, foi assegurada a paridade de representação de expositores pró-vida, defensores da manutenção da atual legislação, e pró-aborto, defensores da legalização do aborto.

Além disso, os debates foram transmitidos ao vivo pelo Portal E-cidadania do Senado Federal e contaram com a participação, escrita e por telefone, de centenas de cidadãos e cidadãs. Estima-se cerca de 6.000 comentários postados no Portal nas cinco audiências realizadas. Milhares destes defendiam a manutenção da legislação atual que considera o aborto induzido enquanto crime, ao passo que outros milhares sustentavam o direito de escolha da mulher e o respeito a sua decisão de abortar ou dar continuidade à maternidade.

O debate presencial e o virtual se caracterizaram por posições antagônicas associadas à existência ou não de vida até a 12ª semana de gestação, ao direito de vida do embrião *versus* o direito de autonomia da mulher, às estatísticas em relação ao aborto no Brasil e no mundo, às consequências do aborto para a mulher e para a sociedade e às soluções para o aborto enquanto problema de saúde pública, se a legalização da prática ou o investimento em políticas de prevenção e atendimento humanizado à mulher gestante.

Por fim, vale mencionar o recebimento de dois abaixo assinados contrários à legalização do aborto no país. O primeiro, com mais de 33 mil assinaturas, foi apresentado publicamente ao final da fala de uma das expositoras na terceira audiência do dia 06/08/2015. O segundo, com 5.800 assinaturas, foi entregue ao final da 5ª audiência pública do dia 28 de Abril de 2016 por representante do grupo “Mulheres de Angra”.

Diante de um tema tão polêmico, as conclusões desta relatoria buscaram valorizar o resultado do processo democrático e participativo que norteou os trabalhos da Comissão, como reportado a seguir. Designado como relator para a matéria nesta Comissão, nessa condição, emito o presente parecer, que submeto a meus Pares.

É o Relatório.

II – ANÁLISE

Segundo dados do Ministério da Saúde, apresentados pelas médicas, Elizabeth Kipman e Melânia Amorim, e pela ex-senadora da República, Heloísa Helena, revelam que cerca de 130 mulheres têm morrido por aborto anualmente nos últimos anos, o que corresponde a 8% da mortalidade por causas maternas – óbitos relacionados à gestação, parto, puerpério, complicações diretas e indiretas da gravidez. Comparativamente às mais de 470 mil mulheres que morrem no Brasil por ano, o aborto voluntário representa menos de 0,03% dessas mortes.



As especialistas: Isabela Mantovani e Maria Esther de Albuquerque Vilela mostraram, ademais, que esse índice tem caído ano após ano, pelo menos, desde 2005. Pesquisa realizada com cerca de 24 mil mulheres grávidas entre 2011 e 2012 constatou que menos de 30% dessas mulheres (7.145 mulheres) não queriam engravidar e, destas, apenas 9,6%, isto é, 643 mulheres, ficaram insatisfeitas com a gravidez. Das mulheres que não queriam engravidar e estavam insatisfeitas, somente 2,3% (15 mulheres) provocaram o aborto, expondo sua vida e saúde aos riscos – dentre eles, o risco de morte – e às complicações desse procedimento.

Diante dessas estatísticas, caberia a esta Casa considerar o aborto como um problema de saúde pública ou objeto de política pública por parte do Estado Brasileiro? Seria a criminalização do aborto fator propulsor do aumento da mortalidade e da morbidade materna sem, contudo, reduzir a incidência de abortos provocados? Ou a legalização de tal procedimento deveria ser considerada o verdadeiro problema a ser evitado? Ou a simples legalização do aborto aumentaria demasiadamente o números de abortos praticados? As audiências públicas realizadas buscaram apresentar as duas linhas de pensamento da forma mais extensa e diversificada possível. Eis abaixo as opiniões ouvidas.

As opiniões ouvidas

Em que pese a variedade e a riqueza das exposições feitas nas audiências públicas, é possível agrupá-las e apresentá-las em cinco grandes blocos de discussão, quais sejam: (1) as estatísticas em relação ao aborto no Brasil e no mundo, (2) a existência ou inexistência de vida até a 12ª semana de gestação, (3) o direito de vida do embrião *versus* o direito de autonomia da mulher, (4) as consequências do aborto para a mulher e para a sociedade e (5) as soluções mais apropriadas para o aborto enquanto problema de saúde pública.

(1) Estatísticas em relação ao aborto no Brasil e no mundo:

As audiências públicas possibilitaram conhecer diversas versões a respeito das estatísticas do aborto e os problemas enfrentados por países onde o aborto é legalizado e é criminalizado, como no Brasil. A Organização Mundial de Saúde aponta que entre 46 e 55 milhões de abortos provocados são realizados em todo o mundo por ano. Em 97 países, há leis que permitem a prática do aborto em qualquer situação, ao passo que, em 93 Nações, dentre elas, o Brasil, o aborto é considerado crime e, quando permitido, é possibilitado somente em casos excepcionais, como risco de morrer da mulher e anomalias congênitas no embrião/ feto (Fala de representante do Conselho Federal de Medicina, Henrique Batista e Silva, na audiência do dia 05 de Maio de 2015).

Do total de abortos voluntários realizados no mundo, 15% implicariam a morte da mulher, segundo a médica obstetra, Melania Amorim, em fala na audiência pública realizada em 28 de Abril de 2016 – a fonte dessa estatística não foi, porém, mencionada e divulgada. “A quase totalidade dessas mortes ocorreria nos países com leis restritivas onde o aborto é ilegal e poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso ao aborto seguro e legal, salientou”. Sob esse prisma, a legalização do aborto apresentaria, em todo mundo, relação direta com a redução da mortalidade materna.

Para o Doutor Henrique Batista e Silva, representante do Conselho Federal de Medicina, a legalização do aborto produz maior acesso das mulheres à informação, o que possibilita a redução da prática do aborto em condições inseguras e, assim, a mortalidade materna.

Esses apontamentos foram desafiados, porém, pela especialista Isabela Mantovani, em sua fala na audiência do dia 05 de Maio de 2015. Isabela apontou para a inexistência de relação entre legalização do aborto e a diminuição da mortalidade materna. Haveria países com leis extremamente restritas em relação ao aborto, como o Chile, e baixa taxa de mortalidade materna, assim como países onde o aborto é legal com mortalidade materna alta, como a Índia.

Além disso, em diversos países que legalizaram o aborto, como Estados Unidos, Espanha, Uruguai e Inglaterra, a autorização legal dessa prática provocou aumento expressivo e contínuo do número de abortos induzidos realizados nos anos seguintes, afirmou Isabela Mantovani e Viviane Petinelli e Silva, em fala na audiência pública do dia 06 de Agosto de 2015. Países com aborto legalizado como Inglaterra, França, Suécia e Japão apresentariam número de aborto maior que o de países com restrições legais a esse procedimento, como o Brasil. Em certas Nações, como os Estados Unidos, o número de abortos voluntários ultrapassaria 1 milhão por ano, apontou David Kyle, diretor do filme norte-americano “Blood Money” (Aborto Legalizado), em mesma audiência.

No Brasil, não se sabe ao certo o número de abortos provocados que são realizados clandestinamente por ano. Para a médica Elizabeth Kipman e a especialista Isabela Mantovani, cerca de 100 mil abortos voluntários aconteceriam no país anualmente, com base nos dados oficiais do Ministério da Saúde. Já a médica Melânia Amorim afirmou que são realizados em torno de 800.000 abortos provocados por ano, podendo chegar a um milhão, tendo como referência dados de internações por complicações de aborto de registros hospitalares. O Nordeste seria a principal região de ocorrência dos mesmos, segundo Débora Diniz e a médica sanitária, Sandra Valongueiro.

Do total de abortos voluntários realizados no país em 2015, teriam resultado 1.300 mortes maternas, sendo 10% delas, isto é, 130 mortes, causadas por complicações de aborto, segundo estimativas da OMS. O aborto inseguro seria o principal responsável por essa mortalidade, particularmente entre mulheres jovens, negras, de baixa renda, pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas e residentes em áreas periféricas, segundo as especialistas Débora Diniz e Melânia Amorim.

Segundo Isabela Mantovani, Elizabeth Kipman, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Thomaz Gollop e Heloisa Helena, contudo, a taxa de mortalidade materna estaria diminuindo ao longo dos anos no país, mesmo com o aborto criminalizado. As mortes por aborto consistiriam em uma das últimas causas de mortalidade materna – não há consenso em relação à exata posição nesta escala, sendo superior apenas às mortes causadas por problemas excepcionais, como doenças nos olhos e nos ouvidos.

Por outro lado, como afirmado por Maria Esther de Albuquerque Vilela e reforçado por Lenise Garcia, a mortalidade materna ainda é relativamente alta em decorrência, notoriamente, da falta de pré-natal. Em torno de 92% das mortes de mulheres grávidas poderia ser evitada, se a mulher em situação de risco recebesse melhor atendimento durante sua gestação.



SF/17621.47540-28

Um contraponto a estes argumentos foi apresentado pela ativista da Nicarágua, Maria Teresa Blandón. Esta afirmou que a criminalização absoluta do aborto a partir de 2006 provocou aumento no risco de morrer das mulheres e na taxa de mortalidade materna. Neste país, haveria crescido a porcentagem de mortes obstétricas indiretas e mortes maternas que poderiam ter sido evitadas se a interrupção da gravidez em caso de risco tivesse sido praticada. Embora tenha citado as estatísticas do aborto no México após sua legalização há nove anos, Letícia Bonifaz, Professora dos Estados Unidos Mexicanos, não mencionou os efeitos desse ato sobre a mortalidade materna e o número de abortos realizados no país.

Por fim, vale mencionar um último argumento levantado por um conjunto de expositores, notoriamente, Fernanda Takitani, Hermes Rodrigues Nery, Lenise Garcia, Paulo Ricardo, Adeline Leite Godoy D'avila e Sara Winter. De modo semelhante, estes chamaram atenção para um movimento mundial de promoção da legalização do aborto induzido, liderado por organizações e fundações internacionais a partir dos anos de 1950. “As principais organizações promotoras do aborto, na realidade, estariam interessadas em promover o aborto; não em tratar simplesmente do aborto clandestino” (Fala de Adeline Leite Godoy D'avila, integrante do Movimento Pró-Vida de Campinas – SP, na audiência do dia 24 de Setembro de 2015). A promoção financiada do aborto teria como objetivo reduzir a população mundial, sobretudo, dos países mais pobres para conter a explosão demográfica e, assim, assegurar a maior hegemonia dos países mais ricos. O chamado “direito das mulheres ao aborto” nada mais seria do que uma estratégia mundial criada para promover o aborto como um instrumento de controle demográfico populacional e de garantia da paz mundial.

(2) *Existência ou inexistência de vida até a 12ª semana de gestação:*

Em sua exposição na audiência pública do dia 05 de Maio de 2015, a médica pediatra neonatologista e professora de embriologia, Doutora Eliane Oliveira, apresentou um conjunto de estudos científicos que sugerem que a vida emerge no momento da concepção. O zigoto, resultante da união entre espermatozóide e óvulo, seria o início da vida humana, uma vez que apresenta D.N.A. único e distinto de todos os demais indivíduos, inclusive do pai e da mãe. A partir desse momento, um novo ser humano começaria a se desenvolver física e emocionalmente.

A fala da Dra. Eliane foi reforçada pela Doutora Lenise Garcia, Presidente do Movimento Brasil sem Aborto, por Berardo Graz, Padre e médico italiano, Padre Pedro Stepien, diretor nacional do Movimento Pró-Vida, Doris Hipólito, Fundadora das Casas de Amparo às Gestantes do Rio de Janeiro, e Rosemeire Santiago, Presidente do Centro de Reestruturação para a Vida – CERVI. Lenise e Berardo reafirmaram a existência de vida desde a fecundação a partir de experiências de crianças geradas após anos de congelamento do embrião. Padre Pedro, Dóris e Rosemeire, por sua vez, destacaram as fases de vida do novo ser humano no ventre materno. Um embrião com 3 semanas já apresenta coração e sistema vascular totalmente formado, em funcionamento e com sangue. Na 7ª semana, já existem células sensoriais na pele e em todo o corpo e o bebê sente dor de forma mais intensa que os adultos. Por isso, quando submetido a procedimento abortivo, seus movimentos se tornariam agitados e seu coração acelera-se. O embrião não apenas consistiria em um ser humano vivo dentro do útero materno, como também em indivíduo capaz de reações instintivas para salvar sua própria vida.

(2) *Direito de vida do embrião versus Direito de autonomia da mulher:*

A disputa em torno da supremacia ou do direito à vida do embrião ou do direito de autonomia da mulher foi marcada por argumentos contundentes e antagônicos. “O princípio da sacralidade da vida colocaria em questão uma escolha de civilização. O aborto constituiria um divisor de águas entre a ética da sacralidade da vida e a ética da qualidade de vida” (Fala da Médica Ginecologista, Elizabeth Kipman, na audiência do dia 05 de Maio de 2015).

Para o Presidente da Associação Nacional Pró-Vida Pró-Família, Professor Hermes Rodrigues Nery, e a Doutora em Direito, Stela Barbas, o aborto integra uma cultura de morte que viola o primeiro e principal direito humano: o direito à vida, um direito fundamental e cláusula pétrea da Constituição Brasileira de 1988. Consagrado em diversas Constituições, Tratados e Convenções Internacionais, o direito à vida seria indisponível e intransferível. Não existiria direito *sobre* a vida, mas direito *à* vida. Disto decorreria “uma relação de responsabilidade entre o pai, a mãe e o bebê e não uma relação de direito” (Fala da médica e professora de embriologia, Eliane Oliveira, na audiência do dia 05 de Maio de 2015).

Sob esta ótica, o direito à vida sobreporia aos demais direitos com o intuito específico de assegurá-los. A prevalência do direito à autonomia da mulher constituiria, assim, violação a todos os demais direitos e uma reedição da eugenia, isto é, da seleção ilegítima dos indivíduos com direito à vida. O ser humano tornar-se-ia um objeto, não mais um sujeito, um objeto manipulável, rejeitável, e descartável. Se “o principal direito humano é a vida, como seria possível apoiar os direitos humanos e apoiar o aborto?” (indagação do Diretor do Filme “Blood Money”, David Kyle, na audiência do dia 06 de Agosto de 2015). “Não existiria aborto sem morte. O aborto é morte por definição” (Fala da Presidente do Movimento Brasil sem Aborto, Lenise Garcia, na audiência do dia 28 de Maio de 2015).

Dra. Lenise Garcia problematizou ainda mais a discussão ao questionar qual seria a diferença entre o direito à vida de um embrião de 13 semanas para o de um embrião de 12 semanas. Qual seria a base científica para afirmar que um apresentaria o direito à vida e o outro não? Ademais, como saber com exatidão em qual semana de gestação o embrião estaria? Seriam 12 semanas a partir de quando?

Segundo Lia Zanota Machado, antropóloga da Universidade de Brasília – UnB, a resposta para a primeira pergunta repousaria na fase de desenvolvimento do embrião. Nas primeiras 12 semanas, “o embrião não estaria formado o suficiente para valer tanto quanto uma pessoa viva”. Somente após esse período, o feto tornar-se-ia um ser humano vivo, cujo valor se aproximaria de um indivíduo já nascido. Nesse período, portanto, prevaleceria o direito de autonomia da mulher em definir pela interrupção ou continuidade da gravidez indesejada.

A supremacia do direito de decidir da mulher foi defendida, ademais, pela representante da Comissão da Mulher da OAB/DF, Ilka Teodoro, pela Coordenadora Geral do grupo católicas pelo Direito de Decidir, Maria José Rosado Nunes, pela Professora Universitária, Márcia Tiburi, pela ativista, Eloísa Machado de Almeida, e pela advogada, Leila Linhares.

Maria José afirmou que a grandeza da maternidade resulta da decisão, da escolha da mulher em ter ou não o filho gerado. A maternidade seria uma opção, dentre tantas outras, de realização das mulheres. Enquanto uma realização, a maternidade não deve ser impositiva. Ela é uma possibilidade que pode ser aproveitada ou não, de acordo com a vontade da mulher. Afinal, as mulheres tem decidido diariamente em relação à sua gestação. “A



ilegalidade do aborto não coíbe sua prática” (Fala da Representante da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, Jolúzia Batista, na audiência do dia 28 de Maio de 2015).

Segundo Márcia Tiburi, haveria um círculo cínico, um acordo de fingimento entre mulheres e homens, entre as que fazem o aborto e os que criticam tal prática. Nesse círculo, as mulheres seriam diariamente abortadas para que não abortem. Disto seguiria que

“Apoiar que haja no país uma legislação sobre o aborto não é banalizar a vida. A vida não existe na abstração das afirmações retóricas. O que existe é a vida de pessoas concretas, com seus problemas, suas alegrias, suas dores, enfim, com suas vidas reais”.

- Frase da Coordenadora Geral do Católicas pelo Direito de Decidir, Maria José Rosado, na audiência do dia 24 de Setembro, 2015.

Para Leila Linhares, a temática do aborto traz um conflito de normas jurídicas: de um lado, estaria o direito à liberdade da mulher, e, de outro, encontra-se o direito à vida do bebê. Em face desse conflito, seria necessário aplicar o princípio da ponderação, do peso maior de um princípio sobre o outro. Segundo a advogada, o próprio Código Penal brasileiro já mostraria que a vida não é um valor absoluto ao permitir o aborto de gravidezes resultantes de estupro. Pelo princípio da ponderação, prevaleceria a saúde física e mental da mulher em detrimento da vida ou direito à vida do embrião.

Esse entendimento seria reforçado, ademais, pelas decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) a respeito, por exemplo, da extensão do aborto a grávidas de fetos anencéfalos, lembrou a advogada Eloísa Machado de Almeida. Segundo ela, casos como esses mostram o maior peso social do princípio da dignidade humana e da autonomia sobre o direito à vida, por exemplo. Sob essa perspectiva, não haveria, portanto, razões jurídicas para a criminalização do aborto voluntário no país.

Haveria, contudo, um limite claro em relação ao discurso em defesa do direito de autonomia e de liberdade de escolha da mulher. Na prática, este direito não se consubstanciaria, uma vez que 80% dos abortos induzidos realizados são decididos por homens; por namorados, maridos, amantes, companheiros que não querem e pressionam para que a mulher também não queira o filho, afirmou Dra. Lenise Garcia. O direito de escolha da mulher estaria comprometido e não seria real e realizável na maioria expressiva dos casos.

4) Consequências para mulher e para a sociedade:

“Aborto é exploração máxima da mulher. Não se tem respeito nenhum pela mulher”.

- Frase do Diretor do Movimento Pró-Vida, Pedro Stepien, na audiência do dia 24 de Setembro, 2015.

“Mesmo sendo feito no melhor hospital e pelo melhor médico, existem riscos imediatos, existem riscos a curto prazo (do aborto)”.



- Frase da médica ginecologista, Elizabeth Kipman, na audiência do dia 05 de Maio, 2015.

“Qual a escolha da gestante?[...] Tem-nos colocado como se essa escolha fosse entre ser mãe e não ser mãe. [...] Essa é uma escolha da mulher antes de ficar grávida. Ela pode escolher entre ser mãe e não ser mãe. Porque, depois que ela fica grávida, ela escolhe entre ter um filho vivo e ter um filho morto”.

- Frase da Presidente do Movimento Brasil sem Aborto, Lenise Garcia, na audiência do dia 28 de Maio de 2015.

Essas falas sintetizam as opiniões sobre as consequências do aborto para a mulher, apresentadas nas audiências públicas. Legalizado ou clandestino, o aborto carrega em si riscos à saúde da mulher, como todo e qualquer procedimento cirúrgico. De acordo com Elizabeth Kipman, Eliane Pereira, Lenise Garcia e Dóris Hipólito, o procedimento do aborto pode provocar, de forma imediata, laceração do colo uterino pelo uso de dilatadores, perfuração do útero, hemorragias uterinas, inflamações, esterilidade da mulher, dentre outros.

Some-se a essas consequências as complicações físicas tardias para a mulher. Mulheres que já abortaram apresentam maiores chances de apresentar placenta prévia, parto prematuro futuro, trabalho de parto prolongado, insuficiência ou incapacidade do colo uterino, complicações placentárias, abortos espontâneos em gravidezes posteriores, e maior necessidade de cesarianas.

Haveria, ainda, consequências psicológicas do aborto para a mulher e demais membros da família. No caso da mulher, os danos iriam desde a queda na autoestima pessoal pela destruição da vida do próprio filho até a frigidez, que é a perda do desejo sexual. A mulher que aborta apresenta maiores chances de suicidar e usar álcool e drogas e desenvolver depressão, stress traumático, disfunção sexual, insônia, e neuroses diversas, como apontam pesquisas científicas. Além disso, essas mulheres tendem a necessitar mais de acompanhamento e hospitalização psiquiátrica.

Além dos custos decorrentes das implicações físicas e psicológicas do aborto, imediatas e tardias, para o SUS e para a rede de saúde complementar, a legalização do aborto criaria uma nova política pública com rubrica orçamentária própria. Como salientado por Viviane Petinelli e Silva, os gastos poderiam chegar a R\$ 500 milhões de reais inicialmente, se o número de abortos fosse em torno de 1 milhão por ano e o custo unitário médio do procedimento fosse de R\$ 500,00, como se observa nas Nações onde o aborto é legalizado. Este gasto representaria cerca de 3% do orçamento médio total do Ministério da Saúde nos últimos anos.

Por fim, a legalização do aborto afetaria o Mercado de Trabalho e a Previdência Social ao provocar aumento no número de abortos induzidos e, assim, afetar negativamente a taxa de fecundidade de uma Nação. Como afirmou o Doutor em Demografia, Professor Titular do Mestrado e Doutorado em População, Território e Estatísticas Públicas da Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE/IBGE, José Eustáquio Diniz Alves, na audiência do dia 24 de Setembro de 2015, “o Brasil não precisa controlar e nem aumentar a fecundidade, mas sim aproveitar melhor a sua força de trabalho, principalmente dos jovens, além de reduzir a mortalidade por causas externas, especialmente dos homens”.



SF/17621.47540-28

A médio e longo prazo, um número menor de crianças nascidas modificaria a estrutura etária da população, reduzindo o peso relativo da população em idade ativa em relação à população dependente de crianças e idosos. Uma vez que é a população em idade ativa no mercado de trabalho que sustenta financeiramente a população dependente, esse desequilíbrio resultaria em déficits previdenciários ainda mais expressivos do que os projetados para o país.

(5) Soluções:

A polarização do debate em relação à legalização do aborto refletiu-se nas proposições sugeridas enquanto solução para esse problema no país. De um lado, posicionaram-se aqueles que acreditam no aborto enquanto uma política promotora de justiça social. De outro, ficaram os que veem na legalização do aborto uma política promotora da cultura de morte. Para os primeiros, a solução passa, necessariamente, pela descriminalização dessa prática. Já para os últimos, um conjunto de ações deve ser tomado para reduzir o número de gravidezes indesejadas e, assim, o número de abortos induzidos clandestinos. As falas a seguir ilustram esses posicionamentos.

“O aborto, antes de ser uma questão moral ou religiosa, é uma questão de justiça social”.

- Frase da Coordenadora Geral do Católicas pelo Direito de Decidir, Maria José Rosado, na audiência do dia 24 de Setembro, 2015.

“Os estudos mostram que a mulher submete-se ao abortamento, porque ela sente-se sem escolha. A maioria das vezes, ela está vulnerável, desesperada, sem apoio e pressionada pelo parceiro”.

- Frase da médica e professora de embriologia, Eliane Oliveira, na audiência do dia 05 de Maio de 2015.

A Coordenadora-Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Maria Esther de Albuquerque Vilela, lembrou que o Brasil é signatário de um conjunto de marcos políticos internacionais e domésticos que atribuem ao Estado o dever de garantir acesso efetivo a ampla gama de métodos contraceptivos e à interrupção de gravidez em casos previstos por lei, de desenvolver políticas e programas para eliminar causas preveníveis de morbimortalidade materna e de assegurar acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade para todos.

Neste sentido, especialistas como Thomaz Gollop, Lenise Garcia, Olímpio Barbosa Moraes Filho, Viviane Petinelli e Silva e Melania Amorim apontaram alternativas para a redução do número de abortos no país a partir da diminuição dos casos de gravidez indesejada. Uma primeira solução consistiria na educação sexual de adolescentes, que precisam ter ciência das possíveis consequências de atos sexuais e conhecer as alternativas de prevenção da gravidez indesejada. Neste sentido, seria necessário aumentar o investimento público federal em programas de educação sexual e planejamento familiar, assim como melhorar o acesso a métodos contraceptivos.

Para Melania Amorim, o maior investimento em educação e a melhoria de acesso à contracepção efetiva deve ser acompanhado pelo acolhimento às mulheres que



querem abortar. Segundo a médica, a experiência do Uruguai mostra que esse acolhimento permite que mais mulheres desistam de abortar, uma vez ingressas no serviço de saúde.

O aumento em valores e na eficiência de ações de atenção à saúde da mulher grávida também foi defendido por Cláudio Fonteles. O Ex-Procurador da República sugeriu a elaboração de uma lei, “Lei Maria do Abandono”, para criar uma rede protetiva para a mulher em situação de gravidez indesejada, que tanto necessita de acolhimento e acompanhamento ao longo do período gestacional. Viviane Petinelli e Silva sugeriu, ademais, que os governos incentivem a criação de centros particulares de apoio e orientação à mulher com gravidez indesejada.

A importância e eficiência desses espaços foi destacada pelas falas de Dóris Hipólito e Rosemeire Santiago. Ambas desenvolvem um trabalho de acolhimento de mulheres em gravidez indesejada, que compreende desde acompanhamento médico e psicológico ao longo da gestação, até assistência pós-parto. Segundo Rosemeire, apenas 1% das 9.000 mulheres aproximadamente atendidas pelo Centro de Reestruturação para a Vida – CERVI – optaram pelo aborto, mesmo tendo sido acolhidas.

Nos casos de rejeição do filho mesmo após atendimento e acompanhamento, a alternativa seria a adoção. Filhos indesejados por alguns pais são desejados por outros. A gravidez, embora indesejada, não necessariamente precisa culminar em aborto. O aborto enquanto uma política de redução de danos não seria solução para si mesmo, uma vez que não atacaria o verdadeiro problema, qual seja, a gravidez indesejada.

Para apreciar os argumentos levantados por especialistas nas audiências públicas e subsidiar a elaboração desse relatório, foi solicitado o desenvolvimento de estudos científicos sobre os cinco grandes temas supracitados. Com base nesses apontamentos e no rico debate nas audiências, emito meu parecer a seguir.

III – PARECER

Aborto é um tema que envolve o paradoxo vida *versus* morte provocada, em uma abrangência tal que chama a atenção de diversas áreas do conhecimento humano, envolvendo aspectos científicos, religiosos, jurídicos, filosóficos, políticos e, sem dúvida, de saúde pública. O fato de estarmos apreciando sugestão de lei proposta por mais de 20 mil cidadãos que versa sobre tal questão denota a importância do tema e o compromisso da Casa com questões que guardam relação com o bem-estar e a saúde de nossa população.

O termo “aborto” deriva do latim “aboriri”, que se traduz como “separar do lugar adequado”. Nas palavras de Mirabete (2006:62)¹,

aborto é a interrupção da gravidez com a morte do produto da concepção. É a morte do ovo (até três semanas de gestação), embrião (de três semanas a três meses) ou feto (após três meses), não implicando necessariamente sua expulsão.

¹ Mirabete, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 24 ed. São Paulo: Atlas, 2006, v.2. pág. 62

No Brasil, o aborto induzido constitui sempre crime pelo atual Código Penal, salvo duas hipóteses em que não há punibilidade para o crime:

1. *Aborto necessário*: a regra geral está estampada nos arts. 23, I e 24; e, de modo específico para o caso abordado aqui, no art. 128, I: Não se pune o aborto praticado por médico, se não há outro meio de salvar a vida da gestante.
2. *Aborto humanitário*: permite-se também o aborto no caso de gravidez resultante de estupro se o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (conforme art. 128, II, do Código Penal Brasileiro).

De acordo com o Código Penal Brasileiro, o aborto provocado é sempre crime, imputável de penalidades que vão desde reclusão, de um a quatro anos, quando é provocado com o consentimento da gestante, e de três a dez anos, quando não há consentimento da gestante, até penas aumentadas de um terço ou duplicadas, quando a gestante sofre lesão corporal de natureza grave ou lhe sobrevém a morte, respectivamente.

Assim sendo, o aborto provocado, seja qual for o momento da gestação, por deliberação da mulher, isoladamente, ou com a intermediação de terceiro, disso resultando a morte do *conceptus*, ocorre aborto voluntário, classificado entre os crimes contra a vida, que são uma subclasse dos delitos contra a pessoa.

Há, ainda, uma terceira hipótese de aborto imposto pelo STF em flagrante ativismo judicial: o aborto eugênico. O aborto eugênico não está previsto em lei, mas foi reconhecido pela Corte Excelsa como legítima sua prática a arripio da lei .

No que se refere à constitucionalidade, a discussão do aborto recai sobre a dicotomia: direito à vida *versus* direito à liberdade de escolha da mulher. Neste embate, polarizam-se aqueles que defendem a vida desde a concepção e os que afirmam que, mesmo havendo vida, a mulher é dona de seu corpo e só a ela compete decidir sobre sua vida (*mulieris portio vel viscerum*, do antigo Direito Romano).

Há certo consenso, no meio científico, acerca da origem da vida. A vida origina-se na concepção (fecundação ou fertilização), quando há a união entre o gameta feminino (óvulo) e o masculino (espermatozóide) entre as 12 e as 24 primeiras horas após a relação sexual. Neste momento, surge o ovo ou zigoto, cujo DNA carrega características da mãe (óvulo) e do pai (espermatozóide), mas é único e diferente do da mãe e do pai. Inicia-se, então, um processo de divisões do zigoto em 2 células, 4 células, depois, 8 células e assim sucessivamente até o completo desenvolvimento desse novo ser humano.

A ciência mostra que, com 3 semanas, o embrião apresenta coração e sistema vascular totalmente formado e em funcionamento, bem como começam a despontar pernas e braços e surgem, pela primeira vez, movimentos bruscos. Entre a 5ª e 10ª semanas de gestação, os principais órgãos e sistemas do embrião se formam e, à medida que essas estruturas se desenvolvem, elas afetam a imagem do embrião, que vai adquirindo figura humana. Na 7ª semana, o embrião já possui células sensoriais na pele e em todo o corpo e, na 8ª semana, todos os órgãos já estão formados. Ao final da 10ª semana de gestação, o embrião já se encontra praticamente todo formado (coração, pulmões, rins, fígado e intestinos) e tem-se início, a partir daí, o período fetal. Durante o período fetal, há basicamente a maturação e crescimento dos órgãos e sistemas do bebê. Com 11 semanas, todos os órgãos estão no devido lugar dentro do



seu corpo e, a partir de 12ª semana, inicia-se a formação dos principais ossos do corpo e as suas unhas surgem.

Segundo os movimentos feministas pró-aborto a vida humana só tem início quando há uma relação com o outro, quando há sentimentos e percepções proeminentes humanos. As ativistas propagam que até a 12ª semana, o embrião não apresenta o sistema nervoso para estabelecer qualquer espécie de relação e, por isso, sob essa ótica, ele não é considerado um ser humano. Apesar de também não ser coisa, o embrião também não constitui uma vida, não sendo passível de usufruir de direitos, como o direito fundamental à vida. Se não é vida seria o quê? Um vegetal? Um mineral?

Outro argumento é aquele que defende que a mulher deve ter autonomia para decidir por levar adiante ou não uma gravidez de até três meses, haja vista a inexistência de vida do embrião. “Não somos a favor do aborto, mas a favor do direito de a mulher decidir sobre o seu corpo”, afirma o presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o obstetra Olímpio Moraes.

O impasse que se coloca entre a existência ou não de vida até a 12ª semana tem gerado, por conseguinte, disputa no campo jurídico entre os que defendem a prevalência do direito à vida sobre o direito de escolha da mulher e os que afirmam prevalecer o direito à liberdade da mulher sobre o direito à vida do embrião.

Os direitos individuais, como à vida e à liberdade, estão associados ao conceito de pessoa humana e a sua personalidade previstos no artigo 5º e seus incisos da Constituição Federal de 1988, eles existem e são assegurados para garantir o respeito à dignidade da pessoa humana com condições mínimas de vida e desenvolvimento. Esta proteção compete ao Estado e deve ser reconhecida pelos ordenamentos jurídicos nacionais de maneira positiva, uma vez que são “direitos inatos, absolutos, invioláveis (intransferíveis), imprescritíveis”².

O direito à vida precede os demais direitos fundamentais. Na ausência de vida, não há de se falar em direitos. Somente onde há vida, há direitos. Do direito à vida, decorrem todos os outros direitos fundamentais, inclusive, o direito à liberdade. A discussão dependeria, assim, da interpretação jurídica para o início da vida.

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) posicionou-se favorável a descriminalização do aborto até a 12ª semana sob o seguinte argumento: “Somos a favor da vida, **mas** queremos respeitar a autonomia da mulher que, até a 12ª semana, já tomou a decisão de praticar a interrupção da gravidez [grifo nosso]”³. Na mesma nota, afirmou-se que “o limite de 12 semanas para que possa haver a interrupção de gravidez se deve ao fato de que, segundo a experiência médica, a partir desse tempo há um risco maior para a mãe”.

Destas declarações, extrai-se uma informação demasiadamente valiosa para ciência jurídica, capaz de oferecer respostas acerca do início da vida e, portanto, estabelecer qual é o marco protetório do artigo 5º da Carta Magna sobre o direito à vida. O

² Silva, José Afonso da (2014). **Curso de direito constitucional positivo**. 28 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, p. 184-185.

³ Disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3.



Conselho não defende o aborto até a 12ª semana sob o argumento de que não há vida humana no ventre, mas, tão somente, por não gerar transtornos mais danosos para a gestante.

O “mas”, conjunção adversativa, utilizada pelo Conselho para defender a legalização do aborto, expressa a ideia de que há um reconhecimento da existência da vida no ventre. Não obstante, o CFM escolheu defender a autonomia da mãe em detrimento da vida do bebê.

Há vida, portanto, nas primeiras 12 semanas de gestação. Daí Silva (2014: 199)⁴ afirmar que:

Vida, no texto constitucional (art. 5º, caput), não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte.

A vida é uma permanente evolução, que tem início na concepção e encontra seu desfecho na morte. Legalmente, isso se substancia na garantia de direitos para o indivíduo em todas as fases de sua vida. Assim como o ser adulto tem direito à vida, o bebê também o tem. Do mesmo modo, assim como homem e mulher adultos devem ter sua liberdade assegurada, homens e mulheres em fase embrionária também devem gozar da mesma. O mesmo se aplica para o direito à igualdade, à liberdade, à segurança e à propriedade. Pais e filhos devem desfrutar igualmente do igual tratamento perante a lei, e de segurança física e de seus bens particulares, dentre eles, seu próprio corpo.

Disto segue que o aborto legal ou clandestino cria uma situação de desigualdade de aplicação da lei entre a mulher e o embrião. Ao privilegiar o direito à vida e à liberdade de escolha da mãe em detrimento do direito à vida e de escolha do novo ser que se encontra em desenvolvimento no ventre da mesma, elimina-se, ademais, o direito de igualdade perante a lei do embrião. A vida que, temporariamente, reside no ventre da mãe é um outro ser humano, de forma que nem a mulher e nem qualquer outra pessoa, no exercício de seus direitos constitucionais, poderá dispor da vida de outrem.

O direito à liberdade da mulher em gravidez inesperada não pode ser confundido com libertinagem, isto é, o uso da liberdade para ultrapassar limites. A liberdade de cada indivíduo é assegurada legalmente até o limite da liberdade do outro. Quando a liberdade de determinado indivíduo invade a do outro, ela corresponde à libertinagem. Quem age com libertinagem revela não se importar com as consequências que o seu comportamento pode ter sobre a vida do outro, passando por cima, inclusive, de regras vigentes.

É certo que o Estado não pode gerir o corpo dos cidadãos, tanto é que a mulher é livre para relacionar-se ou não sexualmente com quem desejar. Do mesmo modo, o Estado não pode interferir no livre desenvolvimento de um ser humano no ventre de sua mãe. Daí a proteção do embrião/ feto, pelo Código Penal, de todas as formas de interferência provocadas, como o próprio aborto. Praticá-lo não diz respeito ao uso do corpo da gestante; diz

⁴ Silva, José Afonso da (2014). **Curso de direito constitucional positivo**. 28 ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros.



respeito à vida do bebê, posto que o bebê não faz parte do corpo de sua mãe, mas é um ser independente habitando temporariamente no corpo de sua mãe. Afirmar que a mulher tem o direito de abortar pois é dona de seu próprio corpo anula, portanto, todos os direitos fundamentais do embrião de forma arbitrária e infundada.

O que, na verdade, está em jogo na discussão sobre a legalização ou não do aborto não é o direito de escolha da mulher *versus* o direito à vida do embrião. O que está em jogo é o estilo de vida da mãe *versus* a vida do bebê. A mãe tem o direito de viver o estilo de vida que escolha, desde que essa opção não retire os direitos fundamentais de outrem, sendo o mais básico de todos o direito de viver. O direito de ter certo estilo de vida nunca será absoluto e incondicional. Será sempre regido pelos efeitos que tem sobre os outros indivíduos.

Permitir que a mulher escolha sobre a vida do filho coloca sobre os ombros dela a responsabilidade de algo que deve ser igualmente compartilhado entre os progenitores. É a mulher que aborta e, por isso, é a mulher que paga o maior preço pela escolha. Ao invés de livre, ela se torna refém das consequências físicas e psicológicas decorrentes da realização desse procedimento.

No que se refere às primeiras, as implicações podem ser imediatas e tardias e estão associadas ao tipo de método abortivo utilizado. O método de aspiração provoca laceração do colo uterino pelo uso de dilatadores, perfuração do útero quando é usada a colher de curetagem ou o aspirador ou ainda o histerômetro (instrumento que mede a cavidade uterina), hemorragias uterinas, nas perdas de sangue ou fortes hemorragias causadas pela falta de contração do músculo uterino, endometrite (inflamação) pós-aborto (infecção uterina secundária, decorrente do aborto), e evacuação incompleta da cavidade uterina, seguida de prolongamento da sucção e de realização de curetagem imediata.

O método das laminárias, por sua vez, pode requerer a realização de uma histerectomia, isto é, a extração completa do útero, caso não seja realizado de forma correta e eficiente. Além da esterilidade definitiva da mulher, as laminárias acopladas ao colo uterino podem causar infecções graves por causa da presença de um corpo estranho, no caso, as algas esterilizadas, e, assim, provocar, igualmente, a necessidade de uma histerectomia.

Outro método abortivo que traz complicações físicas para a mulher diz respeito à solução hipertônica salina. Dentre as implicações, está a retenção da placenta e necessidade de curetagem, infecções e endometrites (inflamações da mucosa do útero) devido à retenção de água, e morte da mãe e do embrião em caso de entrada de solução salina na corrente sanguínea.

Por fim, a realização do aborto por histerectomia apresenta os mesmos perigos e complicações de cirurgias intra-abdominais, quais sejam, hemorragia, infecção, peritonite, lesões da bexiga e dos ureteres. Estas complicações atingem 38 a 61 mulheres a cada mil que se submetem a este método abortivo.

Some-se às consequências imediatas do aborto as complicações físicas tardias para a mulher. Mulheres que já abortaram apresentam maiores chances de apresentar insuficiência ou incapacidade do colo uterino, complicações placentárias, novas enfermidades como a síndrome de ASHERMAN, abortos espontâneos em gravidezes posteriores, e maior necessidade de cesarianas.

Há, ainda, as consequências psicológicas do aborto para a mulher e demais membros da família. No caso da mulher, os danos vão desde a queda na autoestima



pessoal pela destruição da vida do próprio filho até a frieza, que é a perda do desejo sexual. Além disso, a mulher pode gerar aversão ao marido ou companheiro e desenvolver o sentimento de culpa ou frustração de seu instinto materno além da chamada síndrome pós-aborto. Desordens nervosas, insônia, neuroses diversas e doenças psicossomáticas também são consequências comuns em mulheres que abortam. Por fim, essas mulheres tendem a desenvolver depressões agudas, causadas pela tristeza profunda pelo ato de assassinato cometido.

Tal como a mulher que aborta, os demais membros da família sofrem os danos do ato abortivo. Os problemas imediatos decorrem da animosidade que a mãe sofre. Dentre eles, os mais frequentes consistem na agressividade e fuga do lar pelos filhos, no medo destes de que os pais se separem, e na sensação de que a mãe somente pensa em si. No caso dos filhos que nasçam depois de um aborto, há uma maior tendência de atraso mental por causa de uma malformação durante a gravidez ou de nascimento prematuro.

Por fim, há de se avaliar os impactos sociais e econômicos esperados da criação de uma política pública do aborto para o país. Enquanto um método que afeta diretamente a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação, o aborto se projeta como uma política populacional, cujos efeitos atingem a dinâmica demográfica.

O Brasil passa, hoje, por uma transição demográfica, que se caracteriza por baixa taxa de mortalidade, baixa taxa de natalidade e baixa taxa de migração. Em conjunto, essas taxas tem reduzido, de modo significativo, a taxa de crescimento populacional e provocado mudanças na estrutura etária da população. A população brasileira tem deixado de ser predominantemente jovem em decorrência do processo de queda das taxas de fecundidade e se tornado cada vez mais velha, como resultado do processo progressivo de envelhecimento populacional.

Como desdobramento, as relações de dependência entre as crianças e adolescentes (cortes de 0 a 14 anos), a população em idade ativa (cortes de 15 a 64 anos) e os idosos (acima de 65 anos) tem se alterado. A população de crianças e adolescentes tem apresentado peso relativo na pirâmide etária cada vez menor, ao passo que o peso da população em idade ativa (PIA) tem aumentado. Esta maior proporção de pessoas em idade ativa relativamente à população dependente tem gerado uma janela de oportunidade demográfica para o Brasil, conhecida como bônus demográfico.

O bônus demográfico possibilita que o país desenvolva condições altamente favoráveis de desenvolvimento e crescimento socioeconômico sustentável. Neste sentido, necessário é investir em educação, qualificação profissional e produtividade e em uma reforma do sistema previdenciário que, em conjunto, elevem as contribuições previdenciárias, em quantidade e em valor arrecado, a fim de assegurar equilíbrio orçamentário do Sistema de Previdência Social após o período de bônus.

A experiência de países onde o aborto é legalizado mostra que a autorização dessa prática provoca, inicialmente, aumento expressivo do número de abortos induzidos realizados. Esse incremento se traduz em menor probabilidade de dar a luz e, por conseguinte, em queda na taxa de fecundidade do país.

Por sua vez, a redução da fecundidade modifica a estrutura etária da população. Um número menor de crianças nasce, um número menor de pessoas em idade ativa



entra no mercado de trabalho nas décadas seguintes e um número maior de idosos se torna dependente financeiramente. Há significativas mudanças na dinâmica populacional, o que traz implicações para as políticas públicas.

Em 2013, a taxa de fecundidade do Brasil foi de 1,77 filhos por mulher e estima-se que, na próxima década, ela caia para 1,2, patamar inferior ao de diversas nações desenvolvidas. Se legalizado, a queda tenderá a se acentuar e a taxa de fecundidade tenderá a atingir níveis ainda inferiores em um período de tempo mais curto. A médio e longo prazo, tal redução se traduzirá em uma população em idade ativa menor do que o esperado e um peso relativo maior na estrutura etária da população idosa dependente. Como decorrência, o período de bônus demográfico se encurtará e a janela de oportunidade se fechará mais rapidamente.

Em termos práticos, essa ação implicará em aumento expressivo de gastos públicos com a política de saúde e previdência social, sem, contudo, solucionar o problema de gravidez inesperada, do qual resulta o aborto.

Em relação à política de saúde, estima-se que a política de aborto provocado custará, aos cofres públicos, 2% do total do orçamento do Fundo Nacional de Saúde, o que corresponde a um gasto aproximado 30 vezes superior ao do Programa Rede Cegonha, que compreende as principais ações de atenção à mulher grávida. Além disso, a legalização do aborto aumenta os custos com a saúde pública de forma indireta ao aumentar a incidência de doenças como câncer de mama e doenças psicossomáticas nas mulheres que abortam. Um último gargalo estaria relacionado ao curto período de tempo para se realizar o aborto pelo SUS. A mulher teria pouco mais de um mês para agendar e realizar o procedimento. No entanto, as pesquisas mostram que esse prazo é muito inferior ao observado na prática do SUS em relação às diversas intervenções médicas cirúrgicas nas mulheres hoje, inclusive para realização de curetagem pós-aborto provocado.

Some-se a isto os impactos orçamentários do aborto para o sistema previdenciário. As projeções atuais prevêem crescimento significativo da necessidade de financiamento deste sistema até 2030. O processo natural de envelhecimento populacional, somado ao declínio da população jovem, afetará de forma acentuada a participação dos grupos de idade na arrecadação da receita previdenciária nas próximas décadas. Os contribuintes atuais serão sustentados por uma massa de contribuintes muito menor no futuro, o que trará um descompasso entre o número de benefícios e o montante das despesas previdenciárias e o número de contribuintes e o montante de receitas previdenciárias. Se o aborto for legalizado, o grupo de pessoas em idade ativa tenderá a ser ainda menor, agravando a diferença entre receitas e despesas previdenciárias e, por conseguinte, o déficit previdenciário.

A solução passaria por um conjunto de medidas que, somadas, podem reduzir expressivamente o número de abortos induzidos realizados de forma clandestina e a mortalidade materna deles decorrente. Uma primeira ação consiste em exigir o cumprimento da lei, limitando a impunidade das clínicas de aborto e do tráfico de medicamentos abortivos que são amplamente distribuídos no Brasil sem que os responsáveis sejam culpabilizados. Pesquisa recente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) apontou a inexistência de um órgão governamental que centralize os dados sobre estas clínicas clandestinas. Polícia Civil e as vigilâncias sanitárias dos municípios e estados têm feito operações isoladas, motivadas por denúncias ou investigações pontuais. Não é incrível que uma adolescente grávida consiga descobrir onde existe uma clínica de aborto ou a venda de medicamentos abortivos, e as autoridades não consigam fazer o mesmo?



Somado à desatenção e/ou desinteresse dos órgãos de controle e fiscalização das leis, existe um movimento orquestrado para não produzir escândalos e eficaz a ponto de produzir resultados em escala apreciável, voltado para possibilitar que um número cada vez maior de mulheres realize aborto de forma ilegal e clandestina. Juízes e médicos tem procurado e encontrado brechas cada dia mais amplas para realizar abortos com amparo legal, em hospitais públicos e clínicas particulares clandestinas (Barros, Cruz e Sanches, 2010).

Outro aspecto fundamental é o apoio à mãe em crise, com acolhimento da sociedade. Há diversas entidades pró-vidas filantrópicas que se dedicam a oferecer esse apoio que pode incluir o atendimento a necessidades materiais, assim como o apoio psicológico, social, contato com a família e outros, e o seu resultado é expressivo, com muitas grávidas desistindo de realizar o aborto ou encaminhamento a programas de adoção.

As mães atendidas agradecem, pelo resto de suas vidas, essa ajuda recebida, que salvou a vida de seu filho e de algum modo a sua própria, pois elas carregariam para sempre o peso do aborto. A “escolha” pelo aborto raramente é uma verdadeira escolha, e sim um ato de desespero de uma pessoa que não consegue, naquele momento, ver outra saída. A falsa solução do aborto não resolve o problema, mas cria outros. Pelo contrário, a solução da vida traz a cada dia novas boas surpresas, que somente a vida é capaz de proporcionar.

É também necessário investir mais e melhor em políticas de atenção à mulher gestante e de prevenção à gravidez inesperada, entre as quais se destaca a educação. Em lugar de precocemente sexualizados, os e as adolescentes e jovens devem aprender a ter responsabilidade em suas relações sexuais, compreendendo a sua importância em um contexto de amor e compromisso.

Se, por um lado, não se pode negar que o aborto constitui um problema real de saúde pública, por outro, é igualmente inegável que a legalização dessa prática não represente a alternativa mais apropriada para a saúde da mulher e para a sociedade brasileira. A falácia da “redução de danos” não consiste em uma solução. Não se trata de fazer uma opção entre o aborto legalizado e o clandestino, mas entre o aborto e a vida. A sociedade deve optar pela vida, dando todo o acolhimento e condições dignas de existência a todos os seus membros.

Essa tem sido a escolha amplamente majoritária da sociedade brasileira até o presente momento segundo as pesquisas de opinião pública que mapeiam a opinião dos cidadãos brasileiros em relação ao aborto. Pesquisa do IBOPE de 2003 mostrou que 90% da população era contrária ao aborto. Em 2005, a aprovação caiu para apenas 3% e, em 2007, pesquisa do Datafolha confirmou que somente 3% dos cidadãos brasileiros consideravam moralmente aceitável esse ato.

Tendo isso em vista, consideramos que a presente ideia legislativa que propõe regulamentar o aborto até a 12ª semana de gestação é inconstitucional e, no que concerne ao mérito, inadequada, pois produzirá um leque mais amplo de consequências negativas para a mulher e para a sociedade, comparativamente ao atual cenário e a outras alternativas existentes para lidar com situações de gravidez indesejada.

Ante o exposto, nosso voto é pelo arquivamento da Sugestão de Lei nº 15 de 2014 por entender que o direito à vida deva ser protegido por lei desde o momento da concepção.



Sala da Comissão, em de de 2017.

Senado MAGNO MALTA
Relator



I

ESTUDO

Referente à STC nº 2017-XXXX, do Senador MAGNO MALTA, acerca da regulamentação da interrupção voluntária da gravidez dentro das 12 primeiras semanas de gestação pelo Sistema Único de Saúde.

Sumário Executivo

A regulamentação da interrupção voluntária da gravidez dentro das 12 primeiras semanas de gestação pelo Sistema Único de Saúde é analisada. Os potenciais impactos da regulação são discutidos, assim como são descritas algumas experiências internacionais de descriminalização e legalização. O abortamento é contextualizado no cenário nacional e internacional, em termos estatísticos e de seus efeitos físicos e psicológicos. Infere-se que a legalização do abortamento pode trazer problemas sociais ainda maiores que os existentes no atual cenário de proibição desse método. O desafio que se aponta é o da conscientização e da disseminação de uma cultura de prevenção, com a melhoria no atendimento integral à mulher em gravidez indesejada.



SF/17621.47540-28

SUMÁRIO

1	Introdução: O abortamento no Brasil e no mundo.....	2
2	Do início da vida: reflexões e constatações científicas.....	2
1.1.	O debate em torno do início da vida	2
1.1.1.	<i>O ciclo da vida e o início de cada indivíduo humano.....</i>	2
1.1.2.	<i>Os efeitos da chamada “pílula do dia seguinte”:</i>	2
1.2.	Bioética e o início da vida:.....	2
1.3.	Contradições e fragilidades do discurso pró-escolha da mulher à luz da origem da vida: 2	
a)	<i>O corpo do bebê é distinto do corpo da gestante</i>	2
b)	<i>O embrião/feto é quem controla seu próprio desenvolvimento</i>	2
c)	<i>Estar dentro de algo não significa fazer parte de algo</i>	2
	Considerações Finais	2
3	Direito à vida versus liberdade sexual e reprodutiva da mulher: Qual deve prevalecer?	2
3.1.	Direito à vida à luz da legislação nacional e internacional:.....	2
3.1.1.	<i>O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana:</i>	2
3.1.2.	<i>O Direito à Vida nas normas jurídicas infraconstitucionais e internacionais: Código Civil, Estatuto da Criança e do Adolescentes e Convenção Americana de Direitos Humanos</i>	2
a.	<i>O direito à vida no Código Civil:</i>	2
b.	<i>O direito à vida no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):</i>	2
c.	<i>O direito à vida nas normas jurídicas internacionais: o caso da Convenção Americana de Direitos Humanos.....</i>	2
3.2.	O “direito” à liberdade sexual e reprodutiva da mulher: argumentos teóricos e reflexões jurídicas.....	2
3.2.1.	<i>O “direito” à liberdade sexual e reprodutiva da mulher:</i>	2
3.2.2.	<i>Os “Direitos reprodutivos e sexuais” das mulheres:</i>	2
3.2.3.	<i>Concepções e limitações do direito à liberdade:</i>	2
3.2.4.	<i>Contradições e fragilidades do argumento da autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo</i>	2
3.3.	Vida versus liberdade: qual deve prevalecer?	2
3.3.1.	<i>Direito à vida x Direito à liberdade: algumas reflexões jurídicas</i>	2
3.3.2.	<i>A proteção do direito à vida na legislação brasileira:</i>	2
3.3.3.	<i>A inconstitucionalidade do aborto na legislação brasileira:</i>	2



Considerações Finais	2
4 O aborto enquanto um problema social: reflexões, constatações e projeções para o Brasil....	2
4.1. O aborto enquanto problema de saúde pública: principais causas e estatísticas no Brasil	2
4.1.1. <i>Mortes do sexo feminino no Brasil por todas as causas:</i>	2
3.1.2. <i>Mortes de mulheres em idade fértil por todas as causas:</i>	2
3.1.3. <i>Mortes maternas (XV. Gravidez parto e puerpério):</i>	2
3.1.4. <i>Mortes de mulheres em idade fértil versus mortes por abortos.</i>	2
3.1.5. <i>Mortes maternas resultantes do aborto por todas as causas:</i>	2
4.2. Consequências físicas e psicológicas do aborto provocado.....	2
4.2.1. <i>Consequências físicas do aborto para a mulher :</i>	2
4.2.2. <i>Consequências psicológicas do aborto para a mulher:</i>	2
4.3 Os impactos sociais da legalização do aborto: projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais	2
4.3.1. <i>Implicações demográficas do aborto legalizado: algumas experiências internacionais.</i>	2
a. <i>Aborto legalizado aumenta o número de abortos:</i>	2
b. <i>Aborto legalizado reduz a taxa de fecundidade e de natalidade:</i>	2
4.3.2. <i>O Caso Brasileiro: dinâmica populacional e impactos demográficos esperados da legalização do aborto voluntário.</i>	2
a. <i>Dinâmica populacional: transição demográfica e janela de oportunidade.</i>	2
b. <i>Bônus demográfico e legalização do aborto: compatíveis ou incompatíveis?.....</i>	2
4.4 Impactos esperados da legalização do aborto sobre o mercado de trabalho e a Seguridade Social.....	2
4.4.1. <i>Aborto e Sistema Único de Saúde (SUS):</i>	2
4.4.2. <i>Aborto, Mercado de Trabalho e Previdência Social:</i>	2
Considerações Finais	2
Considerações Finais	2
Referências Bibliográficas	2



SF/17621.47540-28

1- Introdução: O abortamento no Brasil e no mundo

A prática do abortamento é uma realidade no Brasil e no mundo. Pesquisas recentes mostram que mulheres brancas, negras e pardas, adolescentes e adultas, religiosas ou não, solteiras e casadas, realizam o aborto em face da gravidez indesejada (DINIZ E MEDEIROS, 2010; AGI, 2016). Em países onde esse procedimento é legalizado, o número de abortos provocados chega a centenas de milhares por ano: nos Estados Unidos, por exemplo, o número se encontra próximo a 1 (um) milhão⁵, no Canadá, em torno de 100 (cem) mil⁶ e, na Inglaterra, na casa dos 200 (mil) por ano⁷.

O discurso em defesa da legalização do aborto emergiu, notoriamente, a partir da década de 1950. Em 1952, John Rockefeller III, em parceria com outros 26 especialistas em demografia, fundou o *Population Council* (Conselho Populacional) nos Estados Unidos. Havia grande preocupação, por partes desses atores, quanto às altas taxas de crescimento populacional, sobretudo, dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (Population Council, 2016)⁸.

Diante desse cenário, o Conselho Populacional tomou para si a responsabilidade de reduzir, em todo o mundo e a curto prazo, as taxas de crescimento populacional daquelas Nações. Nesse sentido, ao longo de três décadas (1950-1980), essa entidade, juntamente com a Fundação Ford e o IPAS – Serviço Internacional de Aconselhamento sobre Gravidez, criou departamentos de demografia nos cinco continentes, desenvolveu e instalou fábricas de DIUs e iniciou programas de planejamento familiar em diversos países. Além disso, investiu-se no desenvolvimento de um fármaco que permitia as mulheres abortar voluntariamente, bem como se treinou médicos de dezenas de países para realizar a esterilização voluntária e forçada de mulheres. Nessas ações, foram despendidos mais de 1,7 bilhões de dólares (Ford Foundation, 1991)⁹.

Embora as taxas de natalidade tenham decrescido em decorrência dessas investidas, a década

⁵ Ver: : <http://www.gutmacher.org/media/nr/2014/02/03>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

⁶ Dados disponíveis em: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-canada.html>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

⁷ Ver <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-england-and-wales-2010>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

⁸ Disponível em < <http://www.popcouncil.org/about/timeline>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

⁹ Disponível em < http://www.pesquisasedocumentos.com.br/ford_reproductive_health_strategy.pdf>, Acesso em 15 de Outubro, 2015.



de 80 iniciou-se com taxas que ainda favoreciam o rápido e contínuo crescimento populacional nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O Conselho Populacional e seus principais parceiros, a Fundação Ford e o IPAS, concluíram que a mudança almejada decorreria apenas de profundas alterações sociais, notadamente, em relação ao planejamento familiar. Apesar das facilidades para realização do aborto provocado, as mulheres escolhiam não abortar mesmo em uma situação de gravidez indesejada. A justificativa se encontrava nos valores e expectativas das mulheres, que viam a maternidade enquanto uma conquista desejável.

Tendo isso em vista, as entidades pró-controle populacional investiram significativamente na disseminação de um discurso em defesa de direitos sexuais e reprodutivos da mulher, as quais sofriam e morriam, segundo elas, por realizar abortamentos de forma clandestina e insegura. À mulher deveria ser assegurado o direito à saúde integral, o que compreendia, sob essa ótica, o direito de escolha em manter ou não a gravidez, isto é, o direito de autonomia sobre o próprio corpo.

Esse discurso foi decisivo para a legalização do aborto em um conjunto de países até os anos 90, dentre eles, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Espanha, além de Cuba, Rússia, China e Alemanha Oriental¹⁰. A partir dessa década, a discussão e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher ressoou amplamente em Conferências Populacionais Internacionais, como a realizada no Cairo em 1994, e em documentos oficiais de organizações internacionais de destaque, como a ONU.

Nesses espaços, uma série de decisões em favor da disseminação e regulamentação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, dentre eles, o direito ao abortamento, foi tomada. Definiu-se tais direitos enquanto direitos humanos e passou-se a acusar as Nações onde os mesmos não eram assegurados de violadores dos direitos humanos. Ademais, passou-se a propagar, extensa e intensivamente, a obrigação de governos de dispensar tratamento humanizado às mulheres que praticassem aborto e a considerar o aborto clandestino enquanto um problema de saúde pública, e não enquanto crime. Ainda, buscou-se disseminar o discurso de que as mulheres teriam direito de acesso a serviços de qualidade para tratar complicações decorrentes do

¹⁰ Informações disponíveis em http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/desenvolvimento/conteudo_283054.shtml?func=2. Acesso em 19 de abril, 2016.

abortamento e direitos a serviços de abortamento de qualidade¹¹.

Esse conjunto de estratégias foi acompanhado pela ampla divulgação na mídia nacional e internacional de dados e experiências diretamente associadas ao aborto clandestino. Passou-se a divulgar, com frequência, mortes maternas causadas pelo procedimento e a promover e divulgar estatísticas alarmantes sobre o número de abortos provocados realizados clandestinamente no país-alvo e no mundo.

No Brasil, esse expressivo investimento teve início no final da década de 1980, quando a Fundação MacArthur decidiu investir em saúde reprodutiva e questões populacionais no país. O país foi escolhido por sua relevância e influência na América do Sul e por apresentar um ambiente cultural e político propício à influência de ONGs sobre as diretrizes de políticas públicas (MacArthur, 2005).

Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se, em primeiro lugar, o financiamento de locais clandestinos para realização do aborto e de assistência pós-aborto, bem como de profissionais e equipamentos para possibilitar tal procedimento. Coube ao IPAS treinar essas equipes e garantir os equipamentos necessários para realização do aborto. Após quase 15 anos de investimento (até 2002), a Fundação estimou um aumento de 60% desses espaços no país (MacArthur, 2005).

Somado a isto, tem havido forte investimento midiático no sentido de disseminar dados alarmantes sobre o aborto no país. Tem se falado em cerca de 1 (um) milhão de abortos provocados por ano¹², sendo que, destes, 200 mil acarretariam a morte da mulher durante o procedimento clandestino¹³. No entanto, esses números são controversos, carecendo de séria averiguação.

Quando se examina dados oficiais do Ministério da Saúde, os resultados encontrados em relação

¹¹ Esse conjunto de decisões encontra-se nos documentos listados em <http://www.iisd.ca/cairo.html>. Acesso 19 de abril, 2016.

¹² Disponível em <http://noticias.terra.com.br/brasil/com-1-milhao-de-abortos-por-ano-mulheres-pobres-ficam-a-margem-da-lei,0401571f0cd21410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>. Acesso em 12 de Abril, 2016.

¹³ Ver reportagem em <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,onu-critica-legislacao-brasileira-e-cobra-pais-por-mortes-em-abortos-de-risco,837316>. Acesso em 12 de Abril, 2016.

ao aborto provocado e à morte materna dele decorrente são significativamente distintos. Para o ano de 2014, por exemplo, os dados sugerem que foram realizados pouco mais de 100 mil abortos no país (BRASIL, 2015). Deste total, menos de 0,5% (pouco mais de 50 mulheres), em média, resultaram em morte da mulher que abortou. Se comparado às mais de 60 mil mulheres em idade fértil que morrem no Brasil por ano, o aborto provocado representa cerca de 1% dessas mortes.

Tal diferença nos números pode ser explicada pela fonte ou origem das informações. O número disseminado pela mídia tradicional de 1 milhão de abortos voluntários por ano tem sido produzido, notadamente, por dois institutos: o Instituto Alan Guttmacher e a IPAS (International Pregnancy Advisory Services – Serviços Internacionais de Aconselhamento à Gravidez). O primeiro consiste em um braço da International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional de Paternidade Planejada), uma das maiores organizações pró-aborto e a proprietária do maior número de clínicas de aborto do mundo (AGI, 2015a). Por sua vez, o IPAS é uma organização não-governamental global dedicada em acabar com mortes evitáveis e incapacidades decorrentes de abortos inseguros (legais ou clandestinos) (IPAS, 2015).

Promotores da prática abortiva, o Instituto Alan Guttmacher e a IPAS têm estimado o número de aborto pela multiplicação do número de curetagens por 5 (cinco) e por 6 (seis), respectivamente (AGI, 2015a; IPAS, 2015). Como o número de curetagens devidas a aborto espontâneo e provocado no Brasil encontra-se acima de 200 mil por ano, o número de abortos ultrapassaria 1 milhão ($200 \text{ mil} \times 5/6 = 1 \text{ a } 1,2 \text{ milhão}$), pelos cálculos dessas entidades.

Esse método de mensuração, porém, é inapropriado para aferir o número de abortos realizados em determinada localidade. A Pesquisa Nacional do Aborto realizada em 2010 e amplamente divulgada em 2016¹⁴ mostrou que 1 a cada 2 mulheres que abortam voluntariamente precisam de internação hospitalar (DINIZ E MEDEIROS, 2010).

Sabe-se que, do total de curetagens realizadas em hospitais públicos, entre 20 e 25% delas decorrem de aborto provocado. Disto segue que, das 200 mil curetagens realizadas em média por ano no Brasil, entre 40 e 50 mil (20 a 25% do total) resultam, por estimativa, de aborto

¹⁴ Ver <https://www.facebook.com/notes/anis-instituto-de-bio%C3%A9tica/pesquisa-nacional-do-aborto-2016-nota-de-imprensa/1291464097593186>.

provocado. Como 1 a cada 2 mulheres que abortam precisam de internação, constata-se que, no Brasil, são realizados, no máximo, 100 mil abortos por ano (50.000 x 2), não 1 milhão como os grupos pró-aborto tem afirmado e amplamente difundido pelos canais midiáticos.

Estratégia parecida de sobreestimação de dados tem sido utilizada em relação às estatísticas sobre mortalidade materna decorrente de aborto provocado. Fala-se em centenas de milhares de mortes, enquanto, na verdade, o número não ultrapassa algumas dezenas (BRASIL, 2015). Em 2013, por exemplo, aconteceram 1.787 mortes de mulheres por causas relacionadas a gravidez, parto puerfério. Destas, apenas 65, isto é, 3% podem ser atribuídas, embora sem poder afirmar, ao aborto provocado.

Disto se observa a inconsistência dos números de mortes maternas decorrentes do aborto disseminadas pela mídia tradicional. Há uma clara tentativa de convencer o público em geral de que a legalização do aborto provocado constitui a resposta mais adequada para a redução do suposto *alto* índice de mortalidade materna dele decorrente. O aborto seguro salvaria, sob essa perspectiva, a vida de centenas de milhares de mulheres no país.

Não há, porém, comprovação da existência de relação de causa e efeito entre legalização do aborto e redução da mortalidade materna, como se afirma. No Chile, país com lei extremamente restritiva em relação ao aborto, a mortalidade materna caiu de 275 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 1960 para 18,7 em 2000 (JOHNSON, 2016). Por sua vez, na Índia, onde o aborto é legalizado, a taxa de mortalidade materna foi de 200 mulheres por 100 mil nascidos vivos em 2010 (ibid, 2016). Já a Polônia, onde o aborto era legalizado e foi proibido novamente, a mortalidade materna diminuiu de 11 em 1993 para 2 por 100 mil nascidos vivos em 2010 (ibid, 2016).

O que se constata é que países com leis extremamente restritivas em relação ao aborto provocado, bem como países onde o abortamento é legal e onde o abortamento era legalizado e foi proibido, apresentam tanto altas como baixas taxas de mortalidade materna. A permissão de aborto voluntário não implica necessariamente em queda do número de morte de mulheres nos países onde esse procedimento é legalizado.



Isso se deve, notadamente, ao fato de que a legalização do aborto provocado favorece o aumento do número de abortamentos realizados. Uma vez que mais mulheres acessam esse procedimento, mais mulheres correm risco de vida e podem ter sua saúde física e psicológica afetada. Essa constitui a realidade de países como os Estados Unidos, a Suécia e a Espanha, que legalizaram o aborto décadas atrás e, hoje, apresentam número de abortos provocados, assim como de mulheres com problemas de saúde decorrentes do aborto, significativamente maior que no período anterior à legalização (ibid, 2016).

Nos Estados Unidos, o aborto foi legalizado em 1973 a partir da decisão judicial da Suprema Corte no caso *Roe vs Wade*. Até esse anos, o número de abortos ilegais e clandestinos não ultrapassava 194 mil por ano. Em 1975, dois anos após a legalização da prática nesse país, o número quadruplicou, alcançando 854.853 abortos. Esse número cresceu ainda mais na década seguinte, chegando a quase 1,4 milhões de aborto em 1989. Desde os anos de 1990, tem havido uma queda – em 1998, chegou a 800 mil, mas o número ainda se encontra consideravelmente acima do observado antes da legalização em 1973 (CDC, 2002; JOHNSON, 2016).

A legalização do aborto na Suécia em 1939 gerou, igualmente, crescimento significativo do número de abortos no país. Em 1939, o número não chegava a 500 abortos por ano, mas, dez anos depois, com a prática legalizada, ele se multiplicou mais de 10 vezes, alcançando 5.503 abortos realizados em 1949. Este ato foi crescentemente disseminado e se tornou cada vez mais praticado pelas mulheres suecas: em 1969, 13.735 abortos foram feitos, trinta anos mais tarde, chegou-se a mais de 30 mil e, em 2011, 37.698 mulheres abortaram (JOHNSON, 2016).

Pode-se citar ainda o caso da Espanha que legalizou em 1985 e experimentou um crescimento vertiginoso do número de abortos provocados no país nos anos seguintes. Em 1987, o número de abortamentos não ultrapassava 17 mil. No entanto, nos anos 2006, ele já estava na casa dos 101 mil por ano (aumento de 594%) e, em 2011, ele chegou a mais de 118 mil, um aumento de 705% no total de abortos provocados após a legalização (FORUM LIBERTAS, 2007; JOHNSON, 2016).

Disso segue outra importante constatação, qual seja, a de que o número oficial estimado de abortos voluntários para o Brasil encontra-se em patamares muito menores do que o de abortos realizados em alguns países onde esse procedimento é legal. Não é esse o caso apenas dos

Estados Unidos e Espanha, já citados, mas também de países como França, Japão e Inglaterra, cujo número de abortos voluntários por ano, analisados proporcionalmente ao total da população, ultrapassa o do Brasil (JOHNSON, 2016).

O Brasil apresenta uma população de aproximadamente 200 milhões de habitantes e um número estimado médio de 100 mil abortos provocados por ano. Tem-se, portanto, uma proporção de 1 aborto para cada 2 mil habitantes no país. Comparativamente a países que legalizaram o aborto, dentre eles, França, Suécia, Inglaterra e Japão, a taxa de abortamento do Brasil é a menor.

A França apresenta uma população de aproximadamente 66 milhões de pessoas e um número médio de 200 mil abortos por ano. Isso corresponde a 1 aborto para cada 330 habitantes, quase 7 vezes mais que no caso brasileiro. De forma semelhante, a Suécia, com uma população de 10 milhões de habitantes e um número médio 40 mil por ano, apresenta uma proporção de 1 aborto legalmente provocado para cada 250 habitantes, taxa 8 vezes maior que a brasileira (JOHNSON, 2016).

O número de abortos legais realizados na Inglaterra e no Japão também superam, consideravelmente, a média de 100 mil abortos no Brasil. Com uma população de 53 milhões de habitantes aproximadamente e uma média de 100 mil abortos provocados por ano, tem-se que 1 a cada 530 Ingleses já realizou abortamento. Semelhantemente, 1 a cada 650 habitantes do Japão já se submeteu a essa prática (população aproximada de 130 milhões de habitantes e média de 200 mil aborto/ano) (JOHNSON, 2016).

O número de abortos provocados ilegais e clandestinos realizados no Brasil não só é proporcionalmente menor que o de países onde a prática é legalizada, como também tem diminuído a cada ano. O número de curetagens, principal medida de mensuração do aborto, tem caído ano após ano, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde. De 2008 para 2009, a queda foi de 12% e, de 2014 para 2015, a redução foi de 3%, o que aponta para queda contínua e progressiva do número de abortos voluntários no país (BRASIL, 2015).

Não obstante, o número ainda é alto, o que significa que milhares de mulheres, além de correr risco de vida, têm sofrido, em maior ou menor medida, as consequências físicas e psicológicas, imediatas e tardias, do aborto voluntário. Os riscos físicos imediatos decorrem do ato em si do



abortamento e variam conforme o tempo de gestação e o método utilizado. Eles compreendem desde hemorragias uterinas causadas por laceração e perfuração do útero e endometrite (inflamação uterina secundária) até a esterilidade, associada particularmente à amenorréia (ausência de menstruação) (HALLBERG, HALLBERG e AMINI, 2004).

Por sua vez, os riscos de médio e longo prazo resultam, sobretudo, da ação de hormônios: durante a gestação, eles se organizam para mantê-la até a resolução natural do parto ou na eventualidade de um aborto espontâneo. Quando a gestação é interrompida pela mãe, essas mudanças naturais também o são, o que gera distúrbios hormonais no corpo da mesma, aumentando, inclusive, a incidência de cancer de mama nas mulheres que abortam voluntariamente (MELBYE et al, 1997).

Acrescente-se a essas complicações os riscos psicológicos para a mulher. Mulheres que abortam voluntariamente apresentam maiores chances de desenvolver desordens nervosas, insônia, neuroses diversas e doenças psicossomáticas graves, como depressões agudas causadas pela tristeza, culpa e remorso resultantes do ato praticado. Além disso, essas mulheres tendem a abusar, em maior medida, de álcool e drogas e a apresentar, em maior proporção, tendências suicidas (COLEMAN, REARDON e COUGLE, 2002, 2003; RUE, 1994).

A realização de aborto provocado, legal ou clandestino, traz ainda complicações para os relacionamentos interpessoais das mulheres com os parceiros e entre elas e os filhos (IFFY e KAMINETZKY, 1985). O abortamento pode provocar perda de estima pela mulher e hostilidade do homem para com a mulher ou da mulher para com o homem. Pesquisas mostram, ademais, que a mulher que aborta tende a se tornar mais agressiva e a abusar dos filhos gerados após uma experiência de aborto (JAUDES, EKWO e VAN VOORHIS, 1995; BENEDICT, WHITE E CONLEY, 1985). Não surpreendentemente, crianças geradas após experiências de aborto voluntário apresentam maiores chances de apresentar problemas comportamentais (COLEMAN, REARDON e COUGLE, 2002).

Todas essas complicações do aborto para a mulher e sua família impactam, obviamente, a estrutura social e as políticas governamentais. Como mostrado anteriormente, a legalização do abortamento tende a provocar aumento expressivo do número de abortos voluntários realizados ao longo do tempo. Disto seguem, pelo menos, dois desdobramentos imediatos e dois tardios

para o país.

A primeira implicação de curto prazo consiste no alto custo financeiro do abortamento para o país. Esse custo envolve tanto as despesas com a realização do procedimento em si (com equipamentos, estrutura física e pessoal), como as despesas com assistência e tratamento pós-abortamento para as mulheres.

Ao se instituir o aborto provocado enquanto política pública, há a imediata necessidade de se criar uma rubrica orçamentária para a implementação da mesma. Como todo procedimento cirúrgico, o aborto custará, aos cofres públicos, quantia expressiva, dado o número estimado de procedimentos a ser realizados (pelo menos, 100 mil inicialmente) e o custo médio internacional desse procedimento (\$ 500 dólares)¹⁵, sem contar, as despesas iniciais com estrutura física e equipamentos, bem como com pessoal, necessários à realização do mesmo nos hospitais públicos.

Acrescente-se a isso o custo crescente com assistência e tratamento das mulheres pós-aborto. Como mencionado acima, elas apresentam chances maiores e maior frequência de adoecimento físico e psicológico após o aborto voluntário. A legalização do abortamento, portanto, tenderá a aumentar os custos públicos (e privados) destinados ao tratamento de doenças e problemas causados por esse procedimento.

Some-se, a esta implicação sobre o orçamento da União, de estados e municípios, a redução da taxa de natalidade e, por conseguinte, da taxa de crescimento do país, o que tem sido, desde o início, o objetivo da legalização do abortamento. No caso do Brasil, o momento demográfico atual é singular: vive-se uma janela de oportunidade, caracterizada por baixa taxa de mortalidade e de fecundidade e, por conseguinte, de crescimento populacional, e por uma maior proporção da população em idade ativa (15 a 64 anos) comparativamente à população dependente (0 a 14 anos e maiores de 65 anos), o se denomina bônus demográfico (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

Se nenhuma intervenção na dinâmica populacional for feita, a taxa de crescimento atingirá 0% até 2060 e o país apresentará, até 2030, menos pessoas dependentes para cada indivíduo em idade ativa. Por outro lado, se qualquer tipo de política de controle populacional for

¹⁵ Esses custos são apresentados no capítulo 3.

implementada, como, por exemplo, a do aborto, a taxa de natalidade do Brasil tenderá a se tornar ainda menor que a taxa de países desenvolvidos a partir de 2030, bem abaixo da taxa de reposição populacional de 2,1 filhos por casal, e a taxa de crescimento populacional no Brasil poderá atingir patamar inferior à do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido antes de 2035. Em conjunto, a redução mais acelerada e rápida da taxa de natalidade e da taxa de crescimento populacional fecharão a janela de oportunidade hoje existente.

Deste desequilíbrio esperado na dinâmica populacional gerado pela legalização do aborto provocado no país, outros dois desdobramentos, de médio e longo prazo, são esperados. O primeiro resulta da redução esperada da taxa de natalidade pela disseminação do aborto voluntário enquanto um procedimento legal de planejamento familiar. Uma vez que a redução da natalidade implica número menor de crianças e, anos depois, de jovens no mercado de trabalho, a disseminação do abortamento voluntário provoca uma gradual e progressiva redução da população em idade ativa (PIA) e, por conseguinte, da população economicamente ativa (PEA) ao longo do tempo. Em longo prazo, esse processo tende a gerar carência de mão-de-obra no mercado de trabalho e menor receita para o sistema de seguridade social.

Disso segue um segundo desdobramento esperado da legalização do aborto provocado, qual seja, uma sobrecarga para o regime de previdência social. A redução da taxa de natalidade e, em médio prazo, da PIA e da PEA, alinhada ao aumento crescente da expectativa de vida da população idosa, geram, por um lado, redução das receitas previdenciárias decorrentes das contribuições trabalhistas ao regime da previdência social e, por outro, o aumento das despesas previdenciárias resultantes, sobretudo, de benefícios de aposentadoria. O corolário desse desequilíbrio é um saldo previdenciário negativo e déficits previdenciários cada vez maiores ao longo do tempo.

Por fim, cabe refletir sobre a possibilidade jurídica da legalização desse procedimento no país. Essa temática coloca em conflito dois direitos fundamentais constitucionalmente garantidos: o direito à vida do bebê e o direito à liberdade de escolha da mulher em mantê-lo ou não. Para os movimentos pró-escolha, a liberdade e autonomia da mulher sobre seu próprio corpo sobrepõe o direito à vida do bebê e não pode sofrer nenhum tipo de intervenção estatal. Já os grupos pró-vida defendem a prevalência do direito à vida do bebê em relação ao direito de escolha da mãe.

Na existência de conflito entre dois direitos, é necessário haver uma ponderação racional na escolha do princípio que melhor se adequa ao caso concreto. Gera-se a necessidade de aplicação de apenas um dos direitos por meio do sopesamento, isto é, da escolha do direito de maior relevância social (ALEXY, 2008). No caso do direito à vida e do direito à liberdade, qual seria o princípio de “maior peso”: a liberdade da mulher em gerir seu corpo ou a vida que há em seu ventre?

A medicina e as ciências biológicas mostram que a vida se inicia na fecundação. Desde esse primeiro momento, o zigoto formado possui 46 cromossomos distintos dos de seus progenitores. Disto segue que o bebê, embora se desenvolva dentro do corpo da mãe nos primeiros nove meses de vida, não é extensão corporal nem faz parte do corpo de sua mãe. Ele é um ser geneticamente único e individualizado que consegue, inclusive, com a devida assistência, sobreviver fora do corpo da mãe após poucos meses de vida¹⁶.

Assim sendo, seria exercício legítimo da liberdade de uso de seu próprio corpo dispor da vida de outrem? É certo que o Estado não pode gerir o corpo dos cidadãos, tanto é que a mulher é livre para relacionar-se sexualmente com quem desejar e, também, para utilizar métodos contraceptivos para evitar a gravidez. No entanto, tais situações não ferem o direito à vida de outrem, como no caso do aborto. Assim como a mulher tem autonomia sobre seu corpo, o bebê, que não faz parte do corpo dela, também tem autonomia sobre o próprio corpo e direito de nascer e viver.

Mesmo que o bebê fizesse parte do corpo de sua mãe, o que seria mais danoso e irreversível: limitar a liberdade da mulher para que alguém tivesse vida ou ceifar a vida de alguém para que a mulher gozasse plenamente de sua liberdade? O direito à liberdade existe não para cercear o exercício do direito alheio, mas para garantir o pleno gozo de seus próprios direitos. A liberdade da mulher deve ser usufruída não para limitar o reconhecimento de direitos e garantias fundamentais de seu filho, sobretudo o direito à vida. O preço por uma escolha não pode ser a vida inteira de um outro ser humano. Em havendo conflito com o direito à liberdade, o direito à vida, portanto, prevalece.

¹⁶ Rysavy, M. A. et al. **Between-Hospital Variation in Treatment and Outcomes in Extremely Preterm Infant.** New England Journal of Medicine, May 7, 2015.

Diante dessas constatações, é juridicamente aceitável e politicamente apropriado legalizar o aborto no Brasil? Ou seria mais adequado entendê-lo enquanto problema (e não solução para si mesmo) e, nesse sentido, buscar possíveis e eficientes soluções para o mesmo?

Responder a essas perguntas consiste no principal objetivo deste relatório. No primeiro capítulo, apresenta-se o debate em torno do início da vida. Descreve-se a formação de um indivíduo e as principais constatações científicas em relação à vida humana. Em seguida, faz-se uma reflexão e análise no campo da bioética, com vistas a apontar as contradições e fragilidades do argumento da autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo em face de uma gravidez indesejada.

De modo complementar, o capítulo 2 confronta os argumentos jurídicos pró-vida e pró-escolha, a fim de apontar qual direito deve prevalecer: se o direito à vida ou à liberdade de escolha da mulher. O capítulo apresenta, ademais, a legislação brasileira e internacional sobre o tema e discute sobre a (im)possibilidade jurídica da legalização do aborto no país.

No último capítulo, discute-se o aborto enquanto um problema de saúde pública. Apresenta-se e analisa-se as estatísticas oficiais relacionadas à mortalidade materna por todas as causas, incluído o aborto, bem como se mapeia as consequências do aborto para a saúde física e emocional da mulher e os efeitos indiretos do mesmo sobre os relacionamentos e a vida pública da mulher. Por fim, o capítulo examina os impactos socioeconômicos imediatos e tardios esperados da legalização do aborto no país, particularmente, sobre a dinâmica populacional e as contas públicas.

Ao final, apresenta-se as considerações finais deste relatório de modo a justificar uma posição em favor da vida do bebê e de melhorias no atendimento integral à mulher em situação de gravidez indesejada.

2 Do início da vida: reflexões e constatações científicas

É difícil questionar o direito fundamental à vida de cada ser humano, pois negar o direito à vida é negar todos os demais direitos. Quando, portanto, discute-se o aborto, é importante se deter

aos inúmeros argumentos científicos que indicam onde começa cada vida humana. Constatado esse início, decorre dele o direito inviolável do nascituro, independentemente do tempo transcorrido desde a fecundação.

A vida humana começa na fecundação. Um zigoto ou embrião unicelular é o início de um novo ser humano (MOORE & PERSAUD, 2004). Os estudos na área de biologia celular e molecular, bem como os tratados de embriologia humana e os trabalhos da área da biologia do desenvolvimento, demonstram claramente que a vida humana começa na fecundação e que o desenvolvimento humano é um processo contínuo. O entendimento sobre as relações entre a informação genética e os eventos embriológicos é um dos mais antigas, intrigantes e fundamentais questões da biologia: como pode uma única célula dar origem a um ser multicelular extremamente complexo?

A biologia do desenvolvimento estuda o processo pelo qual os genes no ovo ou zigoto controlam o comportamento celular no embrião. Denomina-se ovo ou zigoto a célula resultante da fertilização ou fecundação, isto é, da junção do gameta feminino (ovócito) com o gameta masculino (espermatozóide). O zigoto formado é único, porque, como metade de seus cromossomos vem do pai e metade da mãe, ele é o resultado de uma nova combinação gênica diferente da de seus pais.

Tão logo se forma o zigoto e, portanto, o genoma do novo ser, os genes são acionados e começam a trabalhar – uma nova e única identidade genética surge e começa a se desenvolver. Durante o desenvolvimento humano, as células sofrem alterações nos genes que elas expressam, na sua forma, nos sinais que elas produzem e aos quais respondem, na sua frequência de proliferação e no seu comportamento migratório. A diferenciação de células não especializadas em muitos tipos celulares distintos ocorre especialmente nesta etapa da vida e é determinada pelo padrão de atividade gênica, portanto, pelas proteínas que elas produzem. Esta atividade continua após o nascimento e ao longo de toda a vida adulta.

O desenvolvimento humano constitui, portanto, um processo contínuo, sequencial e interdependente. Da fertilização com a formação do embrião unicelular, onde a criança é denominada zigoto, até a oitava semana do desenvolvimento, o novo ser é denominado embrião. O período embrionário (primeiras oito semanas do desenvolvimento) é o mais crítico para o ser



humano, pois, até a oitava semana do desenvolvimento, formam-se todos os principais tecidos e órgãos do seu corpo. É o momento no qual o embrião é mais vulnerável aos efeitos lesivos de agentes ambientais, como vírus e radiação e do uso de álcool, fumo, drogas ilícitas, que podem ser teratogênicas (causar má-formações) ou interferir no fluxo sanguíneo do bebê, causando restrição de crescimento intra-uterino, dentre outros problemas.

A partir da oitava semana do desenvolvimento até o nascimento, o bebê é denominado feto. Feto significa filho que ainda não nasceu. Em seguida, temos a fase de neonato – após o nascimento e nos primeiros vinte e oito dias de vida-, criança, adolescente, adulto e, por fim, a fase de senescência (a terceira idade). Em todas elas, ocorrem contínuas mudanças biológicas, psicológicas e espirituais em todos os indivíduos, independente do sexo, cor, raça, etnia, condições socioeconômicas, entre outros aspectos.

Por apresentar um processo de desenvolvimento contínuo, sequencial e interdependente, independente da etapa do seu desenvolvimento, o ser humano é sujeito de direitos desde a fecundação. O zigoto possui um genoma único e é um ser individual. A mulher hospeda-o, mas ele não faz parte do seu corpo; são dois seres distintos. A criança e seus anexos constituem um aloenxerto, ou seja, são um tecido geneticamente diferente do materno.

Por essa razão, a liberdade da mulher sobre seu corpo é relativa. A criança intra-útero gerencia sua estadia no organismo materno, para não sofrer rejeição. Para não ser expulso como corpo estranho pelo sistema imune materno, o embrião produz substâncias que o mantém vivo durante a gestação, estabelecendo-se um acordo tácito entre o bebê e a mãe. O embrião produz a enzimaIDO, que elimina o triptofano, um aminoácido que ativa a produção de linfócitos T (timo dependentes), responsáveis pela rejeição de transplantes (Mellor et al, 1998). Por ser distinto da mãe e ter um patrimônio genético exclusivo, a criança necessita produzir substâncias apropriadas para manter-se vivo, escapando do sistema imunológico materno.

1.1. O debate em torno do início da vida

1.1.1. O ciclo da vida e o início de cada indivíduo humano

Em contexto acadêmico e científico, quando não está em debate a questão do aborto, não costuma haver qualquer dificuldade na definição do início de cada vida humana: é o momento

da fecundação. Podemos observar essa realidade em todos os livros de Embriologia, que sempre se iniciam com a descrição desse momento. Por brevidade, citamos apenas um deles, de amplo uso nas Universidades brasileiras:

O desenvolvimento humano inicia-se na fecundação, quando um gameta masculino, ou espermatozoide, se une a um gameta feminino, ou ovócito, para formar uma única célula, o **zigoto**. Essa célula totipotente e altamente especializada marca o início de cada um de nós como indivíduo único (Moore e Persaud, 2004, pg.16).

A Figura 1 mostra, com clareza e realismo, este momento. Embora milhares de espermatozoides aproximem-se do óvulo, apenas um consegue penetrar, resultando em um novo indivíduo único e irrepetível.

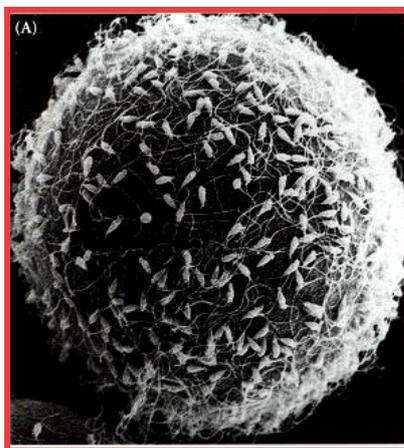


Figura 1: Fecundação

Fonte: Moore e Persaud (2004)

Não obstante o relativo consenso acadêmico e científico em relação ao início da vida, quando emerge o debate sobre o aborto, surge, concomitantemente, a discussão em torno do início da vida. Como, então, responder à questão sobre quando começa a vida?

Em primeiro lugar, cabe afirmar que esta pergunta, na verdade, não procede. Desde que Pasteur demonstrou não existir geração espontânea, todos sabemos que o vivo não pode vir do inanimado. A vida só começou uma vez, há milhões de anos e, desde então, evolui, modifica-se, multiplica-se, transmite-se. Todo ser vivo é gerado a partir de outro(s) ser(es) vivo(s) já existente(s), sendo impossível uma solução de continuidade. A questão, portanto, não é “quando começa a vida”, mas “quando se forma um novo indivíduo humano”. No homem, como nos demais seres, a vida é cíclica. Por isso, comecemos por comentar a transmissão da vida de modo geral.

a. *A formação de um novo indivíduo:*

A vida se apresenta em múltiplas e variadas formas, que os biólogos classificam em espécies. Algumas delas possuem ciclos complexos. Um exemplo clássico é o da lagarta e borboleta. A Figura 2 abaixo mostra o ciclo de vida desse indivíduo.



Figura 2: Ciclo de vida da lagarta e borboleta

Fonte: Visualhunt (2017)¹⁷

Ao observarmos as diferentes fotos desse ser vivo, temos a impressão de que são indivíduos diferentes. No entanto, embora não se pareçam, eles são o mesmo indivíduo em fases diferentes de seu ciclo de vida. Todos sabemos que, ao matar uma lagarta, estaremos matando a borboleta. Por outro lado, é impossível que surja uma borboleta sem que tenha passado pela fase de lagarta. O mesmo indivíduo não pode, naturalmente, pertencer a duas espécies diferentes. Assim, o ciclo de cada borboleta passa pelas várias fases, sendo sempre o mesmo indivíduo e a mesma espécie. A figura 3 sintetiza essas fases em duas imagens apenas.

¹⁷ Disponível em < <https://visualhunt.com/>>. Acesso 15 março, 2017.



Figura 3: Lagarta e Borboleta

Fonte: www.bichosdomato.com

Não obstante essa metamorfose do mesmo ser, quando se pergunta onde se forma cada novo indivíduo lagarta/ borboleta, a resposta é sempre: na fecundação. O início da vida de todo ser vivo é na fecundação. Daí ações como a do IBAMA, que protege os ovos das tartarugas, uma vez que são espécies em risco de extinção. Como sabemos, um ovo de tartaruga é uma tartaruginha.

Outra ação que merece destaque é o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, transmissor de três doenças: dengue, Chikungunya e zika. Neste sentido, uma das principais ações implementadas tem sido a eliminação dos criadouros, dos locais em que a fêmea do mosquito coloca os seus ovos. Por que? Porque se sabe que, de cada ovo, nascerá um mosquitinho, se houverem condições de desenvolvimento. O ovo já contém um indivíduo – vivo, como é lógico – de *Aedes aegypti*, que, com a presença de água, transforma-se em larva e depois em inseto alado.

Cada ser vivo segue o ciclo que está minuciosamente programado no seu DNA. Conhecemos, atualmente, bastante sobre o nosso. O Projeto Genoma Humano, fruto de um esforço internacional, caracterizou o “programa” do *Homo sapiens*, ou seja, da espécie humana. A mensagem humana está expressa, em cada uma de nossas células, por três bilhões de pares de bases, as “letras” genéticas. Se um dia essa mensagem fosse impressa em papel, ela ocuparia 160 listas telefônicas de 600 páginas.

Temos, nos dois pares de 23 cromossomos, cerca de 30.000 genes. Isso constitui um imenso livro que pouco ainda sabemos ler, mas que cabe inteiro no zigoto, a pequena célula que se



SF/17621.47540-28

forma quando se encontram um espermatozóide e um ovócito, constituindo um novo indivíduo, com uma mensagem única e irrepetível, que carregará ao longo de toda a sua existência e será gradualmente expressa.

O zigoto ou núcleo do ovo resulta da fecundação ou fertilização, com contribuição genética de ambos os pais (LANGMAN, 2016). A fecundação é uma complexa sequência de eventos moleculares coordenados que se inicia com o contato entre um espermatozóide e um ovócito e termina com a mistura dos cromossomos maternos e paternos na metafase da primeira divisão meiótica do zigoto, um embrião unicelular (MOORE & PERSAUD, 2004). O'rahilly & Muller (2005) descrevem a fertilização como a progressão de eventos que se iniciam quando um espermatozóide entra em contato com um ovócito secundário, ou com seu revestimento, e termina com a mistura dos cromossomos maternos e paternos na metáfase da primeira divisão mitótica do zigoto. Neste momento, o sexo genético é estabelecido: se o espermatozóide introduz no ovócito o cromossomo X, forma-se um ser feminino (XX), se introduz um cromossomo Y, forma-se um ser masculino (XY) (WOLPERT *et al*, 2008).

Na coalescência dos cromossomos homólogos, resulta um embrião de uma célula (O'rahilly & Muller, 2005). A grande questão é como o ovo ou zigoto, uma única célula, origina um organismo multicelular, no qual a multiplicidade dos mais de duzentos diferentes tipos celulares são organizados em tecidos e órgãos para formar um corpo tridimensional.

Sabe-se que as células do embrião surgem por divisão celular, comandada pelo genoma resultante do embaralhamento genético dos pais. Após a fecundação do ovócito pelo espermatozóide e a fusão dos núcleos masculino e feminino começa a clivagem. Clivagens são divisões mitóticas nas quais as células, após sucessivas divisões, tornam-se menores. Essa proliferação de pequenas células nucleares permite que o novo ser humano viaje pela tuba uterina em direção ao útero, passando por mudanças importantes, que se iniciam nas fases de mórula e blástula e vão até o momento em que eclode a membrana protetora e tem o início do processo de implantação (adesão) do zigoto na parede uterina ao redor do sexto dia.

Esse processo de desenvolvimento embrionário é controlado pelos genes. Em algumas células, determinados genes estarão ativos, ao passo que, em outras, estes mesmos genes podem estar desligados. Determinados genes podem ser ativados ou desligados em diferentes momentos e,



deste modo, podem atuar em contextos gênicos diferentes. Os genes fornecem um programa gerador para o desenvolvimento, na forma de sinalização intercelular, proliferação celular, diferenciação celular e movimento celular. A morte celular programada ou apoptose é um processo essencial para a manutenção do desenvolvimento, sendo importante para eliminar células supérfluas ou defeituosas. Como afirma Wolpert et. al. (2008: 55):

Toda a informação para o desenvolvimento embrionário está contida no interior do ovo fecundado – o zigoto diplóide. O genoma do zigoto contém um programa de instruções para fazer o organismo. Na execução desse programa de desenvolvimento, os constituintes citoplasmáticos do ovo e das células que o ovo originou são componentes essenciais, juntamente com os genes. A atividade gênica, estritamente regulada, ao controlar quais proteínas são sintetizadas, onde e quando, dirige a sequência de atividades celulares que leva a mudanças profundas que ocorrem no embrião durante o desenvolvimento. Os principais processos envolvidos no desenvolvimento são a divisão celular, formação de padrão, morfogênese, migração celular, morte celular e crescimento.

Esta é uma estratégia da evolução que possibilita que sejamos todos diferentes geneticamente e, assim, devidamente fortalecidos pela diversidade. Este genoma é único e nunca mais se repetirá. Cada ser humano mantém seu patrimônio genético, herdado de seus pais até o final do período de senescência ou envelhecimento e morte. A Figura 4 apresenta algumas fases do ciclo de vida do ser humano. Embora distintas como no caso da lagarta/borboleta, tem-se o mesmo indivíduo em todas elas.



Homo sapiens



Homo sapiens



Homo sapiens



Homo sapiens

Figura 4: Ciclos da vida humana

Fonte: Visualhunt (2017)¹⁸

Mesmo nas fases iniciais de vida, já se conhece inúmeras características do novo ser humano, dentre elas, se é homem ou mulher, se tende a ser alto ou baixo, e se terá cabelo louro ou moreno, encaracolado ou liso. Os genes ali presentes determinam a cor dos olhos, eventuais doenças genéticas e, até mesmo, tendências como o dom para a música, a pintura ou a poesia. Não há exagero ao dizer que o zigoto de Mozart já tinha dom para a música e o de Drummond, para a poesia.

Com vinte e um dias de desenvolvimento embrionário, o bebê possui um sistema cardiovascular primitivo funcionando. O coração bate e é possível ouvir os batimentos cardíacos numa ultrassonografia. Na terceira semana, já existe um complexo sistema cardiocirculatório no embrião: ele possui tipagem sanguínea própria e pode surgir incompatibilidade sanguínea materno fetal por Rh, ABO ou outros grupos sanguíneos (MOORE & PERSAUD, 2004).

Moore & Persaud (2004), Sadler (2016) e Schoenwolf *et al* (2016) demonstram, ademais, que, na terceira semana do desenvolvimento embrionário (entre 14 e 21 dias do desenvolvimento humano), começa o desenvolvimento do sistema nervoso central (encéfalo e medula espinhal)

¹⁸ Disponível em <<https://visualhunt.com/>>. Acesso 15 março, 2017. Da esquerda para a direita: Figura 1: dullhunk; Figura 2: lunar caustic; Figura 3: maessive; Figura 4: Visualhunt.

através da fusão das pregas neurais, formando o tubo neural. A meroencefalia (erroneamente denominada anencefalia) é uma falha na qual parte do encéfalo e do crânio está ausente, como resultado, por exemplo, da ação de teratógenos ambientais durante a terceira semana do desenvolvimento.

Ao contrário do que se divulga, a gravidez de um bebê com esta afecção não coloca em risco a vida da mãe. A meroencefalia resulta do não fechamento do tubo neural na região cranial e da ausência de uma parte do encéfalo, o que leva à ausência completa ou parcial da calota craniana. A criança nasce com o tronco cerebral preservado e o resto do corpo geralmente tem desenvolvimento normal. Crianças com este defeito possuem tronco cerebral e cerebelo, portanto, têm sinais vitais, são seres humanos vivos. Algumas destas crianças chegam a viver meses, até anos, como a menina Manuela Teixeira de Sobradinho, Distrito Federal, que viveu 3 anos¹⁹.

A formação do sistema cardiovascular e respiratório é seguida pelo surgimento dos primeiros receptores sensoriais cutâneos na região em torno da boca da criança na sétima semana do desenvolvimento embrionário. Esses receptores se espalham para o resto da face, para a palma da mão e planta dos pés na décima primeira semana de gestação e para o tronco e as porções próximas dos membros superiores e inferiores na décima quinta semana de gestação. Por volta da vigésima semana, toda a superfície cutâneo-mucosa do feto apresenta receptores nervosos.

Margotto (2013) comprova a existência de atividade cerebral e de sensibilidade do embrião com seis semanas de vida. Nesta semana, um leve acariciar do lábio superior ou das abas do nariz faz o pescoço se curvar e o tronco se afastar da fonte de estímulo. Com nove semanas de vida fetal, se a palma da mão é tocada, os dedos se curvam, esboçando o gesto de agarrar. Em torno da décima sexta semana de vida uterina, o feto apresenta sensibilidade em todo o corpo.

Somado a isso, os estudos demonstram que o bebê prematuro sente dor mais intensa e mais prolongada do que uma criança maior ou um adulto, pois as fibras inibitórias formam-se mais tardiamente. A dor ativa respostas fisiológicas ao estresse, que estão associadas a liberação de

¹⁹ Reportagem completa disponível em < <http://www.providaanapolis.org.br/index.php/todos-os-artigos/item/17-marcela-uma-estrela-no-c%C3%A9u>>. acesso 26 março, 2017.

catecolaminas, cortisol e outros hormônios do estresse (ANAND, 2006, GASPARDO et al., 2005).

Além do desenvolvimento físico, o embrião e feto também se desenvolvem psicologicamente. Investigações sobre psiquismo fetal confirmam a riqueza da personalidade humana antes do nascimento, com extraordinária vida emocional, afetiva e sensorial. O feto começa a sugar com nove semanas do desenvolvimento; aos quatro meses, conhece a voz materna e, logo após o nascimento, pode distingui-las entre cem outras. Os fetos adoram ouvir música clássica e detestam barulhos agressivos e feixes de luz (NOBRE, 2000).

Pela observação dos movimentos cardíacos e respiratórios, constatou-se que embriões e fetos reagem a situações de pânico, medo. Eles reagem irritados quando se sentem molestados. Com 23 semanas de desenvolvimento, o bebê sonha e demonstra seus sentimentos por meio de caretas, choramingos e soluços. O feto pode ver, entender, tocar, degustar e aprender na vida intra-uterina; é capaz de sentimentos bem reais (ibid, 2000).

Longe de ser um mero organismo em desenvolvimento, o nascituro é um indivíduo que expressa seus desejos e sua personalidade, lutando pelo seu direito à vida e pelo respeito à sua autonomia e individualidade, tendo intencionalidade em suas atitudes, em seu comportamento e em suas manifestações motoras e somáticas. O bebê antes de nascer é um ser inteligente, sensível, apresentando traços de personalidade próprios e bem definidos, e tem uma vida emocional vinculada à sua experiência relacional com seus pais, captando seus estados emocionais.

Antes de nascer, o feto percebe a luz, o som, é capaz de engolir, tem paladar, escolhe uma posição predileta, registra sensações e mensagens sensoriais; dorme, sonha, acorda, boceja, esfrega os olhos, espreguiça-se, faz caretas, pisca, dá “passos”, brinca com seu cordão umbilical, reage quando se sente molestado. O embrião e feto apresentam lembranças e consciência e aprendem com rapidez surpreendente (VERNY, 1981).

O feto tem uma vida emocional: é um ser que sente, tem emoções, experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia ou bem-estar, é capaz de relacionar-se com sua mãe, captando seus estados emocionais. Pesquisas revelam que o útero não é um local seguro, silencioso e totalmente recluso. O conjunto de sons constituídos pelos ruídos intestinais da mãe, dos seus



batimentos cardíacos e do fluxo de seu sangue nos grandes vasos uterinos e placentários alcança um volume próximo daquele produzido pelo tráfego urbano (WILHEIM, 2003: 21).

A importância e os impactos do estilo de vida da mãe no desenvolvimento intrauterino do bebê foram examinados por Verny (1981), psiquiatra canadense, por duas décadas. O autor estudou mulheres grávidas, esquizofrênicas e psicóticas, e constatou efeitos devastadores provocados pelo abandono no útero, uma vez que elas eram incapazes de demonstrar interesse pelos nascituros. A idéia que a mãe tem de um bebê, seus pensamentos e sentimentos a seu respeito, determina a imagem que este formará pouco a pouco de si. Quando um pai fala a seu filho, ainda no útero, seu filho já reconhece e reage a sua voz uma ou duas horas após o seu nascimento. O feto reage a estímulos externos, como participa dos estados emocionais dos pais, por mais sutis que eles sejam.

Piontelli (1992) acrescenta a existência de continuidade de comportamento antes e depois do nascimento. A autora mostra que o bebê é um ser altamente individualizado e interage com a natureza e o ambiente desde embrião. Piontelli (1992) cita o caso das gêmeas Marisa e Beatriz que, a partir do seu desenvolvimento motor, batiam uma na outra na vida intra-uterina e continuaram a fazê-lo após o nascimento. Os gêmeos Alice e Luca, por sua vez, acariciavam-se no útero através da membrana amniótica que os separavam. Com um ano de idade, o jogo preferido deles era o de se acariciar mutuamente através de uma cortina.

Piontelli (1992) ainda investigou questões relacionadas à individualidade, nascimento psicológico e influência das emoções maternas durante a gravidez. Em todos esses aspectos, a autora constatou a continuidade comportamental e psicológica entre a vida pré-natal e a pós-natal.

Não obstante a complexidade do processo de desenvolvimento humano, cada célula microscópica carrega a sua “impressão digital” genética, que é a mesma que se usa nos testes de paternidade e que o indivíduo terá ao longo de toda a sua vida. É ela que, de fato, nos dá a identidade, que nos torna nós mesmos e não outra pessoa qualquer, como representado na Figura 5 a seguir.



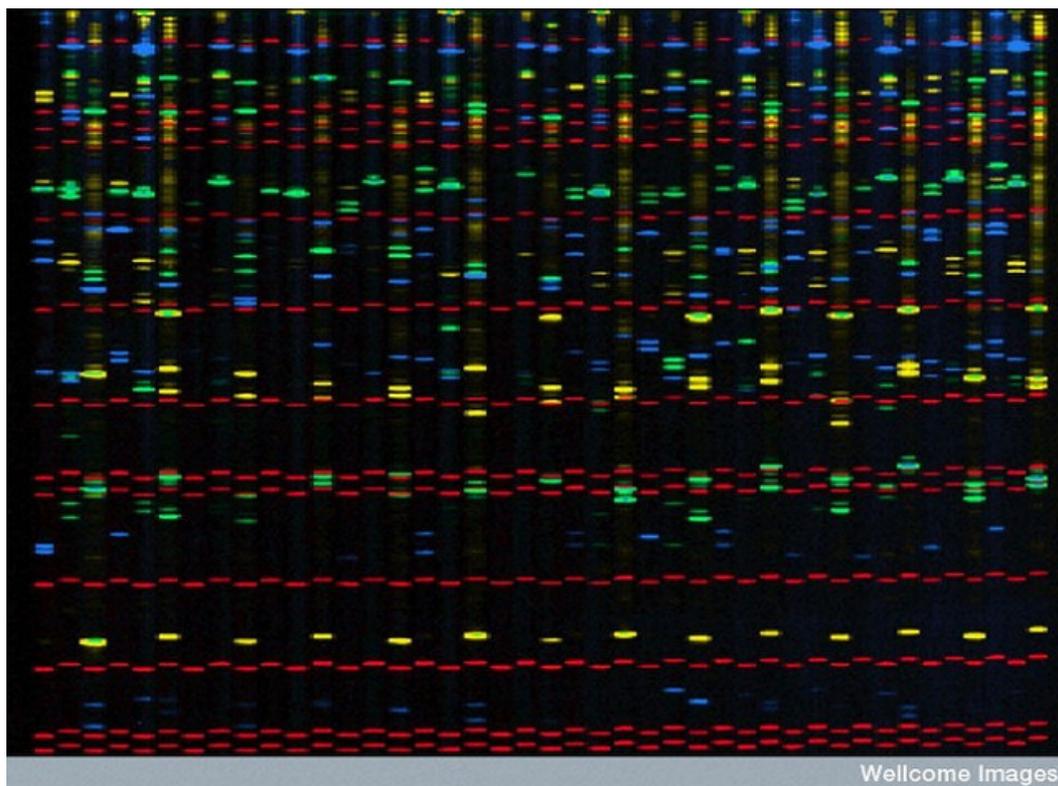


Figura 5: Comparação do DNA de 14 pessoas

Fonte: Wellcome Images (Visualhunt, 2017)²⁰

É verdade que isso é algo que não se enxerga a um simples olhar. Mas, ao observar uma pilha de CDs, também não sabemos o que está gravado em cada um. Entretanto, a gravação está lá. Se for um CD de música, por exemplo, do Caetano Veloso, mesmo que nunca venha a ser tocado, não deixará de ser do Caetano. Apenas, nós não lhe teremos dado a oportunidade de expressar a sua mensagem.

O embrião humano é um indivíduo, original e irrepetível. Desenvolve-se seguindo o “programa” que está nos seus genes, em interação ativa com o meio. Todos nós fomos um dia uma pequena célula. E, se ela tivesse morrido, não estaríamos aqui. Só posso, portanto, concluir que aquela célula era eu. Eu já fui unicelular, mas nunca fui protozoário.

Ele se desenvolve, a partir do zigoto, com autonomia e rapidez impressionantes. É o embrião, com suas mensagens químicas, quem “controla” o organismo da mãe. Em geral, quando ela descobre que está grávida, o coraçãozinho dele já está batendo. Com nove semanas, ele salta, batendo os pezinhos nas paredes do útero, adquirindo os reflexos para caminhar no futuro.

²⁰ Disponível em <<https://visualhunt.com/>>. Acesso 15 março, 2017.

Alguns argumentam que o embrião não seria humano antes de se formar o cérebro. Mas há aí uma inversão de raciocínio, pois ele desenvolve um cérebro sofisticado pelo fato de ser humano, seguindo justamente as informações contidas em seu DNA. Se fosse um embrião de lesma, desenvolveria um cérebro de lesma. Portanto, ter um cérebro é consequência do fato de ser humano, não a sua causa.

Outro argumento comumente disseminado é a inexistência de vida até a décima segunda (12ª) semana de gestação. Esse argumento, também, não apresenta nenhuma fundamentação biológica que o sustente. Não há nenhuma indicação de que a vida do ser humano começaria com 12 semanas, inclusive porque a própria contagem do tempo pressupõe, com obviedade, que essa vida já começou, assumidamente, há 12 semanas. O marco para se iniciar essa contagem é justamente a fecundação, a partir da qual existe esse novo indivíduo que está se desenvolvendo.

Dessa forma, qualquer argumento em favor desse limite cai por terra simplesmente ao se olhar essa criatura já perfeitamente formada, como mostra a Figura 6. Ela não é um “projeto”, é mais do que real. Vê-se aí a contradição quando se pleiteia o aborto de crianças portadoras de anencefalia, diagnóstico feito, em geral, entre 10 e 12 semanas. Nesse caso, não só se admite que a criança já está formada, como se sabe que possui uma malformação e se busca ter um diagnóstico perfeito dessa malformação (o que não é possível, uma vez que a mesma ainda está em desenvolvimento).



Figura 6: Embrião humano com 10 semanas de desenvolvimento

Somos indivíduos de que espécie? Da espécie *Homo sapiens*. Assim nos chamaram, porque a humanidade se caracteriza pela sabedoria. Mas é importante destacar que ser *sapiens* é uma propriedade da espécie. O embrião humano é *sapiens*, mesmo que não lhe permitam desenvolver-se e aprender. É *sapiens*, mesmo antes de que surjam as células do cérebro, que somente surgirão porque já estavam “programadas” no embrião que as origina.

Cada ser humano, mesmo embrionário, traz em si uma história milenar. Todo ser vivo traz, nos seus genes, uma história milenar de evolução. Mas o ser humano, além disso, traz uma história cultural. Nenhum ser humano surge “do nada”. Se um embrião congelado descendente de chineses for adotado por um casal ocidental, não deixará de nascer com os olhinhos puxados e trazendo em si a história milenar de seu povo. Pode faltar a um embrião biografia individual, mas não lhe falta genealogia e história. Estes são aspectos também ligados à dignidade humana. E os que querem negá-lo, há de se perguntar: se o embrião não é *Homo sapiens*, a que espécie pertence?

b. *O destino do ser humano a partir do primeiro dia:*

No dia 26 de abril de 2016, o Scientific Reports da Revista Nature trouxe um artigo ilustrado por impressionantes fotos (Duncan et al, 2016). Um trabalho desenvolvido na Northwestern University, Chicago, estudou o papel de um fluxo de zinco, denominado “faísca de zinco”, no momento da fecundação. Traçado com marcadores luminosos, o zinco provoca verdadeiros “fogos de artifício” a saudar a vida que começa.

O jornal *The Telegraph* noticiou a descoberta em sua página de Ciências, com o título “Bright flash of light marks incredible moment life begins when sperm meets egg” [Tradução: “Brilhante clarão de luz marca o incrível momento em que a vida começa quando o espermatozóide encontra o óvulo”]. O jornal qualificou o momento da fecundação como aquele em que “a vida começa”²².

²¹ Disponível em <<https://visualhunt.com/>>. Acesso 15 março, 2017.

²² Reportagem disponível em <http://www.telegraph.co.uk/science/2016/04/26/bright-flash-of-light-marks-incredible-moment-life-begins-when-s/>. Acesso 15 março, 2017.

A Figura 7 mostra a faísca de zinco e o início da vida. O brilho em torno da célula corresponde ao momento em que o zinco é liberado quando há a fecundação. O que se observa, efetivamente, é que o contexto do aborto é o único em que se coloca em dúvida esse fato inequívoco.

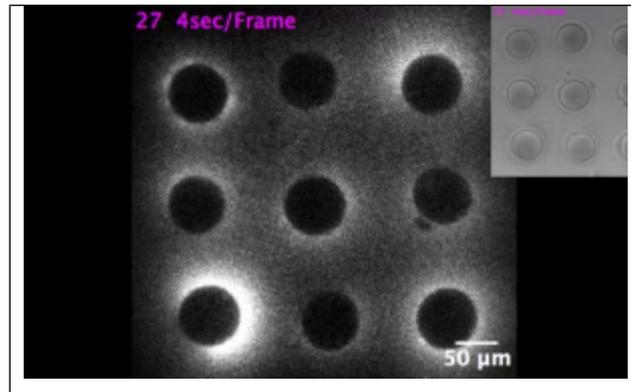


Figura 7: Faísca de zinco e início da vida

Fonte: Duncan et al (2016)

Em julho de 2002, a revista *Nature*, uma das principais revistas científicas que existem, publicou um interessante artigo, com original estudo experimental sobre os primeiros dias do desenvolvimento embrionário do camundongo, acompanhado de comentário realizado por outra especialista. O título desse comentário foi “*Your destiny, from day one*”, que traduzimos como “o seu destino, a partir do primeiro dia”. A principal autora da pesquisa foi Magdalena Zernicka-Goetz, como mostra a Figura 7. A seguir, alguns trechos desse estudo são reproduzidos e analisados, com tradução nossa.



Figura 7: Magdalena Zernicka-Goetz, principal autora da pesquisa

Fonte: Nature (2002)

A especialista que comentou o artigo salientou que “o plano do corpo de um mamífero começa a ser definido a partir do momento da concepção. Isso representa uma mudança surpreendente quanto ao que pensamos sobre o embrião” (Nature, 2002, p. 14).

Seu mundo foi moldado nas primeiras 24 horas após a concepção. Onde sua cabeça e pés iriam brotar, e qual lado iria formar suas costas e qual sua barriga, foram sendo definidos nos minutos e horas depois que se uniram espermatozoide e óvulo. Apenas cinco anos atrás, esta declaração seria heresia. Pensava-se que os embriões de mamíferos passavam seus primeiros dias como um conjunto inexpressivo de células. Só mais tarde, após a implantação na parede do útero, as células começariam a adquirir diferentes 'destinos', determinando quais suas posições no futuro corpo.

Ao invés de ser uma esfera indefinida, parece que um óvulo recém fecundado possui um eixo de ‘em cima – em baixo’ definido que configura o eixo equivalente no futuro embrião.

Em termos mais simples, o que se descobriu foi que, nas primeiras 24 horas após a fecundação, já se define onde ficará a cabeça, as perninhas do embrião que começam a se desenvolver e qual será seu lado direito e esquerdo. A marcação das duas primeiras células do embrião mostra o seu posicionamento ao longo do desenvolvimento (Figura 8). Similarmente, os eixos estabelecidos na primeira divisão celular já definem os eixos corporais do embrião (Figura 9).

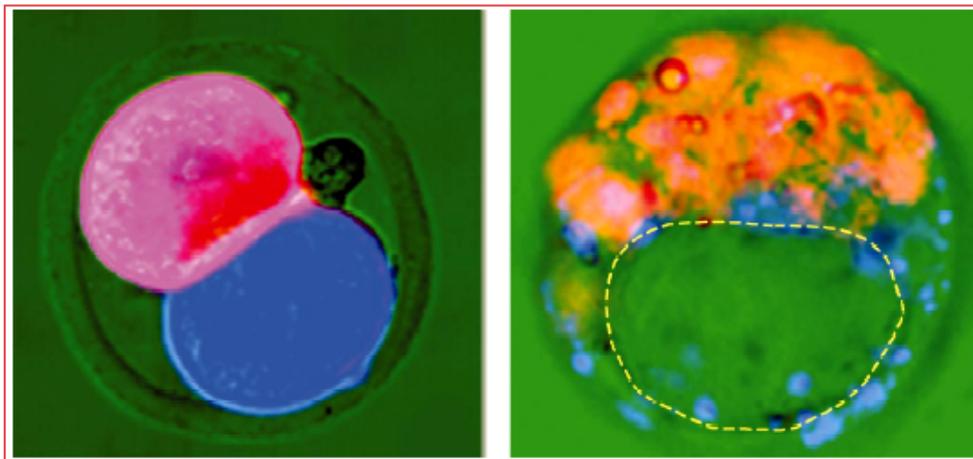


Figura 8: Duas primeiras células do embrião

Fonte: Nature (2002)



SF/17621.47540-28

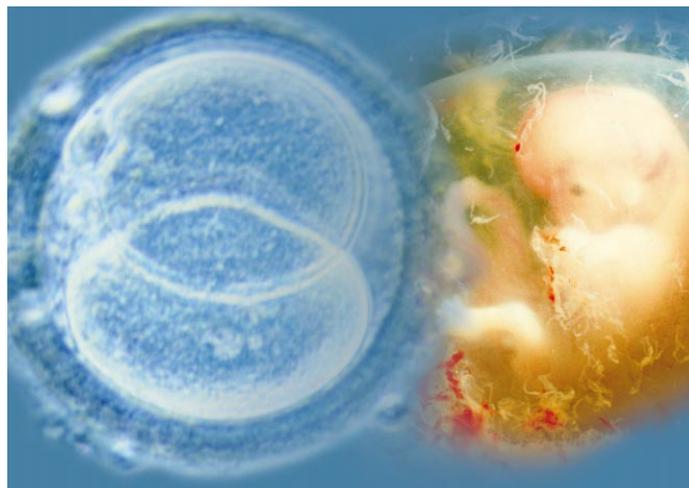


Figura 9: Eixos resultantes da primeira divisão celular

Fonte: Nature (2002)

O crescimento humano durante os períodos embrionário, fetal e pós-natal constitui um bom modelo para o crescimento de mamíferos. O embrião humano aumenta em comprimento de 150 mm, na implantação, até 50 cm, ao final de nove meses de gestação. Durante as primeiras oito semanas após a concepção, o corpo do embrião não aumenta muito de tamanho, mas a forma humana básica é estabelecida em miniatura. Praticamente todos os órgãos estão formados até a oitava semana do desenvolvimento.

A maior taxa de crescimento ocorre ao redor dos quatro meses, quando o feto cresce até 10 cm por mês. O crescimento pode ocorrer por multiplicação celular, por aumento de tamanho das células, pela secreção de matriz extracelular, sob ação de fatores de crescimento semelhantes à insulina que também medeiam os efeitos do hormônio do crescimento.

O crescimento após o nascimento segue um padrão bem definido e é controlado em grande parte pelo hormônio do crescimento, o qual é produzido pela glândula hipófise. Durante o primeiro ano após o nascimento, o crescimento ocorre a uma taxa de 2 cm por mês. A taxa de crescimento então declina estavelmente até o começo de um surto de crescimento característico da adolescência na puberdade, em torno de 11 anos nas meninas, e dos 13, nos meninos. Em pigmeus, esse estirão de crescimento da adolescência não ocorre, o que determina a baixa estatura característica deles (WOLPERT *et al*, 2008).

Desde o momento da concepção, portanto, o embrião já é humano e já apresenta toda a carga genética necessária, programada para seu desenvolvimento pleno ao longo dos meses e anos. O



desenvolvimento humano é um processo contínuo, sequencial e interdependente, que tem início com o embrião, passando pelo feto, neonato, criança, adolescente, até o adulto e fase de senescência (a terceira idade). Disso segue que toda e qualquer tentativa de se caracterizar o embrião humano como “montinho de células”, sem vida até determinada semana de gestão, carece de rigor científico e, como tal, não deve ser considerada para fins de política pública.

1.1.2. Os efeitos da chamada “pílula do dia seguinte”:

Um dos desdobramentos dessa discussão sobre o início e a formação do ser humano diz respeito ao possível efeito abortivo do Levonorgestrel, fármaco conhecido como “pílula do dia seguinte”. Esse medicamento tem sido utilizado sem nenhum tipo de controle no país e se observa, inclusive, tentativas de colocá-lo enquanto fármaco obrigatório em algumas situações. Tendo isso em vista, cabe discutir as implicações desse medicamento em relação à vida do novo indivíduo gerado no momento da fecundação, uma vez que a não implantação do embrião no útero terá como consequência um aborto. Seria, portanto, possível afirmar que o Levonorgestrel tem efeito abortivo?

Para fugir aos questionamentos éticos quanto ao uso dessa pílula, tem-se insistido na explicação de que ela seria um método de “contracepção”, evitando a fecundação. Efetivamente, esse é um de seus modos de ação, quando tomada antes que a fecundação ocorra. Entretanto, é preciso considerar que a fecundação já pode ter ocorrido quando a pílula é tomada, em um “dia seguinte” que é definido, nos protocolos, como até 72 horas (em alguns protocolos, até 5 dias) após a relação sexual (Mozzanega e Cosmia, 2011).

Há uma “janela de tempo” para a possibilidade de gravidez, que começa alguns dias antes da ovulação e vai até alguns dias depois. Se a relação sexual for antes da ovulação, e a pílula do dia seguinte também for tomada antes dela, irá evitá-la. Nesse caso, terá um efeito contraceptivo. Contudo, se a ovulação já havia acontecido antes da relação sexual, o espermatozoide encontrará o óvulo e o fecundará, antes de que a pílula seja tomada. Nesse caso, com a concepção já ocorrida, é impossível uma “contracepção”. O único efeito que a pílula poderá ter para evitar o desenvolvimento de uma gravidez é a eliminação do embrião, o aborto.



Outro argumento amplamente difundido é de que a pílula diminui a mobilidade do espermatozoide pelo espessamento do muco. Esse é realmente um efeito do hormônio presente, mas totalmente inócuo se ocorrer depois que o espermatozoide já passou e já chegou ao óvulo para fecundá-lo. Obviamente, o medicamento não pode ter efeito retroativo, para impedir um evento já ocorrido.

O portal R7 fez algumas ilustrações bastante didáticas a respeito da ação da pílula do dia seguinte, que reproduzimos a seguir.

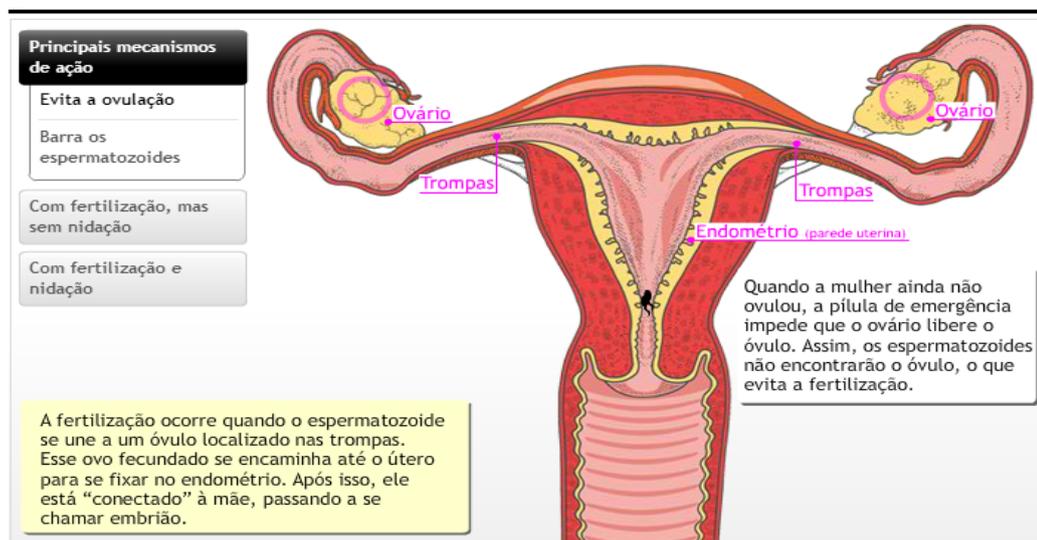


Figura 10: Entenda como funciona a “pílula do dia seguinte”: Principais mecanismos

Fonte: Portal R7 (2010)

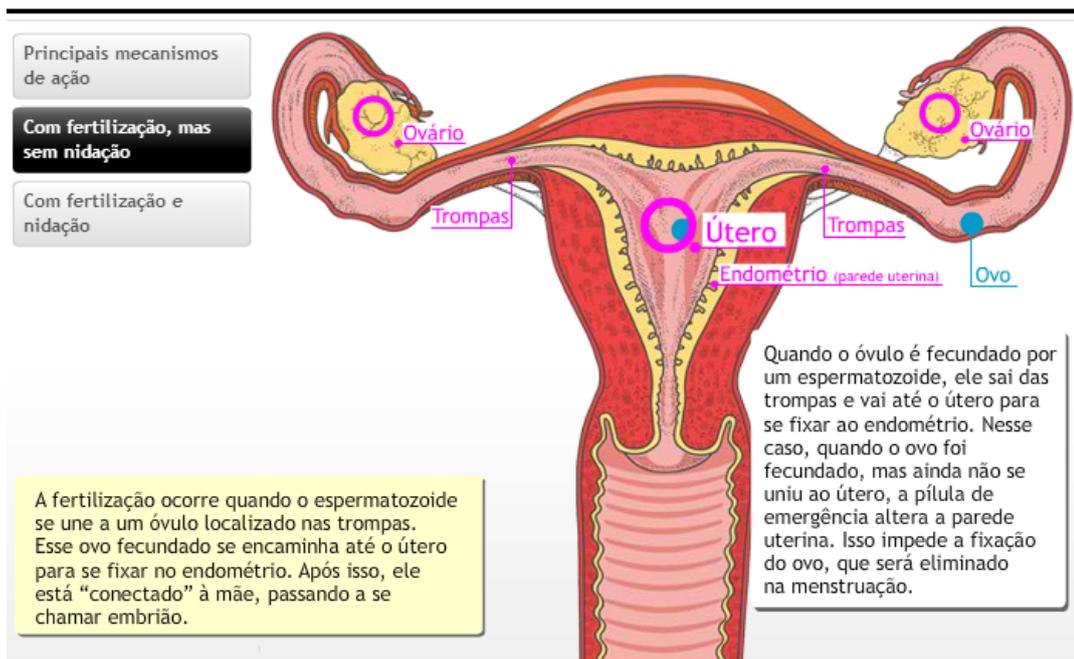


Figura 11: Entenda como funciona a “pílula do dia seguinte”: com fertilização, sem nidação

Fonte: Portal R7 (2010)

A própria bula de algumas das marcas do fármaco utilizado, o Levonorgestrel, reconhece a ação de impedir a implantação, ou nidação, do embrião, ou da blástula, que é o termo técnico para a fase do embrião em que ele se implanta no útero.

Vale também comentar que há outros princípios ativos, além do Levonorgestrel, que vem sendo usados em pílulas similares em outros países, para os quais está ainda melhor demonstrado o efeito de impedir a implantação, e que provavelmente em breve estarão sendo usados no Brasil. Tal é o caso do acetato de ulipristal, comercializado na Europa e nos Estados Unidos (Gemzell-Danielsson, 2013).

Sendo assim, é preciso reconhecer na pílula do dia seguinte um efeito abortivo, mesmo nas fases iniciais do desenvolvimento do embrião, o que deve ser levado em consideração na análise ética do procedimento.

1.2. Bioética e o início da vida:

A discussão ética em torno da vida pode ser representada, grosso modo, por duas correntes de pensamento antagônicas e extremas: de um lado, os defensores da heteronomia da vida e, de outro, os defensores da autonomia reprodutiva da mulher. Entre essas correntes, há uma infinidade de pequenas variações que, aparentemente, são incoerentes aos princípios maiores defendidos pelas duas linhas entremas (COSTA e DINIZ, 2001, p. 135).

Os defensores da heteronomia da vida, oponentes do aborto provocado, defendem que a vida humana é santa por princípio. Dentre esses, não só estão pessoas vinculadas a crenças religiosas, mas também e em grande medida bioeticistas laicos. Para os defensores da heteronomia da vida, o feto é pessoa humana desde a fecundação e, a partir dela, apresenta todo o potencial necessário para se tornar pessoa humana.

Enquanto pessoa humana desde a fecundação, o embrião/ feto apresenta todos os direitos e conquistas sociais dos seres humanos, dentre eles, o direito à vida e, portanto, não pode ser eliminado. A transformação de feto em pessoa humana completa é apenas uma questão de



SF/17621.47540-28

tempo e evolução. Tanto o zigoto como a pessoa adulta consistem no mesmo ser humano, em fases diferentes de seu desenvolvimento.

Sob essa ótica, todas as implicações jurídicas e antropológicas do status de pessoa humana devem ser reconhecidas desde a fecundação. O feto, enquanto pessoa humana desde a concepção, tem o direito à vida e não pode ser abortado voluntariamente. O abortamento, nesse caso, apresenta o significado moral e jurídico de um assassinato (ibid, 2001).

Por sua vez, os defensores da autonomia reprodutiva da mulher, favoráveis à legalização ou descriminalização do aborto provocado, privilegiam o princípio da liberdade individual em relação ao direito à vida. Dentre esses, estão não só mulheres militantes de movimentos sociais pró-escolha, como também bioeticistas laicos. Como a defesa da prevalência da autonomia reprodutiva da mulher sobre a vida não encontra respaldo científico, em geral, os seus defensores buscam desconstruir a retórica contrária ao aborto, especialmente no que diz respeito aos dois argumentos supracitados.

No que se refere ao argumento de que o embrião/ feto é pessoa humana desde a fecundação, os bioeticistas pró-escolha argumentam que:

a idéia de “pessoa humana” é antes um conceito antropológico que jurídico, e necessita, portanto, da relação social para fazer sentido. O status de pessoa não é mera concessão, mas sobretudo uma conquista através da interação social (COSTA e DINIZ, 2001, p. 139).

Mesmo se considerarmos o feto enquanto pessoa humana, argumentam alguns autores, a mãe e/ou o casal que deseja a interrupção da gestação seriam mais pessoa do que o feto e, portanto, seus interesses deveriam prevalecer sobre os do feto (ibid, 2001, p. 139-140).

Enquanto pessoa humana em potencial, seria possível estabelecer limites gestacionais moralmente aceitáveis para o aborto, segundo os defensores da autonomia reprodutiva da mulher. Esses limites respeitariam constatações científicas, tais como: quando o feto começa a sentir dor, quando iniciam os movimentos fetais, quando há a possibilidade de vida extra-uterina, entre outras.

No entanto, o que se observa na prática é uma total dissonância das demarcações propostas pelos defensores da autonomia reprodutiva da mulher em relação à fisiologia embrionária e fetal. O que define quando se pode ou não abortar é, na verdade, os valores sociais que eles mesmos concedem a cada conquista orgânica do feto. Sentir ou não dor, ter ou não consciência seriam valores sociais que, transferidos para o feto, estruturariam os limites entre o que pode e o que não pode ser feito (ibid, 2001, p. 140).

Tais definições temporais mostram-se, porém, escolhas totalmente arbitrárias. Sob a ótica científica, qual seria a diferença entre um feto de 12 semanas e um feto de 13 semanas? E qual seria a diferença em termos de valor social de um feto de 12 semanas para um de 13 semanas? Os limites gestacionais consistem, portanto, em imposições sem qualquer fundamento científico, em uma forma de “exercício cabalístico” (ibid, 2001, p. 140).

Dessa discussão se observa que o princípio da sacralidade da vida não é secundário nem marginal. Uma eventual renúncia a ele implica a passagem de um tipo de moralidade para outro. Sob esta ótica, a discussão sobre o abortamento diz respeito a uma “escolha de civilização”. O problema que se coloca não é tanto se o feto é pessoa ou não, mas sim a disputa entre um discurso pró-sacralidade da vida e uma *antilife mentality* (mentalidade contra a vida), voltada para descuidar o respeito devido às funções reprodutivas ou a subordiná-lo a outros valores. Na perspectiva desta última, o aborto não é um homicídio, mas se torna, de forma dramática, o divisor de águas entre a ética da sacralidade da vida e a ética da qualidade da vida (MORI, 1997, p. 87).

Diante dessa disputa, alguns critérios têm sido utilizados para definir condutas éticas aceitáveis. Atualmente, existem dezenove diferentes critérios para caracterizar o momento em que o novo ser humano deve ser reconhecido como pessoa, como detentor de dignidade. O Quadro 1 a seguir apresenta cada um desses critérios desde o momento da fecundação.

Quadro 1: Critérios para que o novo ser humano seja reconhecido como pessoa

Tempo decorrido	Característica	Critério
0 minuto	Fecundação – fusão dos gametas	Celular
12 a 24 horas	Fusão dos pró-núcleos	Genótipo estrutural
2 dias	Primeira divisão celular	Divisional
6 a 7 dias	Implantação uterina	Suporte materno
14 dias	Diferenciação: células individuais e anexos	Individualização
20 dias	Notocorda maciça	Neural
3 a 4 semanas	Início dos batimentos cardíacos	Cardíaco
6 semanas	Aparência humana; esboço de todos órgãos	Fenótipo
7 semanas	Respostas reflexas à dor e à pressão	Senciência
8 semanas	Registro de ondas EEG: tronco cerebral	Encefálico
12 semanas	Estrutura cerebral completa	Neocortical
12 a 16 semanas	Mãe: percepção de movimentos fetais	Animação perceptível
20 semanas	Sobrevida fora do útero: 10%	Viabilidade extra-uterina
24 a 28 semanas	Viabilidade pulmonar	Respiratório
28 semanas	Padrão sono-vigília	Autoconsciência
40 semanas	Parto a termo ou em outra data	Nascimento
2 a 30 dias pós nascer	Testes de normalidade física	Eugenético
2 anos pós nascimento	“Ser moral”	Linguagem p/ comunicar vontades

Fonte: Goldim (1997)

Não há dúvidas, portanto, de que há vida e há valor da pessoa humana desde o minuto 0 (zero), quando ocorre a fecundação. Enquanto sujeito de direitos, o novo ser tem direito de viver e, em qualquer fase de seu desenvolvimento, deve-lhe ser assegurado a dignidade da vida humana. O conceito de pessoa é aplicável a todo ser humano vivo, ainda que não tenha desenvolvido suas potencialidades (como no embrião, feto ou recém-nascido) ou que as tenha perdido em alguma medida (como em certos casos de demência ou outras doenças físicas e mentais) (NOBRE, 2000).

Ao discutir o início da vida, portanto, a questão que se coloca é sobre o tipo de civilização que queremos. Se uma civilização que reduz sua visão em relação à mulher ao afirmar que, para ela ser livre e ter os mesmos direitos do homem, ela precisa ser livre para abortar, ou uma civilização que não relativiza o princípio da vida e cuida da mulher, que já é livre, tanto nas situações de gravidez desejada como nas de gravidez indesejada.



1.3. Contradições e fragilidades do discurso pró-escolha da mulher à luz da origem da vida:

À luz das discussões apresentadas nas seções anteriores, é possível questionar o argumento de grupos e movimentos pró-escolha em favor da autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo. As constatações científicas e as reflexões no campo das ciências biológicas e da medicina mostram que: (a) o corpo do bebê e da gestante são distintos, (b) o embrião/ feto é que controla seu próprio desenvolvimento, e (c) estar dentro de um lugar específico não significa fazer parte do mesmo. A seguir, esses argumentos são desenvolvidos com vistas a sugerir a inconsistência do argumento em favor do direito da mulher de dispor da vida do próprio filho em uma situação de gravidez indesejada.

a) *O corpo do bebê é distinto do corpo da gestante*

O corpo da mulher e do embrião/ feto são distintos. Isso se observa pelo fato de que, em uma gravidez de risco, a mãe pode morrer e o bebê viver ou ainda a mãe pode viver e o bebê morrer, o que demonstra que eles são dois indivíduos separados. Se assim não fosse, a morte de um acarretaria necessariamente a morte do outro.

Uma experiência recente no Brasil corrobora essa verdade a respeito da individualidade do bebê, mesmo no ventre materno. Em Curitiba, uma jovem de 21 anos teve morte cerebral, enquanto estava grávida de gêmeos. A gestação estava apenas começando, no segundo mês. Os médicos e a família da jovem resolveram, então, mantê-la viva por 123 dias até que os dois bebês pudessem nascer. Durante esse período, a equipe médica manteve o corpo da mãe funcionando para que os dois bebês pudessem se desenvolver²³.

A criança é uma residente temporária no ventre da mãe. O bebê naturalmente será expelido do corpo de sua mãe no tempo certo, desde que não seja retirado prematuramente. Em seu livro, “*Why Pro-Life: Caring for the Unborn and Their Mothers*”²⁴, Alcorn (2012) lembra que o feto

²³ Reportagem completa disponível em <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2017/02/com-morte-cerebral-jovem-e-mantida-viva-no-parana-para-dar-luz-gemeos.html>.

²⁴ Na tradução livre, “Por que ser Pró-Vida: Cuidando do Bebê e de Suas Mães”.

tem um código genético específico, que é totalmente distinto do de sua mãe. Cada célula do seu corpo é exclusivamente sua; cada uma de suas células é diferente do corpo da sua mãe.

Muitas vezes, o seu tipo de sangue, bem como seu sexo, também é diferente. Se o corpo da mulher é o único envolvido em uma gravidez, deve-se considerar então que ela tenha dois narizes, quatro pernas, dois conjuntos de impressões digitais, dois cérebros, dois sistemas circulatórios e dois sistemas esqueléticos. Assim também, em muitos casos, ela deve ter genitais masculinos. Todavia, pelo fato disso ser irracional, a única conclusão que se chega é que o feto que ela está carregando não pode ser parte de seu corpo.

Da mesma forma, sabe-se que um zigoto chinês implantado em uma mulher sueca sempre será chinês, e não sueco, porque a sua identidade resulta de seu código genético, não do corpo no qual ele reside.

b) O embrião/feto é quem controla seu próprio desenvolvimento

Além disso, é importante notar certa independência do embrião/ feto no ventre de sua mãe. O desenvolvimento se dá, não sob controle do corpo da mãe, mas sob controle dos genes presentes no próprio zigoto. Os genes controlam o desenvolvimento embrionário, ativando e desativando certos genes em diferentes momentos e contextos gênicos. São eles que promovem o desenvolvimento por meio de sinalização intercelular, proliferação celular, diferenciação celular e movimento celular.

A criança intra-útero administra sua estadia no organismo materno, para não sofrer rejeição. Mellor et al, em publicação pela Revista Nature de 27 de agosto de 1998, mostra que o feto possui um mecanismo bioquímico de defesa. Ele produz a enzima IDO, que elimina o triptofano, um aminoácido que ativa a produção de linfócitos T (timo dependentes), responsáveis pela rejeição de transplantes. Por ser distinto da mãe e ter um patrimônio genético exclusivo, a criança necessita produzir substâncias apropriadas para manter-se vivo, escapando do sistema imunológico materno.

Todo indivíduo, em estágio embrionário ou fetal, é, portanto, responsável por seu próprio desenvolvimento: ele assume um papel ativo nesse processo e controla o curso da gravidez e do seu próprio nascimento. Os processos que ocorrem do zigoto ao envelhecimento demonstram que o controle genético do desenvolvimento é fundamentalmente uma questão de

regulação gênica, não apenas no espaço tridimensional, mas também no tempo (GARCIA e FERNÁNDEZ, 2012).

AW Liley (1970, p. 41), conhecido como o "pai da fetologia" e reconhecido por suas realizações pioneiras, dentre elas, a primeira transfusão de sangue intra-uterina, afirma:

Fisiologicamente, temos de aceitar que, em grande medida, o produto da concepção é quem está no comando da gravidez. Biologicamente, em nenhuma fase que poderíamos contribuir com a visão de que o feto não é mais do que um mero apêndice da mãe. É o embrião que faz com que a barriga de sua mãe se torne habitável através do desenvolvimento de uma placenta e uma cápsula com líquido para proteção de si mesmo. É ele quem governa o seu próprio volume de líquido amniótico e embora as mulheres falem que sua bolsa se rompeu, esta estrutura pertence ao feto²⁵.

Nathanielsz (1991) aponta, ademais, que é o próprio bebê que determina quando irá nascer. O cérebro do bebê envia uma mensagem para a sua glândula pituitária, que, por sua vez, estimula o córtex adrenal para que produza um hormônio que estimula o útero da mãe para começar a se contrair. Uma mulher entra em trabalho de parto não porque seu corpo está pronto para entregar o nascituro. Ela entra em trabalho de parto, porque o bebê está pronto para deixar o corpo de sua mãe.

c) *Estar dentro de algo não significa fazer parte de algo*

Um corpo não pertence ao corpo do outro apenas por causa da proximidade. Um carro não é parte de uma garagem, porque ele está estacionado lá. O pão não é parte da fornalha na qual é cozido. Louise Brown, a primeira bebê de proveta²⁶, foi concebida quando o esperma e o óvulo se uniram em uma placa de Petri. Ela não pertencia ao corpo de sua mãe quando foi colocada lá e não era parte da placa de Petri quando surgiu. Mas ela surgiu e se desenvolveu.

A criança não pertence ao corpo no qual está se formando. Do mesmo modo que uma pessoa que está dentro de uma casa não é parte da casa, uma pessoa localizada dentro do corpo de outra pessoa não é parte desse corpo (ALCORN, 2000, p.65). Longe de ser uma parte do corpo da

²⁵ Extraído de um discurso realizado em Novembro de 1970, intitulado “La Interrupción del Embarazo o la Exterminación del Feto”, citado por Garton, Jean S. ¿Quién Rompió al Bebé?. Minneapolis, MN: Editora Bethany House, 1979, p. 41-2.

²⁶ Hoje conhecida como fertilização *in vitro*. A técnica consiste na coleta dos gametas para que a fecundação seja feita em laboratório e depois na transferência desses embriões de volta para o útero materno. O método foi usado pela primeira vez na Inglaterra em 1978 e foi trazido ao Brasil em 1983.



mulher em desenvolvimento, o nascituro é um ser individualizado que expressa seus desejos e sua personalidade, lutando pelo seu direito à vida e pelo respeito à sua autonomia e individualidade, tendo intencionalidade em suas atitudes, em seu comportamento e em suas manifestações motoras e somáticas.

Esse fato é comprovado por avanços no campo da biologia chamado epigenética, como, por exemplo, o tratamento de anomalias fetais através de operações intra-útero. O feto é um cliente que recebe tratamento clínico e cirúrgico, a despeito da mãe não precisar e não receber tal tratamento. A terapia intra-uterina tem sido realizada com sucesso para várias afecções como derrame pleural primário, defeitos do tubo neural, algumas anomalias cardíacas, urinárias, teratoma sacrococcígeo e várias outras anomalias fetais; onde o reparo pré-natal parece oferecer vantagens maiores do que a correção pós-natal e o risco materno é baixo (POLIN & SPITZER, 2015).

Além disso, o bebê, antes mesmo de nascer, já é dotado de inteligência, sensações, emoções, prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia, entre outros. Se um pai fala a seu filho ainda no útero, o recém-nascido é capaz de reconhecer e reagir à voz paterna, uma ou duas horas após o seu nascimento (VERNY, 1981). Enquanto um indivíduo singular, o feto reage a estímulos externos, como participa dos estados emocionais dos pais, por mais sutis que eles sejam.

Considerações Finais

Não existe, em todo o planeta, um único ser humano que não tenha sido gerado por um pai e uma mãe. Na origem de cada um de nós, estão duas células, o espermatozoide e o ovócito, que se encontram e se fundem para dar origem a uma única célula, o zigoto. Essa é a nossa origem. Assim surgiu cada um de nós, como um ser microscópico, frágil, vulnerável, mas real e concreto, contendo toda a potencialidade que desenvolvemos ao longo de nossa vida, porque o nosso direito de viver foi respeitado. A sociedade que desejamos é aquela em que cada vida humana é protegida e valorizada, desde sua concepção.

Essa verdade científica tem sido, porém, questionada no contexto do aborto, o único em que se coloca em dúvida esse fato inequívoco. Diante disso, o próximo capítulo apresenta a discussão jurídica em torno do direito à vida *versus* o direito de autonomia reprodutiva da mulher.

Confronta-se os principais argumentos pró-vida e pró-escolha nesse campo e, ao final, examina-se, à luz da ciência do direito e do ordenamento jurídico brasileiro, qual direito deve prevalecer.

3 Direito à vida *versus* liberdade sexual e reprodutiva da mulher: Qual deve prevalecer?

Todo cidadão apresenta direitos em comum, cuja finalidade consiste em assinalar as condições mínimas que ele deve dispor para conduzir sua vida de modo pleno e sadio. Este conjunto de direitos é denominado “Direitos e Garantias fundamentais”. Atualmente, os direitos fundamentais apresentam grande relevância na composição e estrutura do ordenamento jurídico. A lei deixou de ser o centro do universo jurídico em detrimento dos mesmos, os quais formam uma nova categoria jurídica, um regime jurídico específico (GUERRA, 2003, p. 82). Tais direitos tornaram-se a pedra angular de todo o alicerce jurídico político (GONÇALVES, 1997).

No Brasil, esses direitos estão discriminados na Constituição Federal de 1988 (doravante CF/88), no Título II, e estão subdivididos em cinco capítulos. São eles: (1) Direitos individuais e coletivos, (2) Direitos sociais; (3) Direitos de nacionalidade; (4) Direitos Políticos; e (5) Direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos. Neste artigo, discutir-se-á exclusivamente o primeiro grupo dos direitos individuais e coletivos.

Os direitos individuais e coletivos estão ligados ao conceito de pessoa humana e à sua personalidade e estão assegurados no art. 5º da CF/88. Eles correspondem aos seguintes direitos fundamentais básicos: vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade, os quais constituem o alicerce de todos os demais direitos consagrados nos incisos do art. 5º, nos artigos sequenciais do Título II, bem como nos demais dispositivos constitucionais.

Os Direitos Fundamentais existem e devem ser garantidos para assegurar o respeito à dignidade com condições mínimas de vida e desenvolvimento, sendo o Estado o responsável pela proteção e fomento desse objetivo. Esta proteção deve ser reconhecida pelos ordenamentos jurídicos nacionais e internacionais de maneira positiva. Segundo Silva (1993: 184-185), “os direitos fundamentais são direitos inatos, absolutos, invioláveis (intransferíveis), imprescritíveis”.



Dentre os Direitos Fundamentais, destaca-se o direito à vida, do qual decorrem todos os outros Direitos Fundamentais. A vida “é o bem supremo e primário a partir do qual todos os direitos se estruturam, se organizam, se põem, se expõem e se impõem” (ROCHA, 2014, p. 14).

O Direito Fundamental à vida transcende, portanto, o aspecto individual e transpassa o aspecto social, uma vez que a sociedade é um grupo de indivíduos vivos. “A vida é um bem jurídico que não importa proteger só do ponto de vista individual” (SILVA, 1993: 204). Ela tem importância para toda a comunidade. Isso significa que o desinteresse do indivíduo pela própria vida não exclui do Estado a tutela penal. O Estado deve continuar a protegê-la como valor social e este interesse superior torna inválido o consentimento do particular para que dela o prive.

Sendo assim, da supremacia do direito à vida, resultam limitações aos demais direitos fundamentais, o que inclui o direito à liberdade. Emerge daí a discussão sobre a legalidade ou ilegalidade do aborto à luz dos direitos fundamentais. Tendo em vista o direito pátrio e as normas de direito internacional, seria possível legalizar o aborto no Brasil, ou a legalização dessa prática feriria os direitos fundamentais?

No Brasil, o aborto é autorizado apenas em três hipóteses. Duas delas estão previstas no Código Penal, quais sejam, em caso de estupro e de risco de vida da mãe, e a outra, quando comprovada anencefalia do bebê, é garantida pelo Supremo Tribunal Federal, através de Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54.

Tendo em vista a atual legislação do país, a discussão acadêmica em torno do tema e o apelo de parcela da população para descriminalizar tal prática, este capítulo confronta os argumentos jurídicos pró-vida e pró-escolha, de modo a apontar qual direito deve prevalecer: se o direito à vida ou à liberdade de escolha da mulher. Neste sentido, discute-se, separadamente, esses direitos fundamentais para, em seguida, confrontá-los. Por fim, apresenta-se as considerações finais dessa análise, as quais apontam para a impossibilidade jurídica da legalização do aborto no Brasil.



3.1. Direito à vida à luz da legislação nacional e internacional:

O respeito à vida humana é um dos principais pilares da civilização e consiste no primeiro princípio da moral médica. Daí o caput do art. 5º do texto constitucional (CF/88) assegurar a inviolabilidade do direito à vida a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país (BRASIL, 1988). Como afirma Silva (1993, p. 199),

Vida, no texto constitucional (art. 5º, caput), não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte.

Como tal, a vida assegura dignidade à pessoa humana. A vida garante liberdade. A vida possibilita aquisição de propriedade. A vida mostra a igualdade entre os indivíduos: seu início e fases de desenvolvimento são iguais para todos. Sem a vida, não há direito. Daí sua importância e a imprescindibilidade de assegurá-la.

3.1.1. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana:

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é o documento de maior força jurídica do país. Conhecida como Carta Cidadã, por tutelar direitos essenciais a uma vida digna e por conferir especial proteção aos grupos mais vulneráveis, tais como índios, idosos, mulheres e crianças, a Constituição é, certamente, uma das principais conquistas da nação brasileira.

Este caráter garantidor de regras e princípios que elevam o ser humano como fim de todas as regras constitucionais, é notado já no artigo 1º, onde o constituinte define quais são os fundamentos que regerão a República Federativa do Brasil. Isso significa que, tanto as normas constitucionais, quanto as infraconstitucionais devem orientar-se por estes fundamentos. Sob esta ótica, é possível afirmar que direitos e deveres devem, não apenas, ter suas raízes firmadas nestes princípios, como também devem existir para dar eficácia aos mesmos.

Bem se sabe que princípios são essenciais na construção do direito. Como afirma Gomes Canotilho (1993, p. 167), princípios possuem natureza normogénética; “princípios são fundamento de regras, isto é, são normas que estão na base ou constituem a *ratio* de regras

jurídicas”. Neste sentido, quaisquer normas, sejam elas infraconstitucionais ou até mesmo emendas à Constituição que violem seus preceitos devem ser extirpadas do ordenamento jurídico, através de mecanismos próprios, também estabelecidos no texto constitucional. Por esta razão, todas as normas vigentes no país devem se espelhar nas letras da Constituição, sob pena de serem declaradas inconstitucionais.

Neste sentido, merece destaque o inciso III do artigo 1º da Constituição Federal que estabelece o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana como alicerce de um estado democrático de direito. A ideia central que se pode extrair de todos os ensinamentos sobre a dignidade da pessoa humana é a de que este princípio é o de maior relevância jurídica. Por meio dele, todos os demais princípios e regras encontram o substrato necessário para perpetuar o fundamento constitucional de proteção à vida inerente a todo ser humano.

A dignidade da pessoa humana é norma matriz do direito constitucional contemporâneo, sendo este princípio o de maior valor constitucional (ROCHA, 1999 *apud* PIOVESAN, 2012, p. 443). Inclusive, renomados juristas afirmam que a dignidade da pessoa humana é valor absoluto (Piovesan, 2012, p. 443). Bonavides (2001, p. 223) define, assim, a dignidade da pessoa humana:

Sua densidade jurídica no sistema constitucional há de ser, portanto, máxima, e se houver reconhecidamente um princípio supremo no trono da hierarquia das normas, esse princípio não deve ser outro senão aquele em que todos os ângulos éticos da personalidade se acharem consubstanciados.

Barroso (2009) afirma que a dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais. Em outros dizeres, o ilustre Ministro afirma que todos os direitos fundamentais previstos na constituição originam-se do princípio da dignidade da pessoa humana. Ele é o norteador de todos os direitos consagrados, pós-segunda guerra mundial.

Para o fiel cumprimento deste princípio, é imprescindível encontrar o núcleo duro da dignidade, o elemento basilar, sem o qual o princípio da dignidade da pessoa humana torna-se vazio. Faz-se mister destacar as colocações de Montal (2009, p. 42) a este respeito:

Na verdade, a vida humana compõe-se de elementos materiais (físicos e psíquicos) e imateriais (espirituais). Ela constitui a fonte primária de todos os demais direitos fundamentais, os quais não existiriam na sua ausência, vale dizer, é pré-requisito para os demais direitos fundamentais. Seu conceito deve abranger o direito à dignidade da pessoa humana, o direito à privacidade, o direito à integridade físico-corporal, o direito à integridade moral e, especialmente o direito à existência. Nesta perspectiva

e em consonância com a legislação existente tanto no âmbito internacional quanto no âmbito interno, podemos asseverar que a vida humana consiste em um bem jurídico individual e social e que todo ser humano tem o direito inalienável de gozá-la e desfrutá-la, incumbido ao poder público assegurar as condições de uma existência digna. [grifo nosso].

Neste diapasão, assim como a dignidade da pessoa humana é pressuposto para o exercício de todos os demais direitos, sendo classificado como um superprincípio constitucional, o direito à vida é o pressuposto para o exercício deste superprincípio. Sem vida é impossível cumprir o valor absoluto da dignidade (ROCHA, 1999 apud PIOVESAN, 2012, p.443).

Por essa razão, para o direito, a vida possui valor imensurável e incondicional. Se os direitos fundamentais gravitam em torno da dignidade da pessoa humana, sendo este princípio núcleo essencial dos direitos fundamentais, é imperioso afirmar que o direito à vida é o cerne do princípio da dignidade da pessoa humana, constituindo-se, pois, como o principal direito elencado na Constituição. Relativizá-lo é inconcebível e claramente inconstitucional.

O direito à vida é o elemento primordial, que confere a devida eficácia a este princípio. Sem vida, não há dignidade da pessoa humana. Sem dignidade da pessoa humana, não há possibilidade de exercício de direito fundamental. Mas qual seria o início da vida para a proteção jurídica à luz do princípio da dignidade da pessoa humana?

Diniz (2000, p. 26), em sua obra *Estado Atual do Biodireito*, afirma:

A fetologia e as modernas técnicas de medicina comprovam que a vida inicia-se no ato da concepção, ou seja, de fecundação do óvulo pelo espermatozoide, dentro ou fora do útero. A partir daí, tudo é transformação morfológico temporal, que passará pelo nascimento e alcançará a morte sem que haja qualquer alteração do código genético, que singular, tornando a vida humana irrepitível, e com isso, cada ser humano é único.

A biologia explica que o óvulo (gameta feminino) e o espermatozoide (gameta masculino) carregam 23 cromossomos cada um deles (como mostrado no capítulo anterior). Na fecundação, momento em que estes gametas se fundem, há a formação do zigoto. O zigoto possui 46 cromossomos, quantidade idêntica à de um adulto. O que se pode aferir disto é que, na ocasião em que o espermatozoide se une ao óvulo, instantaneamente surge uma vida humana. Não é necessário uma ou duas semanas de gestação, quiçá 12 ou mais semanas, para que possa haver vida no ventre da mulher.



É inconcebível pensar que a vida do ser humano inicia-se após o parto. Para o nascimento sadio da pessoa humana, é preciso um período de maturação, desenvolvimento e cuidado para que, após nove meses, aquele ser humano esteja apto a viver fora do ventre materno. Durante este período, o corpo do bebê vai se formando de modo perceptível. Se o que cresce e se desenvolve no ventre materno não é vida, de qual bem jurídico tutelável ele mais se aproximaria?

Mais uma vez, resta evidenciado que há vida no ventre materno, sendo, portanto, uma irresponsabilidade jurídica não defendê-la, neste estágio tão fundamental de desenvolvimento de qualquer ser humano. O embrião é destinatário de direitos fundamentais, devendo o Estado reconhecer e proteger a dignidade da pessoa humana deste ser.

Interromper voluntariamente a gravidez em qualquer estágio é violação expressa ao princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que o que reside no ventre não é continuação do corpo feminino, mas uma outra vida. De modo algum, pode-se afirmar que o zigoto é extensão do corpo da mãe, dado que ele carrega na mesma proporção caracteres do pai. Se este fosse o raciocínio mais adequado, o zigoto deveria ser também, extensão paterna, já que, em sua essência, há caracteres hereditários paternos e maternos. Frisa-se, na mesma proporção.

Se o zigoto é vida e, sendo a vida direito indisponível, a mãe, ou qualquer outro, inclusive o poder público, não possui permissão jurídica para ceifá-la, sob o argumento da autonomia da mulher. Ora, qual é o respaldo legal para defender a autonomia de um ser humano subjungando outro? Tal entendimento aproxima-se de atrocidades históricas das quais a humanidade jamais toleraria novamente. O ser humano que se desenvolve no ventre feminino, não apenas possui o direito de viver, como também possui o direito à dignidade no período de formação.

A vida é um ciclo. Para que o ser humano alcance a tenra idade, é preciso ser bebê, criança, adolescente, jovem e adulto. Em todas estas fases, a dignidade da pessoa humana se faz imprescindível. Este entendimento é uníssono. Contudo, para completar todo este ciclo, há uma fase indispensável, na qual todos os seres humanos, que hoje podem usufruir da dignidade da pessoa humana, tiveram que passar, que é a fase intrauterina. Por qual razão a Constituição não defenderia o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, nesta fase que precede todas as demais?

Vale destaque o julgado que cita Bulos (apud RPJ 06/00032272, 2008):

O texto constitucional protege todas as formas de vida, inclusive a uterina (TJSP, CDCCP, 4:299-302). E faz sentido, porque o direito à vida é o mais importante de todos. Por isso, tanto a expectativa de vida exterior (vida intra-uterina) como a sua consumação efetiva (vida extra-uterina) constituem um direito fundamental. Sem ele nenhum outro se realiza. Daí o seu significado constitucional amplo, constando-se a outros, a exemplo do direito à liberdade, à igualdade, à dignidade, à segurança, à propriedade, à alimentação, ao vestuário, ao lazer, à educação, à saúde, à habitação, à cidadania, aos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa. Sem a proteção incondicional do direito à vida, os fundamentos da República Federativa do Brasil não se realizam. Daí o ratio essendi de sua constitucionalização, seu enquadramento normativo, pois cabe ao Estado assegurar o direito à vida sob duplo aspecto; direito de nascer e direito de subsistir ou sobreviver(...)

Uma das razões históricas que fundamentam o advento do princípio da dignidade da pessoa humana é a necessidade de tutelar os mais frágeis da sociedade. O ser humano em período de formação necessita evidentemente de cuidados especiais, pois é incapaz de se defender de qualquer atrocidade, por menor que ela seja. Por isso, o princípio da dignidade da pessoa humana é indispensável na gênese da vida. Se ele não for aplicado neste momento, não será em nenhum outro, tornando-se inócuo e reduzindo a supremacia constitucional.

3.1.2. O Direito à Vida nas normas jurídicas infraconstitucionais e internacionais: Código Civil, Estatuto da Criança e do Adolescente e Convenção Americana de Direitos Humanos

O direito à vida está amplamente assegurado pela legislação doméstica e internacional, da qual o Brasil é signatário. Além da CF/88, a vida é protegida no Código Civil, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Convenção Americana de Direitos Humanos, dentre outros. A seguir, descreve-se e se analisa como o direito à vida é tratado por esse conjunto de leis em vigor no país.

a. O direito à vida no Código Civil:

O artigo 2º do Código Civil brasileiro assim dispõe sobre os direitos do nascituro:

A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro (BRASIL, 2002).



Este dispositivo é bastante polêmico e coloca diversos civilistas em discussão sobre a condição de pessoa do nascituro. Alguns entendem que o Código Civil adotou a teoria natalista, aquela que enxerga o nascituro, não como pessoa, mas como expectativa de pessoa²⁷. Já outros, como Maria Helena Diniz e Silmara J.A Chinelato e Almeida, entendem que o Código optou pela teoria concepcionista. Esta teoria defende que a personalidade civil inicia-se na concepção²⁸.

Brevemente, far-se-á alguns apontamentos sobre ambas teorias a fim de entender qual é, de fato, a teoria adotada pelo código, bem como a compatibilidade destas teorias com a Constituição da República.

Os natalistas afirmam que o feto é incapaz de sobreviver fora do útero materno, de modo que a sua existência só é possível em decorrência da vida de sua mãe. De fato, o nascituro é incapaz de sobreviver fora do útero materno. Contudo, tal argumento é insuficiente para dizer que não existe personalidade civil, vez que não é apenas o nascituro o ser humano totalmente dependente de outro para sobreviver.

Os bebês, quando nascem são igualmente dependentes do cuidado de outra pessoa. É impossível abandonar um bebê ou até mesmo uma criança sem qualquer tipo de assistência e esperar que sobrevivam. Assim com o nascituro depende das vísceras de sua mãe para alimentar-se, os bebês também necessitam que um outro ser os alimente, se isto não acontecer, certamente estarão fadados a morte.

Nesta lógica adotada pelos natalistas, adultos absolutamente incapazes que dependem do cuidado integral de outra pessoa, também não gozariam de personalidade civil, uma vez que são integralmente dependentes dos cuidados de outro ser. Uma vez abandonados, jamais sobreviveriam por meio de seus próprios esforços. Neste mesmo sentido, os acamados que apenas respiram com auxílio das máquinas sucumbiriam igualmente.

²⁷ Os natalistas (a) fazem surgir a personalidade do nascimento. Logo, nascituro não é pessoa, ainda que receba alguma proteção legal (NAVES e SÁ, 2006, p.26)

²⁸ Pela doutrina concepcionista (c), a personalidade se inicia desde a concepção. O nascituro é pessoa, pois gerado, embora não nascido. (NAVES e SÁ, 2006, p.27)

Deste modo, não é porque o nascituro depende das vísceras da mãe para respirar e se alimentar, que sua vida está totalmente atrelada à da gestante, e que sua sobrevivência é ato de liberalidade e benevolência dela. A qualidade de vida e o direito ao desenvolvimento intrauterino saudável são aspectos do direito à vida e estão em total conformidade com o princípio da dignidade da pessoa humana.

Neste sentido, Silva (1993, p. 97) defende que o direito à vida envolve três dimensões: a existência, a integridade física e a integridade moral. A existência consiste na garantia da sobrevivência do ser humano. A integridade física versa sobre o respeito incondicional à integridade física e psíquica da pessoa e, por fim, a integridade moral garante o respeito aos valores imateriais.

Quando os natalistas colocam em xeque a existência da vida humana do nascituro, apenas porque para sobreviver, ele depende do corpo da mãe, ignoram o conceito amplo do direito à vida, que consiste também na integridade física e moral. Para o exercício destas duas facetas do direito à vida, nenhum ser humano depende do outro, já que o respeito à integridade física e moral são inerentes ao ser humano, em qualquer fase da vida, sem a necessidade de depender da existência ou da ação de um outro ser humano.

Alegam também que os direitos assegurados ao nascituro são taxativos. Se estes gozassem de personalidade civil não precisariam ter a salvo os seus direitos. Ora, não é porque o Código traz expressamente alguns direitos, que os demais são automaticamente excluídos. Sobre isso, Almeida (apud SIMEÃO, 2000, p.37) utiliza-se de técnicas hermenêuticas para demonstrar que o legislador não concedeu ao nascituro apenas os direitos que estão expressos no Código Civil, mas

Reconheceu-lhe outros direitos além do que expressamente são conferidos pelo Código Civil, uma vez que se afastam na espécie, por inaplicável, a regra hermenêutica “*excepciones sunt strictissimae interpretationis.*” Reitera nosso modo de ver quanto à não-taxatividade dos direitos reconhecidos ao concebido pelo Código, outro postulado de hermenêutica, no sentido de que a enunciação taxativa é indicada expressamente pelas palavras só, somente, apenas e outras similares, inexistentes no texto do artigo 4º que, ao contrário, refere-se genericamente a “direitos do nascituro.

Os civilistas adeptos à teoria concepcionista ainda argumentam que, se o nascituro é sujeito de direitos, ele deve ser pessoa, já que somente pessoas são sujeitos de direito. E, somente pessoa

possui personalidade civil²⁹. Não existe no ordenamento pátrio sujeitos de direito que não são pessoas. Ora, porque então afirmar que os nascituros, sujeitos de direito, não são pessoas?

O Código põe expressamente a salvo os direitos de ser reconhecido como filho, o direito à curatela, o direito à doação, entre outros³⁰. Como então dizer que o “ser” destinatário de todos estes direitos não é pessoa? Se não for, o que seria então?

Merece destaque o parágrafo único do artigo 1.609 do Código Civil (Brasil, 2002):

Parágrafo único. O reconhecimento pode preceder o nascimento do filho ou ser posterior ao seu falecimento, se ele deixar descendentes. (BRASIL, 2002)

Se o próprio Código Civil faculta ao homem reconhecimento da paternidade antes do nascimento do filho, ele declara a existência da vida e da personalidade civil do nascituro. Este dispositivo não deixa dúvidas de que o nascituro já é pessoa antes mesmo do seu nascimento. Se assim não fosse, porque então autorizar o reconhecimento da paternidade? Pode o homem ser pai senão de outro ser humano?

Outro argumento bastante utilizado pelos concepcionistas é o de que o crime do aborto encontra-se tipificado no título I dos crimes contra a pessoa, do Código Penal. O fato é que, indiferentemente da legalização do aborto, a lei penal considera o nascituro pessoa. Por essa razão, sua morte é crime contra a vida. Inclusive, os que cometem aborto são julgados pelo Tribunal do Juri. Assim, mais uma vez resta comprovado que o nascituro é pessoa.

Por fim, mesmo que os direitos salvaguardados pelo Código Civil fossem taxativos como afirmam os natalistas, como o Estado asseguraria o direito à herança, por exemplo, sem garantir a vida dos nascituros, pressuposto para o exercício daquele direito? Qual é o sentido jurídico de proteger o direito à herança, mas não proteger o direito à vida daquele que irá receber a herança?

Se a lei vincula o Poder Judiciário a reconhecer o direito à herança do nascituro, indiretamente obriga o Poder Público a proteger a vida deste nascituro, caso contrário a norma que concede o

²⁹ Falar em direitos do nascituro é reconhecer-lhe a qualidade de “pessoa”, porque, juridicamente, todo titular de direito é pessoa. “Pessoa”, em linguagem jurídica é exatamente sujeito ou o titular de qualquer direito. MONTORO *apud* SEMIÃO, 2000, p.35)

³⁰ Art. 542. A doação feita ao nascituro valerá, sendo aceita pelo seu representante legal.
Art. 1.779. Dar-se-á curador ao nascituro, se o pai falecer estando grávida a mulher, e não tendo o poder familiar.
Art. 1.798. Legitimam-se a suceder as pessoas nascidas ou já concebidas no momento da abertura da sucessão.



direito à herança, torna-se ineficaz, vazia e sem qualquer sentido. Por isso, ainda que se entenda que os direitos do nascituro sejam taxativos, é necessário, garantir-lhe primeiramente a vida, para então ser possível assegurar-lhe os demais direitos.

Como já exaustivamente exposto, as normas infraconstitucionais apenas são válidas quando encontram, nas normas constitucionais, fundamento de validade. Assim, mesmo que alguns insistam em atribuir, ao artigo 2º do Código, a teoria natalista, deve-se buscar nesta teoria, fundamento de validade na Constituição da República.

Nessa direção a norma do art.2º, CC, deve ser conformar com a norma constitucional do art.5º, CF, e não o contrário. Na ausência dessa consonância a norma infraconstitucional não encontrará fundamento de validade na norma que lhe é superior. Assim, embora a norma constitucional não trate da personalidade civil, trata da vida e a norma infraconstitucional em comento, a depender da interpretação que se conceda a ela, como a de que o nascituro não tem personalidade civil, portanto não é sujeito de direitos, ofende o comando superior e a supremacia da Constituição, não encontrando fundamento de validade (FIGUEREIDO, 2009, p. 26).

Se a norma infraconstitucional reduz a seara protetiva do direito constitucional à vida, certamente é incompatível com o sistema jurídico vigente. Assim, se a teoria natalista não assegura integralmente o reconhecimento da vida, ela não deve prosperar na doutrina brasileira.

b. O direito à vida no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

A Constituição Federal determina em seu artigo 227 que:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [grifo nosso] (BRASIL, 2002).

O direito previsto no artigo 5º da Constituição, conjugado com o direito da criança e do adolescente, é demasiadamente curioso. Não há dúvida de que crianças e adolescentes são como adultos e idosos; destinatários de direitos e garantias fundamentais. Sendo assim, a inviolabilidade do direito à vida também se aplica a estas pessoas. Indaga-se: porque o constituinte derivado enfatizou que o direito à vida deveria ser assegurado às crianças com absoluta prioridade por seus familiares e pelo Estado?



A resposta a este questionamento consubstancia-se na fragilidade e vulnerabilidade deste grupo face aos demais, vez que são incapazes de defender a vida em sua integralidade sem a tutela especial do Estado, da sociedade e, sobretudo, de sua família.

Ademais, a proteção da vida é que garante a assistência plena e eficaz da educação, lazer, cultura, entre outros. Sem vida, estas crianças e adolescentes jamais poderiam gozar dos demais direitos citados. Priorizar o bem-estar desta parcela da sociedade é garantir, ao país e às futuras gerações, progresso econômico e social.

Visto que a Carta Magna enrijece ainda mais a proteção do direito à vida de crianças e adolescentes como pupilos da sociedade, nada mais coerente que instituir um Estatuto para lhes conferir a devida proteção constitucional.

Em absoluta consonância com os parâmetros protetivos internacionais, em particular com a Convenção sobre os direitos da criança e do adolescente inauguram, na cultura jurídica brasileira, um novo paradigma inspirado pela concepção da criança e do adolescente como verdadeiros sujeitos de direito, em condição peculiar de desenvolvimento. Como aqui enfocado, este novo paradigma fomenta a doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente e consagra uma lógica e uma principiologia próprias voltadas a assegurar a prevalência e a primazia do interesse da criança e do adolescente. Na qualidade de sujeito de direito em condição peculiar de desenvolvimento, à criança e ao adolescente é garantido o direito à proteção especial. (PIOVESAN, 2012, p. 373)

O artigo 7º do Estatuto assim dispõe sobre a vida antes do nascimento:

Art. 7º A **criança e o adolescente têm direito a proteção à vida** e à saúde, **mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso**, em condições dignas de existência [grifo nosso] (BRASIL, 1990).

O artigo 7º deixa claro que a proteção à vida da criança perpassa pela efetivação de políticas públicas que permitam o seu nascimento. Ora, se o legislador trata do período anterior ao nascimento, dizendo que o direito à vida da criança se concretiza através de programas que asseguram o seu desenvolvimento intrauterino, ele reconhece o dever do Estado de proteger a vida da criança em seu período mais frágil de formação, que é a vida no ventre materno.

Deste modo, não há dúvidas de que o ECA não apenas reconhece a existência da vida antes do nascimento, mas também obriga o Estado a formular políticas públicas que satisfaçam a tutela



integral do nascituro, a fim de que, durante a sua formação, ele goze de um desenvolvimento sadio e harmonioso.

A caracterização dos direitos das crianças e dos adolescentes como direitos humanos realça a inalienabilidade desses direitos e compromete o Estado, tanto no âmbito interno quanto internacional, a respeitá-los defendê-los e promovê-los (PIOVESAN, 2012, p. 364).

Mediante tais evidências, mais uma vez, resta demonstrado que o aborto não encontra substrato na legislação brasileira para se tornar legal.

Vale ainda destacar as implicações do artigo 227 da Constituição, conjugado com o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente. A primeira delas reafirma que compete ao Estado assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida da criança, bem como desenvolver políticas públicas que garantam seu nascimento sadio. Deste modo, fica claro que o legislador reconhece a existência da vida antes do nascimento e que cabe ao estado protegê-la com absoluta prioridade.

Assim, fica provado que se o Estado autorizar o aborto e financiar esta prática através do Sistema Único de Saúde (SUS), ele estará agindo na contramão do que diz a Constituição. Ao invés de priorizar a vida da criança, ele estará não apenas permitindo, mas também financiando a morte dela. Logo, a legalização do aborto é claramente inconstitucional.

O mesmo é válido para a família. Se a Carta Magna outorga a este grupo o dever de proteger a vida de seus pupilos com a mais absoluta prioridade, optar pelo aborto, sem qualquer justificativa plausível³¹, é desobedecer ao que diz a Constituição. Assim, qualquer lei que entregue nas mãos da mãe o poder de limitar a vida de seu filho é inconstitucional.

Por fim, bem se sabe que quando há uma antinomia de normas, três são os critérios para a escolha da lei que deve ser aplicada no caso concreto. Merece destaque duas delas.

O primeiro é a supremacia da norma hierarquicamente superior. Este quesito, incessantemente trabalhado no presente texto, consiste na supremacia da Constituição sobre as demais normas

³¹ 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 (BRASIL, 1940).

do ordenamento. Assim, se a Carta Magna garante a inviolabilidade da vida (art.5º) e a proteção absoluta do direito à vida da criança (art. 227), não é válida a norma que retira a proteção absoluta da vida do menor e transfere a proteção absoluta à vontade da mãe em colocar fim a vida do nascituro, sem que o mesmo ofereça qualquer risco a ela.

A segunda é a lei especial que derroga lei geral. O ECA constitui-se lei especial para tutelar os direitos destes menores. Assim, se o Código Civil legislar sobre nascituro diferentemente do ECA, as normas instituídas por esta lei, prevalecem sobre aquela; da mesma forma que qualquer outra lei que ignora o direito da criança à vida e ao nascimento saudável também não possui força normativa. Ora, se a lei autoriza o aborto por mero desejo de sua progenitora, ele obsta por completo a eficácia e a aplicação do artigo 7º do ECA.

Assim, em uma eventual autorização do aborto provocado, o Estado será destinatário de duas normas; a de garantir a prática do aborto e a de garantir o nascimento saudável da criança. Sendo estas normas completamente antagônicas, caberá a escolha de uma delas. Isto não ocorrerá conforme a convicção pessoal do governante, mas conforme as técnicas jurídicas utilizadas para dirimir contradições legislativas. Neste caso, a escolha deverá ser do artigo 7º do ECA por se tratar de norma especial e do artigo 227 por se tratar de norma constitucional.

c. *O direito à vida nas normas jurídicas internacionais: o caso da Convenção Americana de Direitos Humanos*

Os direitos humanos, assim como os direitos fundamentais, estão enraizados no princípio da dignidade da pessoa humana. Contudo, eles se diferem no âmbito da incidência. Enquanto os direitos fundamentais estão positivados nas Constituições Nacionais, os direitos humanos pairam sobre as normas internacionais, acordadas entre diversos países, vinculando todos eles à observância e proteção de direitos comuns e essenciais à existência humana na terra.

Por sua vez, os direitos humanos “ arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta (CANOTILHO *apud* JAYME, 2005, p. 11)

Assim, a diferença básica entre direitos fundamentais e direitos humanos é que aqueles são garantias chanceladas pela Constituição e, portanto, gozam de proteção nacional. Já os direitos humanos são inerentes à condição de ser humano e usufruem de proteção supra-estatal³².

Em meados do século XX, após os horrores da Segunda Guerra Mundial, a comunidade internacional viu-se compelida a estabelecer e proteger direitos inerentes à condição de ser humano e que, de modo algum, poderiam ser relativizados, barganhados ou manipulados por qualquer doutrina dominante. Em 1948, foi então proclamada a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)³³. Este foi o primeiro documento de proteção universal dos direitos humanos. Assim, os direitos fundamentais ultrapassaram as barreiras nacionais e foram positivados na ordem internacional.

A declaração de 1948 introduz uma concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade desses direitos. Universalidade porque a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos, sendo a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos. Indivisibilidade porque, ineditamente o catálogo de direitos civis e políticos é conjugado ao catálogo dos direitos econômicos sociais e culturais (PIOVESAN, 2005, p. 44).

Neste sentido, para além da proteção constitucional, os direitos humanos ganharam força internacional. Isso significa que a violação aos direitos humanos não implica apenas em sanção constitucional, mas também em coerção internacional, como se verá mais à frente.

Os direitos humanos situam-se acima das leis emanadas do poder estatal, cujo fundamento é o respeito à dignidade da pessoa humana; a pessoa humana é o valor fundamental da ordem jurídica (JAYME, 2005 p. 14).

Nota-se que a indivisibilidade pressupõe o exercício integral dos direitos humanos. A DUDH reúne direitos fundamentais assegurados no Estado Liberal, no Estado Liberal Democrático e no Estado- Social. Isso implica que, para o exercício dos direitos sociais, como educação, saúde, por exemplo, é preciso primeiramente a defesa do direito à vida. Sem a proteção internacional deste direito, todos os demais estão fadados ao fracasso.

³² Assim, direitos fundamentais são direitos humanos constitucionalizados, gozando de proteção jurídica no âmbito estatal, reservando-se o emprego da expressão direitos humanos para as convenções e declarações internacionais, que desfrutam de proteção supra-estatal (JAYME, 2005, p.12).

³³ Ver <http://www.dudh.org.br/declaracao>.

Por reconhecer a relevância dos direitos fundamentais na ordem internacional, o Brasil aderiu não apenas à DUDH, mas a diversos outros tratados e convenções internacionais que buscam garantir ao ser humano a vida em sua mais ampla dimensão.

A forma de efetivação destes tratados e convenções que versam sobre os direitos humanos está descrita nos parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 5º da Constituição e inovam a relação entre o direito constitucional e os direitos humanos.

A partir desta premissa, para Piovesan³⁴, os direitos fundamentais se subdividem em três grupos. São eles: os direitos presentes no próprio texto constitucional, os direitos implícitos, fruto do regime e dos princípios adotados pela Constituição e, por fim, os direitos expressos nos tratados internacionais e subscritos pelo Brasil.

A Constituição de 1988 inova, assim, ao incluir, dentre os direitos constitucionalmente protegidos, os direitos enunciados nos tratados internacionais de que o Brasil seja signatário. Ao efetuar tal incorporação, a Carta está a atribuir aos direitos internacionais uma hierarquia especial e diferenciada, **qual seja, a de norma constitucional** (PIOVESAN, 2012, p. 53) [grifo nosso].

Tal entendimento fundamenta-se no princípio da máxima efetividade constitucional e na força expansionista dos valores da dignidade da pessoa humana³⁵. Assim, se o § 2º diz que os direitos fundamentais expressos na Constituição não excluem outros decorrentes de tratados internacionais dos quais o Brasil é parte, conclui-se que tratados de direitos humanos possuem força constitucional e aplicação imediata, conforme § 1º do mesmo artigo. Estes tratados compõem o bloco de constitucionalidade e são materialmente constitucionais³⁶.

A inserção do §3º através da emenda constitucional 45 de 2004 reafirma a relevância dos tratados de direitos humanos e seu caráter materialmente constitucional, bem como garante a

³⁴ À luz desse dispositivo constitucional, os direitos fundamentais podem ser organizados em três distintos grupos: a) o dos direitos expressos na Constituição b) o dos direitos implícitos, decorrentes do regime e dos princípios adotados pela Carta Constitucional; e c) o dos direitos expressos nos tratados internacionais subscritos pelo Brasil (PIOVESAN, 2012, p. 52).

³⁵ Essa conclusão advém de interpretação sistemática e teleológica do texto, especialmente em face da força expansiva dos valores da dignidade humana e dos direitos fundamentais, como parâmetros axiológicos a orientar a compreensão do fenômeno constitucional (PIOVENSAN, 2012, p.53).

³⁶ Assim, embora não expressamente consagradas no texto de 1988, as normas oriundas de tratados sobre a temática dos direitos humanos seriam materialmente constitucionais, em virtude da cláusula constitucional aberta contida no artigo 5º, § 2º (GALINDO, 2002, p. 272).

estes tratados o *status* de norma formalmente constitucional, caso aprovados em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, pelo Congresso Nacional.

Dentre os tratados internacionais que abordam o direito à vida, merece destaque a Convenção Americana de Direitos Humanos. Em 1992, o Brasil promulgou esse tratado, também conhecido como Pacto de San José da Costa Rica.

Esse sistema concretiza-se a partir do reconhecimento e da definição precisa dos direitos humanos, **com a aprovação de normas de conduta obrigatórias, destinadas a promovê-los e protegê-los** e com a instituição de órgãos internacionais a velar pela fiel observância desses mesmos direitos (JAYME, 2005, p. 63) [grifo nosso].

A Convenção Americana de Direitos Humanos vincula o Estado Brasileiro a cumprir as normas fixadas no documento. O direito à vida encontra ampla proteção no artigo 4º desta Convenção por possuir caráter eminentemente de norma de direitos humanos, conforme se lê a seguir:

Artigo 4º - Direito à vida

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. **Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção.** Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente (CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1969) [grifo nosso].

O artigo 4º, em poucas palavras, supre todas as lacunas que porventura não foram sanadas no decorrer do texto. A Convenção, indubitavelmente, reconhece a existência da vida a partir da concepção. Ou seja, internacionalmente, o Brasil assumiu que a vida se inicia na união do óvulo e do espermatozoide e, através da promulgação deste documento, comprometeu-se a protegê-la na ordem jurídica interna. Isso significa que nenhuma lei brasileira pode definir a gênese da vida humana após o momento da concepção, sob pena de violar norma internacional de direitos humanos.

Nota-se que a expressão “em geral”, trazida no dispositivo confirma que a regra é proteger a vida do conceito e, excepcionalmente, relativizá-la. Por esta razão, o aborto necessário, previsto no artigo 128, I do Código Penal Brasileiro, não penaliza o médico que pratica aborto por não haver outro meio de salvar a vida da mãe.

Percebe-se que, apenas não será crime, quando este for a única alternativa para salvar a vida de outro ser humano. Isso confirma que a vida é o bem jurídico mais importante no ordenamento.



A vida do concepto apenas pode ceder espaço, quando colocar em risco outro bem de igual valor, qual seja, a vida da mãe. A relativização da proteção à vida do nascituro deve ocorrer com a menor ofensa possível, como afirma Tavares³⁷.

Projetos de lei que visam autorizar a prática do aborto sem que o nascituro ofereça risco de morte à gestante são visivelmente incompatíveis com as normas internacionais de direitos humanos aplicadas no Brasil. Além de contrariarem a ordem expressa de proteção desde à concepção, ainda ignoram a hermenêutica dos direitos humanos que confere a aplicação da norma mais benéfica às vítimas. Assim, sendo o concepto destinatário desta norma, cabe ao Poder Público aplicar-lhe sempre a norma mais favorável, que jamais poderia ser a extinção arbitrária de sua vida, em qualquer estágio de desenvolvimento.

A fim de garantir a eficácia destas normas nos estados-membros que aderiram ao Pacto de San José da Costa Rica, instituiu-se como órgãos asseguradores dos direitos humanos a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Em linhas gerais, a Corte Interamericana de Direitos Humanos possui competência contenciosa, provisória e consultiva. Contudo, para que ela exerça tais atribuições, é preciso que o Estado assim a reconheça. O Brasil, por meio do decreto-legislativo 89/98, reconheceu a competência obrigatória desta Corte no território nacional.

Desta forma, o Brasil se submete à esta Corte, órgão máximo para dirimir conflitos que versam sobre violação aos direitos humanos. Sobre sua atuação, é importante frisar o que proferiu Cançado Trindade no caso *El Amparo*³⁸. Para o juiz, a atividade consultiva permite a Corte pronunciar-se quanto à compatibilidade ou não de leis e projetos de lei em relação a Convenção *in abstracto*. Já na competência contenciosa, a Corte tem autonomia para decidir sobre a incompatibilidade ou não do dispositivo interno³⁹.

³⁷ Segundo Tavares (2007, p. 502), é nítido no dispositivo que a regra deve ser a proteção desde o momento da concepção. A expressão “em geral”, contida no dispositivo, ressalva possibilidade de quebra dessa diretriz, o que só poderá ocorrer em situações apontadas pelo legislador com respeito ao critério da proporcionalidade (com a menor ofensa possível ao direito em questão), especialmente legitimada (a relativização), quando estiverem em jogo outros valores igualmente constitucionais.

³⁸ Ver: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_19_esp.pdf.

³⁹ Levantou o juiz Cançado Trindade diversos casos no sistema europeu em que se consagra a possibilidade de revisar a compatibilidade de medidas legislativa e práticas administrativas com obrigações convencionais de

Há ainda que se destacar a atuação da Comissão, órgão autônomo, que exerce o poder de formular recomendações, solicitar informações aos estados-membros, entres outros. No que tange ao aborto, através da resolução 23.81, proferida no caso conhecido como “*Baby Boy*”, a Comissão posicionou-se claramente sobre a impossibilidade jurídica do aborto, à luz das normas internacionais de direitos humanos. Os membros da comissão fundamentaram seus votos no artigo I da Declaração Americana de Direitos Humanos. Vale destacar alguns trechos da resolução:

El artículo I de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre dice: "Todo ser humano tiene derecho a la vida". Considero que como el texto no distingue, la interpretación que se ajusta más a la genuina protección del derecho a la vida no es otra que la que sostiene que dicha protección comienza en la concepción y no en el nacimiento.[...] La vida es el primer derecho de toda persona humana. Es el derecho fundamental y condición para la existencia de todos los demás. Si no se reconoce la existencia humana no hay sujeto para predicar de los otros derechos. Es un derecho anterior a los demás derechos y existe por el hecho de ser sin que requiera el reconocimiento del Estado para que se posea. No pertenece al Estado indicar que no se reconoce en un caso y se reconoce en otro, ya que ello conllevaría discriminación. La vida se debe reconocer al niño que está por nacer, al nacido, al joven, al anciano, al demente, al minus válido y en general a todo ser humano. Marco Gerardo Monroy Cabra Miembro de la Comisión Interamericana De Derechos Humanos (MARCO GERARDO MONROY CABRA, 1980 -1981. Resolucion no. 23/81caso 2141 Estados Unidos).

Las razones expuestas no dejan ninguna duda en mi ánimo de que la Declaración Americana de los Derechos Humanos se refiere al período completo de la vida del hombre-desde la concepción hasta la muerte-, al afirmar que "todo ser humano tiene derecho a la vida"; de que, para ese valioso instrumento del Derecho Internacional, la vida no comienza con el nacimiento -fase final del proceso de gestación-, sino en el momento de la concepción, que es el momento en que se forma un nuevo ser humano, distinto del padre y de la madre; y que, al reconocer el derecho del no nacido a la vida, la Declaración rechaza la legitimidad de todo acto que autorice o tenga por aceptables hechos o prácticas que conduzcan a su muerte (LUIS DEMETRIO TINOCO CASTRO, 1980-1981. Resolucion no. 23/81caso 2141 Estados Unidos).

O caso em tela foi proposto por Christian S. White e Gary K. Potter contra os Estados Unidos da América. Embora exaustivamente defendido pelos ilustres membros da Comissão que o aborto, ao violar a vida, viola todos os demais direitos humanos assegurados pela declaração, não foi possível aplicar qualquer medida em face dos Estados Unidos, uma vez que este país não é parte da convenção. Situação totalmente diferente do Estado Brasileiro, que juridicamente se submete à convenção americana de direitos humanos. Se o Brasil configurar o polo passivo

Direitos Humanos no campo dos casos concretos. [...] Esta posição parece bastante acertada, diante dos desenvolvimentos recentes no Direito da Responsabilidade Internacional, ainda mais quando se trata de normas internacionais de Direitos Humanos (GALINDO, 2002, p.346).

de caso similar, é possível que seja internacionalmente responsabilizado por violar os direitos humanos.

3.2. O “direito” à liberdade sexual e reprodutiva da mulher: argumentos teóricos e reflexões jurídicas

3.2.1. O “direito” à liberdade sexual e reprodutiva da mulher:

A defesa do “direito de autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo”, encontra, nas teorias feministas, sua principal fundamentação teórica (Ventura, 2009). Ao longo dos séculos, a mulher sofreu inúmeras privações e injustiças. Um sucinto panorama histórico evidencia o quanto a mulher padeceu por ser colocada abaixo dos homens nas questões públicas da sociedade. Na antiguidade, a mulher era inferior ao homem e ocupava socialmente a mesma posição dos escravos.

Na idade média, a situação não era distinta. Além de possuírem menos direitos que os homens, muitas delas foram submetidas a um massacre deplorável que manchou negativamente a história da humanidade: a conhecida “caça às bruxas” dizimou milhares de mulheres.

A idade moderna também relegou à mulher a condição de inferior ao homem. Olympe de Gouges, autora da Declaração dos Direitos da Mulher, foi decapitada em 1791. O Código de Napoleão é um exemplo clássico de como a mulher era tratada:

A mulher deve obediência a seu marido; ele pode fazer que seja condenada à reclusão em caso de adultério e conseguir o divórcio contra ela; se mata a culpada em flagrante, é desculpável aos olhos da lei; ao passo que o marido só é sujeito a uma multa se trazer uma concubina ao domicílio conjugal e é, neste caso somente, que a mulher pode obter o divórcio contra ele (BENVOIR apud MACHADO, 2003, p.98)

No Brasil, a sobreposição do homem em relação à mulher também encontrou amplo espaço. Apenas em 1934, as mulheres brasileiras tiveram direito ao voto. Ainda hoje existem homens que auferem salários muito maiores, embora exerçam a mesma atividade que as mulheres.

Este cenário de desigualdade entre homens e mulheres tem impulsionado a luta e a defesa pela ampliação dos direitos das mulheres, dentre eles, o direito à liberdade reprodutiva e sexual da



mulher ante as exigências do Estado laico. Pela evolução progressiva dos instrumentos internacionais de reconhecimento e de proteção dos direitos humanos desde a Declaração Universal de 1948, o ser humano, notadamente, a mulher, passou a ser visto como sujeito de direitos que vão muito além do mero pertencer a uma nacionalidade.

A Primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos em 1968 reconheceu a importância dos direitos humanos da mulher e decidiu pela necessidade de medidas para promover tais direitos. A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou 1975 como Ano Internacional da Mulher, bem como estabeleceu o decênio 1976-1985 como especialmente voltado para a melhoria da condição das mulheres. Em 1979, foi promulgada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e, nos anos seguintes, duas conferências mundiais sobre a condição da mulher foram realizadas: uma em 1980 e outra em 1985.

Na década de 1990, o debate avançou significativamente e passou a abranger questões relativas às relações sexuais e a reprodução feminina. Pela Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena em 1993, os direitos humanos das mulheres tornaram-se parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos e as formas de discriminação baseadas no sexo e as formas de violência contra a mulher, objetos de combate via políticas públicas e normas jurídicas.

No ano seguinte, a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento em Cairo (1994) elevou os direitos reprodutivos⁴⁰ à categoria de direitos humanos, incluindo o direito ao planejamento familiar e à escolha livre e responsável do número de filhos e de seu espaçamento. Ademais, o documento final da conferência fez menção ao direito de homens, mulheres e adolescentes de obter informação e ter acesso a métodos seguros e eficazes de regulação da fecundidade.

Em 1995, a Quarta Conferência Mundial da Mulher em Pequim confirmou as diretrizes definidas no Cairo. Nela, reforçou-se a necessidade de proteção dos direitos estreitamente ligados aos direitos reprodutivos, tais como direitos sexuais, direito à saúde, à integridade, à proteção contra violência, à igualdade e não-discriminação, matrimônio, educação e proteção

⁴⁰ Nas palavras de Ventura (2009, p. 19), “os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza”.

contra exploração sexual. Além disso, de forma inédita, reconheceu-se o direito ao livre exercício da sexualidade, através, principalmente, da ênfase na saúde sexual (RIOS, 2006, p. 76-77).

O debate internacional acerca dos direitos da mulher, dentre eles, o “direito reprodutivo e o direito sexual”, trouxe implicações para o Brasil. Em meados do século XX, a legislação acolheu o direito de proteção à maternidade e ao trabalho da mulher, introduzindo na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), diversos artigos legais regulamentando essas questões (VENTURA, 2009). Décadas depois, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – em 1983 – e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM – em 1985.

Nos anos de 1990, a Convenção de Belém do Pará em 1994 atribuiu ao Estado a responsabilidade de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher tanto pelos atos de violência estatal, como pela tolerância de atos privados contra a mesma. Dois anos depois, o Decreto Federal n.º 1.904, de 13/05/1996⁴¹, instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, como política governamental. Nele, propôs-se, dentre outros, difundir o conceito de direitos humanos como elemento necessário e indispensável para a formulação, execução e avaliação de políticas públicas, reduzir condutas e atos de violência, intolerância e discriminação e garantir os direitos e deveres constitucionais, notadamente, os inscritos em seu art. 5º (Dos direitos e deveres individuais e coletivos). A primeira atualização do programa original ocorreu em 13 de maio de 2002⁴², e é conhecida como o PNDH II, e a 3ª revisão foi atualizada pelo Decreto nº 7.177, de 12 de Maio de 2010⁴³, e ficou conhecida como PNDH III.

Com vistas a efetivar os direitos da mulher assegurados no PNDH, em 2002, foi criada a Secretaria dos Direitos da Mulher (SEDIM) na estrutura do Ministério da Justiça (COSTA, 2005). No ano seguinte, houve uma reestruturação da Administração Pública Federal e a SEDIM foi transformada em Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM), com status de Ministério. Neste processo, o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres passou a ser

⁴¹ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1904.htm. Acesso 04 de Abril, 2016.

⁴² Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4229.htm. Acesso em 04 de Abril, 2016.

⁴³ Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7177.htm. Acesso 04 de Abril, 2016.

vinculado à SPM. À SPM foi atribuída a competência principal de promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação contra a mulher.

Desde sua constituição, a SPM tem desenvolvido políticas que vão desde ações de enfrentamento à violência contra as mulheres até programas nas áreas de Saúde, Educação, Trabalho, renda, Cultura, Participação Política, Igualdade de Gênero e Diversidade. Em comum, essas ações têm buscado dialogar diretamente com o PNDH e assegurar liberdade e igualdade às mulheres na esfera pública e privada. Na área de saúde particularmente, o foco encontra-se na garantia dos “Direitos Reprodutivos e Sexuais” da mulher brasileira (Brasil, 2016).

3.2.2. Os “Direitos reprodutivos e sexuais” das mulheres:

Os instrumentos internacionais de direitos humanos têm evoluído gradativamente para o reconhecimento da situação de vulnerabilidade das mulheres. Após as proclamações relativas ao direito à vida, à saúde, à igualdade e não-discriminação, à integridade corporal e à proteção contra violência, ao trabalho e à educação, inscritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966), no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e na Convenção Americana de Direitos Humanos (Brasil, 1992), passou-se a discutir a condição feminina nas relações sexuais e seus “direitos reprodutivos e sexuais”, enquanto pressuposto de igualdade e não-discriminação (RIOS, 2006; VENTURA, 2009).

Na década de 1970, as reivindicações que envolviam os Direitos Reprodutivos estavam centradas nas reivindicações das mulheres pela autonomia corporal, o controle da própria fecundidade e atenção especial à saúde reprodutiva. Foi um período fortemente marcado pela luta para descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção. Posteriormente, nos anos 1980 e 1990, a agenda dos Direitos Reprodutivos incorporou a questão da concepção, do exercício da maternidade e das novas tecnologias reprodutivas (Correa e Ávila, 2003, p. 29)

As mulheres experimentariam uma situação de violação de direitos tanto por serem vítimas de discriminação ou de violência quanto por constituírem seres humanos direta e especialmente envolvidos com a reprodução. A reprodução e seu principal desdobramento: a maternidade “condenaria a mulher a uma existência sedentária” e a impossibilitaria de exercer a completa liberdade individual (Beauvoir, 2011, p. 63). “Todo seu corpo constituiria uma fonte de embaraço” e a mulher seria uma vítima da própria biologia (ibid, 2011, p. 311).



Sendo assim, a igualdade de condições para o exercício dos diversos direitos e para a superação das barreiras discriminatórias às mulheres requeriria a adoção de um conjunto de medidas voltadas para a promoção do conjunto de “Direitos Reprodutivos e Sexuais” da mulher, dentre eles, o direito:

- à vida e à sobrevivência.
- à saúde sexual e reprodutiva, inclusive, aos benefícios ao progresso científico.
- à liberdade e à segurança.
- à não-discriminação e ao respeito às escolhas.
- à informação e à educação para tomada de decisão.
- à autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade.
- ao casamento, à filiação, à constituição de uma família.
- à proteção social, à maternidade, paternidade e à família, inclusive no trabalho (VENTURA, 2009, p. 19)

No Brasil, o reconhecimento de tais “direitos” encontrou respaldo jurídico em certos dispositivos na CF/88. A lei constitucional estabeleceu como princípios e objetivos fundamentais do estado democrático de direito: a cidadania e dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III); a convivência livre, justa e solidária (art. 3º, I); e a promoção do bem de todos sem preconceitos ou quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, IV) (VENTURA, 2009, p. 40).

Além disso, a enumeração constitucional de direitos nos artigos 5º, 6º e 7º, bem como a previsão de outros tantos direitos humanos individuais e coletivos ao longo do texto, tais como os direitos relativos à seguridade social e à comunidade familiar (artigos 194 e 226, respectivamente), possibilitaria o reconhecimento e a efetivação de outros direitos humanos, como os “Direitos Reprodutivos e os Sexuais”⁴⁴ da mulher.

Por fim, a CF/88 preconizou que “os direitos e garantias nelas expressos não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (CF/88, art. 5º, parágrafo 2º). Desta forma, ficou possibilitada a adesão a tratados internacionais com referência, inclusive, aos direitos das mulheres e a recepção dos dispositivos neles existentes pelo ordenamento jurídico brasileiro.

⁴⁴ Os primeiros, apesar das limitações jurídicos, são reconhecidos, em certa medida, nas leis e políticas públicas em vigor. Já os Direitos Sexuais ainda não têm o reconhecimento na sua extensão ideal. Eles geralmente são relacionados aos Direitos Reprodutivos, utilizando-se a expressão “Direitos Sexuais e Reprodutivos” (VENTURA, 2009).

Somado aos dispositivos constitucionais, um conjunto de leis federais efetivaram, em certa medida, “direitos” das mulheres. Dentre elas, pode-se citar a Lei 9.263, de 02/01/1996, que trata do planejamento familiar, e a Lei 11.108 de 07/04/2005, que garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.

Não obstante, para os defensores dos “direitos reprodutivos e sexuais” da mulher, muito ainda se deve avançar. Um “direito da sexualidade”, que envolve tais “direitos”, deve assegurar total liberdade e igualdade da mulher. Não se trata apenas da proteção de um grupo sexualmente subalterno em função do gênero e do sexo. Trata-se também de evitar rótulos e imposições heterônomas e o perigo de que classificações rígidas, fundadas em distinções sexuais monolíticas, reforcem a lógica que engendra machismo ou heterossexismo no direito vigente (RIOS, 2006). “Trata-se de garantir uma igualdade de fato (material), que seja construída socialmente, ou até mesmo por meio da lei” (VENTURA, 2009, p. 20).

Neste sentido, é imprescindível a implementação de uma política de promoção da liberdade de escolha individual, fundada no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana, que compreenda o planejamento familiar⁴⁵, o livre acesso aos métodos contraceptivos, para o controle da natalidade, e o direito à maternidade segura, que abrange o acesso universal e gratuito a serviços de saúde de boa qualidade e adequados às necessidades da população, dentre os quais, assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e emergência obstétrica (VENTURA, 2009).

Deve-se, ademais, regulamentar, de modo justo e digno, as atividades social e economicamente relacionadas com o exercício da sexualidade, como acontece com os profissionais do sexo. Um “direito da sexualidade” deve propiciar proteção jurídica e promoção da diversidade sem fixar-se em identidades ou condutas meramente toleradas ou limitar-se às situações de vulnerabilidade social feminina e suas manifestações sexuais. Ele deve romper com “o tratamento subalterno reservado a mulheres e com a vitimização nutrida pela inferioridade e animada pela teatralização da infelicidade” (ROSANVALLON, 1998, p. 64 apud RIOS, 2006).

⁴⁵ Pela Lei 9.236/96, compreende-se planejamento familiar enquanto “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

Somente a partir disso, haveria, como afirma Rios (2006, p. 85),

direito à liberdade sexual; direito à autonomia sexual, integridade sexual e à segurança do corpo sexual; direito à privacidade sexual; direito ao prazer sexual; direito à expressão sexual; direito à associação sexual; direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis; e direito à informação sexual livre de discriminações.

Igualdade e liberdade, privacidade, autonomia e segurança, conectariam de modo direto o direito à vida e o direito a não sofrer exploração sexual. À mulher atribui-se a responsabilidade, o dever fundamental de cuidado, respeito e consideração aos direitos de terceiros (sejam estes indivíduos ou a comunidade) quando do exercício livre e em igualdade de condições de sua sexualidade. E ao Estado, o dever de não intervir na vida sexual e reprodutiva das pessoas e de assegurar proteção e promover e prover os recursos necessários para a efetivação desses direitos.

Por outro lado, sabe-se que o exercício da sexualidade alcança a esfera jurídica alheia, dado que sua vivência requer, no mais das vezes, o concurso de terceiros. Situações como a interrupção de gravidez indesejada, por exemplo, perguntam sobre a liberdade e as condições de discernimento dos indivíduos, bem como sobre os papéis desempenhados por cada um dos partícipes envolvidos na relação sexual. O exercício da sexualidade pode, ainda, repercutir além dos indivíduos, numa esfera transindividual, como notadamente se preocupa a saúde pública.

Daí a busca, ao privilegiar e assegurar o direito à liberdade e igualdade sexual e reprodutiva da mulher, por uma conformação das relações sociais vivenciadas na esfera da sexualidade do modo mais livre, igualitário e respeitoso possível (RIOS, 2006, p. 87).

Afirmar o lugar da responsabilidade no seio de um direito democrático da sexualidade não significa adotar uma perspectiva repressiva, calcada no moralismo ou na exclusão das sexualidades estigmatizadas pelos grupos majoritários. O exercício responsável da sexualidade, informado pelos princípios jurídicos da liberdade, da igualdade e da dignidade, reforça uma compreensão positiva da sexualidade e de suas manifestações na vida individual e social, cuja realidade exige a consideração da pessoa em suas simultâneas dimensões individual e social (RIOS, 2006, p. 88).

Tendo isso em vista, urgiria a necessidade de efetivar o livre exercício responsável da sexualidade e criar bases para uma regulação jurídica que supere as tradicionais abordagens repressivas que caracterizam as intervenções jurídicas nesses domínios. Tal regulação



acrescentaria uma compreensão positiva dos direitos sexuais, que vai além de regulações restritivas e fornece condições para um direito da sexualidade emancipatório em seu espírito.

Dentre as iniciativas com essa finalidade, estaria a legalização da prática do aborto. A garantia de direito sexual e reprodutivo da mulher asseguraria o princípio da liberdade e da igualdade da mulher e o respeito à dignidade humana. Como afirma Piovesan (2007 apud DUARTE, 2008), o Direito deve conferir às mulheres, a possibilidade de interrupção da gravidez indesejada a partir de suas próprias convicções morais e religiosas. Semelhantemente, Andrade (2000) argumenta que a defesa da vida do embrião deturpa o princípio substancial da isonomia por igualar os direitos do feto (vida hipotética) aos da mulher (vida concreta). Neste sentido, Pimentel, Pandjarian e Piovesan (2011) acrescentam que tanto a mutilação genital feminina, como a criminalização do aborto são manifestações da discriminação e violência de gênero imperantes numa sociedade patriarcal.

O fato do aborto, por decisão da mulher, ser definido como crime na lei penal brasileiro teria, assim, um peso considerável na vulnerabilidade feminina. Ele imputaria à mulher plena responsabilidade individual pela decisão e dificultaria a eliminação das restrições de acesso a serviços e procedimentos específicos para atender às necessidades do segmento feminino. A criminalização do aborto criaria um ambiente que penaliza psicológica, social e institucionalmente a mulher que aborta ou enfrenta uma gravidez indesejada, reforçando a discriminação sexual e as desigualdades de gênero, faixa etária, raça e classe social (VENTURA, 2009).

Sob essa ótica,

O direito à privacidade, à confidencialidade das informações prestadas aos profissionais de saúde, à não discriminação, à assistência efetiva, resolutive, e não discriminação, e o acesso a todos os recursos disponibilizados no sistema de saúde devem ser garantidos na assistência à saúde, inclusive sexual e reprodutiva. O princípio da não discriminação deve nortear, inclusive, o atendimento à mulher que praticou o abortamento não autorizado por lei. O desrespeito a esses direitos constitui um tipo de violência institucional e representa violação de normas éticas e legais de direitos humanos (VENTURA, 2009, p. 77).

Regulações da esfera sexual e reprodutiva são incompatíveis com o igual respeito a todos, uma vez que interferem nas escolhas pessoais de modo a considerar os indivíduos incapazes de decidir por si mesmos. Ao assegurar a liberdade sexual, a ausência de dano relevante a terceiros



e a existência de livre e espontâneo consentimento garantiriam, conjuntamente, a democracia, a cidadania sexual e os direitos humanos (RIOS, 2006). Embora atraente, esse conjunto de argumentos é, porém, falacioso, como será discutido a seguir.

3.2.3. *Concepções e limitações do direito à liberdade:*

O direito à liberdade, ou às liberdades, como preferem alguns, envolve, como ensina Bittar (2003, p. 105), diferentes manifestações em função das atividades desenvolvidas pelo homem nas diversas dimensões da vida. Enquanto direito da personalidade, ele encontra sua tutela, tanto na legislação civil, quanto na legislação constitucional.

O direito à liberdade é considerado como direito de primeira geração, ou seja, participante do grupo dos direitos limitadores do poder do Estado Absolutista (quase sempre representado pelo rei). Tais direitos constituem a defesa do indivíduo diante do poder do Estado e definem as situações em que o Estado deve se abster de interferir em determinados aspectos da vida individual e social. São as chamadas liberdades públicas negativas ou direitos negativos, porque trazem em si o conceito de não interferência do Estado.

O conceito moderno de liberdade é entendido como possibilidade ou escolha, segundo a qual a liberdade é limitada e condicionada, ou seja, finita, enquanto direito da pessoa frente o Estado (BITTAR, 2003, p. 108). Nela, há o princípio do dano (harm principle), pelo qual somos livres para fazer o que quisermos desde que não prejudiquemos o outro (FONTES, 2015).

Isso porque os direitos humanos fundamentais, dentre eles, os direitos e garantias individuais e coletivos consagrados no art. 5º da Constituição Federal, não podem ser utilizados como um verdadeiro escudo protetivo da prática de atividades ilícitas, nem tampouco como argumento para afastamento ou diminuição da responsabilidade civil ou penal por atos criminosos, sob pena de total consagração ao desrespeito a um verdadeiro Estado de Direito.

Os direitos e garantias fundamentais consagrados pela Constituição Federal não são ilimitados, uma vez que encontram seus limites nos demais direitos igualmente consagrados pela Carta Magna (Princípio da relatividade ou convivência das liberdades públicas).



Desta forma, quando houver conflito entre dois ou mais direitos ou garantias fundamentais, o intérprete deve utilizar-se do princípio da concordância prática ou da harmonização de forma a coordenar e combinar os bens jurídicos em conflito, evitando o sacrifício total de uns em relação aos outros, realizando uma redução proporcional do âmbito de alcance de cada qual (contradição dos princípios), sempre em busca do verdadeiro significado da norma e da harmonia do texto constitucional com sua finalidade precípua (MORAES, 2005). Não pode haver liberdade sem responsabilidade, uma vez que liberdades ilimitadas podem levar a violações de outros direitos humanos.

O art. 19º, nº 3 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos⁴⁶ (ONU, 1996) recorda que os direitos enumerados comportam deveres e responsabilidades especiais e a própria Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU, 1948), expressamente, em seu art. 29 afirma que o exercício dos direitos e das liberdades de cada um pode ser submetido a limitações prescritas pela lei:

Toda pessoa tem deveres com a comunidade, posto que somente nela pode-se desenvolver livre e plenamente sua personalidade. No exercício de seus direitos e no desfrute de suas liberdades **todas as pessoas estarão sujeitas às limitações estabelecidas pela lei com a única finalidade de assegurar o respeito dos direitos e liberdades dos demais, e de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática** [grifo nosso].

Ainda, segundo Bittar (2003, p. 105), “o bem jurídico protegido é a liberdade, que se pode definir como a faculdade de fazer, aquilo que à ordem jurídica se coadune”.

As duas definições acima apontadas sustentam uma concepção de liberdade finita, como possibilidade ou escolha, liberdade condicionada e limitada pelo ordenamento jurídico para quem o direito à liberdade consiste no “direito de cada um se manifestar consoante a sua vontade, dentro dos limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico, ou seja, o poder de fazer ou não fazer tudo o que se queira, no âmbito das limitações fixadas pelo ordenamento jurídico”

⁴⁶ O exercício das liberdades previstas no parágrafo 2 do presente artigo comporta deveres e responsabilidades especiais. Pode, em consequência, ser submetido a certas restrições, que devem, todavia, ser expressamente fixadas na lei e que são necessárias: a) Ao respeito dos direitos ou da reputação de outrem; b) À salvaguarda da segurança nacional, da ordem pública, da saúde e da moralidade públicas.

No direito positivo brasileiro, a declaração das liberdades públicas se concentra no art. 5º da Constituição, em cujo caput se garante "aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade".

Ao longo dos múltiplos incisos, estão expressas liberdades como a de locomoção ("XV- é livre a locomoção no território nacional..."), de expressão (IV- manifestação do pensamento; IX- atividade intelectual, artística, científica e de comunicação; XIV- acesso e divulgação da informação), de consciência, crença e culto ("VI- é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos..."), de reunião ("XVI- todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização..."), de associação ("XVII- é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar") e de trabalho ("XIII- é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer").

O professor e ministro do Supremo Tribunal Federal, Luís Roberto Barroso, mostra que a própria Constituição estabelece limites ao exercício de determinadas liberdades públicas, além de admitir sua disciplina em lei, desde que respeitados os balizamentos constitucionais e a razoabilidade de qualquer medida limitativa (BARROSO, 2001).

Assim, por exemplo, o direito de informação terá de ser ponderado, conforme as circunstâncias, com o direito de privacidade. Algumas liberdades econômicas sofrem limitações decorrentes da proteção ao trabalho e à economia popular. Uma assembléia pública poderá sujeitar-se, quanto ao local de sua realização, à conveniência da circulação de pessoas e de veículos e à própria segurança pública⁴⁷.

Semelhantemente, sob a ótica jurídica positiva, o direito à liberdade sofre constrangimentos quando em confronto com outros direitos. Como afirmam Piovesan e Pimentel (1997, p. 3), a ordem jurídica, ao consagrar a inviolabilidade do direito à liberdade, permite limites ao exercício da mesma. Um exemplo seria a proibição da incitação à discriminação racial enquanto limite ao exercício da liberdade de expressão.

⁴⁷ Ver "Tutela e efetividade do Direito Constitucional à liberdade", disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15946-15947-1-PB.pdf>

O direito à liberdade não é previsto de forma ampla e ilimitada. O conteúdo de sua inviolabilidade é definido a partir de um dinâmico e complexo processo de disputa entre valores constitucionalmente assegurados. Daí, no caso supracitado, o valor da liberdade não se sobrepor ao valor da tolerância.

3.2.4. *Contradições e fragilidades do argumento da autonomia privada da mulher sobre o próprio corpo*

As posições pró-aborto, relativistas da inviolabilidade do direito à vida, são geralmente pautadas nos direitos da gestante sobre seu corpo ante a existência indesejada do nascituro. De acordo com Blázquez (apud DINIZ, 2009), em sua obra “A ditadura do aborto”⁴⁸, a prevalência do argumento de que o nascituro não passa de um apêndice corporal à gestante requer comprovação científica de que o nascituro não pertence à categoria dos seres humanos, por não passar de um apêndice corporal à gestante.

O argumento dos direitos sobre o próprio corpo pode ser usado somente se o direito da grávida sobre o seu próprio corpo for absoluto em detrimento dos impactos sobre a prole que está sendo gerada. No caso do aborto, o argumento da autonomia privada não pode prevalecer. Isto porque o bem jurídico protegido é a vida, a vida do ser humano que se encontra em fase de desenvolvimento no corpo da mulher.

Ademais, os argumentos em defesa do direito à liberdade sexual e reprodutiva da mulher são questionáveis. Suas principais defensoras atualmente foram inspiradas e advocam a causa ou de mulheres feministas do movimento pró-vida, dentre elas, Susan B. Anthony⁴⁹ e Elizabeth Cady Stanton⁵⁰, ou de mulheres contraditórias em sua forma de teorizar e lutar, como Simone De Beauvoir.

⁴⁸ Título original “*La dictadura del aborto*”.

⁴⁹Susan B. Anthony, cuja face está numa moeda de dólar, um selo de três centavos e cuja estátua está na Rotunda do Capitólio dos EUA, dedicou-se a aprovar as Emendas 13, 14 e 15 da Constituição dos EUA. Ela realizou campanhas vigorosas em prol da liberdade de escravos e do direito das mulheres votarem. Por se opor ao aborto, Susan lamentou-se muito depois de ficar sabendo que sua cunhada havia feito um aborto. Ela escreveu em seu diário: “Ela lamentará o dia em que ela violentou a natureza”.

⁵⁰Nascida em 12 de novembro de 1815, em Johnstown, Nova York, Elizabeth Cady Stanton era uma figura abolicionista e líder do movimento da mulher. Escritora, sua Declaração de Sentimentos foi um apelo revolucionário pelos direitos das mulheres através de uma variedade de espectros. Stanton foi a presidente da Associação Nacional de Sufrágio da mulher por 20 anos e trabalhou em estreita colaboração com Susan B. Anthony.

Susan B. Anthony era uma feminista radical em um momento em que as mulheres sequer tinham o direito de votar. Ela se referia ao aborto como "assassinato de crianças", como "um meio de exploração tanto para mulheres como para crianças":

Eu desaprovo o horrível crime de assassinato de crianças ... Não importa qual seja a razão para fazê-lo, o amor pela comodidade, ou o desejo de poupar alguém que ainda vai nascer do sofrimento, a mulher que comete este ato é terrivelmente culpada... Mas oh! Três vezes culpado é o homem que liderou o desespero que a dirigiu em direção a esse crime (DERR, Mary Krane; MACNAIR, Rachel; HUEBL, Linda Naranjo. **ProLife Feminism Yesterday and Today**. Expanded Second Edition, Xlibris, 2005).

No jornal *The Revolution*, Anthony fez a seguinte declaração:

Quando uma mulher destrói a vida de seu filho não nascido, este é um sinal de que, seja por razões de educação, ou seja, pelas circunstâncias que a rodeiam, ela tem sido extremamente ofendida (Brinkerhoff, Mattie. **The Revolution**. 09 de abril, 1868. 215-6).

Outra líder feminista, Elizabeth Cady Stanton, afirmou:

Se considerarmos que as mulheres são tratadas como propriedade, é degradante para as mulheres que tratemos nossos filhos como propriedade sujeitos a serem eliminados por nossa vontade (Carta para Julia Ward Howe, 16 de outubro, 1873)⁵¹.

Mais tarde, essas mulheres foram seguidas por uma nova geração de feministas, dentre elas, Simone de Beauvoir e Margaret Sanger, fundadora da Planned Parenthood e protagonista na defesa do aborto enquanto direito legítimo das mulheres e como forma de liberdade sexual, assim como ativista pelo controle de natalidade e eugenia sobretudo, nos anos de 1960 e 1970.

As primeiras feministas, como Susan Anthony, ficariam horrorizadas e lamentariam se soubessem que o aborto – por elas considerado como um assassinato de crianças - um dia seria considerado como direitos das mulheres! Alice Paul, a autora da versão original da Equal Rights Amendment⁵² também se referiu ao aborto como "a exploração final das mulheres".

⁵¹ When we consider that women are treated as property, it is degrading to women that we should treat our children as property to be disposed of as we see fit." [Letter to Julia Ward Howe, October 16, 1873].

⁵² A Equal Rights Amendment (ERA) foi a proposta de emenda à Constituição dos Estados Unidos que visava garantir a igualdade de direitos para as mulheres. O ERA foi originalmente escrito por Alice Paul e Crystal Eastman e introduzido no Congresso pela primeira vez em 1923. A emenda sempre gerou controvérsia entre as mulheres, e por fim, apesar de ser ratificada por alguns Estados, acabou não logrando êxito.

Nas linhas a seguir, problematiza-se os principais argumentos disseminados por feministas pró-escolha em favor do direito à liberdade sexual e reprodutiva da mulher, apresentados na seção anterior a esta, baseados nas preciosas contribuições de Scott Klusendorf com seu livro “A Case for Life: Equipping Christians to Engage the Culture”.

a) *De Beauvoir: “Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”*

Simone de Beauvoir, em seu livro “O Segundo Sexo”, sustenta um protesto contra ser feminina, um protesto sufocante e incomparável, segundo Barret (1962). “A Maternidade condena a mulher a uma existência sedentária e por isso é natural que ela permaneça com as questões do coração enquanto o homem vai caçar e pescar”, afirma Beauvoir (1949, p. 63). “A maternidade é uma função feminina na qual é impossível de exercer a completa liberdade” (ibid, 655). “Todo o seu corpo é uma fonte de embaraço” (ibid, p. 311).

O existencialismo de Beauvoir, emprestado de Sartre, faz uma paródia da mulher, uma vez que diz respeito a sua feminilidade como escravização ao próprio corpo. Mais especificamente, ela retrata-a como sendo vítima de sua própria biologia e imobilizada pelas expectativas de sua sociedade burguesa.

Beauvoir não se constituiu uma pensadora independente como publicamente assumia ser. Ela não representava os pensamentos das mulheres, nem daquelas que valorizavam sua feminilidade. Em suas próprias palavras, Beauvoir se considerava um “nada” que temia tudo, enquanto aspirava a um ideal masculino, apesar de acreditar que os homens viam as mulheres como o “outro” que deveria ser oprimido. Ela se definia como vazia e desesperada; era alcoólatra, fumava excessivamente e experimentava drogas. Ela apresentava propensões suicidas e sofria crises de depressão, além de ser obcecada pela morte (BAIR, 1990).

Como decorrência, o pensamento de Beauvoir foi marcado pela inconsistência. Ao mesmo tempo que defendia com veemência o “direito” ao aborto, ela não se mostrava “pró-escolha” em se tratando de outros assuntos relacionados à mulher, tais como, o direito das mesmas de criar seus próprios filhos em suas próprias casas. Como declarou em uma entrevista: “Nenhuma mulher deve ser autorizada a ficar em casa para criar seus filhos. As mulheres não devem ter essa escolha, precisamente porque se existir tal escolha, muitas mulheres escolherão fazer isso” (BEAUVOIR, 1975).

Tal como acontece com as declarações de muitos libertários modernos, existe mais do que um toque de autoritarismo por trás dessa observação. A "campeã" da liberdade, se tivesse o poder, removeria a liberdade da vida da grande maioria. "Enquanto o mito da maternidade e o instinto materno não forem destruídos", Beauvoir argumenta, "as mulheres ainda serão oprimidas" (*ibid*, 1975).

Por outro lado, Beauvoir permitiu a opressão e sua exploração sem misericórdia por Sartre, seu esposo. "Em todos os aspectos, Sartre tratou [Beauvoir] não melhor do que Rousseau fez a sua Thérèse; pior, porque ele era notoriamente infiel". Nos anais da literatura, há poucos casos piores de um homem explorando uma mulher (JOHNSON, 1998, p. 235).

Também parece estranho que alguém cuja filosofia pareça ser sobre a liberdade do indivíduo se expresse politicamente a favor da coerção das massas. Beauvoir editou a revisão marxista de "*Les Temps Modernes*", enquanto elaborava sua obra "O Segundo Sexo", já mencionada. Sua afeição pela política comunista e a incompatibilidade entre tal ideologia e a liberdade por ela defendida foram denunciadas por Christina Hoff Sommers em seu livro "Who Stole Feminism" ("Quem roubou o feminismo). No subtítulo "Women Who Have Betrayed Women" ("Mulheres que tem traído mulheres"), Beauvoir é citada como uma delas. Assim como Jean-Jacques Rousseau queria "forçar o povo a ser livre", Beauvoir buscou o mesmo para as mulheres. A liberdade por ela defendida não era, na verdade, liberdade em tudo e para todos (SOMMERS, 1994, p.257).

b) *Homens e mulheres devem ter direitos iguais:*

A principal justificativa para a defesa do direito à liberdade sexual e reprodutiva da mulher consiste na garantia de igualdade entre homens e mulheres. Impossibilitada de decidir sobre uma gravidez indesejada, a mulher estaria sujeita a jugo e responsabilidade desigual perante o homem, o que feriria a isonomia entre os dois sexos.

A dicotomia homem *versus* mulher consiste em um fato histórico inquestionável; a inferioridade feminina na sociedade sempre esteve posta ao longo do tempo. Nunca, porém, tal inferioridade foi atribuída à dicotomia mulher *versus* filho.

Nesta esteira, a legislação brasileira, inclusive a Constituição Federal, elenca uma série de normas que visam extirpar, por completo, esta lógica arcaica e incoerente com a dignidade da pessoa humana. Nota-se sempre que a desigualdade combatida nos dispositivos legais, tanto nacionais quanto internacionais, referem-se sempre à garantia dos direitos da mulher em igualdade com o direito dos homens.

O inciso I do art. 5º da Constituição diz que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações; a Lei 9.504/97, art. 10 § 3º reserva o mínimo de 30% e máximo de 70% dos registros das candidaturas para cada sexo; a lei 11.340/06, popularmente conhecida como lei Maria da Penha, visa coibir a violência familiar contra a mulher; na CLT, o art. 5º e 461 proíbe a fixação de salários distintos para a mesma atividade em decorrência do sexo; na lei 9.029/05, o art. 1º proíbe a prática discriminatória e limitativa para acesso a vaga de emprego por motivo de sexo. Em todas estas normas, o legislador procurou proteger os direitos da mulher em relação ao homem e não em relação a maternidade, visto que a gravidez não diminui ou oprime a mulher, pelo contrário, ela a dignifica e a coloca como peça fundamental para a existência da humanidade.

É importante mencionar também que o Brasil adotou a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Sobre este importante avanço, vale destacar o que diz Piovesan (2012, p. 284):

A Convenção se fundamenta na dupla obrigação de eliminar a discriminação e de assegurar a igualdade. A Convenção trata do princípio da igualdade, seja como uma obrigação vinculante, seja como um objetivo. Para a Convenção, discriminação contra a mulher significa “toda distinção, exclusão, ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo, exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher.

Mais uma vez, é evidente que todas estas normas visam nivelar direitos entre mulheres e homens, visto que muitos deles foram responsáveis por distorcer a importância e o valor da mulher na sociedade. Os filhos, sobretudo os que ainda estão no ventre, nunca foram motivo para o retrocesso ou estagnação feminina no plano público ou privado. Por esta razão, não há qualquer motivo que justifique a legalização do aborto sob o argumento de que isso gerará igualdade entre homens e mulheres.

Pelo contrário, permitir que a mulher escolha sobre a vida do filho coloca sobre os ombros dela a responsabilidade de algo que deve ser igualmente compartilhado entre os progenitores. Legalizar o aborto gerará em homens irresponsáveis o sentimento de que a opção da mulher em não abortar a coloca como a principal responsável por cuidar da criança. O que provavelmente acontecerá é que mulheres que desejam ser mães se sentirão coagidas a abortar, por medo de futuramente serem responsabilizadas por seus companheiros pelo sustento e cuidado da criança. Isso seria um enorme retrocesso às conquistas femininas e grave violação ao princípio da isonomia.

c) *A escolha não é individual; o pai da criança também é responsável por seu filho*

Observa-se contradição, ademais, no discurso em relação ao papel do homem durante a gravidez da mulher. Por um lado, diz-se que o homem deve assumir sua responsabilidade e, nesse sentido, apoiar a gravidez ainda que indesejada e prestar assistência financeira e emocional à mãe. Ele deve assumir o controle sobre a situação que ele ajudou a criar, considerando o bebê, não só como pertencendo à mulher, mas como o seu próprio.

Por outro lado, diz-se para o mesmo homem que o aborto não é seu negócio, mas cabe apenas à mãe e ao médico. Segue daí a implicação errônea de que o aborto não provocará consequências para a vida do homem. Isso, porém, não é real. Muito pelo contrário, o aborto tem fortes efeitos em longo prazo sobre os homens (ALCORN, 2000, p.135).

Em um artigo publicado na revista *Esquire*⁵³, doze homens falaram abertamente sobre o preço que tinham pago por causa do aborto. Alguns eram de acordo com a decisão de abortar, outros não. Alguns pressionaram suas companheiras para que abortassem, mas agora desesperadamente desejavam que elas não tivessem feito:

Era o corpo dela, mas eu fiz uma lavagem cerebral nela. Eu era o único que tomava todas as decisões. Uma vez que tudo estava acabado, nunca mais falamos sobre isso. Mantivemos nossas bocas fechadas. Embora ela tinha algumas palavras muito proféticas a dizer. Ela disse: "Wagner, você vai se arrepender disso para o resto de sua vida." Eu disse: "Não, não". Mas dentro de mim, algo se acendeu e se apegou às suas palavras. Ela estava certa. Eu nunca vou esquecer. Eu não posso mais me perdoar (Esquire, Magazine. **Men on Abortion**. Março de 1990).

⁵³ Disponível em inglês: <http://liveactionnews.org/post-abortion-man-reveals-pain-esquire-article/>.



Refletindo sobre sua experiência, Baker disse: "O aborto é uma coisa terrível." Muitos dos homens comentaram sobre os efeitos desastrosos que o aborto tinha trazido sobre seu relacionamento com sua esposa ou namorada. Um deles afirmou: "Tudo simplesmente se dissolve depois que se realiza o aborto".

Na verdade, eu já passei por um momento horrível evitando pensar nesse assunto. Até hoje eu ainda penso nisso. Quando eu vou dormir eu penso sobre isso e digo: "Cara, que coisa horrível que você fez. Uma vida humana trocada por bens materiais". E isso era exatamente o que eu estava fazendo, porque esperava chegar a um futuro melhor e poder comprar mais coisas. Eu não sou daquelas pessoas que acreditam que é apenas uma vida em potencial. Eu a cada dia acredito mais que o bebê que ainda está no útero é isso: uma vida humana. Gostaria de não acreditar nisso. Eu gostaria de acreditar que é diferente, mas eu não posso. Se eu pudesse, lidar com a mente seria mais fácil. Ela fez isso por mim. Eu sinto que eu matei alguém. Eu gostaria de poder fazer tudo diferente, se eu pudesse voltar no tempo e reviver aqueles anos. Se ela tivesse a criança, mesmo que não tivéssemos casados não teria sido tão ruim assim. Eu vi outras pessoas passarem por essa situação. A realidade é tão miserável, por vezes, não é?

Depoimentos como estes demonstram que certamente não se deve considerar somente o bem-estar das crianças e mães, mas também o dos pais.

d) Os direitos da mãe não são mais valiosos que os direitos do bebê

Todos são a favor do direito de escolha. Homens e mulheres são livres para escolher. Isso se aplica, inclusive, em relação ao sexo. Homens e mulheres são livres para se abster do sexo ou usar contraceptivos ou ainda não escolher qualquer um destes dois métodos. Depois, porém, que engravidam, não há mais escolha entre ser ou não ser pai e mãe. O(a) filho(a) já está presente no ventre materno. A partir de então, os pais terão ou um(a) filho(a) vivo(a) ou um(a) filho(a) morto(a).

As duas matérias de controle de maternidade – o sexo e o controle de natalidade – são de natureza pessoal e privada. Entretanto, a questão do aborto não é pessoal nem privada. Ela envolve diretamente a vida de uma pessoa e, por conseguinte, torna-se matéria de preocupação pública. Assim como a sociedade deve proteger a vida da mãe se alguém tentar matá-la, deve-se proteger a vida da criança, se alguém tentar matá-la.

Daí a comparação feita entre o direito à vida de um bebê e o direito de autonomia da mãe ser infundado. O que, na verdade, está em jogo na discussão sobre autonomia da mulher não é o direito de escolha versus o direito à vida. O que está em jogo é o estilo de vida da mãe e a vida do bebê.

Claramente, uma criança não tem mais direitos do que a mãe. Toda vez que você tomar duas pessoas e compará-las, elas serão equivalentes e terão os mesmos direitos. Da mesma forma, mãe tem o mesmo direito de viver do que o filho. Na maioria dos abortos que são realizados, o direito à vida das mulheres não é um problema, porque a sua vida não está em perigo.

A mãe não só tem o direito de viver, mas também tem o direito de viver o estilo de vida que escolha, desde que essa opção não retire os direitos mais fundamentais dos outros, sendo o mais básico de todos o direito de viver. O direito de ter certo estilo de vida nunca será absoluto e incondicional. Será sempre regido pelos efeitos que tem sobre os outros indivíduos.

Segundo pesquisa desenvolvida pela Planned Parenthood⁵⁴, responsável pelo maior número de clínicas abortivas nos Estados Unidos, o desejo de completar os estudos ou o de seguir trabalhando são as razões mais comuns que levam as mulheres a escolher abortar uma gravidez não planejada. Em muitos casos, terminar os estudos e trabalhar são coisas desejáveis que podem ser dificultadas por uma gravidez.

A gravidez pode dificultar, mas não impede uma mulher de ir à escola ou de continuar trabalhando. Existem alternativas preferíveis a causar a morte de uma criança inocente, dentre elas, entregar o filho para adoção.

e) *As maiores violações aos direitos fundamentais foram cometidas com base no direito de “escolher”*

Quase todas as violações dos direitos humanos cometidas foram defendidas na base do direito de escolha. Donos de escravos argumentavam: “Você não tem que possuir escravos se não quiser, mas não nos digam que não podemos escolhê-los. É nosso direito”. Aqueles que queriam a posse ilegal de escravos foram acusados de ser anti-escolha e anti-liberdade e de impor seus princípios morais.

⁵⁴ **Abortion:** Facts at a Glance. New York: Planned Parenthood of America. Disponível em <https://www.plannedparenthood.org/>. Acesso 31 de Março, 2016.

O movimento pelos direitos civis, como o movimento abolicionista há duzentos anos, era veementemente contrário ao exercício dos direitos de personalidade e grande parte da sociedade concordava com isso. Quando se tratava de discriminação racial, este movimento foi fortemente considerado anti-escolha. Os brancos haviam sido historicamente livres para escolher possuir seus escravos e para criar ambientes de segregação, principalmente na América – afinal, a América é um país livre. No entanto, o movimento pelos direitos civis lutou para que essa “escolha” fosse retirada dos brancos. Da mesma forma, o movimento de mulheres lutou para acabar com a liberdade de escolha do empregador de discriminá-las.

Quase cada um dos movimentos de opressão e exploração, desde a escravidão até a prostituição, pornografia, tráfico de drogas e o aborto são catalogados como pró-escolha. Da mesma forma, os movimentos de oposição que oferecem compaixão e resgate são rotulados como anti-escolha.

Pelo menos em relação à prostituição, à pornografia e às drogas, geralmente a vítima tem alguma escolha. No caso do aborto, a vítima não tem escolha. Ela é a exceção mais evidente da sociedade contra qualquer retórica elevada sobre a existência do direito de escolher e sobre o direito de viver a vida sem a intervenção de outros.

Ademais, vale salientar que a posição que favorece o direito de escolha sempre negligencia o direito de escolher da vítima. As mulheres não escolhem o estupro, as pessoas de cor não escolheram ser escravas, os judeus não escolheram ser queimados e os bebês não escolhem ser abortados.

Ironicamente, e, por vezes, a mesma pressão que as mulheres tiveram de suportar dos homens agora é colocada sobre crianças não nascidas durante um aborto. Alguns homens têm usado sua estatura e força para justificar os maus tratos com as mulheres, como se as mesmas lhe concedessem o direito de controlar outra pessoa. Da mesma forma, e paradoxalmente à igualdade pregada pelos movimentos feministas, algumas mulheres têm empregado sua maior estatura e força física para abortar, bem como para defender a descriminalização dessa prática que elimina o direito e a vida de crianças não nascidas (ALCORN, 2000, p.129).

- f) *O aborto garante que a cada ano milhares de mulheres não tenham controle sobre seus corpos.*

Uma mulher que mantém sua gravidez exerce o controle básico sobre seu corpo e sua vida, ainda que não seja absoluto. Todavia, um bebê do sexo feminino morto por um aborto não tem um corpo ou uma vida e nunca terá o privilégio de controlar suas escolhas.

A ONU estima que mais de 200 milhões de meninas estão “faltando” no nosso mundo. Essas foram assassinadas ou no ventre e logo após nascerem ou não receberam comida e tratamento adequado que foram disponibilizados aos seus irmãos e pais (VLACHOVA e LEA, 2014). Na China, por exemplo, existem 37 milhões de homens a mais do que mulheres. Como resultado, as taxas de tráfico humano e escravidão sexual são altíssimas no país (LITTLEJOHN, 2014). Já nos Estados Unidos, cerca da metade dos bebês que são abortados são do sexo feminino, o que constitui aproximadamente 650 mil meninas assassinadas antes de nascer. Cerca de vinte milhões de bebês do sexo feminino morreram de aborto desde que ele foi legalizado em 1973.

Somado a isto, pesquisas recentes mostram a preferência dos pais por bebês do sexo masculino. O acesso à tecnologia tem permitido a seleção do gênero das crianças em uma proporção alarmante. Segundo o chefe da divisão de gênero do Fundo da População das Nações Unidas, Luis Mora (Revista Fórum, 2014)⁵⁵, observa-se “como a discriminação, a preferência por meninos e todas as questões relacionadas têm progressivamente se espalhado para países que nunca antes tínhamos pensado que poderiam praticar a escolha do gênero, como os países do Leste Europeu”.

Dessa forma, milhares de mulheres têm sido restringidas dos seus direitos mais fundamentais; não possuem o direito de viver, sequer o de ser livre. O aborto é uma das melhores ferramentas para auxiliar na seleção dos sexos, uma vez que, se há permissão para decidir sobre a vida ou a morte de uma criança, também se pode selecionar o sexo que irá viver; uma lógica cruel e violadora da dignidade humana.

g) Os direitos não se diferenciam pelo tempo de vida e local de residência

⁵⁵ Disponível online em: <http://www.revistaforum.com.br/2014/11/11/abortos-de-bebes-sexo-feminino-se-espalham-como-epidemia-leste-europeu-diz-onu/>

Uma pessoa é uma pessoa, se ela vive em uma mansão, em um apartamento ou na rua. Ela é uma pessoa se está presa em uma caverna, encontra-se dependendo de outros em um asilo ou se está habitando no ventre de sua mãe. Há um consenso geral que um bebê prematuro deitado em uma incubadora hospitalar merece viver. Por que, então, o mesmo bebê teria menos direito à vida unicamente porque ainda está no ventre de sua mãe?

As ciências biológicas mostram que a vida começa na fecundação. Não há de se distinguir, portanto, o tempo de vida nem o local de desenvolvimento da mesma nas decisões que a envolvem. Considere este cenário como real: duas mulheres engravidam no mesmo dia. Seis meses mais tarde, a mulher A dá à luz a um bebê prematuro e pequeno, mas saudável. A mulher B continua grávida. Uma semana depois, as duas mulheres decidem que não querem seus bebês. Por que deveria ser permitido que B pudesse matar seu bebê e a mulher A não pudesse matar o seu?

Dado que não existe nenhuma diferença na natureza ou no desenvolvimento de ambos os bebês, por que a ação de B significa que ela está exercendo um direito legítimo de escolher, enquanto a ação de A se sujeitaria à acusação de assassinato em primeiro grau? É irracional reconhecer que uma das crianças é um bebê e fingir que o outro não é.

Esses, portanto, são alguns dos argumentos que restringem o direito à liberdade individual em decorrência da contraposição do direito absoluto à vida. Como salienta Diniz (2009, p. 81), “não há nenhum princípio de liberdade individual que possa ser maior do que o que coloca a vida humana como o valor supremo da humanidade”, tratando-se, pois, de “bem jurídico inviolável, que tem importância tanto para seu titular como para a comunidade”. Trata-se de proteção jurídica de vida humana concreta (DINIZ, 2009), constatada cientificamente (MARTINS, 2005; FRANÇA, 2001; MOORE; PERSAUD, 2004), onde o conceito é sujeito hipossuficiente e indefeso ante os ataques à sua dignidade inerente (DINIZ, 2009).

Não há dúvida de que todos são a favor do direito de escolha quando se trata daquelas que são feitas antes da gravidez e depois do nascimento. Homens e mulheres são livres para escolher se abster do sexo, usar contraceptivos ou em escolher não usar qualquer um destes dois métodos.

No entanto, quando uma mulher está grávida, a escolha que ela fez deu origem a um novo ser humano. A escolha relacionada ao aborto não é sobre ser mãe ou não ser: já se é, uma vez que a criança já está presente em seu ventre. A pergunta é sempre se essa mãe dará luz a um filho vivo ou morto.

Embora as duas matérias de controle de maternidade – o sexo e o controle de natalidade – são de natureza pessoal e privada, a questão do aborto não o é. O abortamento envolve diretamente a vida de outra pessoa e, por conseguinte, torna-se matéria de preocupação para uma sociedade. Assim como a sociedade deve proteger a vida da mãe se alguém tentar matá-la, ela deve proteger igualmente a vida de uma criança no ventre, se alguém buscar tirar-lhe a vida.

3.3. Vida versus liberdade: qual deve prevalecer?

A discussão apresentada nas seções anteriores permite-nos refletir, a partir de agora, sobre o conflito jurídico entre o direito à vida e o direito à liberdade sexual e reprodutiva da mulher. Por um lado, o Direito Fundamental à vida transcende o aspecto individual e transpassa o aspecto social, uma vez que a sociedade é um grupo de indivíduos vivos. Por outro, o direito à liberdade é inviolável e deve ser assegurado pelo Estado Brasileiro, como dispõe o caput do art. 5º da CF/88. Diante de tal conflito entre eles, qual deve prevalecer?

3.3.1. Direito à vida x Direito à liberdade: algumas reflexões jurídicas

A vida é um bem jurídico que não importa proteger só do ponto de vista individual; ela tem importância para a comunidade. A vida humana de cada indivíduo e a vida comum dos membros de uma sociedade é e deve ser sempre protegida e resguardada pelo Direito. Como afirma Rocha (2014, p. 14), a vida “é o bem supremo e primário a partir do qual todos os direitos se estruturam, se organizam, se põem, se expõem e se impõem”. Como postulado por Ulpiano (2015), “*ubi homo, ibi societas, ubi societas, ibi jus; ergo, ubi homo, ibi jus*”, isto é, “onde

estiver o Homem, aí estará a sociedade; onde estiver a sociedade, aí estará o Direito; logo, onde estiver o Homem, aí estará o Direito”⁵⁶.

O Direito surge, portanto, da manifesta necessidade de garantir o direito à vida dos indivíduos. Sua função primária é estabelecer uma “boa ordem” de convivência entre as pessoas, capaz de resolver os conflitos e choques de interesses. Neste sentido, o Direito serve enquanto instrumento de convívio harmônico social e moderador das liberdades do homem, que se expressam por meio de regras.

O Direito, entendido como um “conjunto de normas jurídicas” destinadas a disciplinar a conduta dos integrantes de uma comunidade, é inerente ao ser humano e decorre de duas de suas características: a liberdade e a sociabilidade. A liberdade se caracteriza por uma combinação de impulsos conscientes que possibilita ao indivíduo escolher. Machado Segundo (2009, p.21) concorda e acrescenta:

A liberdade, portanto, é a aptidão de fazer escolhas, vale dizer, a aptidão humana de, diante de várias possibilidades, eleger uma delas e procurar torná-la real. Outra característica humana é a sociabilidade, ou a necessidade que o homem tem de viver entre semelhantes, evidenciada pelo fato de que “a arqueologia só nos mostra o homem em sociedade, ainda que essa sociedade se reduza a algumas dezenas de indivíduos.

Bueno (1958, p.19) salienta, ademais, que “viver em sociedade é uma condição indeclinável das necessidades intelectuais, morais e físicas do homem; a forma da associação pode variar, mas a dependência desse estado é providencial e inseparável dele”.

As sociedades humanas não se caracterizam apenas pela formação de um grupo e pela cooperação entre seus membros. Elas se expressam pela formação, em tais grupos, de realidades institucionais, o que só a racionalidade permite. Além de social, o homem é um ser capaz de criar instituições que somente existem na medida em que são reconhecidas pelos demais integrantes do grupo (MACHADO SEGUNDO, 2009, p. 23).

É precisamente da conjunção dessas características que nasce o Direito, enquanto um conjunto de normas de conduta destinado a viabilizar a convivência dos membros do grupo, conciliando-

⁵⁶ Ver: Ulpiano – Corpus Iuris Civilis. Disponível em: <http://droitromain.upmf-grenoble.fr/Corpus/digest.htm>. Acesso em 08 de Julho, 2015.

lhes as liberdades. Daí afirmar que o Direito é um instrumento de compartição de liberdade (ibid, 2009).

Exercida de forma plena e sem restrições por um indivíduo, a liberdade implica a completa supressão da mesma liberdade por parte de outros indivíduos. Em outras palavras, assegurar a um o direito de fazer tudo o que quiser significa não assegurar a outros outros direitos, como o direito à vida e à própria liberdade. Como afirma Popper (2001, p.123), “se eu for livre para fazer tudo o que quiser, então também sou livre para privar os outros da liberdade”.

Daí a necessidade do direito para proceder à sua compartição. Afinal, se não se compartilhar a liberdade, não haverá exercício possível da liberdade. Esta só existe com a condição de ser limitada para cada um, em proveito de todos. A liberdade absoluta é também a absoluta impossibilidade de seu exercício. Disto resulta que, sendo a liberdade termo relacional, ninguém pode ser livre sozinho.

O direito à liberdade deve, portanto, ser condicionado. Como postulado pela Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789:

A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique a outrem. Assim, o exercício dos direitos naturais do homem não tem limites, senão aqueles que asseguram aos outros membros da sociedade o gozo desses mesmos direitos; seus limites não podem ser determinados senão pela lei (França, 2015).

Assim, o direito à liberdade pressupõe um ordenamento jurídico, que o restrinja em prol do bem-estar social. Para tanto, é mister que exista um poder central que faça as normas, aplique-as e controle sua eficiência. Daí a instituição do Estado e a construção de uma ordem jurídica própria por meio dele. Ao Estado, compete resguardar e aplicar os direitos individuais e coletivos positivados e assegurar a convivência humana pacífica.

Nesta perspectiva, o desinteresse do indivíduo pela própria vida não exclui a tutela penal do Estado. Ao Estado compete protegê-la como valor social e este interesse superior torna inválido o consentimento do particular para que dela o privem (SILVA, 1993, p. 204). Tal raciocínio se aplica para a vida em desenvolvimento no útero materno. Ela é relevante para a sociedade e deve ser sempre garantida pelo Estado, pois como existiria sociedade sem vida?



Não existe liberdade onde as leis permitem que, em determinadas circunstâncias, o homem deixe de ser pessoa e se converta em coisa (GIUFFRÈ, MILANO, 1973). Em qual lado da balança da justiça repousa o bem jurídico de maior peso? Não se pode aceitar que se extingua vidas em privilégio da dignidade de outras ou ainda em decorrência exclusiva da liberdade, pois o direito à vida ultrapassa em seu valor quaisquer outros direitos.

Caso as leis permitam o direito à liberdade de tolher a vida, a sociedade entrará em um estado de libertinagem (abuso da liberdade), no qual as leis permitem tudo, ou seja, o que existe é um Estado sem lei, anárquico, uma vez que o direito e as leis deixariam de ter razão para existir. Ademais, à mulher, já é assegurada a autonomia de decidir livremente sobre o planejamento familiar, princípio este decorrente do direito à dignidade da pessoa humana.

3.3.2. A proteção do direito à vida na legislação brasileira:

Para garantir a proteção integral do direito à vida, foi necessária a interferência do Direito Penal, ramo mais gravoso e punitivo de todo o ordenamento jurídico. Todos os delitos do Título I da Parte Especial do Código Penal possuem como bem jurídico, isto é, como valor protegido, a vida. Assim, tanto a vida em desenvolvimento (vida intra-uterina) como a vida independente (vida extra-uterina) são protegidas pelo Direito Penal Brasileiro. Prado (2014, p. 219) define bem jurídico penal como

Ente (dado ou valor social) material ou imaterial haurido do contexto social, de titularidade individual ou metaindividual reputado como essencial à coexistência e desenvolvimento do homem e, por isso, jurídico-penalmente protegido.

Assim, cumprindo o mandamento imperativo constitucional, o Código Penal garante a inviolabilidade total do direito à vida. A máxima expressão dessa inviolabilidade encontra-se no art. 121 do Código Penal Brasileiro, que apresenta a seguinte redação: “Art 121. Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos” (BRASIL, 1940). A inviolabilidade da vida é inclusive o primeiro dos bens a ser elencado na parte especial do Código Penal, talvez uma forma de o legislador externar e endossar a sua importância.

Ao assegurar o direito à vida, a legislação penal pune todas as formas de interrupção violenta do processo vital. Ademais, por essa razão, considera-se legítima a defesa contra qualquer

agressão à vida, bem como se reputa legítimo até mesmo tirar a vida de outrem em estado de necessidade da salvação da própria.

Atualmente, reconhece-se a relativização da inviolabilidade daquele que é o bem maior do ser humano, a vida, apenas em poucos casos. Um primeiro decorreria do fato de a vida de um indivíduo ser ou poder ser gravemente lesiva à vida de outro. A este respeito, o Código Penal Brasileiro e a CF/88 prevêm as seguintes hipóteses autorizadoras ou justificativas da violação à vida:

- a. *Estado de necessidade*: a regra geral está estampada nos arts. 23, I e 24; e, de modo específico para o caso abordado aqui, no art. 128, I (aborto necessário) do Código Penal: Não se pune o aborto praticado por médico se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- b. *Legítima defesa*: conforme o art. 25 do Código Penal (Brasil, 1940), “entende-se legítima defesa quem, usando moderadamente dos meios necessários, repele injusta agressão, atual ou iminente, a direito seu ou de outrem”. A legítima defesa vem a ser “a repulsa ou o impedimento da agressão ilegítima, atual ou iminente, pelo agredido ou terceira pessoa, contra o agressor, sem ultrapassar a necessidade de defesa e dentro da racional proporção dos meios empregados para impedi-la ou repeli-la”.
- c. *Estrito cumprimento de dever legal*: De acordo com o Código Penal, em seu art. 23, III, 1ª parte, “Não há crime quando o agente pratica o fato [...] em estrito cumprimento de dever legal [...]” (Brasil, 1940). O agente que atua em estrito cumprimento do dever legal cumpre exatamente o que está determinado pelo ordenamento jurídico, realizando, portanto, uma conduta lícita.
- d. *Exercício regular de direito*: o mesmo art. 23 do Código Penal, mas agora na parte final de seu inciso III, estabelece que “Não há crime quando o agente pratica o fato [...] no exercício regular de direito [...]”. Aquele que age no exercício regular de direito está atuando licitamente, de forma autorizada (art. 5º, II, CF/88).
- e. *Pena de morte em caso de guerra*: conforme o art. 5, XLVII, “a”, a Constituição da República Federativa do Brasil, somente autoriza a pena de morte em caso de guerra declarada.



Além destas hipóteses, permite-se também o aborto no caso de gravidez resultante de estupro se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II, do Código Penal Brasileiro).

Por se tratarem de bem jurídico penal equipolente, essas hipóteses de relativização do direito à vida são aceitas no meio social. Diferenciam-se, neste tocante, do aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento ou aborto provocado por terceiro, pois o embate principiológico remete a bens jurídicos distintos, de valores incomparáveis. De acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), o aborto provocado é crime quando:

- a. Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena – detenção, de um a três anos;
- b. Art. 125 – Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de três a dez anos.
- c. Art. 126 – Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos.
- d. 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.
- e. 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.

Ao considerar como lesão gravíssima o abortamento consequente a lesões corporais, o Código Penal Brasileiro realça o seu propósito de proteger a vida do embrião. No art. 129, § 2º, V, está escrito: “Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Lesão corporal de natureza grave. § 2º Se resulta: V – aborto. Pena – reclusão, de dois a oito anos” (BRASIL, 1940).

Assim sendo, quando ocorre a interrupção da gravidez, seja qual for o momento da gestação: por deliberação da mulher, isoladamente, ou com a intermediação de terceiro, disso resultando a morte do conceptus, ocorre aborto voluntário, a teor dos arts. 124 a 126 do Código Penal,

classificado entre os crimes contra a vida, que são uma subclasse dos delitos contra a pessoa. Como Hungria (1958, p. 277) afirma:

O aborto, em face do Código, é crime de dano (ou material): é necessário, para sua consumação, que se opere, efetivamente, a ocisão do feto intra-uterum ou a interrupção da gravidez e conseqüente morte do feto. O verbo provocar empregado nos arts. 124, 125 e 126, não pode ter outro sentido senão o de dar causa a, originar, promover. O Código, ao incriminar o aborto, não distingue entre óvulo fecundado, embrião ou feto: interrompida a gravidez antes do seu termo normal, há o crime de aborto. Qualquer que seja a fase da gravidez (desde a concepção até o início do parto, isto é, até o rompimento da membrana amniótica), provocar sua interrupção é cometer o crime de aborto.

Diante destas afirmações, resta insignificante a distinção entre o tempo de realização do aborto, se até as doze primeiras semanas de gestação ou posteriormente. “O Código, ao incriminar o aborto, não distingue entre óvulo fecundado, embrião ou feto: interrompida a gravidez antes do seu termo normal, há o crime de aborto” (HUNGRIA, 1958, p. 277).

Admitida a intenção de provocar o aborto, ou seja, de suprimir o feto, não tem importância o momento em que este vem a morrer: se quando ainda no útero materno, ou se quando já expulso, uma vez que a morte tenha ocorrido em conseqüência da própria imaturidade do feto ou dos meios abortivos empregados. Não há distinguir a ocisão direta do feto intra-uterum e a morte deste extra-uterum por deficiência de maturação (Hungria, 1958: 277).

Vale acrescentar que, para a existência do aborto, "não é necessária a prova de vitalidade do feto" (op. cit, 1958, p. 289). Uma vez que o objeto da proteção penal é a vida do feto, a vida humana em germe, pouco importa se o feto é ou não vital. Do mesmo modo, é indiferente o grau de maturidade do feto: em qualquer fase da vida intra-uterina, a eliminação desta é aborto.

O grau de maturidade (desenvolvimento) do feto não representa papel algum. Como decorrência, não importa ao conteúdo de fato do crime que a ação abortiva seja praticada nos primeiros ou nos últimos meses de gravidez. Importa exclusivamente a ação e suas conseqüências (Hungria, 1958). A interrupção voluntária da gravidez até as doze primeiras semanas do processo gestacional configura, assim, aborto. Para o direito penal, não importa o grau de maturidade do feto. A eliminação da vida intrauterina em qualquer fase de desenvolvimento é aborto e, portanto, crime.



Dessa forma, constituindo a vida como direito fundamental que possui proteção integral, descriminalizar a conduta abortiva permitirá a prática de condutas que afrontam esse direito e ensejará a existência de verdadeira contradição no ordenamento jurídico brasileiro.

Cabe, portanto, ao Estado, o dever de promover e proteger o direito à vida desde a concepção. “Não basta que um direito seja reconhecido e declarado, é necessário garanti-lo, porque virão ocasiões em que será discutido e violado” (Hauriou apud SILVA, 1993, p. 199).

3.3.3. *A inconstitucionalidade do aborto na legislação brasileira:*

O constitucionalismo robusteceu-se principalmente após a segunda-guerra mundial. A necessidade da instauração de regimes democráticos que primavam pela dignidade do ser humano era gritante. A humanidade clamava pela instauração de um estado democrático de direito, onde todos se submetiam aos ditames da lei. Neste contexto, a Constituição aparece como principal documento, capaz de estabelecer segurança jurídica e, por isso, coibir o ressurgimento de regimes nazifascistas.

Embora o movimento tenha tido início na Europa, através da criação de Tribunais Constitucionais que dariam a proteção e interpretação constitucional capazes de blindar ameaças a nova ordem democrática, o Brasil também, ao longo das décadas, experimentou uma forte ascendência do constitucionalismo que garantiria ampla proteção às normas constitucionais, através dos controles difuso e, posteriormente, o concentrado.

Neste sentido, a Constituição Brasileira possui tamanha força jurídica, que dela emana a base de todo ordenamento, de modo que, quaisquer normas que violem o que diz a Constituição são retiradas do sistema jurídico, e, em regra, seus efeitos são anulados desde o seu nascimento⁵⁷.

⁵⁷ Art. 27. LEI9.868/1999 Ao declarar a inconstitucionalidade de lei ou ato normativo, e tendo em vista razões de segurança jurídica ou de excepcional interesse social, poderá o Supremo Tribunal Federal, por maioria de dois terços de seus membros, restringir os efeitos daquela declaração ou decidir que ela só tenha eficácia a partir de seu trânsito em julgado ou de outro momento que venha a ser fixado (BRASIL, 1999).

Para fins de análise de constitucionalidade, o presente texto dará atenção especial a três princípios da hermenêutica constitucional. São eles: a máxima efetividade da constituição, a supremacia da constituição e a unidade constitucional.

A máxima efetividade constitucional é o princípio que confere aplicação extensa às normas constitucionais, de modo que o legislador e o aplicador devem conferir maximização ao texto constitucional, jamais redução, sobretudo quanto a direitos e garantias fundamentais.

O artigo 5º tem como cerne, a inviolabilidade do direito à vida. Não é de se estranhar o forte cerco posto em torno deste direito, uma vez que a vida é o pressuposto mínimo para o exercício de todos os demais direitos fundamentais elencados no artigo 5º. Contudo, nota-se que o Poder Constituinte Originário não definiu o marco inicial da vida humana, apenas limitou-se a dizer que este bem jurídico é inviolável. Neste momento, é imprescindível o uso da máxima efetividade constitucional para responder juridicamente qual é a solução mais adequada para a legalização do aborto, uma vez que, abortar é violar o direito à vida de quem se encontra no ventre materno.

Sobre o princípio da máxima efetividade constitucional, Canotilho (2001, p. 1.197) afirma:

Esse princípio, também designado por princípio da eficiência ou princípio da interpretação efectiva, pode ser formulado da seguinte maneira: **a uma norma constitucional deve ser atribuída o sentido que maior eficácia lhe dê. É um princípio operativo em relação a todas e quaisquer normas constitucionais**, e embora a sua origem esteja legada à tese da actualidade das normas programáticas, é hoje sobretudo invocado no âmbito dos direitos fundamentais (no caso de dúvida deve preferir-se a interpretação que reconheça maior eficácia aos direitos fundamentais) **[grifo nosso]**.

Em observância aos dizeres de Canotilho (2001), deve-se conferir aos direitos fundamentais a mais ampla abrangência. Se a constituição não demarcou o início da vida, o princípio da máxima efetividade constitucional compele legisladores e juristas a garantir a inviolabilidade da vida em todas as suas fases. Neste sentido, legalizar o aborto seria ultrajar a Constituição da República, vez que estaria dando ao direito à vida mínima efetividade constitucional.

Se o constituinte originário não restringiu a garantia do direito à vida apenas aos que nasceram, significa que a inviolabilidade deste direito alcança a vida intra e extrauterina. Não cabe ao constituinte derivado restringir o alcance constitucional da proteção à vida humana. Se assim o

fizer, estará claramente minimizando os efeitos do caput artigo 5º e 1º, III da Constituição, editando assim uma norma inconstitucional.

Interpretar e garantir o direito constitucional à vida apenas aos que já nasceram é demasiadamente óbvio e simplista. Por certo, a inserção da palavra “inviolabilidade” foi uma tentativa de impedir devaneios que, por alguma via, tentassem violar a vida de algum modo.

A legalização do aborto, afronta não apenas a máxima efetividade das normas constitucionais, como contraria diretamente um dos maiores benefícios oriundos da democracia, que é a proibição de abolir ou restringir cláusulas pétreas. Assim diz o artigo 60, §4º, IV:

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:
IV - os direitos e garantias individuais. (BRSIL, 1988) [grifo nosso].

Legalizar o aborto é restringir o direito à vida, corolário, de todos os demais direitos e garantias constitucionais previstos no ordenamento jurídico pátrio. Isto não se pode admitir, já que a Constituição é a lei de maior força jurídica. Descumpri-la é afrontar o estado democrático de direito.

Não é, de modo algum, incerto que o feto seja um ser vivente; impossível negá-lo quando, cada dia, a gente o vê crescer e vegetar. (...). O feto no útero vive, e não nos interessa definir fisiologicamente a índole de tal vida, pois não é possível que o feto esteja ali dentro como um corpo morto (Carrara apud HUNGRIA, 1953: 275-276).

Desde modo, é facilmente perceptível que o aborto é incompatível com a ordem constitucional vigente. Se emendas à constituição que propõem a abolição de direitos e garantias fundamentais, não podem, sequer, ser deliberadas, o que dizer então das normas ordinárias que visam reduzir tais direitos?

O direito à vida é cláusula pétrea. Logo, é expressamente proibido aboli-lo ou reduzi-lo, de acordo com art. 60§4º, IV. Se o Estado conceder à mãe o direito de escolher pela vida do embrião ou do feto, estará suprimindo o direito à vida na sua fase inicial.

Merece destaque o princípio da Supremacia da Constituição que tem como escopo, não apenas a superioridade hierárquica constitucional, como já tratado, mas também determina que a



interpretação e aplicação que se faz às demais normas vigentes devem estar sempre em conformidade com os preceitos constitucionais.

Neste sentido, qualquer proposta que visa autorizar o aborto fere a supremacia constitucional, pois legaliza a interrupção da vida humana. Ora, se no momento da união entre espermatozoide e óvulo, tem-se um ser com carga genética única e, em igual quantidade a que adulto carrega, evidentemente há vida humana. Assim sendo, qualquer lei, ou até mesmo emenda à Constituição que desconsidere ou relativize a garantia do direito à vida no útero materno está em total desconformidade com os preceitos constitucionais.

Por fim, cabe ainda observar um princípio da hermenêutica constitucional de grande importância na discussão sobre a legalização do aborto, que é o princípio da Unidade Constitucional. Este princípio visa garantir o sentido lógico, coerente e uno da Constituição. Em outros dizeres, a unidade constitucional busca proteger a ordem das normas, de modo que as mesmas não entrem em contradição.

Neste sentido, vale destacar uma das normas constitucionais de natureza originária, que primam pela vida e pela dignidade da pessoa humana em seu mais alto grau. Dentre elas, o inciso XLVII, do artigo 5º da Constituição. Este dispositivo, se comparado à possibilidade da legalização do aborto, revela total incoerência legislativa.

XLVII - não haverá penas:

a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; (BRASIL, 1988)

É de conhecimento geral que a pena de morte é proibida no Brasil, sendo possível apenas nos casos de guerra. Fora deste contexto, matar alguém como forma de punição é terminantemente proibido. Ora, o inciso XLVII do artigo 5º segue o mesmo raciocínio de seu caput, protegendo a inviolabilidade do direito à vida.

Assim, mesmo que um preso ofereça sério risco à sociedade, não pode ter a sua vida retirada. É inconcebível coexistir em um mesmo ordenamento jurídico a proteção absoluta à vida de alguém que coloca em risco a vida de outros, e ao mesmo tempo, permitir a retirada abrupta da vida de um ser humano que jamais ofereceu qualquer tipo de perigo. Não se faz defesa, de modo



algum, da instauração da pena de morte. O que se pretende é demonstrar que o aborto e a proibição de pena de morte não podem conviver em um mesmo sistema jurídico.

Como demonstrado, a legalização do aborto fere a unidade constitucional, muito embora a proposta não seja de emenda à constituição. Contudo, isso é irrelevante, uma vez que o direito é uno e todas as normas devem estar em coerência com Constituição. Assim sendo, seja por via de emenda, seja por via ordinária, todas as normas devem obedecer aos preceitos fundamentais, sobretudo os dispositivos firmados pelo constituinte originário.

Deste modo, a Constituição da República, uma das mais completas e modernas em termos de direitos e garantias fundamentais do mundo, não comporta a legalização do aborto, pois restringir o direito à vida por mera liberalidade, sem oferta de risco à vida de qualquer outro ser humano, é claramente inconstitucional.

Considerações Finais

O ordenamento jurídico, entendido como conjunto de normas (princípios e regras jurídicas), é um processo de regulação social. Sua matéria-prima são as relações sociais, cujos diversos conteúdos (econômico, social, religioso, moral, sexual e assim por diante) são considerados (ou não) na elaboração da norma, visando à obtenção de um certo resultado, orientado por certos valores, que pode ser uma ação, uma omissão, a imposição de uma penalidade, a premiação de determinadas condutas. Os conteúdos podem ser os mais diversos em cada relação social juridicizada: às vezes, a norma considera certa condição pessoal como pressuposto para o reconhecimento de um benefício (ser um cidadão de certo país para acesso a certo benefício público) ou prejuízo (ter sido condenado criminalmente para a privação de certo direito), outras vezes vislumbra somente certas condutas, tentando abstrair a condição pessoal do agente (RIOS, 2006).

Assim estruturado, o ordenamento jurídico atenta para determinadas esferas da vida e tem, como finalidade última, assegurar a vida e o bem-estar do ser humano. Por esta razão, o artigo 5º da CF/88 traz em seu bojo o direito à vida, pressuposto para o exercício de todos os outros, previstos no *caput* e nos incisos que se seguem. Isso explica o reconhecimento de sua inviolabilidade.



Entretanto, este conjunto de normas, inclusive as que formam a Constituição, pode, em alguns casos específicos, colidir. A título de exemplo, cita-se a liberdade de expressão, garantida no artigo 5º, IX, e a inviolabilidade da vida privada, prevista no artigo 5º, X, ambos da Constituição da República. As duas normas são constitucionalmente válidas, contudo, em algumas situações, após a análise do caso concreto, uma terá uma aplicabilidade mais extensa que a outra.

Da mesma forma, a temática do aborto coloca em conflito dois direitos fundamentais: o direito à vida do bebê e o direito à liberdade de escolha da mulher. Para os movimentos pró-aborto, a liberdade e autonomia da mulher sobre seu próprio corpo sobreporia o direito à vida do bebê e, por isso, a mulher não poderia sofrer nenhum tipo de intervenção estatal.

Já o principal argumento constitucional utilizado pelos que definem a prática abortiva como crime é o direito à vida, previsto no *caput* do artigo 5º da Constituição. Sem esta proteção, nenhum ser humano gozará dos demais direitos previstos no ordenamento, inclusive a liberdade. Aparentemente, portanto, tem-se constituído um conflito de normas. De um lado, a liberdade das mulheres e, de outro, a vida humana no ventre desta mulher.

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) posicionou-se favorável a descriminalização do aborto até a 12ª semana, sob o seguinte argumento:

Somos a favor da vida, **mas** queremos respeitar a autonomia da mulher que, até a 12ª semana, já tomou a decisão de praticar a interrupção da gravidez (CFM, 2013).

Na mesma nota, afirma-se:

O limite de 12 semanas para que possa haver a interrupção de gravidez se deve ao fato de que, segundo a experiência médica, a partir desse tempo, há um risco maior para a mãe.

Destas declarações, extrai-se uma informação demasiadamente valiosa para a ciência jurídica, capaz de oferecer respostas acerca do início da vida e, portanto, estabelecer qual é o marco protetório do artigo 5º da Carta Magna sobre o direito à vida. O Conselho não defende o aborto até a 12ª semana sob o argumento de que não há vida humana no ventre, mas, tão somente, para não gerar transtornos mais danosos para a gestante.

O “mas”, conjunção adversativa, utilizada pelo Conselho para defender a legalização do aborto, expressa a ideia de que há um reconhecimento da existência da vida no ventre. Contudo, o CFM escolheu defender a autonomia da mãe em detrimento da vida do bebê. Segundo o dicionário Aurélio Buarque de Hollanda Ferreira (2001), a palavra “mas” exprime oposição ou restrição. Isso demonstra claramente que o CFM reconhece a existência de um ser humano, MAS opta por defender a autonomia da mulher sobre esta vida.

Certamente, a medicina e as ciências biológicas são competentes para dizer quando começa a vida, cabendo ao direito acatá-las. Mas é a ciência jurídica que, por excelência, dirá quais são as medidas legais de proteção cabíveis ao ser humano e o modo como esta tutela será feita.

Resta evidente, pelas declarações da maior autoridade do Conselho de Medicina do Brasil, que as ciências médicas não negam a existência da vida humana até a 12ª semana de gestação. A partir deste entendimento, cabe ao direito a responsabilidade de fazer valer os dizeres da Constituição e proteger a vida, independentemente de seu estágio. Se o constituinte originário não limitou a proteção à vida a partir do nascimento, não pode o legislador infraconstitucional reduzir a seara protetiva deste direito, por estar em completa discordância ao artigo 60 § 4º, IV da Constituição.

Uma vez entendido o que é vida e quando ela se inicia, é possível analisar, à luz da brilhante teoria de regras e princípios de Alexy (2008), o suposto conflito entre o direito à liberdade e o direito à vida, no contexto da legalização do aborto. De forma sucinta, o autor defende a ponderação racional na escolha do princípio que melhor se adequa ao caso concreto, quando há conflito de princípios. Alexy (2008) não defende a anulação de um princípio em detrimento de outro. O que o autor propõe é a aplicação em maior peso de um deles por meio do sopesamento, da escolha do princípio de maior relevância social.

Neste aparente conflito entre liberdade e vida, no que concerne ao aborto, qual seria o princípio de “maior peso”: a liberdade da mulher em gerir seu corpo ou a vida que há em seu ventre?

Como já exposto, a partir da fecundação, o zigoto possui 46 cromossomos distintos dos de seus progenitores. Ou seja, o bebê não é extensão corporal de sua mãe. Ele é um ser geneticamente único e individualizado. Assim sendo, seria exercício legítimo da liberdade de uso de seu

próprio corpo, dispor da vida de outrem? É certo que o Estado não pode gerir o corpo dos cidadãos, tanto é, que a mulher é livre para relacionar-se sexualmente com quem desejar e, também, para utilizar métodos contraceptivos para evitar a gravidez⁵⁸. Mas este argumento não é válido no caso do aborto, já que, praticá-lo diz respeito à vida do bebê e não ao uso do corpo da gestante.

Como a fusão dos gametas constitui-se uma unidade bem estruturada que, pela transmissão de caracteres hereditários paternos e maternos tem suas características futuras essenciais bem determinadas: sexo, grupo sanguíneo, fator Rh, cor de olhos, de pele, dos cabelos, certas doenças hereditárias, a idade em que deverão surgir as primeiras rugas etc., e até mesmo o porte, traços psicológicos, de temperamento, etc. Ali está escondido também o que, de certa forma, se tornará a base da inteligência e até mesmo da personalidade. Tanto assim é que – sabem muito bem os psicólogos – que profundos distúrbios de personalidade podem ter origem remota, no pré-natal (MARTINS, 1999, p.213).

Mesmo que o bebê fizesse parte do corpo de sua mãe, o que seria mais danoso e irreversível: limitar a liberdade da mulher para que alguém tivesse vida ou ceifar a vida de alguém para que a mulher gozasse plenamente de sua liberdade? A liberdade da mãe limitaria o exercício de todos os demais direitos do bebê, uma vez que ele não nasceria. O preço pela liberdade seria a vida inteira de um outro ser humano.

O direito do cidadão à liberdade existe não para cercear o exercício do direito alheio, mas para garantir o pleno gozo de seus próprios direitos. Assim, a liberdade da mulher deve ser usufruída, não para limitar o reconhecimento de direitos e garantias fundamentais de seu filho, sobretudo o direito à vida. A isso, dá-se o nome de libertinagem. O verdadeiro direito à liberdade da mulher e de qualquer outro cidadão baseia-se na liberdade de expressar seus pensamentos e desfrutar de todos os direitos que o ordenamento jurídico lhe garante, sem intervenções arbitrárias e inconstitucionais do Poder Público.

Assim, se de fato, no caso do aborto, houvesse conflito entre vida e liberdade, a vida teria mais peso, vez que a liberdade seria limitada apenas por um período, e a vida seria eliminada de modo irreversível.

⁵⁸ O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece oito opções de métodos contraceptivos para que as mulheres possam escolher a maneira mais confortável de planejar quando, como e se terão filhos. O Ministério da Saúde reforçou sua política de planejamento familiar aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, além da ampliação da distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos. [...] Somente em 2010, o governo federal adquiriu 49,3 milhões de cartelas da pílula anticoncepcional para distribuição. Além disso, foram adquiridas 600 mil unidades de DIU no ano passado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Portanto, no caso do aborto, não há conflito de normas, uma vez que a liberdade da mulher de gerir o seu corpo não está sendo violada. A vida que, temporariamente, reside em seu ventre é um outro ser humano, de forma que nem a mulher e nem qualquer outra pessoa, no exercício de seu direito constitucional à liberdade, poderá dispor da vida de outrem.

4 O aborto enquanto um problema social: reflexões, constatações e projeções para o Brasil

Enquanto ato de remoção ou expulsão prematura de um embrião ou feto do útero, o aborto apresenta implicações físicas e psicológicas, sobretudo, para a mulher que o faz, e consequências socioeconômicas. Somos seres bio-psíquico-sócio-político-cultural, cujas ações necessariamente impactam uma ou mais dessas dimensões que nos formam. O que afeta uma área pode, inclusive, refletir na outra. Daí a importância de tratar as consequências do aborto nas diversas dimensões da vida, o que inclui a esfera privada da mãe e a esfera pública do Estado e da sociedade.

A mulher em situação de gravidez indesejada é a principal vítima das implicações do aborto. Ao interromper sua gravidez, independente da fase de desenvolvimento do embrião ou feto, ela sofre, em menor ou maior medida, de acordo com o método abortivo utilizado, complicações físicas, que vão desde laceração e inflamações do colo uterino, passando por fortes hemorragias, até a esterilidade e a morte.

O fato do aborto voluntário levar à morte um grupo de mulheres no país tem sido motivo de preocupação e tem servido enquanto principal argumento para justificar a necessidade de descriminalização dessa prática e de elaboração de uma política pública nesse sentido. Recente declaração do governo federal⁵⁹, presente no relatório “Pequim + 20”, apresentado na 59ª Comissão sobre o Estatuto da Mulher da Organização das Nações Unidas (ONU), aponta o abortamento clandestino enquanto a quinta causa da morte materna, configurando-se, assim, enquanto um problema de saúde pública de significativo impacto social.

⁵⁹ Ver reportagem em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/governo-afirma-onu-que-aborto-clandestino-no-pais-problema-de-saude-publica-15550664>. Acesso 14 de abril, 2016.

A mortalidade materna decorrente da gravidez, aborto, parto e pós-parto é considerada um índice da qualidade de vida de uma população e sugere o nível de desenvolvimento de um país. No Brasil, a taxa de mortalidade materna de causas evitáveis ainda é muito alta, um indicador do nível de subdesenvolvimento do país, praticamente sem queda há 17 anos (1996-2013) (BRASIL, 2016).

No entanto, o aborto não se encontra dentre suas principais causas, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, disponíveis no banco DataSUS (Brasil, 2015d). O aborto provocado não figura nem entre as dez primeiras causas de mortes de mulheres no Brasil. Tomando como base os dados de 2013, por exemplo, o que as estatísticas mostram é que a mortalidade materna decorrente da gravidez, aborto, parto e pós-parto corresponde a pouco mais de 0,3% das mortes de mulheres – 1.787 mortes maternas em um total de 523.195 óbitos de mulheres no mesmo ano. Deste total, menos de 50% (65 mulheres) morreram por causas que podem ser atribuídas, em alguma medida (falha de tentativa de aborto, aborto não-especificado e outros tipos de aborto), ao aborto voluntário, realizado clandestinamente (BRASIL, 2015).

Mesmo quando não há a morte, o aborto provocado pode gerar complicações físicas e emocionais para a mulher. Estudos internacionais, produzidos em países onde essa prática é legalizada, apontam que as mulheres que abortam apresentam: 250% mais necessidade de hospitalização psiquiátrica (COUGLE, 2003), 138% a mais de quadros depressivos (COUGLE, 2003), 60% a mais quadros de *stress* pós-trauma (COLEMAN, 2002); 7 vezes mais tendências suicidas (TISCHLER, 1981; CRISTOPHER, 1997; GISSLER, 1996), 30 a 50% mais quadros de disfunção sexual (DOUVIER, 2001; BELSEY, 1977); e 25% a mais de necessidade de acompanhamento psiquiátrico em longo prazo (RUE, 2004; COUGLE, 2005). Além disso, há forte associação entre aborto voluntário e câncer de mama: constata-se maior incidência de câncer de mama em mulheres que abortaram ao longo de sua vida (BERAL, 2004; MALEC, 2003).

Essas complicações físicas e emocionais para a saúde da mulher apresenta, ademais, consequências sociais e econômicas para o Estado. Mulheres que abortam voluntariamente acessam, com maior frequência, os serviços de saúde pública e privada, o que aumenta os custos de assistência e tratamento para o governo e para as empresas de saúde privada. Ademais, as complicações físicas e emocionais para a saúde da mulher tendem a impactar seu desempenho

profissional e enquanto parceira/ mãe, o que traz custos para o mercado de trabalho e para as famílias.

Cabe acrescentar ainda o impacto do aborto sobre a dinâmica populacional e a estrutura etária da população brasileira e seus desdobramentos em relação, particularmente, ao mercado de trabalho e à seguridade social. Decisões tomadas hoje afetam, a curto, médio e longo prazo, o futuro do país. E, as experiências internacionais sugerem que a legalização do aborto reduz a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação e, portanto, provoca alterações substanciais na dinâmica populacional e na estrutura etária do país, uma vez que tal prática tende a se tornar um difundido método contraceptivo e um meio de controle populacional.

Diante disso, caberia tratar o aborto provocado enquanto um problema de saúde pública no Brasil? Seria a descriminalização dessa prática e a adoção de uma política pública para viabilizá-la a solução mais adequada para reduzir, com vistas a eliminar, as mortes maternas causadas por aborto voluntário? Quais as implicações para a mulher, a sociedade e o Estado dessas ações? Responder a essas perguntas consiste no principal objetivo desse capítulo.

Neste sentido, esse capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira, discute-se o aborto enquanto um problema de saúde pública. Apresenta-se e analisa-se as estatísticas oficiais relacionadas à mortalidade materna por todas as causas, incluído o aborto, no país desde 1996, quando essas passaram a ser disponibilizá-las por meio do banco de dados DataSUS (Brasil, 2015d). Em seguida, mapeia-se as consequências do aborto para a saúde física e emocional da mulher, bem como os efeitos indiretos dessa prática sobre relacionamentos e sua vida pública. Por fim, nas duas últimas seções, examina-se os impactos socioeconômicos imediatos e tardios esperados da legalização do aborto no país, particularmente, sobre a dinâmica populacional e as contas públicas.

4.1. O aborto enquanto problema de saúde pública: principais causas e estatísticas no Brasil

4.1.1. Mortes do sexo feminino no Brasil por todas as causas:



É comum, no meio de debates acalorados, ouvir que abortos clandestinos provocam 200 mil mortes de mulheres por ano no Brasil. E, pior, muitas vezes estes números apresentados por entidades que defendem a legalização dessa prática, recebem a chancela de representantes do Ministério da Saúde, como se fossem reais, o que foi evidenciado mais claramente a partir de 2007.

Os números são frios, mas, por trás de cada um deles, há uma vida. É óbvio que ninguém pode ser indiferente ao fato de existir uma morte sequer de mulher gestante, direta ou indiretamente provocada por um aborto; estas devem ser veementemente evitadas. Mas, distorcer números para angariar defensores seja para qualquer causa, nunca é válido, sobretudo se a manipulação atinge negativamente toda a população de um país na avaliação de sua influência em uma análise particular e ampla, de curto e longo prazo.

Qual a origem destes falsos números? Evidencia-se logo que as mortes maternas provocadas por aborto não figuram sequer entre as dez primeiras causas de mortes de mulheres no Brasil, segundo dados governamentais oficiais, disponíveis no *site* do DataSUS (Brasil, 2015d), órgão federal ligado ao Ministério da Saúde onde é possível avaliar apresenta um panorama geral dos óbitos ocorridos para o sexo feminino, para todas as idades, agrupados segundo suas causas, no ano de 2013⁶⁰.

Na Tabela 1, encontra-se a relação das principais causa de mortes ocorridas no país para o total de 523.195 mortes de pessoas do sexo feminino, em 2013. São elencadas dezenove causas (de I a XX, sem inclusão do fator XIX). As mortes maternas (durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, parto ou aborto) é a 17ª causa entre todas as causas, no total de 1.787 ou 0,34% do total.

Por serem, em sua maioria, situações evitáveis mediante ações de saúde pública, chama atenção o número das doenças endócrinas nutricionais metabólicas, em 4º lugar (40.996 mortes) e de doenças infecciosas e parasitárias, em 8º lugar (22 251 mortes). Porém, como em anos anteriores, cabe às doenças cardiocirculatórias, a maior causa de mortes, responsáveis por 30,88% do total. Entre elas, as principais são o AVC (acidente vascular cerebral), popularmente conhecido como derrame, e o infarto. A segunda causa cabe às neoplasias (tumores), 17,53%

⁶⁰ Tabela 1 disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

do total, que, somados às doenças cardiocirculatórias, compõem quase 50% de todos os óbitos anuais de mulheres no Brasil (48,41%).

Tabela 1: Óbitos no sexo feminino por todas as causas, ocorridos em 2013

Óbitos p/ Ocorrência segundo Capítulo CID-10		
Sexo: Fem		
Período: 2013		
Capítulo CID-10	Óbitos p/Ocorrência	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8º	22.251
II. Neoplasias (tumores)	2º	91.723
III. Doenças sangue, órgãos hemat, transtornos imunitários	14º	3.261
IV. Doenças endócrinas nutricionais metabólicas	4º	40.996
V. Transtornos mentais e comportamentais	13º	3.603
VI. Doenças do sistema nervoso	9º	16.206
VII. Doenças do olho e anexos		5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide		68
IX. Doenças do aparelho circulatório	1º	161.601
X. Doenças do aparelho respiratório	3º	65.996
XI. Doenças do aparelho digestivo	7º	22.981
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16º	2.168
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	15º	3.231
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	10º	15.093
XV. Gravidez parto e puerpério	17º	1.787
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	11º	9.898
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	12º	5.044
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais	5º	30.477
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6º	26.806
TOTAL		523.195

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁶¹ (Brasil, 2015).

É importante registrar que esta constatação se iniciou há, aproximadamente, duas décadas e, desde então, tem sido analisada de forma incisiva, sobretudo em trabalhos acadêmicos. Embora os homens sofram três vezes mais infartos, o índice de mortalidade é maior no grupo feminino, tendo-se comprovado que, quando a mulher fuma e usa pílula anticoncepcional, os riscos cardiovasculares são triplicados (AQUINO, 1991).

No Brasil, o papel da mulher tem mudado muito, especialmente nas últimas duas décadas. Isso se expressa na crescente participação feminina como força de trabalho e como chefe de família, nas mudanças de comportamento quanto ao controle da reprodução e na maior organização política, através de movimentos específicos de mulheres. (...) a entrada no mercado de trabalho não implicaria, necessariamente, uma

⁶¹ Acessar: DataSUS; Estatísticas Vitais; Mortalidade 1996-2013 pela CID 10; Mortalidade Geral; Abrangência Geográfica Brasil por Região; 2ª página: Linha Capítulo CID 10; Coluna Não ativa; Conteúdo Óbitos p/ocorrência; Seleção Sexo Fem.



equiparação de homens e mulheres quanto aos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Por outro lado, essa crescente inserção profissional não tem sido acompanhada da criação de mecanismos sociais, seja através de equipamentos coletivos como creches, lavanderias etc, seja pela mudança nas relações entre os sexos (extremamente marcadas pelo patriarcalismo) que as liberem de suas tarefas tradicionais nos cuidados da casa e dos filhos. (...) (AQUINO et al, 1991, p.183-184).

A redução acentuada do número de filhos, em todas as regiões do país, tem sido atribuída, entre outras causas, à necessidade efetiva de controle da prole, principalmente com a progressiva incorporação da mulher ao mercado de trabalho. Essa queda da fecundidade tem se dado não apenas pela esterilização de amplos contingentes de mulheres, mas também pela utilização maciça e indiscriminada de anticoncepcionais orais, que são fatores de risco para neoplasias e para doenças cardiovasculares. Pressupõe-se inclusive que essa utilização abusiva, sem orientação médica, seja responsável, ao menos em parte, pelas altas taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares (Health policy, 1989), que corresponderam a 35,5% das mortes por aquele grupo de causas ocorridas, em 1985, em mulheres adultas (AQUINO et. al., 1991, p. 184)

O tabagismo está associado a doenças respiratórias (bronquite, asma e enfisema) e a doenças cardiovasculares; é sabidamente o mais importante fator de risco isolado e removível na prevenção do câncer, implicando o aumento de risco para neoplasias de pulmão, boca e faringe, laringe, esôfago, bexiga, rim e pâncreas (FAERSTEIN, AQUINO & RIBEIRO, 1989).

Com o progressivo controle do consumo de cigarros em países do primeiro mundo, as indústrias do fumo deslocaram seus investimentos para os países periféricos. Como resultado, a prevalência de fumantes que, após décadas de rápido aumento, vem diminuindo, mantém-se, entretanto, crescente entre mulheres jovens, principalmente as mais pobres e menos escolarizadas (AQUINO et. al., 1991, p. 184).

No caso dos tumores, é importante destacar que entidades sérias, como a Sociedade Brasileira de Mastologia, citando o próprio Ministério da Saúde, assinalam que, a cada 36 minutos, uma brasileira morre vítima de câncer de mama. Por ano, são diagnosticados em torno de 50 mil casos novos; de cada 10 casos, 7 estão em fase avançada inclusive pela deficiência de atendimento na rede pública.

É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. (...) Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento” (INCA, 2015)⁶².

⁶² Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acesso 24 out. 2015.

Ainda em 1988, dr. Rui Laurenti, professor e médico sanitário, foi contratado pelo Ministério da Saúde para fazer pesquisa sobre as causas que mais provocam a morte em mulheres no Brasil, diante das afirmativas de que ocorriam 200.000 mortes/ano de mulheres por aborto. Ao analisar as mortes de todas as mulheres em idade fértil, entre 10 a 49 anos, Laurenti (1988) observou que o aborto sequer constava entre as 10 principais causas, o que levava a afirmar que, se de fato, ocorresse aquele número de 200.000 mortes/ano devidas totalmente ao aborto clandestino, não existiriam mais mulheres em idade fértil no Brasil: nos primeiros lugares, estavam e continuam a estar: problemas circulatórios; diagnósticos de câncer, AIDS e mortes resultantes de violências sofridas.

De forma similar, os dados para 2013 mostram que as mortes em decorrência de gravidez, parto e puerpério (que incluem aquelas ocorridas em decorrência ao aborto) ocupam 0,34% do total de óbitos de mulheres por todas as causas. Essas porcentagens praticamente se repetem, de forma aproximada, desde 1996, quando essa coleta de dados foi iniciada, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2: Óbitos no sexo feminino por todas as causas, causas circulatórias, neoplasias e óbitos maternos (1996-2013)

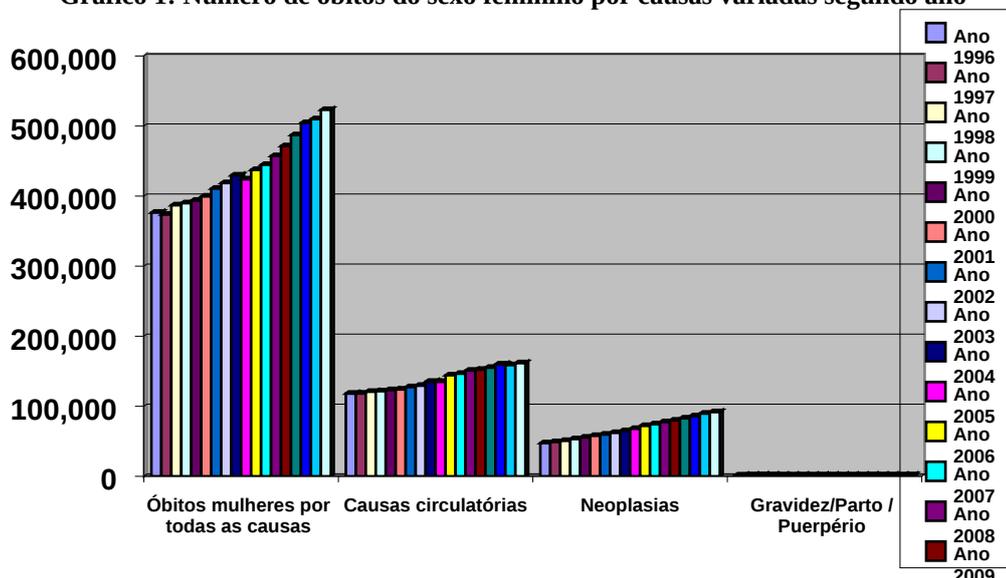
Ano	Óbitos mulheres por todas as causas	Causas circulatórias	Neoplasias	Gravidez Parto Puerpério
1996	376.502	118.154	47.414	1.465
1997	373.714	118.247	49.005	1.794
1998	386.954	120.767	50.681	1.997
1999	389.910	121.553	53.240	1.825
2000	393.606	123.195	55.443	1.646
2001	399.576	124.035	57.856	1.587
2002	410.737	127.423	59.665	1.650
2003	418.714	129.380	62.061	1.597
2004	429.625	135.119	64.724	1.672
2005	424.064	134.922	67.833	1.661
2006	437.429	144.288	72.034	1.637
2007	444.714	146.500	74.422	1.615
2008	457.269	150.959	77.490	1.691
2009	471.389	152.234	79.732	1.884
2010	487.137	155.082	82.792	1.728
2011	504.415	159.923	85.931	1.680
2012	509.885	158.836	89.596	1.647
2013	523.195	161.601	91.723	1.787

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

As mesmas cifras colocadas no Gráfico 1 expõem o aumento geral de mortes de mulheres de todas as idades (desde o nascimento até a idade mais avançada) ao longo destes 18 anos, associadas, inclusive, à maior longevidade. O gráfico acusa, igualmente, o aumento das taxas

de óbitos no grupo de neoplasias e de doenças circulatórias. No entanto, como será evidente na exposição e análise dos dados de mulheres em idade fértil, o aumento destas últimas taxas ocorreu também em mulheres jovens. Os números absolutos de óbitos associados ao fator Gravidez Parto Puerpério se mantêm praticamente constante ao longo do mesmo período.

Gráfico 1: Número de óbitos do sexo feminino por causas variadas segundo ano



Fonte: formulação própria a partir dos dados da Tabela 2.

Na seção a seguir, a análise é reduzida para o universo de óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil, uma vez que é, nesse período, que podem ocorrer gestações e mortes delas decorrentes.

3.1.2. Mortes de mulheres em idade fértil por todas as causas:

A análise dos números referentes às mortes maternas deve considerar a idade da mulher, sobretudo, quando o objetivo é constatar a importância relativa dos óbitos decorrentes do aborto provocado (incluídos no item XV). No programa DataSus, é possível selecionar os óbitos de mulheres em idade fértil. A Tabela 3 traz os dados de 2013, em ordem numérica, para o total de óbitos de mulheres em idade fértil por causa. A escolha dos limites de idade resulta na variação de ordenação das causas de mortes, como logicamente explicado pelos critérios epidemiológicos apresentados pelo Ministério da Saúde em 2007⁶³.

⁶³ Segundo a definição internacional, Mulher em Idade Fértil é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos. A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos comitês de morte materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos. (Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Comitês de Mortalidade Materna. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 3ª. Ed. Brasília, 2007).

Novamente, observam-se dezenove grupos. O item XV (Gravidez, parto e puerpério) ocupa o 10º lugar, com 2,67% do total de 66.790 óbitos. Vale observar que a soma das nove primeiras causas de óbitos acima relacionadas corresponde a 60.669, isto é, 90,8% do total. O fator XV, somado a todas as demais causas classificadas da 11ª à 19ª posição, equivale a 6.121 mortes, o que representa apenas 9,1% do total.

Tabela 3: Óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil (2013)

Óbitos mulheres idade fértil segundo		
Capítulo CID-10		
Período: 2013		
Capítulo CID-10	Óbitos mulheres idade fértil	
II. Neoplasias (tumores)	1º	15.316
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2º	12.229
IX. Doenças do aparelho circulatório	3º	11.961
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4º	5.420
X. Doenças do aparelho respiratório	5º	4.160
XVIII. Sint. sinais e achados anormais ex clín e laboratoriais	6º	3.520
XI. Doenças do aparelho digestivo	7º	3.183
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8º	2.981
VI. Doenças do sistema nervoso	9º	1.899
XV. Gravidez parto e puerpério	10º	1.787
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11º	1.375
XIII. Doenças sist osteomuscular e tecido conjuntivo	12º	836
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	13º	723
V. Transtornos mentais e comportamentais	14º	682
XVII. Malf cong deformidades e anomalias cromossômicas	15º	493
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16º	190
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	17º	20
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	18º	14
VII. Doenças do olho e anexos	19º	1
TOTAL		66.790

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM⁶⁴ (BRASIL, 2015).

É indiscutível a necessidade de manter a investigação de todos os óbitos ocorridos no país a fim de melhorar a qualidade das informações e fundamentar adequadamente os programas de Saúde Pública e o uso responsável das verbas públicas. Em que pese os limites à coleta desses dados ainda existentes e continuamente apontados por parte de ONGs feministas, há de se destacar os avanços já conquistados nos registros de Declarações de Óbito, que incluem os dados de Mortalidade Materna.

Como afirma Miranda (2009), há décadas, reconhece-se a importância da investigação dos óbitos maternos. A experiência do Reino Unido, iniciada em 1952, possibilitou as primeiras

⁶⁴ Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

investigações das mortes maternas e os resultados obtidos permitiram o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção desses óbitos. No Brasil, Laurenti et. al (2004) constataram preenchimento inadequado dos campos de óbitos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal e sugeriram mudanças para possibilitar o registro da causa relacionada a esse ciclo.

A imprecisão dos registros de óbitos maternos não anula, porém, a análise aqui apresentada. A Tabela 4 comprova que, no período de 18 anos, não ocorreu variação significativa entre a proporção dos números de óbitos por problemas circulatórios e neoplasias em relação à totalidade de mortes femininas na idade fértil e às mulheres em gravidez, parto e puerpério (onde está incluído o número de abortos). Novamente, foram consideradas, paralelamente, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias por serem as causas numericamente mais significativas para avaliar as tendências no decorrer do período.

Tabela 4: Óbitos no sexo feminino em idade fértil, causas circulatórias, neoplasias e óbitos maternos de 1996 a 2013

Ano	Óbitos mulheres Idade Fértil	Neoplasias (tumores)	Doenças aparelho circulatório	Gravidez Parto Puerpério
1996	64.795	10.444	12.912	1.465
1997	63.421	10.656	12.851	1.794
1998	64.961	11.073	13.258	1.997
1999	64.485	11.586	13.027	1.825
2000	63.829	11.610	13.076	1.646
2001	63.742	12.072	12.686	1.587
2002	64.416	12.245	12.647	1.650
2003	64.029	12.527	12.628	1.597
2004	64.295	12.875	12.536	1.672
2005	63.542	13.377	12.245	1.661
2006	63.946	13.739	12.555	1.637
2007	64.079	13.854	12.462	1.615
2008	65.391	14.383	12.772	1.691
2009	67.116	14.717	12.977	1.884
2010	66.497	14.583	12.326	1.728
2011	67.006	15.001	12.343	1.680
2012	66.927	15.365	11.906	1.647
2013	66.790	15.316	11.961	1.787
Total	1.169.267	235.423	227.168	30.563
Média	64.959	13.079	12.620	1.698

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

Observa-se, pela Tabela 4, que os óbitos durante a gravidez, parto e puerpério corresponderam, ao longo de 18 anos, a menos de 1.700 mortes de mulheres, em média, no país, o que não representa 2,6% do total de óbitos de mulheres em idade fértil por ano, em média. Por outro lado, os óbitos por problemas circulatórios e neoplasias correspondem a quase 50% do total anual.

3.1.3. Mortes maternas (XV. Gravidez parto e puerpério):

Diante dessas constatações, cabe acrescentar um último filtro à análise, qual seja, o número de óbitos ligado exclusivamente à influência da gestação, o qual se denomina Mortes Maternas.

Por *morte materna*, entende-se:

Morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995).

A morte materna inclui as mortes das mães após o aborto (espontâneo ou provocado) ou após o parto em qualquer idade gestacional. Esses números se relacionam ao Capítulo XV da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (por consenso, são excluídos os códigos O96 e O97), acrescentando-se algumas mortes consideradas maternas que se classificam em outros capítulos, conforme critérios estabelecidos oficialmente e aceitos pelo Ministério da Saúde no Brasil. Na Tabela 5, apresenta-se os números coletados em 2013, último ano registrado no site DataSus, em relação às estatísticas vitais.

Tabela 5: Mortes maternas (2013)

Óbitos mulheres idade fértil segundo Grupo CID-10

Capítulo CID-10: XV. Gravidez parto e puerpério

Período: 2013

Grupo CID-10	Óbitos mulheres idade fértil
Gravidez que termina em aborto	141
Edema proteinúria transtornos hipertensivos gravidez parto puerpério	372
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente gravidez	83
Assist à mãe mot feto cavidade amniótica e problemas relacionados parto	95
Complicações do trabalho de parto e do parto	259
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	229
Outras afecções obstétricas NCOP	608
TOTAL	1.787

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015)⁶⁵

Constata-se que, em 2013, houve 141 óbitos de mulheres associados ao aborto, o que corresponde a 7,89% das mortes maternas. Vale ressaltar, a esse respeito, que, nesse montante, estão incluídas todas as causas de aborto, o que será explanado na próxima seção. Disso segue que 1.646 mortes ou 92% do total dependeram predominantemente da qualidade e de recursos da assistência médica oferecidos durante o pré-natal, parto e puerpério.

⁶⁵ Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.



Verifica-se, ademais, que essa proporção e deficiência do Sistema Único de Saúde persistem por, pelo menos, 18 anos conforme os registros oficiais, como mostra a Tabela 6 abaixo. Se, nesse longo período, tivessem sido investidos recursos públicos na melhoria da assistência à saúde da mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, mais de 90% do total de mortes ligadas à gestação seriam evitadas.

Tabela 6: Mortes maternas e abortos por todas as causas (1996-2013)

Óbitos mulheres idade fértil segundo Grupo CID-10

Capítulo CID-10: XV. Gravidez parto e puerpério

Período: 1996 a 2013

Ano	Total durante Gravidez Parto Puerpério	Abortos por todas as causas
1996	1.465	146
1997	1.794	163
1998	1.997	119
1999	1.825	147
2000	1.646	128
2001	1.587	148
2002	1.650	115
2003	1.597	152
2004	1.672	156
2005	1.661	150
2006	1.637	139
2007	1.615	133
2008	1.691	118
2009	1.884	169
2010	1.728	154
2011	1.680	135
2012	1.647	120
2013	1.787	141

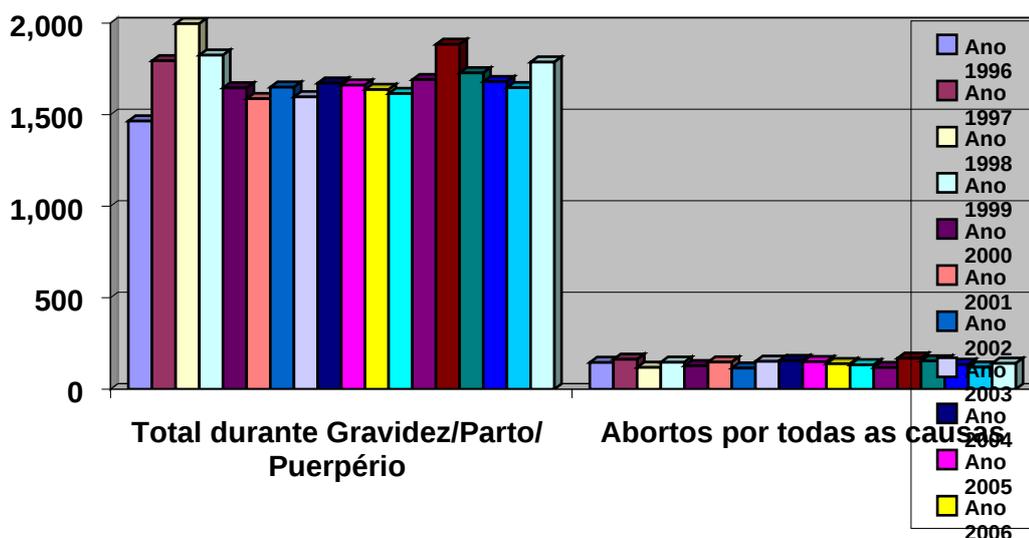
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

O pouco progresso na assistência à saúde da mulher gestante se confirma pelo Gráfico 2. Há notória desproporção entre a totalidade de causas de mortes maternas e a totalidade de mortes por aborto por todas as causas. Verifica-se que a porcentagem relacionada ao aborto por todas as causas – não somente pelo aborto provocado – se mantém com mínima variação. Por outro lado, ao analisar as demais causas de mortalidade materna, constata-se patologias evitáveis, o que aponta para a baixa qualidade do atendimento à saúde.

Gráfico 2: Mortes maternas e abortos por todas as causas (1996-2013)



SF/17621.47540-28



Fonte: formulação própria a partir dos dados da Tabela 6.

A afirmativa de que o aborto provocado representa um sério problema de saúde pública não consiste, portanto, em uma realidade no país. Não obstante, esse argumento continua a ser apresentado em trabalhos de autores favoráveis à liberação do aborto, com uso de referências extensas ou pontuais a trabalhos apresentados pelo Ministério da Saúde neste assunto⁶⁶. Essa gama de trabalhos seleciona apenas parte de afirmações do Ministério da Saúde e ignora o restante, que a explica e mostra a real posição do aborto voluntário enquanto causa de mortalidade materna.

O abortamento, responsável por 11,4% do total das mortes maternas e 17% das causas obstétricas diretas, foi também uma causa importante, sendo que a investigação permitiu verificar que parcela significativa correspondeu ao abortamento provocado. Entretanto, uma mensuração correta (se provocado ou não) foi impossível, visto que nem sempre isso estava assinalado nos prontuários médicos, nem a família o informava. *Digno de nota, porém, é o fato de que, embora seja uma causa importante de mortalidade materna, não é o maior responsável por essas mortes, como é frequentemente comentado em nosso meio [grifo nosso] (BRASIL, 2006, p.77).*

Afirmativas restritas, não incluídas em uma visão ampla e universal dos óbitos de mulheres de todas as idades ou mesmo das mulheres em idade fértil, podem incorrer em apreciações e propostas equivocadas quanto às prioridades de medidas em saúde pública. Daí a

⁶⁶ Como ex.: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Urgências e emergências maternas**. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília (DF); 2000; Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2001.



imprescindibilidade de se comparar o total de mortes de mulheres em idade fértil com as causadas exclusivamente por aborto.

3.1.4. Mortes de mulheres em idade fértil versus mortes por abortos.

Para manter a visão ampliada do problema de mortes do sexo feminino no Brasil e discutir de forma informada sobre as prioridades da saúde pública, a Tabela 7 traz o total de mortes de mulheres em idade fértil comparativamente ao total de mortes relacionadas a todas as causas de aborto, ao longo do mesmo período de anos (1996-2003).

Tabela 7: Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos associados a todas as causas de aborto (1996-2013)

Ano	Óbitos mulheres Idade Fértil (A)	Óbitos associados a todas as causas de aborto (B)	Peso relativo (B/A)
1996	64.795	146	0,23%
1997	63.421	163	0,26%
1998	64.961	119	0,18%
1999	64.485	147	0,23%
2000	63.829	128	0,20%
2001	63.742	148	0,23%
2002	64.416	115	0,18%
2003	64.029	152	0,24%
2004	64.295	156	0,24%
2005	63.542	150	0,24%
2006	63.946	139	0,22%
2007	64.079	133	0,21%
2008	65.391	118	0,18%
2009	67.116	169	0,25%
2010	6.497	154	0,23%
2011	67.006	135	0,20%
2012	66.927	120	0,18%
2013	66.790	141	0,21%
Total	1.109.267	2.533	3,91%
Média	61.626	141	0,22%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

Constata-se, de modo geral, que os óbitos associados a todas as causas de aborto pouco representam no total de óbitos de mulheres em idade fértil. O impacto, ao longo de 18 anos, não ultrapassa 0,25% do total, isto é, todas as mortes resultantes de aborto espontâneo e provocado não chegam a 1% do total de óbitos de mulheres em idade fértil anualmente no país.

Essa proporção apresenta peso ainda menor quando as causas associadas ao aborto são tipificadas. O SUS identifica 8 causas de mortalidade materna relacionadas ao aborto, dentre as quais, três delas, sob o número O05, O06 e O07, correspondem às prováveis mortes provocadas



pelo aborto clandestino, cuja prática tem servido enquanto justificativa para a luta pela legalização do aborto no Brasil, como se discute a seguir.

3.1.5. Mortes maternas resultantes do aborto por todas as causas:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define aborto como a expulsão do concepto com peso inferior a 500g, com cerca de 20-22 semanas completas de gestação. Tal expulsão é classificada como precoce, quando antes da 13ª semana, e tardia, da 13ª à 22ª semana de gestação⁶⁷ (BRASIL, 2000). Por sua etiologia, o aborto pode ser espontâneo ou provocado.

Enquanto causa de mortalidade materna, o aborto pode decorrer de 8 diagnósticos. Os cinco primeiros: Gravidez ectópica, Mola hidatiforme, Outros produtos anormais da concepção, Aborto espontâneo, e Aborto p/ razões médicas e legais não apresentam ligação com o aborto provocado clandestinamente. As duas causas seguintes, Outros tipos de aborto e Aborto Não Especificado, podem ou não estar associadas ao aborto clandestino. Somente o último grupo: Falha de tentativa de aborto apresenta ligação mais direta à morte materna consequente ao aborto clandestino.

A Tabela 8 apresenta o número de mortes maternas associado ao aborto no Brasil em 2013. Observa-se que as mortes resultantes diretamente de aborto clandestino (O07Falha de tentativa de aborto) representaram somente 7,1% dessas mortes em 2013. Se acrescentado a esse dado os óbitos relacionados a outros tipos de aborto (O05) e aborto não identificado (O06), que podem resultar do aborto clandestino, verifica-se que 46% do total de mortes maternas do total de mortes decorrentes de gravidez que termina em aborto podem estar associadas a esse tipo de abortamento. Como se tem dito repetidamente, importa, aqui, a objetividade dos dados, o que não anula nem reduz a importância e a necessidade de se evitar cada morte ocorrida.

Tabela 8: Óbitos de mulheres associados a todas as causas de aborto (2013)

Óbitos mulheres idade fértil segundo Categoria CID-10

Capítulo CID-10: XV. Gravidez parto e puerpério

⁶⁷ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Urgências e emergências maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília (DF); 2000.



Grupo CID-10: Gravidez que termina em aborto

Categoria CID-10: O00 a O08

Período: 2013

Categoria CID-10	Óbitos associados ao aborto	Peso relativo
O00 Gravidez ectópica	42	29,8%
O01 Mola hidatiforme	7	5,0%
O02 Outros produtos anormais da concepção	13	9,2%
O03 Aborto espontâneo	13	9,2%
O04 Aborto p/ razões médicas e legais	1	0,7%
O05 Outros tipos de aborto	10	7,1%
O06 Aborto NE	45	31,9%
O07 Falha de tentativa de aborto	10	7,1%
TOTAL	141	100,0%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

Mediante essas constatações, há de se questionar as premissas que orientam as políticas de saúde pública no Brasil nos últimos anos. Se, em 2013, houve 141 óbitos de mulheres associados ao aborto (7,89% das mortes maternas) e 1.646 mortes (92% do total) resultaram notadamente da pouca ou nenhuma assistência médica oferecida durante o pré-natal, parto e puerpério, a política de saúde deve se preocupar, predominantemente, com as principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil e de mortalidade materna. Isso se justifica, inclusive, se considerados os óbitos de mulheres por aborto nos últimos 18 anos, como mostra a Tabela 9.

O que se observa é uma pequena variação desse número nesse período: entre 115 óbitos em 1998 e 169 em 2009. A média fica em 140,7 óbitos anuais associadas a todas as causas de aborto.

No que se refere às mortes maternas relacionadas diretamente a abortos clandestinos (Falha na tentativa de aborto), constata-se uma variação entre 5 e 24 mortes/ano e a média de 10,2 óbitos entre 1996 e 2013. Comparativamente à média total de cerca de 61.626 mortes/ano de mulheres em idade fértil nos últimos 18 anos (Tabela 7), o que se constata é que o número médio de mortes causadas necessariamente por aborto provocado não representa nem 0,02% das mortes ocorridas.

Tabela 9: Óbitos de mulheres associadas a todas as causas de aborto (1996-2013)

Ano	O00 Grav. ectópica	O01 Mola hidatiforme	O02 Outros produtos anormais	O03 Ab espontâneo	O04 Ab Razões Médicas legais	O05 Outros tipos de aborto	O06 Ab. NE	O07 Falha tentativa de aborto	Total
------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------



1996	34	2	13	6	1	6	72	12	146
1997	26	6	13	9	1	13	83	12	163
1998	23	4	15	7	0	4	60	6	119
1999	30	3	22	6	0	13	64	9	147
2000	27	2	12	5	0	10	62	10	128
2001	25	9	16	10	1	8	68	11	148
2002	22	5	10	8	0	18	45	7	115
2003	36	3	21	8	0	21	57	6	152
2004	29	4	24	17	0	17	54	11	156
2005	39	6	9	10	0	11	53	22	150
2006	30	4	13	21	0	19	45	7	139
2007	40	6	14	8	0	12	46	7	133
2008	31	3	8	9	1	12	47	7	118
2009	44	6	21	8	0	10	56	24	169
2010	42	11	22	5	1	16	48	9	154
2011	35	4	19	8	1	10	49	9	135
2012	36	3	12	13	0	11	40	5	120
2013	42	7	13	13	1	10	45	10	141
Total	591	88	277	171	7	221	994	184	2533
Média	32,8	4,9	15,4	9,5	0,4	12,3	55,2	10,2	140,7

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015).

Mesmo quando acrescidos os óbitos pelas causas O055 e O06, o número médio total de mortes maternas gerados por aborto clandestino permanece inexpressivo. Somados, eles chegam a 77,7 em média entre 1996 e 2013, resultados incrivelmente distantes das cifras apresentadas pelos que argumentam que o alto número de mortes maternas pelo aborto provocado clandestino justificaria a liberação do mesmo.

Não obstante a pequena expressividade das mortes maternas por aborto espontâneo e provocado no Brasil, há de se acrescentar o fato de que o aborto, em qualquer das hipóteses, provoca consequências físicas e psicológicas, sobretudo, para a mulher, bem como produz impactos socioeconômicos para o contexto onde é disseminado e se torna, progressivamente, uma prática difundida entre as mulheres. Nas seções a seguir, aborda-se, separadamente, tais consequências do aborto para a mulher, o homem, as famílias, a sociedade e a economia.

4.2. Consequências físicas e psicológicas do aborto provocado

A partir do primeiro momento da fecundação, o organismo da mãe passa a se organizar para a proteção da nova vida que se inicia em seu ventre. Mudanças significativas acontecem com sua frequência cardíaca, número de glóbulos vermelhos, metabolismo, dentre outras, no universo físico pessoal da mãe. Não é apenas o útero que engravida. A mulher, em todo o seu ser, engravida. Neste processo, há, em particular, uma inundação de hormônios que comandam e atuam em todos os tecidos, principalmente nos órgãos reprodutores e mamas, conforme é



registrado em todo livro científico de obstetrícia (CUNNINGHAM, 2011; NORWITZ e SCHORGE, 2003; JOBE, WHITSETT e ABMAN, 2016; PUNDIR e COOMARASAMY, 2016).

Por isso, um dos primeiros sintomas que a mãe percebe ao engravidar é a sensibilidade nas mamas. O corpo se prepara para possibilitar a vida do(a) filho(a) em seu ventre. Por essa razão, quando o processo que se desenvolvia harmoniosamente é interrompido bruscamente pelo aborto provocado, há uma “pane” no corpo da mãe: as células e tecidos ficam sem rumo, o que deixa um campo propício para alterações e tumores do fígado, tumores da mama (com acréscimo do risco de câncer), problemas vasculares como derrames cerebrais, trombozes, dentre outras complicações físicas.

Além disso, o aborto provocado aumenta as chances de as mulheres apresentarem doenças mentais. Os riscos compreendem desde a queda na autoestima pessoal pela destruição da vida do próprio filho até desordens nervosas, neuroses diversas e doenças psicossomáticas. Depressão, tendências suicidas e necessidade de acompanhamento psiquiátrico ao longo da vida encontram-se entre os principais traumas do aborto provocado para a mulher. Nas subseções a seguir, trata-se dessas consequências de forma aprofundada e separadamente.

4.2.1. *Consequências físicas do aborto para a mulher*⁶⁸:

As consequências físicas do aborto para a saúde da mulher podem ser imediatas, de médio ou de longo prazo. Os riscos imediatos decorrem do ato em si do aborto e variam conforme o tempo de gestação e o método utilizado. Por sua vez, os riscos de médio e longo prazo são explicados, sobretudo, pela ação de hormônios: durante a gestação, eles se organizam para mantê-la até a resolução natural do parto ou na eventualidade de um aborto espontâneo. As sequelas e complicações relativas a estes riscos são evidentes, com alto custo para as mães envolvidas, para as famílias e para o sistema social de atendimento à saúde. Vale lembrar ainda que acontecem mortes no aborto provocado mesmo com assistência médica (causa: Aborto p/ razões médicas e legais), como mostrado na Tabela 9.

⁶⁸Essa subseção baseia-se nas investigações de: NEY Pie col. *The Effects of Pregnancy Loss on Women Health* Social Science & Medicine 38(9):1193-1200, 1994; FRANK PI. *Induced-Abortion Operations and Their Early Dequelaes*. Journal of the Royal College of General Practitioners 35(273):175-180, 1985; HALLBERG PE e col. *Acute Pancreatitis Following Medical Abortion* BMC Women’s Health 4(1), 2004.



a. *Complicações imediatas do aborto para a saúde da mulher:*

O fato de que a existência de gravidez implica a presença de uma criança em desenvolvimento e de que o aborto provocado só se concretiza quando esta vida é interrompida, torna necessário conhecer como é realizado o aborto. Aqui, faz-se referência apenas ao aborto provocado ou voluntário, uma vez que o aborto “espontâneo” acontece sem a vontade da mãe e sem interferência de terceiros.

São seis os **métodos** principais para efetivar o aborto provocado: (A) aspiração, (B) curetagem, (C) prostaglandina, (D) solução salina, (E) histerotomia e (F) nascimento parcial, além do método químico usado, sobretudo, para o aborto precoce, como explicado abaixo.

A. Aspiração ou sucção:

Esse método requer a dilatação do colo uterino de modo forçado. A sonda colocada dentro do útero aplica uma força de aspiração de 25 a 30 vezes superior ao aspirador comum e reduz a pedaços o embrião ou feto, arrancando a placenta fortemente presa à parede uterina. Esse método frequentemente exige a curetagem uterina complementar.

B. Curetagem:

A **curetagem** substitui o aspirador por uma forte pinça e colheres de cabo longo e bordos cortantes que extraem aos pedaços, o feto e a placenta. A perda de sangue pode ser abundante. Em princípio, a curetagem e a aspiração são realizadas no máximo até 12 semanas (2 meses e meio) de gestação. Observe-se que é possível identificar as batidas do coração do embrião, com 7 a 10 dias do atraso menstrual, ou seja, com 3 semanas e 3 dias de vida. Com 12 semanas, o feto, há muito tempo, se movimenta, pode ter gravado seu eletrocardiograma e o seu eletroencefalograma, e tem seu sistema nervoso pronto com os receptores da dor.

C. Prostaglandina:

A **prostaglandina** é uso de fármaco por via oral ou intravaginal que provoca o aborto ou trabalho de parto independente do tempo da gestação. O bebê pode nascer vivo.

D. Solução salina:

A **solução salina** é utilizada a partir da 16ª semana de gestação pela injeção de solução salina concentrada para dentro do saco amniótico através de longa agulha. O feto aspira e engole este líquido que o envenena; ele se debate, às vezes, apresenta convulsões em lenta agonia; nasce com queimaduras pelo sal concentrado que chega a tirar toda sua pele. Apesar disso, pode nascer vivo, terrivelmente machucado.

E. Histerotomia:

A histerotomia consiste em uma cirurgia semelhante à cesárea, usada, notadamente, em idade gestacional mais avançada. Enquanto cirurgia, ela pode ter como consequência o nascimento de um bebê vivo, que é abandonado para morrer. Além disso, ela envolve riscos do ato cirúrgico e do procedimento que violenta fisicamente o organismo materno, que usa de inúmeros recursos para proteger a vida que abriga em seu seio.

F. Nascimento parcial:

O nascimento parcial é uma técnica usada após o 5º mês de gestação. Realiza-se o parto normal, forçando-o a ser pélvico, tracionando o bebê pelos membros inferiores. Ao surgir o pescoço, o médico atravessa um orifício da nuca e esvazia o cérebro, matando-o. Para concluir, é preciso retirar a cabeça diminuída de volume.

Nos Estados Unidos da América, a motivação deste método é de ordem legal onde, se ao nascimento, o recém-nascido esboçar o menor sinal de vida, é considerado pessoa diante da lei e deve ser protegido.

Os cinco métodos supracitados apresentam riscos imediatos semelhantes para a saúde da mulher. Todos provocam artificialmente a dilatação do colo do útero e requerem curetagem da cavidade uterina, cujos procedimentos podem causar, pelo menos, cinco complicações para a saúde da mulher.

A primeira delas consiste na **laceração** do colo uterino provocada pelo uso de dilatadores. A laceração produz insuficiência do colo uterino, o que, por sua vez, favorece partos prematuros na 20ª ou 30ª semana de gestações posteriores e abortos sucessivos no primeiro e no segundo trimestre. Constatou-se que 1 a cada 10 mulheres, isto é, 10% das pacientes, apresentam abortos sucessivos devido a aborto provocado em gravidez anterior.

Pode também ocorrer a **perfuração do útero** quando é usada a colher de curetagem, o aspirador ou ainda o histerômetro (instrumento que mede a cavidade uterina). O útero grávido é muito frágil e fino e pode ser perfurado sem que o cirurgião se dê conta, causando uma série de complicações sérias para a saúde da mulher.

A perfuração no útero gera infecção e obstrução das tubas uterinas, o que, por seu turno, provoca esterilidade e exige a intervenção para estancar a hemorragia produzida. Somado a isto, há perigo de lesão no intestino, na bexiga ou nas tubas uterinas e, mais raramente, até lesão na artéria do útero, o que cria a necessidade de histerectomia (extirpação do útero), se não for possível estancar a hemorragia.

Outra complicação consiste nas **hemorragias** uterinas causadas pela falta de contração do músculo uterino. As perdas de sangue são mais intensas se a gravidez for avançada. Como decorrência, as mulheres nessa situação apresentam a necessidade de transfusão de sangue e, caso a hemorragia não seja estancada, pode chegar à exigência de ablação do endométrio – procedimento para remover permanentemente uma camada de tecido fino do revestimento do útero para parar ou reduzir o sangramento excessivo ou anormal.

Ademais, o aborto pode provocar **endometrite** (inflamação uterina secundária, decorrente do aborto). Apesar dos antibióticos administrados antes do aborto, há incidência de infecções e a possibilidade de obstrução de trompas após o abortamento. Tais inflamações pós-aborto podem causar esterilidade e gravidez ectópica (fora do útero).

Estes procedimentos podem levar, por fim, à formação de **aderências** no interior do útero e, como consequência, acarretar esterilidade, associada particularmente à amenorréia (ausência de menstruação).

Somado a esses efeitos comuns a todos, o método abortivo de solução salina tende a gerar

coagulopatia (dificuldade de coagulação), intoxicação por retenção de água e efeitos secundários que podem causar falhas de funcionamento do coração e morte, pela entrada de solução salina na corrente sanguínea da mãe. Esse método apresenta um perigo dez vezes superior à curetagem e a chance de mortalidade vai de 4 a 22 a cada mil mulheres nessas condições.

Além desses métodos e suas consequências, o aborto pode ser provocado por métodos químicos, isto é, pela ingestão de substâncias químicas, isoladas ou associadas, tais como as prostaglandinas, a anti-progesterona, o RU 486, anti-cancerígenos, e grandes doses de hormônios como a pílula do dia seguinte. Esses métodos consistem nos mais populares desde os anos 70, uma vez que é espontânea a repulsa em matar um bebê que se vê em um exame de ultrassonografia ou que se reconhece “como gente” fora do útero.

Como os métodos anteriores, o uso de substâncias químicas também acarreta riscos para a saúde da mulher, sobretudo, se é muito jovem e se o usa com frequência. Essas substâncias causam contrações no útero e, como decorrência, a mulher pode ter dores fortes, hemorragia mais intensa do que na menstruação normal, náuseas, vômitos e diarreia. Há grande risco de hemorragia muito forte que requeira assistência médica em ambiente hospitalar. O risco de hemorragia intensa, dores fortes e complicações aumentam proporcionalmente ao tempo de gestação.

Vale reafirmar que o fato do aborto ser realizado em uma clínica particular não elimina os riscos inerentes a essa prática, mesmo se realizada em ambiente hospitalar e por profissional habilitado. Em gestação de até 22 semanas (5 meses), a realização de aborto voluntário aumenta as chances de complicações em futuras gestações, provocando maior tempo de internação e de repouso. Constata-se probabilidade sete vezes maior de ocorrer placenta prévia (BARRET, 1981; TAYLOR et al, 1991) e maior frequência de partos prematuros (ROONEY e CALHOUN, 2003).

Ademais, há maior número de mortes por diferentes causas entre as mulheres que provocaram aborto, comparativamente àquelas que levaram a gestação até o término natural. Dentre as causas mais comuns de óbitos, estão as doenças circulatórias, doenças cerebrovasculares e complicações hepáticas (REARDON et al, 2002). Somado a elas, há maior incidência de câncer



de mama, bem como maior número de partos prematuros, dentre mulheres que experimentaram aborto provocado (BERAL et al, 2004; MALEC, 2003).

Para a gestação de mais de 22 semanas (mais de 5 meses), complicações imediatas ainda mais sérias para a saúde da mulher são observadas: o trabalho de parto em gravidez posterior é prolongado, há risco de rotura uterina, o tempo de internação hospitalar aumenta, e há maiores chances de aborto cesariano.

No que se refere ao trabalho de parto prolongado, o que se verifica é que, nos casos em que o útero não é preparado espontaneamente para o parto, a indução forçada exige muito tempo. Na história clínica colhida das mulheres que foram anteriormente submetidas ao aborto provocado, constata-se, pelos próprios relatos das mães que receberam autorização judicial para este procedimento, que o parto ocorre, em média, após 5 a 11 dias de internação, sujeitando-as a grande manipulação e ao uso de medicamentos e de procedimentos indutores⁶⁹.

Como decorrência, há um aumento do uso de resolução cirúrgica (aborto cesariano). A indução antecipada ao parto, somada ao *stress* pela própria gestação e ao processo demorado e doloroso das contrações uterinas forçadas, levam a um maior número de procedimentos equivalentes à cesárea, motivados pelo fracasso da indução, pelas complicações provocadas, pela exaustão da mãe e da própria equipe de saúde além da pressão habitual dos familiares⁷⁰.

Esta situação apresenta riscos médicos comprovados, uma vez que afronta os processos estabelecidos no organismo feminino que orientam para a proteção natural da gestação. O tempo de internação hospitalar e de isolamento familiar aumenta e há risco de rotura uterina. Os indutores do parto podem provocar a rotura do útero, colocando a vida da gestante em sério risco. Da mesma forma, podem levar ao descolamento da placenta com hemorragia súbita e fatal.

Na indução do parto com ocitocina ou misoprostol, cabe atenção rigorosa da contratilidade uterina, fundamental para o sucesso do procedimento. A hiperestimulação e a hipercontratilidade uterina são complicações que podem ocorrer durante a indução do parto com ocitocina ou misoprostol, aumentando o risco de rotura uterina (BRASIL, 2014, p.30).

⁶⁹ Relatos disponíveis no vídeo “*Quantos eu te amo*” no link: <https://www.youtube.com/watch?v=YETRGpi39fc>. Acesso 11 maio 2016.

⁷⁰ Fato constatado nos 48 anos de clínica obstétrica da autora.

Como se sabe, a utilização desses métodos abortivos não é a melhor via para o parto, sobretudo, nesses casos. Um ato cirúrgico sempre acrescenta riscos para a mãe e compromete o seu futuro obstétrico, como tem sido defendido, nos últimos anos, pelo Ministério de Saúde. Além disso, todas as complicações do aborto produzem sequelas permanentes, sempre com alto custo, em todos os aspectos, para as mães envolvidas, para as famílias e para o sistema social de atendimento à saúde.

b. Complicações tardias do aborto para a saúde da mulher:

Além das complicações imediatas do aborto para a saúde da mulher, há também riscos de longo prazo resultantes, notadamente, da ação dos hormônios no organismo da mulher. Durante a gestação, os hormônios se organizam para mantê-la até a resolução natural do parto ou na eventualidade de um aborto espontâneo. Pela sua importância dentre as principais causas de mortalidade materna⁷¹, será apresentada a seguir, particular explicação quanto à possibilidade de aumento do câncer de mama.

O aborto provocado e o câncer de mama:

Em 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um amplo estudo empírico sobre a relação entre a vida reprodutiva e a incidência do câncer da mama. O estudo abrangeu mais de 17 mil mulheres dos quatro continentes e obteve informações indiscutíveis que se estenderam ao longo de quarenta e cinco anos depois de provocado o aborto. Dentre as principais constatações, estava a de um aumento de risco associado ao aborto – contrariamente à redução do risco associado com as gravidezes levadas a termo, ao dar à luz (MACMAHON et al., 1993).

Resultados semelhantes foram apresentados por investigações posteriores (Brind et al., 1996). Vinte e cinco (25) de vinte e nove (29) estudos epidemiológicos mundiais, realizados com mulheres de ascendência Africana, Asiática e Europeia, concluíram que mesmo um único aborto aumenta o risco de adquirir mais tarde câncer da mama⁷². Além disso, esses estudos

⁷¹ Ver seção anterior.

⁷² PIKE MC et al. *Br J Cancer* 1981;43:72-6; BRINTON L. et al. *Br J Cancer* 1983;47:757-62; ROSENBERG et al. *Br J Cancer* 1984;50:757-62.

apontaram que a incidência de câncer de mama no mundo industrializado aumentou mais do que o dobro, na época em que o aborto se legalizou e se tornou em uma prática comum nestes países (HARRIS et al, 1992; REMENNICK, 1989).

A relação entre aborto e câncer de mama encontra-se na ação dos hormônios no corpo da mulher. O estrogênio é o hormônio que, na puberdade, converte o corpo de uma menina no corpo de uma mulher. Há uma série de esteroides, estrogênios, que podem ter este efeito, porém o mais abundante se chama estradiol.

Depois da puberdade, os níveis de estrogênio sobem e baixam duas vezes em cada ciclo menstrual. O hormônio folículo estimulante (FSH), produzido pela hipófise, estimula o crescimento de novos folículos com óvulos nos ovários durante a primeira metade do ciclo menstrual. Seu nível aumenta e alcança o pico no dia anterior à ovulação. Isto serve de estímulo à hipófise, para que segregue outro hormônio, o hormônio luteinizante (LH).

Depois da ovulação, o folículo que liberou o óvulo enche-se com um novo tipo de células chamadas células lúteas e ele passa a ser chamado corpo lúteo que, por sua vez, produz quantidades maiores tanto de estradiol como do hormônio progesterona, indispensável para a manutenção da gravidez. A secreção de LH baixa drasticamente depois da ovulação e o corpo lúteo começa a diminuir uma semana depois da ovulação até desaparecer. Neste momento, ocorre a menstruação, se não houver a fertilização do óvulo (concepção).

Se ocorrer a concepção, o embrião começa a segregar outro mensageiro químico quase imediatamente: a gonadotrofina coriônica humana (HCG)⁷³ que atua como o LH para manter o

al. *Am J Epidemiol* 1988;127:981-9; HOWE HL et al. *Int J Epidemiol* 1989;18:300-4; LAING AE et al. *J Natl Med Assoc* 1993;85:931-9; LAING AE et al. *Genet Epidemiol* 1994;11:A300; DALING JR et al. *J Natl Cancer Inst* 1994;86:1584-92; DALING JR et al. *Am J Epidemiol* 1996;144:373-80; NEWEOMB et al. *JAMA* 1996;275:283-7; WU AH et al. *Br J Cancer* 1996;73:680-6; PALMER JR et al. *Cancer Causes Control* 1997;8:841-9; MOSESON M et al. *Int J Epidemiol* 1993;22:1000-9; SEGI M et al. *GANN* 1957;48(Suppl):1-63; WATANABE H., Hirayama T. *Nippon Rinsho* 1968;26:1853-9 (em Japonês); DVOIR In VV, Medvedev AB *Meth Progr Breast Cancer EpidemiolRes, Tallin*, 1978, Moscow Oncol Sei Otr USSR Acad Sci 1978;58-63; BURANY B. *Jugosl Ginekol Opstet* 1979;19:237-47 (em sérvio-croata); NISHIYAMA F. *Shikoku Ichi* 1982;38:333-43; LE M-G In Wolff J-P, Scott JS, eds. *Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Aetiology*, Amsterdam: Elsevier 1884;139-47; HIROHATA et al. *NCI Monogr* 1985;69:187-90; EWERTZ M, Duffy SW *Br J Cancer* 1988;58:99-104; ADAMI HO et al. *Br J Cancer* 1990;62:122-6; LA VECCHIA C et al. *Int J Epidemiol* 1993;53:215-9; ANDRIEU N et al. *Cancer Detect Prev* 1994;18:51-5; LIPWORTH L et al. *Int J Cancer* 1995;61:181-4; ROOKUS M, van Leeuwen FE *JNCI* 1996;88:1759-64; BU L et al. *Am J Epidemiol* 1995;141:885; TALAMINI R et al. *Eur J Cancer* 1996;32A:303-10; MELBYE M et al. *N Engl J Med* 1997;336:81-5; LUPORSI F in Andrieu N et al. *Br J Cancer* 1995;72:744-51; ROHAN TE and 33. Zaridze DG, in #31.

corpo lúteo. Este começa a gerar concentrações enormes de progesterona (necessárias para permitir a implantação do embrião e a manutenção da gravidez) e de estradiol.

Níveis de estradiol significativamente elevados (comparados com os níveis em mulheres não-grávidas na mesma fase do ciclo menstrual) podem ser detectados cedo, nos 5 dias posteriores à concepção (STEWART et al., 1993). Entre a 7^a e 8^a semanas depois da última menstruação, o sangue de uma mulher grávida contém seis vezes mais estradiol do que no momento da concepção; isto é, mais do que o dobro do nível mais alto obtido durante o pico pré-ovulatório (WITT et al., 1990). As gravidezes destinadas a se interromper espontaneamente (aborto espontâneo) durante o primeiro semestre não geram, normalmente, estradiol em quantidade que exceda os níveis do estado de não-gravidez. Daí ser possível prever abortos espontâneos com uma exatidão de 92% com só uma medida de estradiol (KUNZ e KELLER, 1976).

A relação entre o estradiol (ou os estrogênios em geral) com o risco do câncer de mama repousa na influência que o mesmo apresenta no crescimento do tecido da mama. O estradiol faz com que a mama cresça durante a puberdade e que cresça uma vez mais durante a gravidez. As células da mama, que são sensíveis ao estímulo do estradiol, são as primitivas ou indiferenciadas. Quando se tornam diferenciadas, são produtoras de leite.

As células indiferenciadas são vulneráveis aos efeitos dos carcinogêneos (como a radiação, os produtos químicos, etc.) e podem produzir tumores cancerígenos. Se uma mulher desenvolve uma gravidez normal e provoca um aborto voluntariamente, ela retém mais dessas células vulneráveis ao câncer, consideradas relativamente a uma gravidez levada a termo, que produz a plena diferenciação dos tecidos da mama com o fim da produção de leite e deixa menos células vulneráveis ao câncer.

Além disso, como há sempre células indiferenciadas (e inclusive algumas células anormais) na mama das mulheres, o excesso de exposição aos efeitos promotores do crescimento do estradiol ou outros estrogênios contribui para o risco de câncer da mama. Por outro lado, as mulheres que amamentam seus filhos reduzem o risco desta doença.

⁷³ Embora o **HCG** seja usualmente referido como um hormônio, na verdade, não é. Como é uma mensagem química entre dois indivíduos de uma espécie (neste caso, mãe e filho) é mais apropriadamente descrito como sendo um **feromônio**. Como normalmente não é segregado pelo corpo feminino, o detectar específico da sua presença é a base de todo o teste de gravidez.

Na primeira Conferência Mundial sobre o Câncer de Mama em 1997 no Canadá, o Dr. Joel Brind, Professor de Endocrinologia na Universidade de Baruch, da Cidade Universitária de Nova Iorque, e Director da Revista Trimestral Atualizada sobre o Aborto e Câncer de Mama (Abortion-Breast Cancer Quarterly Update), dirigiu um seminário sobre a ligação entre o aborto e o câncer da mama. Ele realizou uma “revisão compreensiva e a meta-análise” deste problema, a qual foi publicada originariamente no Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária (Journal of Epidemiology and Community Health) da Associação Médica da Grã-Bretanha (RUSSO, et al., 1992). Foi apresentado um plano para combater este câncer na Conferência Mundial sobre Cancer de mama⁷⁴ um ano depois.

Trabalhos mais recentes continuam a apresentar a mesma afirmativa de risco agravado quando o aborto é praticado durante a primeira gravidez. Por exemplo, trabalho em oito países europeus com alta incidência de aborto provocado afirma que “quando a mulher é nulípara (que nunca deu a luz), um aborto induzido tem um efeito carcinogênico maior, porque ele deixa células mamárias em estado interrompido de desenvolvimento hormonal, nas quais há maior suscetibilidade” (CARROL, 2007). Da mesma forma, há conclusão semelhante em trabalhos nacionais como o de Pinho (2007) e Bonfim (2009).

Recente estudo de 2012 demonstrou que o aborto aumenta em 193% o risco de câncer de mama nas mulheres, ao passo que as que levaram a término sua gravidez têm muito menor risco que aquelas que nunca estiveram grávidas⁷⁵. Segundo uma nota publicada no jornal espanhol La Gazeta, este estudo feito no Irã se une a outros realizados nos Estados Unidos, China e Turquia, o que corresponde a um total de cinco investigações que, nos últimos 18 meses, demonstraram que o aborto é uma das principais causa do câncer de mama.

O estudo iraniano foi divulgado pouco antes de outra pesquisa de cientistas do Sri Lanka que revelou que as mulheres que provocaram um aborto no passado eram 242% mais propensas a contrair câncer de mama. Em outra investigação, realizada por Carroll (2007), intitulada "A Epidemia do Câncer de Mama"⁷⁶, os mesmos resultados foram constatados: demonstrou-se que o aborto é a principal causa desta enfermidade nas mulheres.

⁷⁴ World Conference on Breast Cancer - Global Action Plan Report, Kingston, ON, Canada, 1998, p.15.

⁷⁵ Disponível em <http://www.acidigital.com/noticias/aborto-aumenta-o-risco-de-cancer-de-mama-em-quase-200-por-cento-11558/> Acesso 29 abril 2016

⁷⁶ Disponível em: <http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>. Acesso 11 abril 2016.

Por fim, vale citar a investigação do *Journal of American Physicians and Surgeons* (Revista de Médicos e Cirurgiões dos Estados Unidos) em países com altos índices de aborto, como a Inglaterra e Gales⁷⁷. Na mesma linha de raciocínio, a pesquisa apontou para a alta incidência de câncer de mama em mulheres que passaram por aborto voluntário.

4.2.2. *Consequências psicológicas do aborto para a mulher:*

Somado às complicações físicas, o aborto gera consequências psicológicas para a mulher e demais membros de sua família, para as crianças que nascem em gestações posteriores, e para a equipe médica que o realiza. Nas subseções abaixo, os riscos e complicações são apresentados e discutidos separadamente para cada um desses grupos.

a. *Consequências psicológicas do aborto para as mulheres:*

A relação entre aborto e saúde mental da mulher tem sido avaliada por diversos autores de países distintos há décadas. Dentre eles, merece destaque Coleman (2011), cujos trabalhos nesse sentido têm sido publicados em periódicos acadêmicos há muitos anos. Recentemente, a autora fez uma revisão sistemática do assunto e apresentou uma meta-análise de 22 estudos publicados, nos quais reúne dados de cerca de 877.000 mulheres, dentre as quais 163.831 fizeram um aborto, e aponta 36 efeitos psicológicos do aborto para a saúde mental das mesmas.

Coleman (2011) constatou, por exemplo, que quase 10% de todos os problemas de saúde mental são diretamente atribuíveis ao aborto, o que resulta em quase dobrar este risco entre as mulheres com um histórico de aborto provocado quando comparadas com as mulheres que não o fizeram. Mesmo em comparação com as mulheres que seguiram com uma gravidez indesejada, as mulheres pós-aborto ainda têm um 55% maior risco de problemas de saúde mental.

Ademais, a autora observou que mulheres que abortam voluntariamente apresentaram um risco aumentado de: 220% de dependência de maconha pós-aborto, 155% de comportamentos suicidas, 110% de abuso de álcool, 37% de depressão e 34% de transtornos de ansiedade. Isto

⁷⁷ Disponível em <http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>. Acesso 29 abril 2016.

é, o aborto traria um conjunto de complicações psicológicas para a mulher, mesmo tendo sido realizado voluntariamente pela mesma.

As constatações de Coleman (2011) alinham-se com os resultados obtidos por Fergusson (2006, 2008, 2009) em investigações anteriores sobre o tema. Este autor, que se identifica como ateu pró-escolha e racionalista, realizou seu primeiro estudo com a expectativa de provar que a aparente ligação entre problemas psicológicos da síndrome pós-aborto seria explicada por fatores pré-existentes (HILL, 2006). Em vez disso, os dados revelaram que o aborto provocado era um independente fator de risco para o aparecimento da doença mental (ROBOTHAM, 2006).

Fergusson (2006, 2008, 2009) constatou, também, que o aborto provocado está atrelado a taxas mais elevadas de depressão, ansiedade, abuso de drogas e álcool e comportamentos suicidas. Aos 25 anos, por exemplo, 42% das mulheres examinadas que haviam realizado um aborto voluntariamente tinham experimentado o dobro de depressão durante os quatro anos anteriores do que outras mulheres (FERGUSSON, 2008). O aborto consistia, de fato, em um evento traumático, que envolvia a perda, dor, e dificuldades, predispondo as mulheres a doenças mentais.

Outras investigações, conduzidas nos Estados Unidos, corroboram as constatações de Coleman (2011) e Fergusson (2006, 2008, 2009). Cogle Junior et al (2003a) verificaram que as mulheres que abortam voluntariamente apresentam 250% mais chance de ser submetidas a hospitalização psiquiátrica. Em outro estudo (COUGLE JR., 2003b), o autor aponta que tais mulheres apresentam, ainda, 138% mais chance de apresentar quadros depressivos ao longo de sua vida.

Coleman (2002) acrescenta a constatação de que as mulheres que abortam voluntariamente possuem 60% mais chance de apresentar quadros de stress pós-trauma⁷⁸. Além disso, essas mulheres apresentam 7 (sete) vezes mais chances de desenvolver tendências suicidas (TISCHLER, 1981; CRISTOPHER, 1997; GISSLER, 1996) e entre 30 a 50% mais chances de apresentar quadros de disfunção sexual (DOUVIER, 2001; BELSEY, 1977). Elas ainda

⁷⁸ O transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), estado de *stress* pós-traumático ou síndrome pós-traumática, é um transtorno psicológico que ocorre em resposta a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. Caso persista por mais de 2 anos, passa a ser considerada uma modificação duradoura da personalidade.

apresentam 25% mais chances de necessitar de acompanhamento psiquiátrico em longo prazo (RUE, 2004; COUGLE JR, 2005).

A que se deve este resultado estatístico que é comprovado tanto entre a população de baixa renda como na de alta renda?

As escolas de psicologia mostram que nenhum trauma é satisfatoriamente superado através de outro trauma. É o que acontece na gestação desde o início indesejada ou que se torna indesejada durante a sua evolução. O aborto provocado acrescenta outro trauma muito mais intenso sobre o anterior, uma vez que toda mulher sente e sabe consciente ou inconscientemente que está determinando o fim da vida de um filho seu (HENRIT, 2001). O matar o filho por meio de aborto não anula o trauma, mas cria outro, uma vez que é impossível dizer que o filho não existiu.

Quando a mãe interrompe a gravidez, abortando artificialmente, não pode assimilar e elaborar a decepção, não realiza o valor de auto-transcendência para o qual recebe o apelo, é obrigada a endurecer os sentimentos e não terá oportunidade de re-significar o conflito daquela gestação indesejada. Esta necessidade fica mais difícil de ser alcançada porque o aborto provocado expressa a negação de sentido daquela vivência que sempre a envolve integralmente. Não encontra resposta nem do “por que” nem do “para que” do seu sofrimento e rejeição.

Como decorrência, a capacidade da mulher de intuir o valor e de captar o significado da gravidez é prejudicada. A mãe perde a oportunidade de descobrir um por que e um para que pessoal e intransferível em seu sofrimento, sem agredir ainda mais a si mesma e àquele “ser que traz em seu ser”. Não é sofrimento que faz crescer. É a atitude que se toma diante do sofrimento não procurado e que golpeia de forma inevitável que faz crescer como pessoa. Daí a importância de se tratar toda dor que pode ser evitada e anulada. Como afirmado por Freud (1974) certa vez:

Ficamos perplexos ao ver os inesperados resultados que sucedem a um aborto artificial, ao lado de matar uma criança ainda não nascida, mesmo a partir de uma decisão tomada sem remorso nem hesitação.

Ambas as vidas da mulher e de seu filho são preciosas, únicas e irrepetíveis. E, ambos, mãe e filho, são as grandes vítimas do aborto provocado. No caso do filho, a consequência é a morte.



No caso da mulher, por outro lado, os danos causados pelo aborto provocado vão desde a queda na autoestima pessoal pela destruição da vida do próprio filho até desordens nervosas, neuroses diversas e doenças psicossomáticas. A escolha pelo aborto ao invés da vida do filho provoca traumas mentais irreparáveis e sérios para a mulher.

b. Consequências psicológicas do aborto para familiares e equipe médica:

Tal como a mulher que aborta, os demais membros da família sofrem os danos do ato abortivo. Os problemas imediatos decorrem da animosidade que a mãe sofre. Dentre eles, os mais frequentes consistem na agressividade e fuga do lar pelos filhos, no medo destes de que os pais se separem, e na sensação de que a mãe somente pensa em si. No caso dos filhos que nasçam depois de um aborto, há uma maior tendência de atraso mental por causa de uma malformação durante a gravidez ou de nascimento prematuro.

Por fim, vale citar as complicações psicológicas do abortamento sobre a equipe médica envolvida. Estudos científicos mostram que o aborto desmoraliza profissionalmente o pessoal médico que o realiza, porque a profissão do médico é a de salvar a vida, não de destruí-la. A equipe sofre estados patológicos que se manifestam em diversas formas de angústia, sentimento de culpa, depressão, tanto nos médicos quanto no pessoal auxiliar, por causa da violência contra a consciência que tal ato implica (Franz, 2004; Rolim, 1996).

4.3 Os impactos sociais da legalização do aborto: projeções para o Brasil a partir de experiências internacionais

O mundo está passando por um dos melhores momentos demográficos de toda a história da humanidade. Isso se deve ao mais importante fenômeno social de mudança de comportamento de massas da história da humanidade: a transição demográfica. De modo geral, a transição demográfica caracteriza-se pela queda das taxas de mortalidade e, depois de um certo tempo, das taxas de fecundidade, o que provoca, num primeiro momento, a aceleração da taxa de crescimento populacional e, em seguida, queda nesta taxa e significativa mudança na estrutura etária da pirâmide populacional (ALVES, 2008; CARVALHO, WONG, MIRANDA-RIBEIRO, 2014; CLOSS E SCHWANKE, 2012; LEE, 2003; LIMA, 2013; VASCONCELOS E GOMES, 2012).

A transição demográfica teve início no século XIX com o declínio da mortalidade na Europa. A esperança de vida média da população mundial, que estava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos no início do século XXI. Em um século, o tempo médio de vida de homens e mulheres dobrou de forma inédita e sem equivalente no passado e, provavelmente, no futuro (VASCONCELOS E GOMES, 2012).

Concomitantemente, houve a redução voluntária da fecundidade e, conseqüentemente, da taxa de natalidade, em função de profundas mudanças no comportamento dos indivíduos, as quais ocorreram, em grande medida, sem interferência e coação de governos para reduzir o número de filhos por casal (ALVES, 2008; CARVALHO, WONG, MIRANDA-RIBEIRO, 2014).

Como corolário, a taxa de crescimento populacional sofreu, inicialmente, significativo crescimento e, no século atual, vem decrescendo paulatinamente. Desde 1800, o tamanho da população mundial já aumentou seis vezes e, em 2100, espera-se que aumente dez vezes. Até lá, estima-se que haverá 50 vezes mais idosos e somente 5 vezes mais crianças, o que corresponderá a 10 idosos por criança (LEE, 2003).

O Brasil e a América Latina encontram-se em uma fase intermediária da transição demográfica, com efeitos positivos tanto em relação aos países desenvolvidos, quanto em relação aos países menos desenvolvidos. Com baixa taxa de mortalidade e de fecundidade e, por conseguinte, de crescimento populacional, o Brasil vive, hoje, um período de bônus demográfico, caracterizado por uma maior porcentagem da população em idade ativa (15 a 64 anos) e uma menor proporção da população dependente (0 a 14 anos e maiores de 65 anos) (VASCONCELOS e GOMES, 2012).

Esta janela de oportunidade teve início em 1995 e resultou da combinação de três fatores: baixa taxa de mortalidade, baixa taxa de natalidade e baixa taxa de migração, as quais, em conjunto, reduziram, de modo significativo, a taxa de crescimento populacional. As taxas menores de natalidade e mortalidade diminuíram o peso de crianças e jovens e aumentaram, num primeiro momento, o peso do grupo de adultos e, posteriormente, o peso dos idosos. Desde 1970, a proporção da população dependente (crianças e adolescentes de 0 a 14 anos e idosos acima de 65 anos) tem caído continuamente e a proporção da população em idade ativa (PIA), crescido

progressivamente, o que poderá possibilitar a sobreposição da PIA em relação à razão de dependência até 2055 (ALVES, 2008).

Fruto de diversas transformações estruturais e institucionais ocorridas no plano micro e macro que afetaram as relações entre homens e mulheres de diferentes faixas etárias, o bônus demográfico foi gerado sem que houvesse interferência e intenção explícita dos atores governamentais neste sentido. Particularmente em relação à natalidade, Alves (2004) mostra que a redução da mesma teve início quando a legislação e a ideologia predominante eram implícita ou explicitamente pró-natalistas e se acelerou em um contexto de neutralidade política, isto é, de não-intervenção estatal sobre a dinâmica demográfica.

Neste momento, a transição demográfica está em curso no Brasil e vive-se uma janela de oportunidades única que, se bem aproveitada, produzirá condições altamente favoráveis de desenvolvimento e crescimento socioeconômico sustentável para o país. Necessário é realizar investimentos em produtividade e infraestrutura e em criação de empregos, bem como implementar uma reforma previdenciária que vise a estabilidade do regime previdenciário após o fechamento desta janela.

Além disso, e diante da singularidade da oportunidade demográfica que o Brasil apresenta, cabe aos governantes dedicar atenção especial a toda e qualquer programa de política pública que afete, direta ou indiretamente, a dinâmica demográfica do país. Ações tomadas sem a devida consideração aos aspectos que interferem e determinam tal dinâmica podem minar os benefícios e encurtar a duração do bônus demográfico, fechando antecipadamente a janela de oportunidade que o Brasil apresenta hoje.

A legalização do aborto pode constituir uma dessas ações. Enquanto um método que impacta diretamente a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação, o aborto deve ser analisado enquanto uma política populacional, assim como devem ser avaliados os efeitos esperados de sua implementação sobre a dinâmica populacional. Uma vez que essa prática não é legalizada no país e não existem estatísticas e parâmetros para avaliar tais consequências, recorre-se a experiências internacionais de países onde esta prática é legalizada.



4.3.1. Implicações demográficas do aborto legalizado: algumas experiências internacionais.

O aborto tornou-se um problema social, notadamente, a partir da década de 1960. Em um contexto de Guerra Fria, o crescimento populacional tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da natalidade passou a fazer parte de pacotes de colaboração econômica, política e militar. O crescimento populacional passou a ser interpretado como uma ameaça à paz mundial e, por isso, deveria ser controlado. Neste sentido, um conjunto de ações e estratégias foi desenvolvido, particularmente por fundações internacionais, dentre elas, a Fundação Rockefeller e a fundação Ford, com vistas a promover o controle populacional e, assim, assegurar a paz mundial (KASUN, 1988; POPULATION REFERENCE BUREAU, 1975; WORLD BANK, 1984).

Somado a isto, os anos 60 testemunharam um forte movimento internacional em defesa de direitos civis e contra a guerra, o qual inspirou movimentos feministas a lutar mais ativamente por seus direitos. O rápido crescimento destes movimentos possibilitou a introdução do tema aborto no debate público de diversos países (ALVES, 1999).

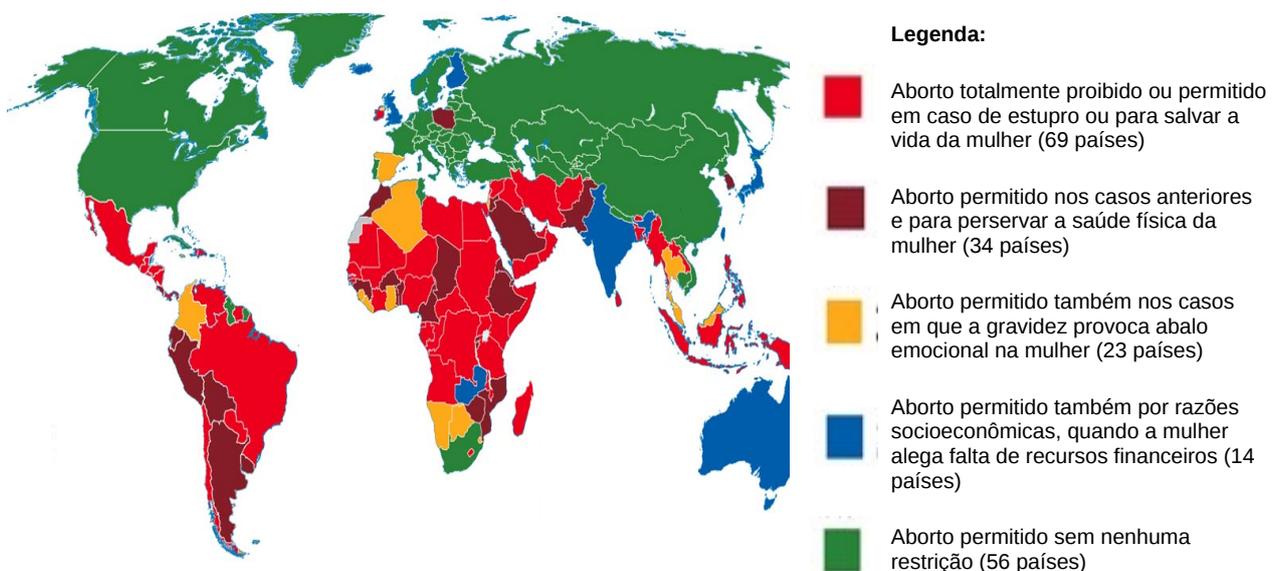
O discurso em favor da paz mundial, aliado à defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, favoreceu a rápida e forte disseminação do discurso pela legalização do aborto, num primeiro momento, nos países desenvolvidos e, mais tarde, nos países subdesenvolvidos, dentre eles, o Brasil. A legalização dessa prática atendia a ambos os apelos: ela assegurava o controle populacional e, por conseguinte, a paz mundial, e garantia o direito de liberdade e autonomia da mulher, que poderia escolher ter filhos ou não, mesmo estando grávida.

Nos Estados Unidos, esse discurso gerou uma reforma gradual e crescente nas leis que criminalizavam o aborto no país. Em 1970, cinco estados – Alasca, Califórnia, Havaí, Nova Iorque e Washington – aprovaram leis que permitiam que mulheres abortassem em determinadas circunstâncias (por exemplo, gravidez resultante de estupro ou incesto, sendo menores de 15 anos de idade) e atribuíam aos médicos e hospitais a competência para decidir pela necessidade do aborto. Dentre eles, Nova Iorque aprovou a lei mais ousada e permitiu o aborto até a 24ª semana de gravidez, se o pedido fosse realizado por centro médico ou por um médico (ANANAT, GRUBER, LEVINE E STAIGER, 2009).



Esse movimento crescente pela descriminalização do aborto nos Estados Unidos foi decisivo para que, em 22 de janeiro de 1973, a Suprema Corte do país, no famoso caso *Roe versus Wade*, declarasse que, até o final do primeiro trimestre da gravidez, a mulher grávida e seu médico teriam o direito legal de decidir pela continuidade ou interrupção da mesma. Os estados poderiam restringir os abortos de segundo trimestre somente nos casos de risco de vida da mulher e o feto só estaria totalmente protegido durante o terceiro trimestre da gravidez⁷⁹.

Assim como nos Estados Unidos, dezenas de países, dentre eles, a Inglaterra, a Escócia, o País de Gales, o Canadá e a Espanha, legalizaram o aborto a partir da década de 1960. O mapa do aborto abaixo, Figura 1, apresenta os países nos quais esse método é permitido, sem e com restrições, ou é totalmente proibido. Como se pode observar, 69 países apresentam legislação expressivamente proibitiva da prática do aborto, permitindo-a, quando aplicável, somente em casos excepcionais. Os demais 127 apresentam legislações mais permissivas.



⁷⁹ Fonte: <http://www.feminist.com/resources/ourbodies/abortion.html>.

Figura 1: Mapa do aborto no mundo

Fonte: http://planetasustentavel.abril.com.br/pops/mapa_aborto_claudia_pop.shtml

A liberalização na Inglaterra, Escócia e no País de Gales em 1967 é considerada um marco no processo. A Lei do Aborto descriminalizou essa prática nos casos de risco de vida e de dano físico e mental da mulher e de anomalias físicas e mentais do bebê e a legalizou até a 24ª semana de gestação nos casos em que houvesse autorização de dois médicos⁸⁰.

Lei semelhante foi aprovada no Canadá um ano depois. O “Criminal Law Amendment Act” de 1968-69 descriminalizou o aborto nos casos em que uma comissão médica julgasse que o método era o mais adequado para assegurar a saúde física e mental da mulher em situação de gravidez indesejada. Em 1988, a Suprema Corte do Canadá decidiu que a lei era inconstitucional e a derrubou, liberando toda e qualquer intervenção abortiva no país.

Na Espanha, o processo de legalização do aborto seguiu a mesma receita. A Lei Orgânica 9 de 1985 descriminalizou o aborto provocado em três casos: risco grave à saúde física e psicológica da gestante, estupro e má formação ou anomalia física e psicológica do feto. Em se tratando do primeiro caso, o aborto poderia ser realizado em qualquer momento por meio de autorização de equipe médica; no caso de estupro, apenas nas primeiras 12 semanas; e, para os casos de má formação do feto, o aborto foi permitido até a 22ª semana da gestação⁸¹.

Em 2010, uma nova lei – Lei Orgânica 2 de 2010 – foi aprovada e descriminalizou o aborto voluntário até a 14ª semana de gestação. Nos casos de risco de vida da mãe ou do bebê, o aborto ficou autorizado até a 22ª semana. Após essa semana, esse método só pode ser aplicado caso seja comprovada alguma anomalia ou enfermidade no feto que o impossibilite de viver⁸².

Em que pese as particularidades desse processo nos diferentes países, a legalização do aborto trouxe implicações comuns para a dinâmica demográfica dos mesmos. Grosso modo, ela levou ao aumento do número de abortos provocados realizados e teve implicações diretas para a

⁸⁰ Fonte: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>

⁸¹ Fonte: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>

⁸² Fonte: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>



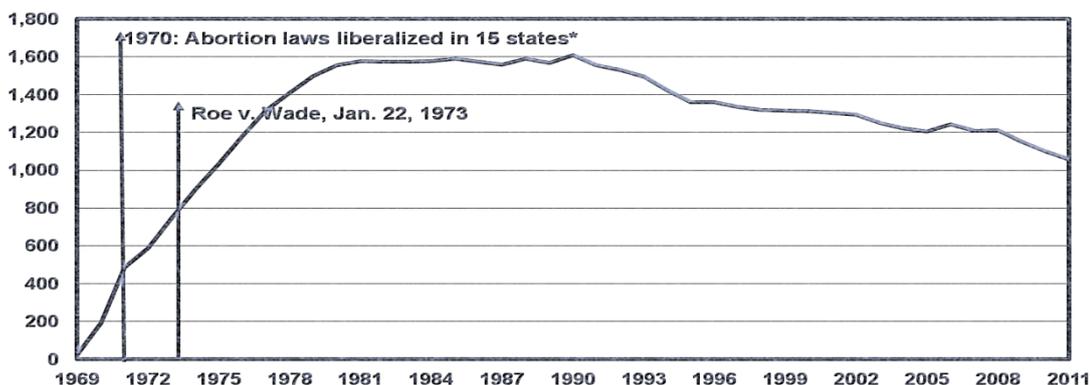
probabilidade de dar à luz em casos de gravidez indesejada, e, conseqüentemente, para a taxa de natalidade e de crescimento populacional do respectivo país. Estes efeitos são discutidos e examinados a seguir.

a. Aborto legalizado aumenta o número de abortos:

O primeiro desdobramento direto da legalização do aborto consiste no aumento do número de abortos realizados. Nos Estados Unidos, o número de abortos por ano aumentou de 193.491 (cento e noventa e três mil, quatrocentos e noventa e um) em 1970 para 1.034.170 (hum milhão, 34 mil, cento e setenta) em 1975, dois anos após a decisão da Corte Suprema pela descriminalização desta prática. Ainda hoje, mais de um milhão de abortos são realizados anualmente no país (Gráfico 3).

SF/17621.47540-28

Gráfico 3: Número de abortos por ano nos Estados Unidos de 1969 a 2011 (em 1.000)

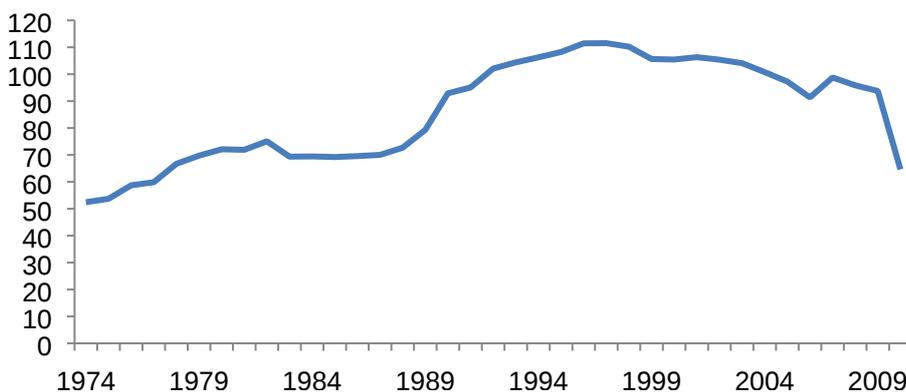


Fonte: <http://www.guttmacher.org/media/nr/2014/02/03>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

Crescimento semelhante é observado em relação ao Canadá (Gráfico 4). O número de abortos provocados realizados após 1969, quando o aborto foi permitido nos casos de aprovação de comitê médico, e após 1988, quando o aborto foi totalmente legalizado, supera, em boa medida,

o número de abortos realizados nos anos anteriores. No último caso, o impacto foi ainda mais expressivo. De 1984 a 1988, o número de abortos voluntários permaneceu estável em torno de 70 mil por ano. Na primeira década seguinte à completa legalização do mesmo (1989-1999), este número aumentou quase 60%, saindo de cerca de 70 mil para mais de 110 mil por ano. Apenas nos últimos anos, o número de abortos provocados retraiu para níveis próximos ao do patamar inicial, quando foi, pela primeira vez, legalizado no país.

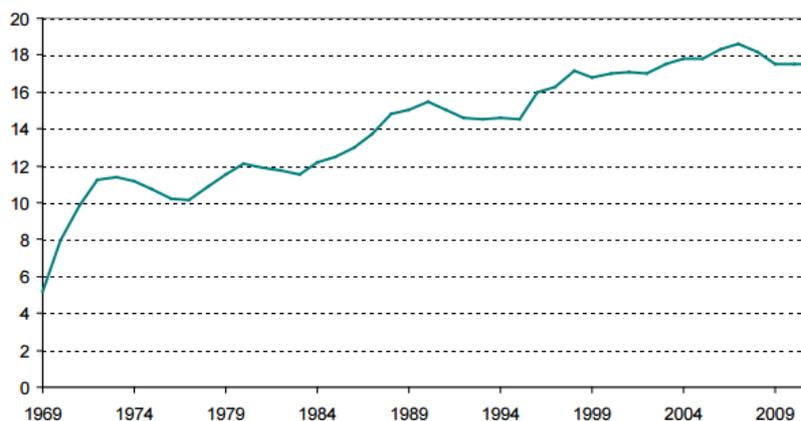
Gráfico 4: Número de abortos por ano no Canadá de 1974 a 2010 (em 1.000)



Fonte: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-canada.html>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

O número de abortos provocados realizados na Inglaterra e no País de Gales também aumentou expressivamente após a legalização desse método em 1967. O Gráfico 5 mostra um crescimento de 3 vezes nesse número ao longo de 30 anos, o qual passou de aproximadamente 60 mil em 1969 para cerca de 180 mil abortos voluntários realizados em 2011.

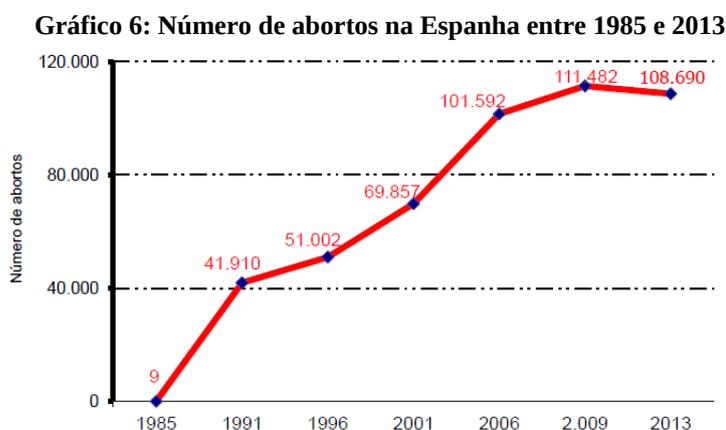
Gráfico 5: Número de abortos por 1.000 (hum mil) mulheres de 15 a 44 anos na Inglaterra e no País de Gales entre 1969 e 2011



Fonte: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-england-and-wales-2010>.

Acesso em 15 de Outubro, 2015.

Por fim, cabe citar a Espanha, cujo número de abortos provocados realizados por ano cresceu quase 500% de 1985, quando foi parcialmente legalizado, até 2013 (Gráfico 6). Em 1991, foram realizados legalmente mais de 41 mil abortos. Uma década depois, o número quase dobrou, atingindo quase 70 mil abortos por ano. Mais dez anos se passaram e o número de abortos continuou aumentando, chegando a cerca de 112 mil em 2011.



Fonte: IPF (2015).

A experiência de décadas de aborto legalizado nos Estados Unidos, Inglaterra, Escócia, País de Gales, Canadá e Espanha aponta para um aumento significativo no número de abortos provocados após a legalização desse método no respectivo país.

Não obstante à diversidade social e cultural e às diferenças em termos de políticas públicas implementadas, a autorização do aborto voluntário provocou, em todos eles, acentuado incremento no número de abortos realizados. Mesmo nos países em que houve redução nesse número nos últimos anos, como no caso dos Estados Unidos e Canadá, o número de abortos ainda ultrapassa, em boa medida, o número de abortos realizados nos primeiros anos após a aprovação das leis.

b. Aborto legalizado reduz a taxa de fecundidade e de natalidade:

Uma vez que a legalização do aborto aumenta o número de abortos realizados, é de se esperar que o maior acesso a esse método impacte, em alguma medida, a taxa de fecundidade e de



natalidade do país. Em situação de gravidez inesperada e em um quadro de aborto legalizado e disseminado enquanto um método seguro e eficiente, a grávida se veria diante de duas opções: levar a gestação adiante contra sua vontade pessoal ou realizar o procedimento abortivo e não precisar arcar com o ônus da gravidez indesejada: o(a) filho(a) gerado(a). Diante dessas alternativas, a mulher grávida tenderia a escolher, racionalmente, a segunda opção, isto é, o aborto, provocando crescimento gradual do número de abortos voluntários realizados de forma legal no país.

A escolha da mulher entre ter o filho ou abortá-lo consiste em uma escolha em relação ao número de filhos que ela terá até o fim de seu período reprodutivo. Como tal, essa escolha afeta, diretamente, a taxa de fecundidade de uma Nação, que constitui uma estimativa do número médio de filhos por mulher em idade fértil.

O impacto do aborto legalizado sobre a taxa de fecundidade tem sido avaliado por diferentes estudos em diversos países (GRUBER, LEVINE, e STAIGER, 1999; LEVINE et al. 1996; ANANAT, GRUBER, LEVINE, e STAIGER, 2009; IPF, 2015). Em que pese suas particularidades em relação aos dados e às análises empregadas, em comum, essas investigações mostram os efeitos do aborto legal sobre a probabilidade de dar a luz e apontam para a redução das taxas de natalidade nos respectivos países.

Levine et al. (1996) compararam a natalidade dos cinco estados norte-americanos que primeiro legalizaram o aborto com a dos demais estados que não o legalizaram até a decisão da Suprema Corte em 1973. O autores observaram que a taxa de natalidade dos primeiros caiu 8 pontos percentuais logo após a mudança em suas leis. Adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, negras e solteiras formavam o grupo com o maior número de abortos voluntários realizados nos cinco estados após a legalização da prática.

Constatações semelhantes foram encontradas por Ananat, Gruber, Levine e Staiger (2009). Estes autores mostraram que os cinco estados onde o aborto foi legalizado em 1970 apresentaram taxa de natalidade 5,7 pontos percentuais menor que os demais estados entre 1971 e 1973. Nos anos seguintes, essa diferença se reduziu até desaparecer entre 1976 e 1979. Após a legalização, o número de crianças nascidas por ano decresceu em todos os estados Norte-Americanos.

Somado a isto, Ananat, Gruber, Levine e Staiger (2009) apontaram para um aumento médio de 12,9% da taxa de gravidez nos cinco estados que legalizaram o aborto entre 1971 e 1973, a qual não se traduziu em nascimento, mas em aborto. Como decorrência, a proporção de nascimentos nestes estados caiu 18,7% em relação aos demais estados nesse período. Enquanto as taxas de natalidade do conjunto de estados Norte-Americanos convergiram a partir de 1976, maiores taxas de gravidez e menores proporções de nascimentos continuaram sendo observadas nos cinco estados que primeiro legalizaram tal procedimento.

Resultados semelhantes são observados na Espanha. Desde 1985, quando legalizado, o número de gravidezes que terminam em aborto tem crescido de forma vertiginosa nesse país. Enquanto 9,57% de gravidezes terminou em aborto em 1991, cinco anos depois, a porcentagem já era de 12,33% e, uma década depois, em 2006, de 14,67%. Em 2013, uma a cada cinco gravidezes terminou em aborto, contabilizando mais de 2 milhões de abortos voluntários realizados no país (IPF, 2015).

O aborto tornou-se um método contraceptivo largamente difundido na Espanha. Em 1997, 23% das mulheres que abortaram já haviam se submetido a esse procedimento anteriormente. Uma década e meia depois, em 2013, a proporção chegou a 37,25%, isto é, uma a cada três mulheres que abortaram já haviam realizado o aborto anteriormente. Destas, 5% abortaram mais de duas vezes em 1998 e uma em cada oito (12,3%) abortaram mais de duas vezes em 2013, o que equivale a um crescimento de quase 400% em 15 anos (ibid, 2015).

Como desdobramento, atualmente, o número médio de 110 mil abortos realizados por ano corresponde a quase metade do déficit de natalidade que o país apresenta. Estima-se que, se o aborto não tivesse sido legalizado, a taxa de fecundidade na Espanha seria próxima de 1,7 filhos por mulher, 30% maior que a taxa atual de 1,27. Essa taxa seria suficiente para retardar o atual processo de rápido envelhecimento populacional e de inversão da pirâmide etária da população pelo qual a Espanha passa, fruto do desequilíbrio da taxa de crescimento vegetativo de sua população ao longo de trinta anos (ibid, 2015).

Tendo em vista o impacto da legalização do aborto sobre a taxa de fecundidade e de natalidade e, por conseguinte, sobre a taxa de crescimento populacional dos países, torna-se necessário

avaliar tais efeitos em relação à dinâmica populacional brasileira. A esperada queda da taxa de natalidade e de crescimento, mantida constante a taxa de mortalidade e migração, afetaria positiva ou negativamente a dinâmica populacional do país? Seria a legalização do aborto uma política populacional adequada para a transição demográfica (bônus demográfico) pela qual o país passa neste momento?

4.3.2. *O Caso Brasileiro: dinâmica populacional e impactos demográficos esperados da legalização do aborto voluntário.*

a. *Dinâmica populacional: transição demográfica e janela de oportunidade.*

O Brasil encontra-se em uma fase intermediária da transição demográfica, caracterizada pela diminuição da mortalidade e da taxa de natalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Este processo gera mudanças no tamanho das diversas coortes etárias e no peso proporcional dos diversos grupos de idade no conjunto da população. Tal reestruturação da estrutura etária produz, inicialmente, aceleração e, em seguida, desaceleração do crescimento populacional (ALVES, 2008; GONZALEZ E AIDAR, 2014; VASCONCELOS E GOMES, 2012).

A diminuição da Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) no Brasil teve início pós-Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e se acentuou, notadamente, após o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945 (Gráfico 7), com a crescente e contínua redução do óbito precoce e queda da mortalidade infantil. A melhoria do padrão de vida da população e as inovações médicas, dos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal contribuíram para que a TBM decrescesse ao longo do tempo.

Na década de 1960, a redução da TBM foi acompanhada pela queda acentuada e voluntária na Taxa Bruta de Natalidade (TBN) (Gráfico 7). Em um contexto de aumento da sobrevivência e de avanço do bem-estar social, a queda da fecundidade ocorreu num ambiente de liberdade de escolha, sem que o país tivesse uma política populacional controlista. Pelo contrário, a legislação e a ideologia predominante eram implícita ou explicitamente pró-natalistas. Não obstante, a trajetória de declínio se perpetuou nas décadas seguintes, devendo atingir o ponto



de interseção na metade do século XXI, quando o Brasil possivelmente apresentará taxa zero de crescimento populacional (ALVES, 2004a; MARIA, 2014).

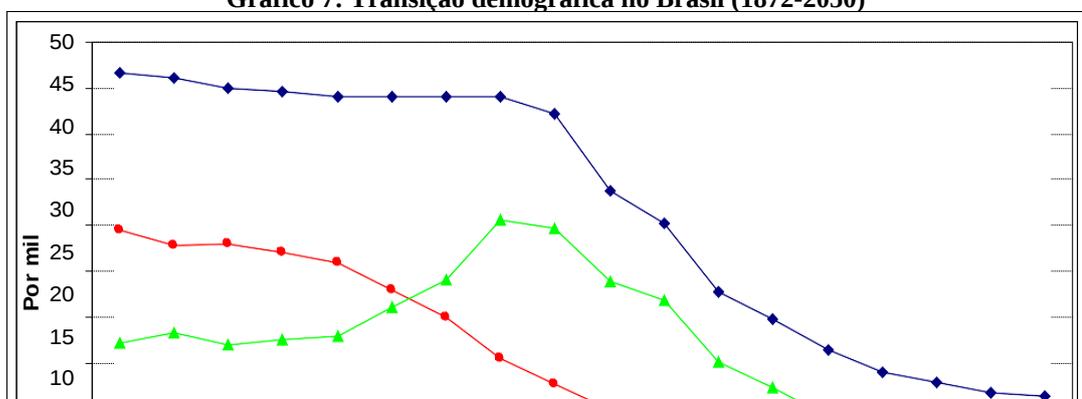
A queda da fecundidade e, por conseguinte, da TBN tem sido atribuída a um conjunto de mudanças políticas, sociais e econômicas desenroladas no Brasil na primeira metade do século XX (ALVES, 2004A; CARVALHO, WONG, MIRANDA-RIBEIRO, 2014). O processo de proletarização do país e a diversificação da cesta de consumo, por um lado, e a industrialização, urbanização e o aumento dos níveis educacionais, por outro, contribuíram para desestabilizar o padrão de casamento precoce e a elevada fecundidade marital (CARVALHO, PAIVA e SAWYER, 1981; MERRICK e BERQUÓ, 1983).

Somado a isto, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nas relações de sexo, devido à maior autonomia e status da mulher, foram um importante fator que favoreceu a transição da fecundidade no Brasil (ALVES, 1994; MERRICK e BERQUÓ, 1983).

Por fim, quatro políticas sociais implantadas ou expandidas pós-64 teriam colaborado para reduzir, direta ou indiretamente, o tamanho das famílias. O aumento do crédito direto ao consumidor, o desenvolvimento das telecomunicações, a evolução da previdência e a expansão da política de saúde modificaram o planejamento familiar e o número médio de filhos por família (FARIA, 1989).

Em conjunto, a diminuição da TBM e da TBN tem provocado queda significativa e progressiva da taxa de crescimento populacional no Brasil. Num primeiro momento, entre 1920 e 1960, a redução da TBM, em um quadro de elevadas TBN, fez com que o crescimento vegetativo da população brasileira aumentasse e atingisse o seu pico nos anos 50 e 60. No entanto, com a queda da TBN a partir desta década, a taxa de crescimento também caiu de forma gradual e constante, devendo atingir taxa zero de crescimento populacional em 2050, como mostra o Gráfico 7.

Gráfico 7: Transição demográfica no Brasil (1872-2050)



1872 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030 2040 2050

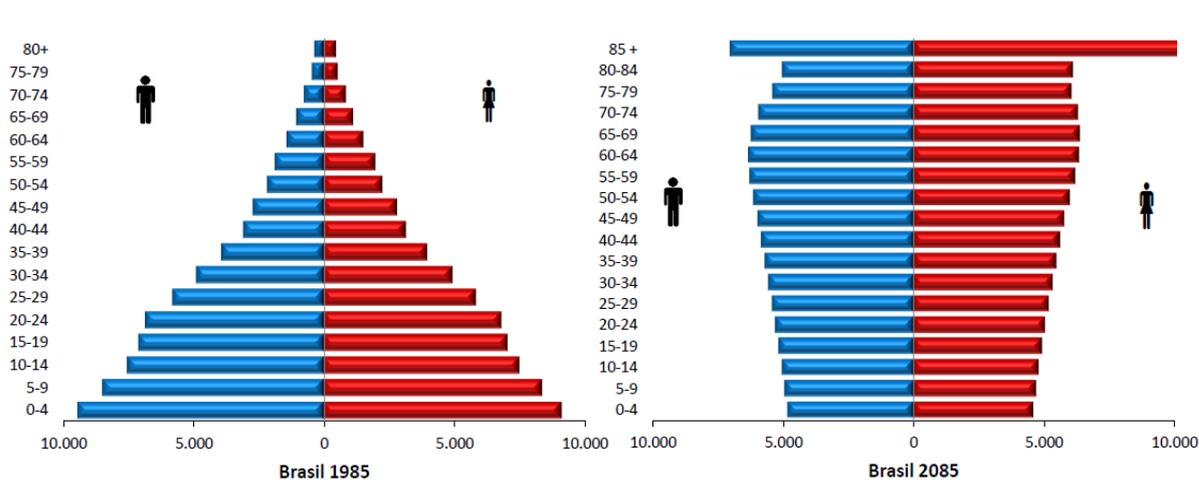
Fonte: Alves (2008).



Além de afetar a taxa de crescimento natural de um país, o declínio da TBM e da TBN provocam mudanças na estrutura etária da população, caracterizada por alterações no tamanho e no peso proporcional das diversas coortes etárias no conjunto da população. A pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem em decorrência do processo de queda das taxas de fecundidade e se inicia um processo progressivo de envelhecimento populacional (ALVES, 2008, p.5).

Como pode ser visto pelo Gráfico 8, a pirâmide de 1985 apresentava uma forma clássica de pirâmide onde cada grupo etário mais velho era menor que o grupo etário anterior. No entanto, a continuidade da queda das taxas de fecundidade fará com que a pirâmide etária do ano 2085, por exemplo, apresente os 5 grupos etários mais velhos com percentagens maiores que os 5 grupos etários mais jovens. Isto quer dizer que a diminuição contínua e progressiva da TBM e da TBN vem transformando a estrutura etária da população brasileira ao diminuir o peso relativo de crianças e jovens e aumentar o dos idosos na dinâmica populacional.

Gráfico 8: Pirâmides etárias brasileiras: 1985 e 2085.

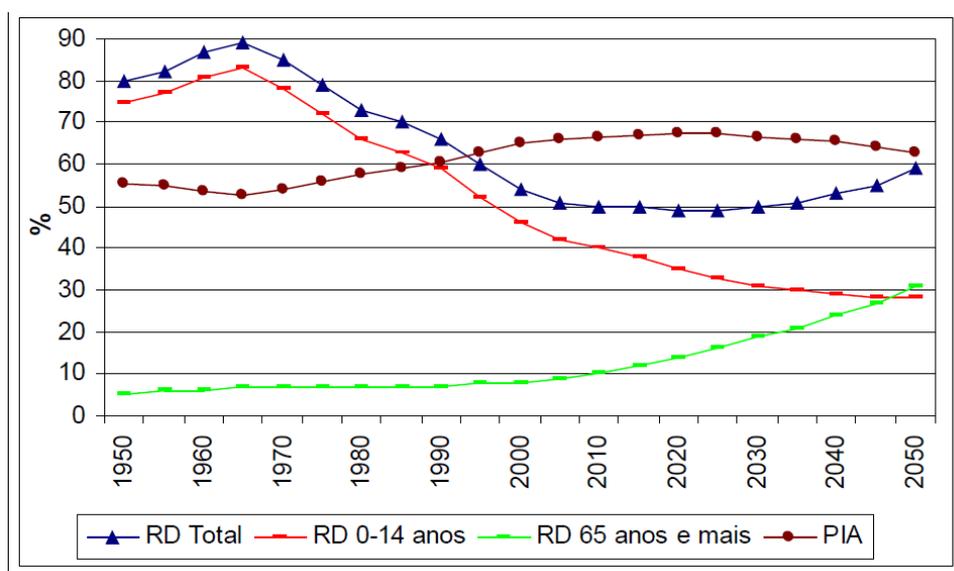


Fonte: ONU, Organização das Nações Unidas. **Revision of World Population Prospects**. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acesso em 08 de outubro, 2015.

A reestruturação etária da populacional impacta, por sua vez, as relações de dependência entre as crianças e adolescentes (coortes de 0 a 14 anos) e os idosos (acima de 65 anos) e a população em idade ativa (coortes de 15 a 64 anos). As crianças e adolescentes e os idosos compõem a população “dependente”, ao passo que a população em idade ativa (PIA) corresponde à população potencialmente produtiva. À PIA compete sustentar, financeiramente, a população dependente.

Em contextos de transição demográfica, como o vivenciado atualmente pelo Brasil, a redução acentuada da taxa de natalidade, em um quadro de baixa taxa de mortalidade, diminui o peso da população dependente, notadamente do grupo de crianças e adolescentes, e aumenta o peso relativo da PIA. Como decorrência, a razão de dependência demográfica (RD), definida como a soma da população dependente, dividida pela PIA, vem caindo continuamente desde 1970 e chegará ao nível de 50 dependentes para cada 100 indivíduos em idade ativa no período de 2010 a 2030 (Gráfico 9). Somente a partir deste ano, o peso da população de idosos ultrapassará o peso das crianças e adolescentes, aumentando a razão de dependência e reduzindo o peso relativo da PIA na dinâmica populacional.

Gráfico 9: Razão de dependência (RD) demográfica e População em Idade Ativa (PIA) no Brasil (1950-2050)



Fonte: Alves (2008).



O declínio da taxa de crescimento natural, somado à nova estrutura etária da população, abriu uma janela de oportunidade demográfica para o Brasil, conhecida como bônus demográfico. O bônus demográfico caracteriza-se pela maior proporção de pessoas em idade ativa relativamente à população dependente. Como pode ser visto pelo gráfico 9, a Janela ou Bônus Demográfico no Brasil começou em 1995 e irá até 2055, perfazendo um período de 60 anos. Em 2025, ela começará a se fechar, notadamente em decorrência de aumento expressivo da população de idosos, até perder todas as vantagens a partir de 2055.

Somado à relação positiva entre a PIA e a Razão de Dependência, a própria composição etária da PIA e o aumento da taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho contribuíram para a abertura da janela de oportunidade demográfica. O processo de envelhecimento faz aumentar a proporção sênior (40-65 anos) em contraposição ao segmento júnior (15-40 anos) da PIA, o que eleva a taxa de ocupação e a produtividade do trabalho, uma vez que o segmento sênior é mais experiente e mais empregável no país. Semelhantemente, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho aumenta a PIA e, portanto, a população produtiva.

Nesse momento ímpar que o país vive, os benefícios do inédito Bônus Demográfico serão alcançados se as políticas públicas forem capazes de criar acesso universal à educação, à saúde e ao emprego, para que a produção e a produtividade do trabalho possam impulsionar o desenvolvimento e garantir uma sociedade com níveis elevados de bem-estar. O aumento da proporção de pessoas em idade de trabalhar e menores razões de dependência, com maior inserção feminina no mercado de trabalho e com um número crescente de homens e mulheres com maior escolaridade e, portanto, maior potencial produtivo, podem se transformar em padrão de vida mais elevado e em aumento do capital social. O Brasil apresenta todas as condições necessárias para entrar em um ciclo virtuoso e se aproximar dos países mais desenvolvidos.

b. Bônus demográfico e legalização do aborto: compatíveis ou incompatíveis?

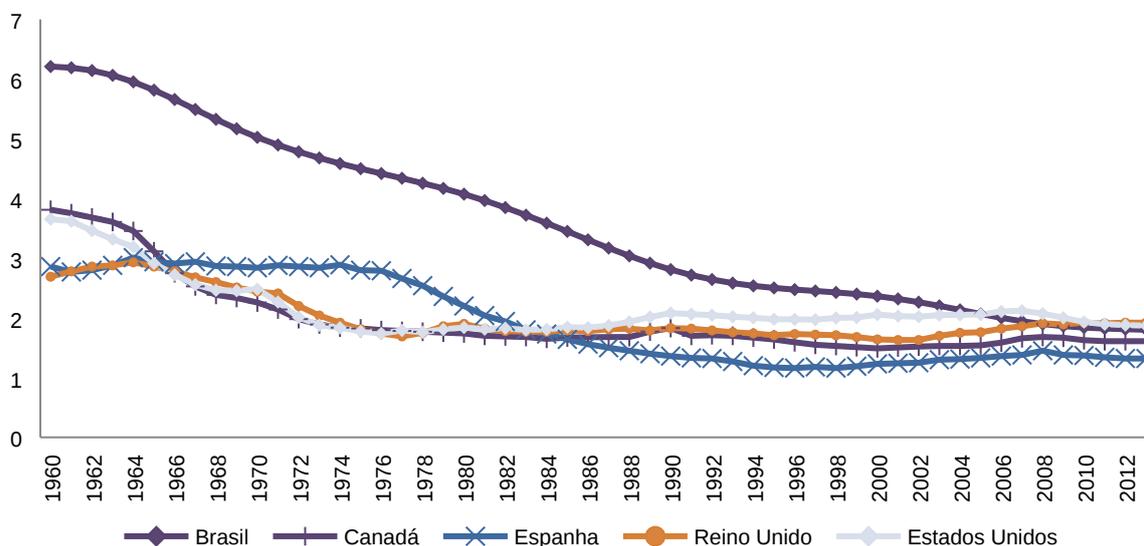
Como já visto, a legalização do aborto impacta a taxa de fecundidade e, por conseguinte, a taxa de natalidade e de crescimento populacional de uma Nação. Nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia, País de Gales e Espanha, dentre outros países, os anos seguintes à legalização deste método assistiram ao crescimento significativo do número de abortos

voluntários realizados e à queda da taxa de fecundidade dessas Nações. O aborto tornou-se um método popular de controle populacional, como inicialmente pretendido.

No Brasil, a queda da taxa de fecundidade aconteceu de forma natural, sem a intervenção do Estado por meio de políticas de controle populacional como o aborto; muito embora existisse uma disputa implícita entre controlistas e populacionistas, entre os setores que chamavam atenção para os aspectos negativos do rápido crescimento populacional e aqueles que eram claramente a favor do crescimento populacional, sem haver, contudo, clara hegemonia de qualquer uma das duas tendências dentro do governo (ALVES, 2000).

A taxa de fecundidade passou de mais de 6 em 1960 para menos de 2 filhos por casal em 2010, como mostra o Gráfico 10. Já nos países onde o aborto foi legalizado entre os anos 60 e 90, a taxa de fecundidade tornou-se inferior ao nível de reposição populacional (aproximadamente 2,1 filhos por mulher) ainda na década de 1970, salvo para a Espanha, cuja transição aconteceu a partir dos anos 80. Desde então, esses países vivenciam a segunda transição demográfica, marcada pelo baixo número médio de filhos por casal (Gráfico 10).

Gráfico 10: Taxa de fecundidade do Brasil, Canadá, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos de 1960 a 2013 (Número de filhos por mulher)

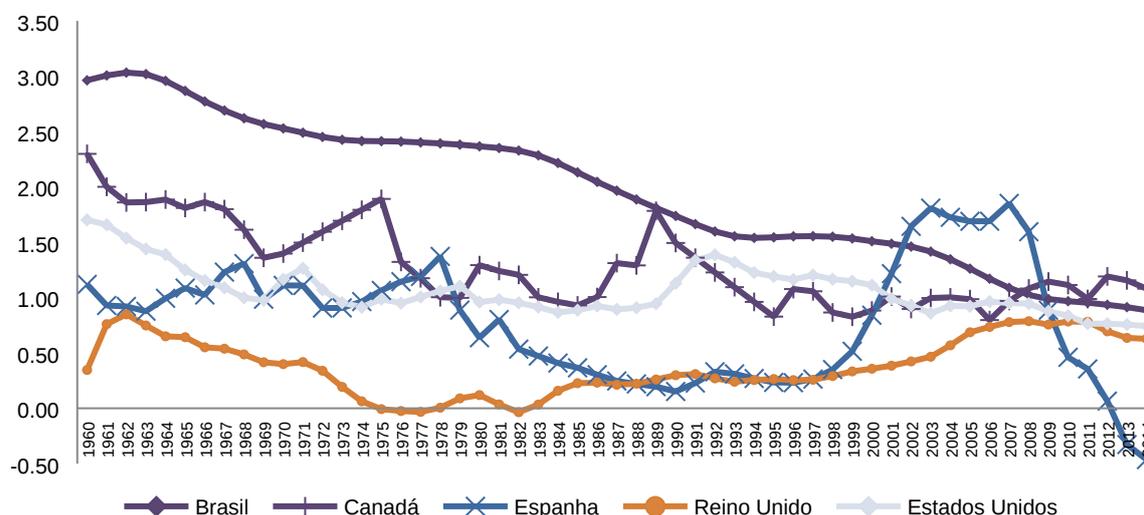


Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

A queda da taxa de fecundidade impactou, em alguma medida, a taxa de crescimento desses países. A redução da taxa de natalidade, mantida constante a taxa de mortalidade e de migração, tem provocado oscilações na taxa de crescimento populacional dos países onde o aborto foi

legalizado, ao passo que, no Brasil, a queda seguiu um trajetória regular contínua, sem aumentos e reduções significativas. Essas variações são apresentadas no Gráfico 11.

Gráfico 11: Taxa de crescimento populacional do Brasil, Canadá, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos de 1960 a 2014 (%)



Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

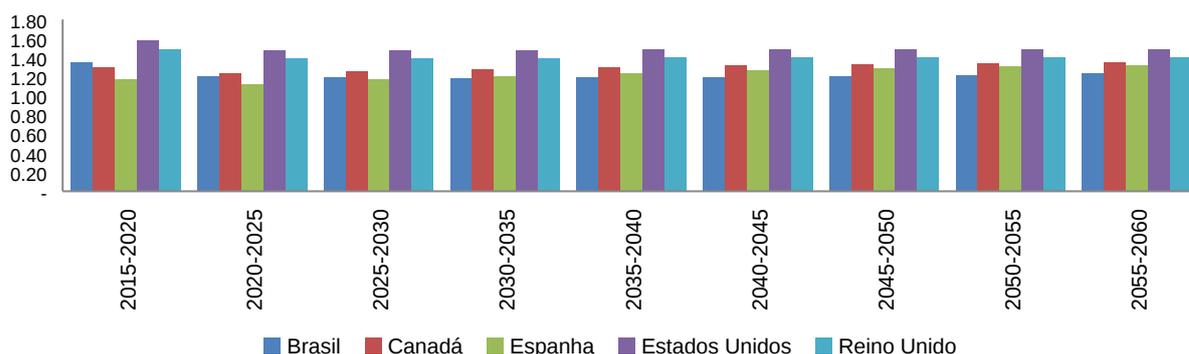
Como pode ser visto pelo gráfico 11, as curvas que representam a taxa de crescimento dos países onde o aborto foi legalizado tem sofrido fortes variações nos últimos quarenta anos, o que não se observa para a curva brasileira. A redução regular da taxa de fecundidade, somada à queda contínua e paulatina da taxa de natalidade e de mortalidade e a pequenas variações na taxa de migração, possibilitou que o país alcançasse baixa taxa de crescimento anual, próxima do Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, no mesmo período.

Projetando a taxa de fecundidade e de crescimento desses países para as próximas quatro décadas (até 2060), observa-se que o Brasil apresentará taxa de fecundidade e de crescimento inferior às do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido em boa parte do período, como mostra o Gráfico 12 e 13.

Gráfico 12: Taxa de fecundidade estimada para Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos e Reino Unido de 2015 a 2060 (Número de filhos por mulher)



SF/17621.47540-28

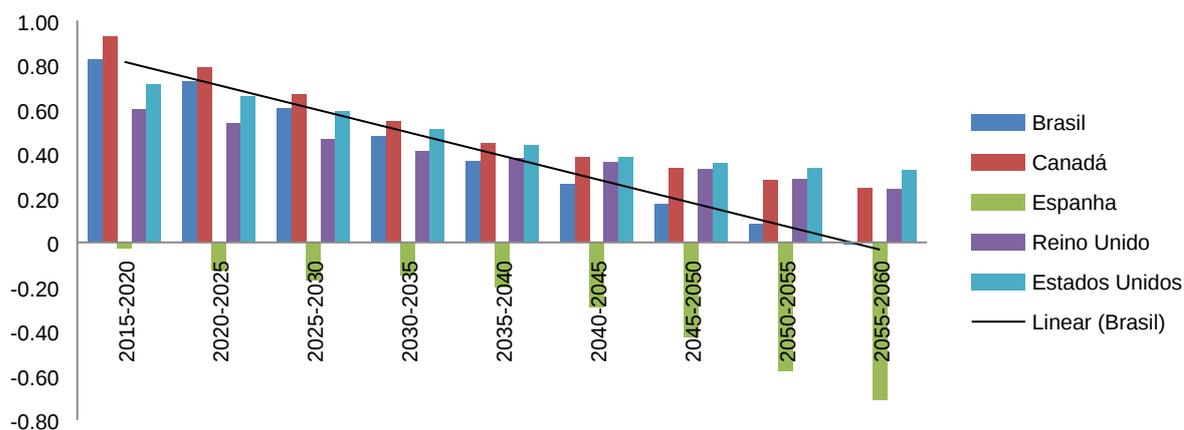


Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

Isso implica que, se as políticas de planejamento familiar atuais forem mantidas, a taxa de fecundidade do Brasil poderá se tornar menor que a taxa de países desenvolvidos, como os quatro mencionados, a partir de 2030 e assim se manterá até 2060. O número de filhos no país será, em média, de 1,2 por casal, bem abaixo da taxa de reposição populacional de 2,1 filhos por casal.

Semelhantemente, a taxa de crescimento brasileira poderá atingir patamar inferior à do Canadá, Estados Unidos e Reino Unido a partir de 2035, caso não haja interferência governamental na dinâmica populacional. A taxa de crescimento possivelmente cairá para menos de 0,4% ao ano entre 2035 e 2040 e chegará a 0% até 2060, como mostra o Gráfico 13.

Gráfico 13: Taxa de crescimento populacional estimada de 2015 a 2060 (%), mantida constante a taxa de fecundidade.



Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

Embora toda previsão demográfica se baseie em certas premissas arbitrárias e, por isso, exista uma dificuldade inerente a todo processo de projeção que é impossível de ser superada



(ALVES, 2004b), as estimativas da taxa de fecundidade e de crescimento do Brasil apontam para a dispensabilidade de políticas governamentais que interfiram no processo natural de queda do número de filhos por casal e de habitantes no país. Sem a interferência governamental, a taxa de fecundidade e a de crescimento atingiram e se manterão em níveis apropriados para o aproveitamento do período de bônus demográfico, iniciado em 1995.

Por outro lado, as projeções acerca da taxa de crescimento do país sugerem a necessidade de se implementar ações estratégicas de estímulo à fecundidade, com vistas a retardar, até reverter, a queda acentuada de tal taxa e seus desdobramentos para o Brasil.

Diante disso e dos efeitos da legalização do aborto sobre a taxa de fecundidade e, conseqüentemente, sobre a taxa de crescimento populacional, não caberia adotar tal método no país nesse momento. A taxa de fecundidade cairia e atingiria patamares ainda menores que os atuais e impulsionaria uma queda mais acentuada e rápida da taxa de crescimento, o que reduziria, por sua vez, o período de bônus demográfico.

Além disso, interferências repentinas na taxa de fecundidade afetarão a estrutura etária da população, com conseqüências sobre as relações entre gerações e grupos de idade. As mudanças da estrutura etária impactarão as políticas sociais, dentre elas, educação, saúde, emprego e previdência, e exigirão modificações no planejamento das mesmas. Na seção a seguir, trata-se dos efeitos esperados do aborto voluntário legalizado para o mercado de trabalho e a seguridade social.

4.4 Impactos esperados da legalização do aborto sobre o mercado de trabalho e a Seguridade Social

Enquanto um método que afeta diretamente a dinâmica populacional, o aborto traz implicações econômicas, sobretudo, associadas às despesas orçamentárias com seguridade social⁸³. Ao constituí-lo enquanto política pública, gera-se um conjunto de custos diretos estruturais, pessoais e de implementação da política, bem como uma série de despesas indiretas, imediatas

⁸³ A seguridade social é definida na Constituição Federal, no artigo 194, caput, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988).

e tardias, para o mercado de trabalho, e a seguridade social por se tratar de um procedimento médico e impactar a saúde da mulher, assim como a taxa de crescimento da população.

4.4.1. Aborto e Sistema Único de Saúde (SUS):

A ilegalidade do aborto tem sido apontada enquanto um problema de saúde pública. Realizado de forma clandestina e insegura, o aborto provocaria diversas implicações biopsicossociais nas mulheres, podendo levá-las à morte. Sob essa ótica, a solução estaria na legalização dessa prática de modo a torná-la mais segura e, assim, reduzir o risco de morrer da mulher.

Legalizado, o aborto se tornará um programa da política pública de saúde, que deverá apresentar objetivo, metas, estratégias e rubrica orçamentária própria. Ainda, enquanto uma política pública, o aborto integrará o rol de serviços prestados às cidadãs brasileiras pelo SUS, devendo ser acessado em todo e qualquer hospital da rede pública de forma gratuita. Neste caso, as despesas inerentes a esse procedimento serão custeadas pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, responsáveis pela rede hospitalar em cada unidade federativa.

Para estimar os gastos com a política de aborto no Brasil, tomou-se como referência o custo médio desse procedimento nos países onde ele é legalizado, em especial, nos Estados Unidos, no Canadá, no Reino Unido e na Espanha, nessa seção examinados. Mesmo em realidades político-institucionais distintas, o custo médio do aborto é alto e varia dentro de uma faixa semelhante de preços nesses países.

Nos Estados Unidos, o preço médio de um aborto voluntário no primeiro trimestre de gravidez varia de US \$ 225 a \$ 750 por procedimento, sendo a média US \$ 490 (ROBERTS et. al., 2014). O governo Norte-americano paga o procedimento para parcela da população feminina, beneficiária do sistema público de saúde, o Medicaid⁸⁴. Em estudo recente, Roberts et. al. (2014) mostrou, para uma amostra de 725 mulheres que abortaram em 30 clínicas distintas espalhadas pelos Estados Unidos entre 2008 e 2010, que 34% delas, isto é, 246 mulheres, tiveram o aborto custeado pelo governo.

⁸⁴ O Programa Medicaid é um programa do governo federal Norte-Americano para a população de baixa renda, administrado de forma diferente em cada estado.



Uma vez que mais de 1 milhão de abortos voluntários são realizados anualmente nos Estados Unidos e aproximadamente 90% deles ocorrem no primeiro trimestre de gravidez (AGI, 2015b) e custam unitariamente US \$ 490 em média, observa-se um gasto superior a US \$ 440 milhões por ano com esse procedimento nesse país. Se considerarmos a estimativa de Roberts et. at. (2014) de que 34% do universo de abortos voluntários, isto é, 306 mil procedimentos, é financiado pelo governo Norte-Americano, projeta-se um gasto médio anual de quase US \$ 150 milhões apenas com as mulheres carentes que recorrem a procedimentos abortivos nas primeiras 12 semanas de gestação, desconsiderados os gastos públicos com procedimentos abortivos da 13ª semana em diante, cujos custos unitários variam de US \$ 490 a US \$ 6,008 por procedimento (ROBERTS ET. AL., 2014).

Por sua vez, no Canadá, o aborto provocado é realizado pela rede pública de saúde de forma completa ou parcialmente gratuita, de acordo com cada Província. Estima-se que US \$ 75 milhões foram gastos com aborto voluntário em 2009. Foram realizados 93.750 procedimentos, com custo unitário médio de US \$ 800 por aborto. Destes, mais da metade foi realizada em hospitais, onde, sabe-se, o custo do aborto é duas vezes maior que o cobrado por clínicas particulares. Enquanto o custo médio por procedimento em uma clínica privada é de \$ 500, na rede pública, este chega a US \$ 1000 (ABORTION IN CANADA, 2015).

Semelhantemente, no Reino Unido, o Serviço de Saúde (Health Service) realiza o aborto gratuitamente com a apresentação de carta de referência de dois médicos. O custo médio de cada procedimento supera £ 1 mil. Em 2012, o governo gastou mais de dezenas milhões apenas com procedimentos abortivos repetidos. Foram 64 mil abortos voluntários e um gasto de mais de £ 52 milhões com mulheres na Inglaterra e no País de Gales naquele ano (MAIL ONLINE, 2012).

Milhões também tem sido despendidos na Espanha anualmente com a realização de abortos voluntários. Nos últimos cinco anos, uma média de 110 mil abortos provocados foi realizada no país por ano (ver Gráfico 6). Estima-se que 91% desses procedimentos aconteceu em clínicas particulares e somente 9% em hospitais públicos, o que corresponde a menos de 10 mil abortos por ano (IPF, 2015). Não obstante o baixo número de abortos custeados pelo governo, estes tem custado aos cofres públicos mais de 20 milhões de euros anualmente, uma média de 2 mil euros por procedimento (LA RAZÓN, 2014).



Diante desses números, pode-se inferir que o investimento de recurso público para financiar o aborto no Brasil chegará, semelhantemente, a centenas de milhões de reais por ano. Se considerarmos um custo unitário médio de R\$ 500 por procedimento abortivo, o menor observado para os países examinados, e o número estimado de 100 mil a 1 milhão de abortos clandestinos por ano no país, o custo inicial com aborto poderá chegar a R\$ 500 milhões em um ano. Como a legalização do aborto provoca elevação do número de abortos realizados, esse custo tenderá a se elevar ano após ano até estabilizar.

Em 2014, o Ministério da Saúde gastou diretamente cerca de R\$ 34 bilhões de reais. Destes, R\$ 24 bilhões, o que representa 70% do total, foi destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal. Os recursos do FNS financiam as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, a fim de que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS (Brasil, 2015a).

Dos 24 bilhões destinados exclusivamente aos serviços do SUS, menos de R\$ 18 milhões, o que representa apenas 0,0007% do total disponibilizado ao Ministério, foram utilizados para programas de assistência à mulher gestante, notadamente o Rede Cegonha. Este programa tem como foco 61 milhões de brasileiras em idade fértil e abrange assistência obstétrica às mulheres – com foco na gravidez, no parto e pós-parto – e ao público infantil (ibid, 2015a; BRASIL, 2015b).

Não obstante aos inexpressivos investimentos na assistência à mulher gestante comparativamente ao universo de recursos disponíveis, tal investimento possibilitou que, de 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna caísse 57%, passando de 143,2 mortes por 100 mil nascidos vivos para 61,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Somente em 2014, no âmbito do Programa Rede Cegonha, foram realizadas mais de 20 milhões de consultas à gestante, o que corresponde a uma ampliação de 105% em relação a 2003 (BRASIL, 2015c).

Enquanto um serviço de atendimento à mulher grávida, se legalizado, o aborto integrará o Programa Rede Cegonha. No entanto, somente esse serviço poderá custar, aos cofres públicos,



mais de 27 vezes o valor de todo o Programa, bem como 2% do total do orçamento do FNS (R\$ 500 milhões estimados num total de R\$ 24 bilhões). Isso significa que 2% dos recursos do FNS serão utilizados para atender possivelmente 1 milhão de mulheres, que representam pouco mais de 16% do total de mulheres assistidas pelo Rede Cegonha.

Some-se a tais custos da realização do aborto, as despesas decorrentes das complicações dessa prática para a saúde física e emocional da mulher, notadamente, aquelas relativas a doenças como câncer de mama e doenças psicossomáticas, como discutido anteriormente. Nos Estados Unidos, 17 entre 23 estudos publicados no *Journal of Epidemiology and Community Health* (*Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária*) até 1996 constataram número maior de câncer de mama entre mulheres que abortaram. Estas apresentavam, em média, 30% maiores chances de desenvolver câncer de mama comparativamente às mulheres que não passaram por esse procedimento (BRIND, 2002).

Outra pesquisa com mais de 50.000 pacientes do Programa Medicaid, atendidas na Califórnia entre 1989 e 1994, mostrou que mulheres que abortaram tinham 2,6 vezes mais internações psiquiátricas nos primeiros 90 dias após a gravidez do que as mulheres que dão a luz. Somado a isto, mulheres submetidas a procedimentos abortivos apresentaram 17% mais problemas mentais nos quatro anos seguintes à gravidez do que as mulheres que tiveram o filho (WVFORLIFE, 2006).

Tal incremento na necessidade de assistência e tratamento médico e psicológico impacta e requer, obviamente, aumento de recursos públicos e privados destinados ao atendimento das mulheres com essa necessidade. Entretanto, há de se lembrar que o aborto provocado não figura entre as principais e mais urgentes causas de mortalidade materna. Pelo contrário, ele se encontra entre as últimas causas, como mostrado na primeira seção desse capítulo. Sendo assim, é contraditório e injustificável se criar nova despesa no âmbito da política de saúde, que não só seja extremamente excessiva se comparada com outros programas, como também gera, ela mesma, outras despesas para o sistema.

Mas não só. A instituição de uma política de aborto pode sobrecarregar o atendimento na rede pública (e privada) de saúde, como se observa em outros países. Não necessariamente a



legalização dessa prática assegura atendimento gratuito e seguro a todas as mulheres ou se torna um serviço coberto por planos de saúde privados.

Os Estados Unidos consistem um exemplo emblemático a este respeito. Três anos após a legalização do aborto no país por meio de decisão judicial, o Congresso Norte-Americano aprovou a emenda Hyde que excluiu a realização do aborto pelo Medicaid, destinado à população de baixa renda. A maioria dos estados seguiu a decisão da Casa e restringiu os gastos públicos com o procedimento, de modo que, atualmente, apenas 17 estados financiam o aborto para mulheres de baixa renda em qualquer situação. Os demais 32 estados financiam o procedimento apenas nos casos excepcionais de risco de morrer da mulher e do bebê, estupro e incesto (ACLU, 2015).

Como desdobramento, as mulheres Norte-americanas tem pagado para realizar esse procedimento (ROBERTS et. al., 2014; JONES, UPADHYAY e WEITZ, 2013). Mesmo nos estados que não seguem o padrão federal, as mulheres grávidas que desejam abortar encontram dificuldades para cumprir os requisitos de renda especificados para realizar o procedimento gratuitamente.

Diante de tais entraves, Jones, Upadhyay e Weitz (2013) mostram que 69% das mulheres que abortaram em 2008 pagaram o procedimento com recurso próprio. Desse universo, 46% apresentavam plano de saúde privado, mas este não cobria o procedimento. Destas, 52% encontraram dificuldades para pagar pelo procedimento abortivo e deixaram de pagar contas como aluguel (14%) para realizar o aborto.

Deste modo, a experiência dos países onde o aborto foi legalizado mostra um descompasso entre o objetivo da legalização desse procedimento, isto é, segurança e acessibilidade da mulher ao aborto, e a realidade desta prática para as mulheres, mesmo após décadas desta política. A legalização do aborto eleva significativamente os custos com saúde pública, sem, contudo, garantir que as mulheres realizem o processo de forma segura, sem sofrer consequências físicas e psicológicas, correr risco de morrer e assumir custos extras.

No Brasil, essas implicações não seriam diferentes. Em que pese os avanços já alcançados no âmbito do SUS, sabe-se que o sistema ainda apresenta expressivas limitações estruturais e

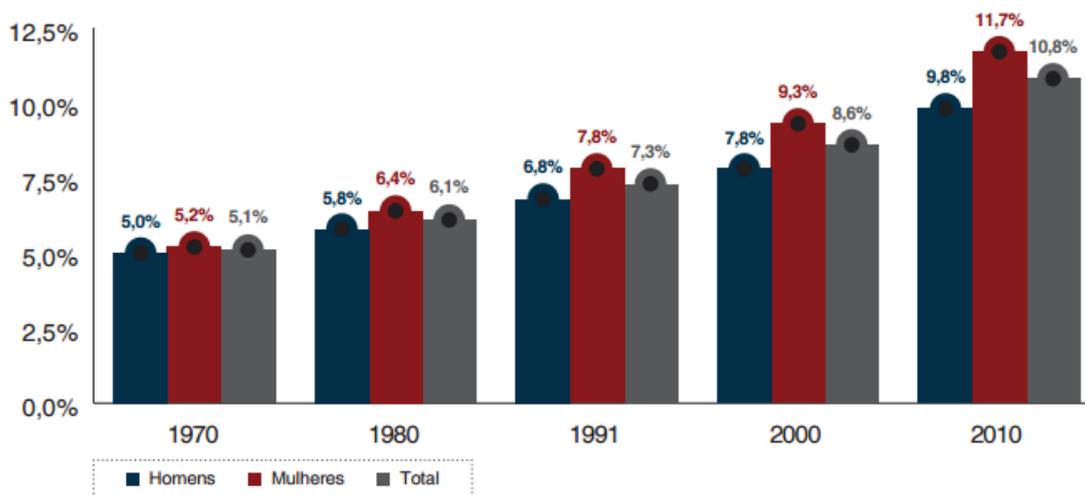


carência de recursos humanos, sobretudo nos municípios de pequeno porte, que impedem a universalização da prestação dos serviços públicos de saúde. Sendo assim, o acréscimo de mais um serviço, o procedimento abortivo, no rol de serviços prestados não só tenderá a aprofundar essas deficiências a custos muito elevados como enfrentará os mesmos gargalos já existentes. Como decorrência, a mulher permanecerá enquanto a principal vítima do aborto.

4.4.2. Aborto, Mercado de Trabalho e Previdência Social:

A população de idosos representa, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. A combinação de queda na taxa de fecundidade e na taxa de mortalidade infantil ocorrida nas últimas décadas, somada à elevação da expectativa de vida em todas as idades, tem levado a um processo de “envelhecimento” da população. O país se depara com a diminuição relativa da população jovem e, conseqüentemente, com o aumento da participação dos idosos na população total. Esta situação é mostrada no Gráfico 14, que apresenta, para anos selecionados e por sexo, a evolução da participação dos idosos na população brasileira (Brasil, 2011).

Gráfico 14: Taxa de participação dos idosos na população total do Brasil, segundo sexo – 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010 (%)



Fonte: Brasil (2011).

Constata-se pelo Gráfico 14 que 10,8% da população brasileira, segundo o Censo 2010, eram idosos, o que corresponde a cerca de 20,6 milhões de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Se comparados os últimos 40 anos (1970-2010), observa-se que a taxa de participação dos idosos na população total mais que dobrou, passando de 5,1% para 10,8%.

Isso aponta para um rápido e contínuo processo de envelhecimento da população brasileira, que nos coloca em quarta posição dentre os 35 países mais populosos do mundo com mais intenso processo de envelhecimento populacional, ficando atrás apenas da República da Coreia, da Tailândia e do Japão (CLOSS e SCHWANKE, 2012).

Enquanto parcela expressiva da população, os idosos demandam atenção especial em termos de políticas públicas. O envelhecimento acentuado da população brasileira eleva as despesas com seguridade social, particularmente, destinadas à política de saúde e previdência social, em função do crescimento absoluto da população idosa e do aumento da longevidade, que o acesso aos serviços de saúde e estende a duração dos benefícios pagos.

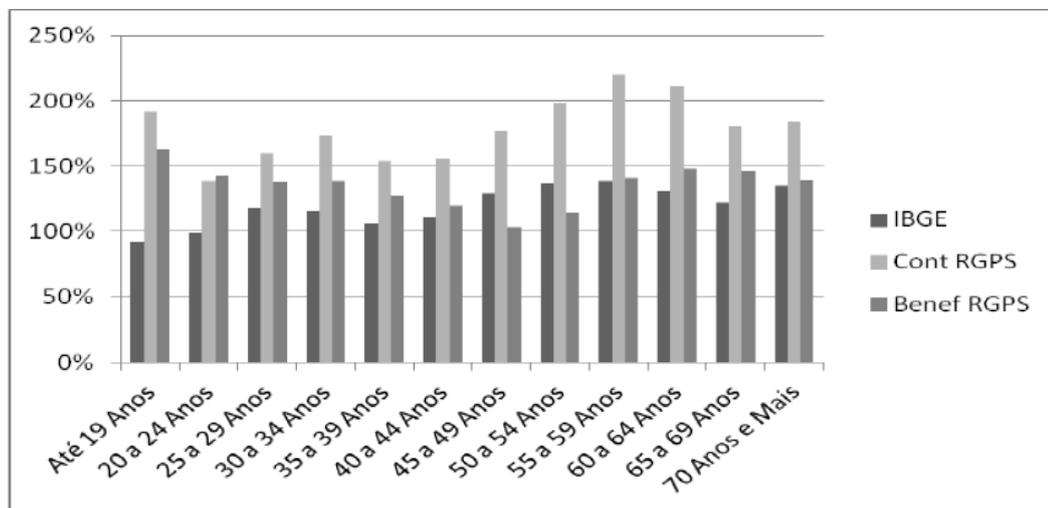
Em contextos de redução das taxas de crescimento da população potencialmente ativa, base para a População Economicamente Ativa (PEA), como é o caso brasileiro, esse aumento torna-se ainda mais preocupante, particularmente em decorrência da redução da principal fonte de arrecadação da Previdência Social, qual seja, o salário do trabalhador.

No Brasil, o sistema previdenciário é constituído (a) pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que atende ao setor privado, (b) pelo Regime Jurídico Único (RJU), que constitui o sistema dos servidores públicos da União, (c) pelos sistemas de servidores estatutários estaduais e municipais e (d) pelos fundos de pensão patrocinados por empresas privadas ou estatais (previdência complementar fechada) e pelas entidades abertas de previdência complementar (LIMA, 2013). Este sistema segue o modelo de repartição simples, no qual os recursos recolhidos dos contribuintes atuais são destinados a cobrir os gastos com os aposentados de hoje.

Em conjunto, os quatro regimes do sistema sustentam, financeiramente, aposentados por tempo de contribuição, idade ou invalidez, trabalhadores acidentados, doentes ou em reclusão, mães em período de maternidade e portadores de deficiência física e cognitiva, e pensionistas. Uma vez que atende ao setor privado, o RGPS consiste no regime de maior peso orçamentário no sistema previdenciário. O Gráfico 15 mostra o crescimento médio da população brasileira em relação ao crescimento do número de contribuintes pessoas físicas e de benefícios ativos (menos pensões) do RGPS no período de 2003 a 2011.



Gráfico 15: Crescimento do número de contribuintes pessoas físicas (Cont RGPS) e de benefícios ativos do RGPS (Benef RGPS) por coorte etária em relação ao crescimento médio da população brasileira entre 2003 e 2011



Fonte: Lima (2013).

Em termos comparativos, o que se constata, pelo Gráfico 15, é que o crescimento do número de benefícios ativos (Benef RGPS) ficou acima do crescimento observado da população brasileira e abaixo do aumento do número de contribuintes do RGPS (Cont RGPS), com exceção da faixa etária de 45 a 54 anos, quando a evolução do número de benefícios ativos (menos pensões) ficou abaixo tanto do crescimento da população brasileira quanto do aumento do número de contribuintes.

Mesmo em um contexto de bônus demográfico, caracterizado por uma proporção maior da população em idade ativa, o crescimento do número de benefícios ativos tem superado o de contribuições ao RGPS, salvo para a coorte etária supracitada. O gargalo estaria em uma crise de emprego, isto é, na incapacidade do mercado de trabalho incorporar a força de trabalho disponível.

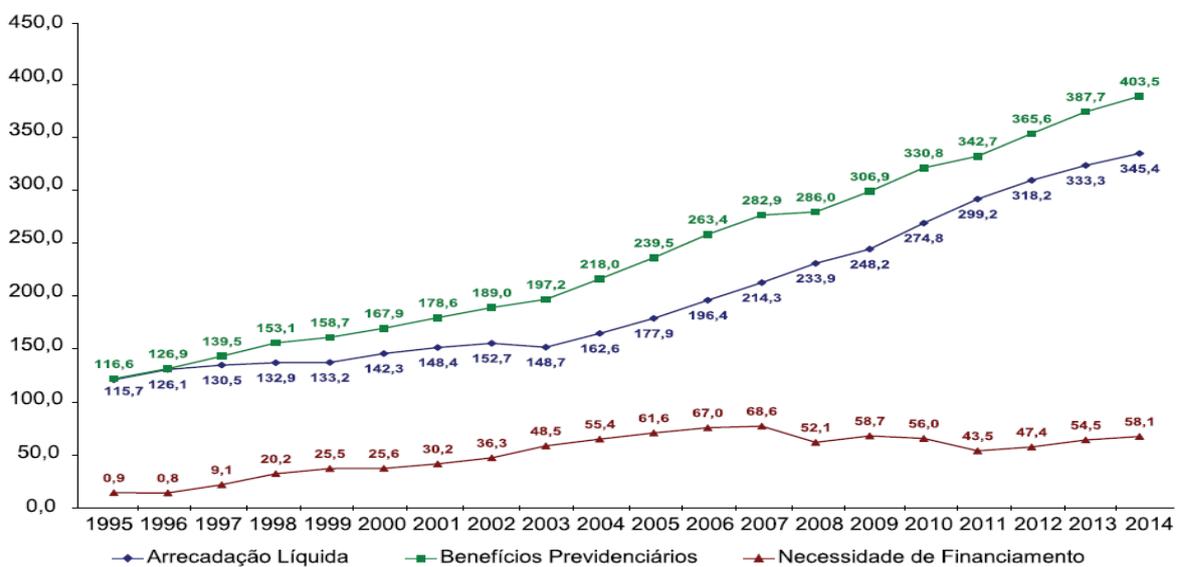
Segundo dados da PNAD, a população brasileira ultrapassava 203 milhões de habitantes em Agosto de 2015 (IBGE, 2015), dentre os quais, 164 milhões de pessoas estavam em idade ativa (14 anos e +). No entanto, a população ocupada era de 92 milhões e haviam 8,2 milhões de desempregados. O ideal seria que 115 milhões de pessoas (70% da PIA) estivessem ocupadas, o que corresponde a um desperdício de 23 milhões de homens e mulheres em idade de trabalhar.



Além disso, parte expressiva da população ocupada encontra-se no setor informal sem direitos trabalhistas e com baixa produtividade. De acordo com a mesma pesquisa, apenas 36 milhões de empregados apresentam carteira de trabalho no setor privado, o que impacta diretamente o número de contribuições ao RGPS.

O ritmo lento de expansão da arrecadação devido à incapacidade de absorção de mão-de-obra e à informalidade no mercado de trabalho, somado ao rápido crescimento das despesas com benefícios do RGPS, tem gerado saldos previdenciários crescentemente negativos desde 1995 (Gráfico 16)⁸⁵. Mesmo com o aumento progressivo da arrecadação líquida em relação ao PIB, a elevação das despesas com benefícios tem superado a arrecadação líquida e gerado déficit previdenciário nos últimos vinte anos. Atendo-se somente aos valores de 2014, tem-se um saldo previdenciário negativo da ordem de R\$ 58 bilhões.

Gráfico 16: Arrecadação Líquida, da Despesa com Benefícios Previdenciários e do Déficit Previdenciário (janeiro a dezembro – 1995 a 2014) – Em R\$ bilhões de dezembro de 2014 (INPC)



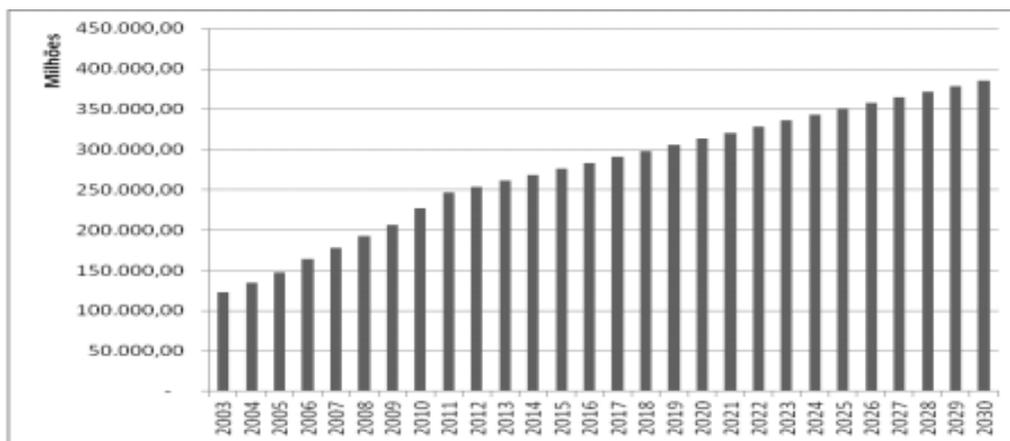
Fonte: Brasil (2015).

Diante desse cenário de evolução das despesas com benefícios de forma ligeiramente mais rápida que das receitas devido ao envelhecimento contínuo e rápido da população brasileira, Lima (2013) avaliou a sustentabilidade do sistema previdenciário brasileiro no longo prazo,

⁸⁵ Embora se observe sucessivos déficits previdenciários mensais, a participação governamental neste regime tem representado parcelas menores do Produto Interno Bruto, o que sinaliza positivamente para uma melhor solvência da Previdência no país (Lima, 2013).

mantidos constantes a dinâmica populacional e as regras do regime previdenciário. A autora estimou a evolução da receita, da despesa e do saldo previdenciário até o ano de 2030, quando se projeta que o peso da população de idosos ultrapassará o peso das crianças e adolescentes na dinâmica populacional, *ceteris paribus*. O Gráfico 17, 18 e 19 mostram as constatações encontradas.

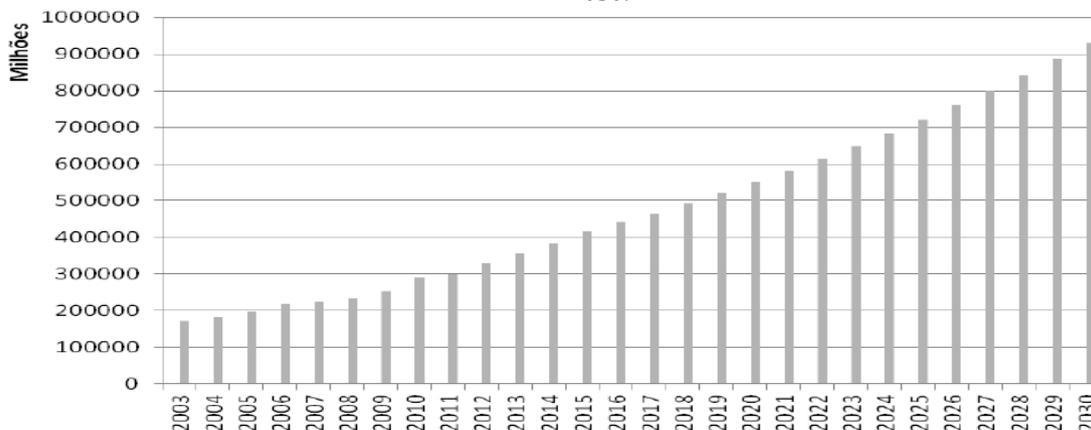
Gráfico 17: Evolução da receita a partir da razão demográfica e do crescimento esperado da produtividade entre 2003 e 2030.



Fonte: Lima (2013).

No que se refere à evolução das receitas previdenciárias (Gráfico 17), observa-se que a arrecadação triplicará em três décadas, chegando a cerca de R\$ 400.000,00 (quatrocentos milhões) em 2030. Por sua vez, as despesas previdenciárias se multiplicarão quase 5 vezes no mesmo período, passando de aproximadamente R\$ 200.000,00 (duzentos milhões) em 2003 para mais de R\$ 900.000,00 (novecentos milhões) em 2030 (Gráfico 18).

Gráfico 18: Evolução da despesa a partir da razão demográfica e do reajuste ponderado entre 2003 e 2030.



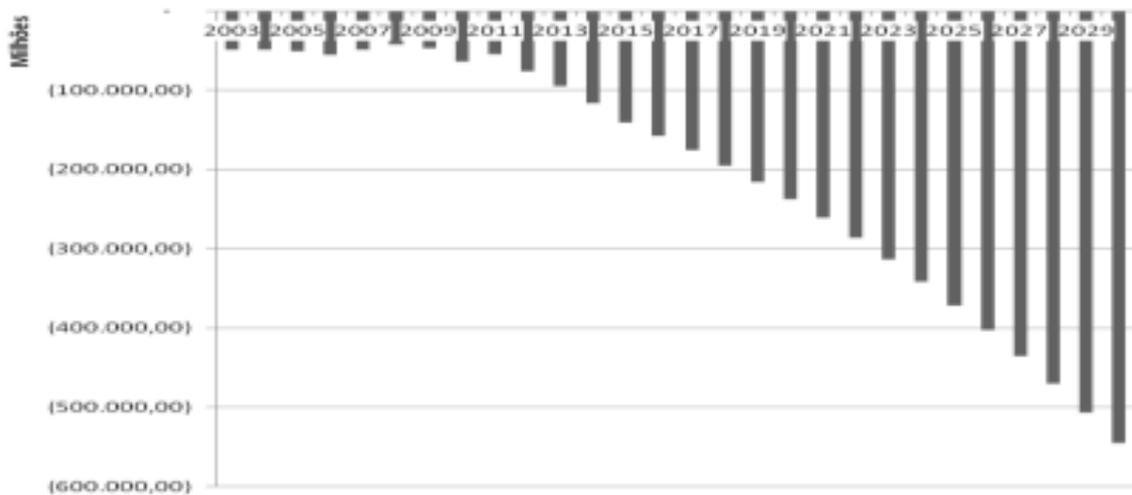
Fonte: Lima (2013).



SF/17621.47540-28

Como resultado, o saldo previdenciário deficitário continuará a trajetória de crescimento progressivo iniciado em 1995, como mostrado no Gráfico 16. Essa tendência pode ser observada no Gráfico 19. A exemplo do observado no período de 2003 a 2011, o saldo previdenciário torna-se, ano após ano, mais negativo, devido ao envelhecimento acentuado da população em um quadro de baixa taxa de natalidade e de crescimento populacional.

Gráfico 19: Evolução do resultado previdenciário total entre 2003 e 2030



Fonte: Lima (2013).

Constata-se, portanto, que a transição demográfica no Brasil tem afetado as contas da Previdência Social e assim o fará, de forma ainda mais acentuada, no período de 2012 a 2030. A baixa taxa de crescimento populacional, resultante de baixas taxas de mortalidade, natalidade

e migração, somada ao rápido envelhecimento populacional, gerará despesas cada vez maiores e, assim, déficits crescentes nas contas previdenciárias.

O bônus demográfico, caracterizado pela melhoria na razão de dependência entre grupos populacionais (ativos e inativos), não produzirá efeitos benéficos sobre a Previdência Social, caso não haja, hoje, estímulo à empregabilidade formal no país, que resulte em absorção da mão-de-obra disponível no mercado e na redução da informalidade no mercado de trabalho.

Além disso, é imprescindível uma reforma no regime previdenciário que garanta que os atuais segurados cumpram sua trajetória enquanto beneficiários e que institua novas regras que considerem os efeitos da dinâmica demográfica e a premissa de equilíbrio financeiro e atuarial para os novos segurados no futuro (LIMA, 2013).

Caetano e Miranda (2007) apontam que o Brasil encontra-se no topo do ranking entre os países nos quais o sistema previdenciário é superdimensionado. Tafner (2007) constata que, dentre o universo considerado, o Brasil é o país que possui regras menos restritivas. Semelhantemente, Caetano (2006) mostra que, dentre 52 países, o Brasil possui percentual de contribuintes na força de trabalho inferior à mediana internacional e valor médio da aposentadoria em relação à renda per capita superior à média internacional.

Giambiagi et al. (2007) corroboram esses resultados ao analisar, para diversos países, a relação entre a proporção de pessoas acima de 65 anos na população e o percentual do PIB gasto com benefícios previdenciários. Os autores constataram que, enquanto o Japão possuía gastos de aproximadamente 10% do PIB e 18% da população com mais de 65 anos, o Brasil despendia 11% do PIB com Previdência e apresentava somente 6% da população com mais de 65 anos. Em um *ranking* de despesas previdenciárias como proporção do PIB, o Brasil ocupava a 14ª posição de um total de 113 economias analisadas.

A janela de oportunidades demográfica é uma realidade no país. No entanto, se não houver nenhuma interferência governamental no mercado de trabalho e no sistema previdenciário, a queda natural do número de jovens e o aumento do número de idosos produzirá déficits previdenciários cada vez maiores. Se essa dinâmica for acelerada por políticas que afetam a dinâmica populacional, como a legalização do aborto, o desequilíbrio das contas

previdenciárias se aprofundará ainda mais no médio prazo e reduzirá as oportunidades de se promover estabilidade do saldo previdenciário. Necessário é investir no mercado formal de trabalho e reformar o sistema previdenciário de modo a aproveitar a atual e inédita da janela de oportunidade demográfica que vivemos.

Considerações Finais

Tratar da temática do aborto e de suas consequências não consiste em uma tarefa fácil. O tema exige uma reflexão profunda acerca das implicações do aborto para a mulher, a sociedade, a economia e o Estado. Neste capítulo, buscou-se realizar tal análise: discutiu-se se e em que medida a realização do aborto provoca complicações físicas e psicológicas para a mulher e as pessoas de sua convivência, bem como se examinou se e em que sentido a legalização desse procedimento afetaria a sociedade, a economia e as políticas públicas, particularmente, a política de saúde, trabalho e renda e de previdência social.

No que se refere à primeira discussão, vale destacar a preocupação enfaticamente disseminada pela mídia tradicional quanto à mortalidade materna decorrente de aborto voluntário clandestino. A legalização do aborto tornar-se-ia necessária para reduzir o número expressivo de mortes de mulheres em idade fértil, uma vez que o aborto seria realizado em local seguro, por equipe médica capacitada, com baixíssimos riscos de morte da mulher.

As constatações das análises empíricas aqui apresentadas apontam, porém, para, pelo menos, duas inconsistências nesse argumento. A primeira diz respeito à ênfase dada às mortes maternas causadas por aborto voluntário. Os dados oficiais do Ministério da Saúde, desde 1996, contradizem essa afirmação ao mostrar que o aborto provocado não se encontra nem entre as dez primeiras causas de mortes de mulheres no Brasil. Pelo contrário, as mortes dele decorrentes correspondem a menos de 0,02%, em média, das mortes de mulheres em idade fértil no país, o que corresponde à média de 77,7 óbitos por ano (Brasil, 2015).

O fato das estatísticas apontarem para a inexpressividade do aborto provocado enquanto causa de mortalidade materna no país não implica, contudo, concluir que o aborto voluntário não deva ser alvo de atenção por parte do governo e que a vida dessas mulheres não importa. Tal constatação implica, na verdade, em encarar a temática como ela realmente é: o aborto



voluntário existe, ele pode gerar morte da mulher, ele tem implicações físicas e psicológicas para a mesma e, portanto, deve ser evitado a todo custo e não promovido, como tem sido proposto.

A mulher que realiza um aborto pode sofrer complicações imediatas do procedimento, bem como consequências físicas tardias de acordo com o método empregado para realizá-lo. O aborto pode provocar laceração do colo uterino, hemorragias uterinas, endometrite (inflamação) pós-aborto, formação de aderências, até esterilidade. Ademais, tardiamente, o aborto voluntário tende a gerar insuficiência ou incapacidade do colo uterino de hospedar outro bebê e hemorragias quando há nova gravidez, e a aumentar a taxa de nascimentos por cesariana e as chances da mulher desenvolver câncer de mama.

Somado às complicações físicas imediatas e tardias, a realização de aborto provoca desequilíbrios psicológicos para a mulher. As mulheres que abortam apresentam maiores chances de necessitar de acompanhamento e hospitalização psiquiátrica, de ter depressão e *stress* pós-trauma, e de apresentar tendências suicidas e disfunção sexual.

Essas complicações, obviamente, não impactam apenas a mulher que aborta, mas também sua vida familiar, social, profissional e a própria sociedade onde ela vive. Seus relacionamentos interpessoais podem ser prejudicados, seu desempenho profissional pode cair e sua escolha afeta ainda a dinâmica populacional e, por conseguinte, as políticas governamentais.

Como visto, o Brasil encontra-se em um processo de reestruturação demográfica que se caracteriza pela redução das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Este processo criou um bônus demográfico, caracterizado pela redução da razão de dependência de crianças e idosos em relação à população em idade ativa. No entanto, o decrescente número de crianças nascidas, somado ao crescente número de idosos, fará com que essa janela se feche, possivelmente, na década de 2050, *ceteris paribus*, quando o país deverá apresentar taxa de crescimento de 0%.

Enquanto um procedimento que reduz a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação, o aborto modifica, a médio e longo prazo, a estrutura etária da população, o que, por sua vez, traz



implicações para as políticas públicas, em especial, para a política de saúde e de Previdência Social.

Em relação à primeira, este artigo mostrou que a política de aborto custará, por estimativa, aos cofres públicos, 2% do total do orçamento do FNS, o que corresponde a um gasto quase 30 vezes superior ao do Programa Rede Cegonha, que compreende as principais ações de atenção à mulher grávida. Além disso, a legalização do aborto aumentará os custos com a saúde pública de forma indireta ao aumentar a incidência de doenças como câncer de mama e doenças psicossomáticas nas mulheres que o realizam.

Some-se a isto os impactos orçamentários do aborto para o sistema previdenciário. O presente estudo constatou a tendência de crescimento significativo da necessidade de financiamento deste sistema até 2030. O envelhecimento populacional, somado ao declínio da população jovem, afetará de forma acentuada a participação dos grupos de idade na arrecadação da receita previdenciária ao longo dos anos. Os contribuintes atuais serão sustentados por uma massa de contribuintes muito menor no futuro, o que trará um descompasso entre o número de benefícios e o montante das despesas previdenciárias e o número de contribuintes e o montante de receitas previdenciárias.

Disto se conclui, portanto, que esse é o momento para o governo investir em educação, qualificação profissional e produtividade e para se reformar o sistema previdenciário de modo a garantir sua sustentabilidade após o período de bônus demográfico. Sem a interferência governamental, o país já se encontra com taxas de fecundidade e de crescimento populacional próximas as dos países desenvolvidos. Necessário é estimular a gravidez, não o contrário, para que a seguridade social seja sustentada daqui a poucas décadas.

Considerações Finais

Nas últimas três décadas, emergiu e se consolidou, no Brasil, um novo campo de produção científica que articula as temáticas de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Nesse campo, o aborto tem sido estudado e apontado, por parte dos autores, enquanto um problema de saúde pública. Por conta da criminalização desse procedimento no país, centenas de milhares de



mulheres o realizariam de forma clandestina e insegura e, como decorrência de tais condições, dezenas de milhares morreriam anualmente no país.

Sob esse prisma, o abortamento consistiria em um problema social e, portanto, a solução estaria na legalização dessa prática às mulheres em situação de gravidez indesejada. Negar liberdade de escolha e assistência à mulher em tais situações seria, paradoxalmente, abortá-la. Mas não só. Seria, ademais, uma grave violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e um impedimento ao pleno gozo de direitos pela mesma.

Em uma estrutura social dita machista, a garantia de tais direitos implicaria, dentre outros, libertar a mulher das situações de opressão, como, por exemplo, a maternidade indesejada e sua consequente criminalização. O desejo e responsabilidade da mulher seriam valorizados e a concepção da mulher enquanto mera hospedeira seria substituída pela visão da mulher enquanto sujeito de direitos em uma sociedade democrática.

Nessa perspectiva, a resposta política mais adequada para o aborto clandestino e a mortalidade materna dele decorrente consistiria na legalização do procedimento no país. Somente assim, o ambiente que penaliza psicológica, social e institucionalmente a mulher que enfrenta uma gravidez indesejada e aborta, bem como a discriminação sexual que ela sofre, seria suplantado e os direitos humanos das mulheres, plenamente garantidos.

Todo esse discurso disseminado com veemência pelos grupos pró-escolha no Brasil (e no mundo) baseia-se, porém, em falácias, em argumentos normativo e empiricamente inconsistentes, como mostrado ao longo desse relatório. A começar pela afirmação de que o abortamento consiste em um grave problema de saúde pública no país. O número divulgado de abortos voluntários realizados anualmente no país e o de mortes maternas causadas por aborto provocado não corresponde às estatísticas oficiais, o que aponta para uma manipulação consciente com o objetivo de convencer parcela expressiva da população de que o aborto seria um “grave” problema de saúde pública no país.

Como mostrado no capítulo 3, o aborto voluntário, enquanto causa de mortalidade materna (durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, parto ou aborto), é responsável por apenas 0,12%, em média, dos óbitos de mulheres em idade fértil (1996-2013). Isso porque



a mortalidade materna não se figura entre as principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil, tendo representado menos de 3%, em média, das mortes no período de 1996 a 2013. Estima-se que, em média, 77 mulheres morreram por ano no mesmo período, devido a causas relacionadas ao procedimento abortivo realizado clandestinamente. Se comparado com a média de 436 mil óbitos de mulheres para o mesmo período, o que se constata é que as mortes maternas decorrentes de aborto provocado representam menos de 0,02% do total no país (Brasil, 2015).

Embora o número de mortes causadas por aborto voluntário seja inexpressivo diante do universo de óbitos de mulheres no país, o número de bebês mortos no ventre materno não o é. Estima-se que, em média, 100 mil abortos voluntários sejam realizados clandestinamente por ano. Isso significa que cerca de 100 mil bebês morrem anualmente no ventre materno por abortamento. Daí segue uma comparação absurda: de um lado, tem-se que menos de 80 mulheres, em média, morrem por causas relacionadas ao aborto clandestino por ano; de outro, estima-se a morte de cerca de 100 mil bebês, dentre eles, mulheres, em decorrência de métodos abortivos.

Ambas as vidas apresentam o mesmo valor do ponto de vista biológico, jurídico e social. O valor da vida não resulta do tempo ou do local, não decorre da quantidade de dias ou anos ou do fato de estar no ventre ou fora dele. Há vida e, portanto, valor da vida, desde a concepção, quando ela se inicia, como mostrado no capítulo 1. A partir daí, um novo ser humano se forma: o corpo do bebê e da mãe são diferenciados e o embrião assume o controle sobre seu próprio desenvolvimento, a despeito de estar dentro do corpo da mãe.

O bebê é um residente temporário no ventre da mãe. Ele será naturalmente expelido do corpo da mesma no tempo certo, desde que não seja retirado prematuramente. Cada célula do seu corpo é exclusivamente sua; cada uma de suas células é diferente do corpo da sua mãe. Ele assume um papel ativo no seu próprio desenvolvimento: o bebê controla o curso da gravidez e do seu próprio nascimento (LILEY, 1979). Ele é um ser fisicamente independente; embora habite no ventre de sua mãe, o bebê não pertence nem faz parte do corpo no qual está se formando.

Enquanto embrião ou enquanto adulto, a natureza e a identidade do ser humano é a mesma. As únicas diferenças são seu tempo de vida (e, por conseguinte, seu desenvolvimento físico e



intelectual) e seu local de residência. O desenvolvimento humano é um continuum: do zigoto ao embrião, do embrião ao feto, do feto ao recém-nascido, do recém-nascido à criança, da criança ao adolescente, do adolescente ao adulto jovem, do adulto jovem à maturidade, da maturidade à melhor idade. A vida sempre terá início e se desenvolverá com o zigoto.

Disso segue que os mesmos direitos que um ser humano na fase adulta têm garantidos em lei se estendem a ele enquanto embrião. Os direitos humanos não se diferenciam nem dependem de idade ou local de residência. Eles dependem, exclusivamente, da existência do ser humano. Se não, onde estaria a igualdade de todos perante as leis?

Num Estado de Direito como o brasileiro, essa igualdade está assegurada no ordenamento jurídico, cuja finalidade última consiste em assegurar a vida e o bem-estar do ser humano. Por esta razão, o artigo 5º da CF/88 traz em seu bojo um conjunto de direitos fundamentais básicos, dentre eles, o direito à vida, pressuposto para o exercício de todos os outros previstos no *caput* e nos incisos que se seguem, e o direito à liberdade individual. As duas normas são constitucionalmente válidas, contudo, em algumas situações, uma prevalecerá sobre a outra.

Uma dessas situações é o aborto, que, aparentemente, coloca em conflito dois direitos: de um lado, o direito à vida do bebê e, de outro, o direito à liberdade de escolha da mulher. Como discutido no capítulo 2, em face de conflito de normas, deve-se considerar o princípio de maior peso, maior relevância social (ALEXY, 2008). No caso do aborto, seria esse a liberdade da mulher em gerir seu corpo ou a vida que há em seu ventre?

É certo que o Estado não pode gerir o corpo dos cidadãos, tanto é que a mulher é livre para relacionar-se sexualmente com quem desejar e para utilizar métodos contraceptivos para evitar a gravidez. Do mesmo modo, o Estado não pode interferir no livre desenvolvimento de um ser humano no ventre de sua mãe. Daí a proteção do embrião/ feto, pelo Código Penal, de todas as formas de interferência provocadas, como o próprio aborto. Praticá-lo não diz respeito ao uso do corpo da gestante; diz respeito à vida do bebê, posto que o bebê não faz parte do corpo de sua mãe, mas é um ser independente habitando temporariamente no corpo de sua mãe.

Não há, portanto, conflito de normas na discussão sobre aborto. A liberdade da mulher de gerir o seu corpo não é violada. A vida que, temporariamente, reside em seu ventre é um outro ser



humano, de forma que nem a mulher, nem outra pessoa qualquer, no exercício de seu direito constitucional à liberdade, pode dispor da vida de outrem. “Não há nenhum princípio de liberdade individual que possa ser maior do que o que coloca a vida humana como o valor supremo da humanidade” (DINIZ, 2009, p. 81).

O direito do cidadão à liberdade existe não para cercear o exercício do direito alheio, mas para garantir o pleno gozo de seus próprios direitos. Assim, a liberdade da mulher deve ser usufruída não para limitar o reconhecimento de direitos e garantias fundamentais de seu filho, sobretudo o direito à vida. A isso, dá-se o nome de libertinagem, de abuso da liberdade, pelo qual as leis permitem tudo, ou seja, o que existe é um Estado sem lei, anárquico, uma vez que o direito e as leis deixam de ter razão para existir.

O verdadeiro direito à liberdade da mulher e de qualquer outro cidadão baseia-se na liberdade de expressar seus pensamentos e desfrutar de todos os direitos que o ordenamento jurídico lhe garante, sem intervenções arbitrárias e inconstitucionais do Poder Público. A história mostra que, na ausência de normas que garantam direitos, o abuso da liberdade acarreta graves violações aos demais direitos. Parte expressiva das violações dos direitos humanos cometidas ao longo do tempo foram viabilizadas com base no argumento do direito de escolha. Donos de escravos defendiam enquanto direito possuir ou não escravos. Aqueles que questionavam e denunciavam a escravidão eram acusados de ser anti-escolha e anti-liberdade e de impor seus princípios morais.

Semelhantemente, o movimento pelos direitos civis, como o movimento abolicionista há duzentos anos, era veementemente contrário ao exercício dos direitos de personalidade e grande parte da sociedade concordava com isso. Quando se tratava de discriminação racial, este movimento foi fortemente considerado anti-escolha. Os brancos haviam sido historicamente livres para escolher possuir seus escravos e para criar ambientes de segregação, principalmente na América do Norte, considerada um país livre. Neste contexto, coube ao movimento pelos direitos civis lutar para que essa “escolha” fosse retirada dos brancos e o direito à liberdade dos negros fosse garantido.

Da mesma forma, os movimentos feministas têm lutado para acabar com a liberdade de escolha do homem nas diversas relações sociais com a mulher. A mulher estaria sujeita à violência e à



discriminação e preconceito no lar, no trabalho, nos espaços públicos, enfim, em todos os ambientes dominados pelos homens. Em nome da liberdade do homem, as mulheres seriam submetidas a práticas violadoras de seu direito à igualdade e apresentariam posição social inferior à do homem.

Tem cabido aos movimentos feministas denunciar e lutar pela limitação do direito de escolha dos homens. Dessas ações, têm derivado políticas públicas para assegurar a isonomia de direitos e de posição social entre homens e mulheres, reduzindo a violência, discriminação e abusos nas diferentes esferas da vida privada e pública.

Não há de se questionar a importância dessa luta para a garantia do direito à igualdade e à liberdade da mulher. Há, entretanto, que se questionar a utilização desse argumento para justificar a legalização do aborto enquanto direito à liberdade reprodutiva e sexual. A legalização do aborto não produz igualdade de direitos e posição entre homens e mulheres. Quem aborta é a mulher e quem é abortado é o filho. O homem não tem parte direta nessa relação. A dicotomia que está em jogo, nesse caso, é mulher *versus* filho, não mulher *versus* homem. Portanto, o que o aborto produz é pura e simplesmente uma diferenciação de direitos entre mulheres e filhos.

A mulher não apenas não se torna igual ao homem por ser livre para abortar, como também a garantia de seu direito à escolha retira o direito à vida de seu filho. A questão do aborto não é pessoal nem privada. Ela envolve diretamente a vida de uma pessoa e, por conseguinte, torna-se matéria de preocupação pública. Assim como a sociedade deve proteger a vida da mãe se alguém tentar matá-la, deve-se proteger a vida da criança, se alguém tentar matá-la. A interrupção provocada da vida em qualquer fase constitui, igualmente, assassinato.

A criminalização do aborto não resulta, portanto, da violência de gênero proveniente da sociedade, mas da necessidade estatal de punir a prática do homicídio uterino, que é realizado via tortura física incisiva e métodos que são até mais violentos que os empregados para a execução de seres humanos já nascidos. O que, na verdade, está em jogo não é o direito de escolha da mulher *versus* o direito à vida. O que está em jogo é o estilo de vida da mãe e a vida do bebê.



É certo que a mãe tem o direito de viver o estilo de vida que escolha, desde que essa opção não retire os direitos mais fundamentais dos outros, sendo o mais básico de todos o direito de viver. O direito de ter certo estilo de vida nunca será absoluto e incondicional. Será sempre regido pelos efeitos que tem sobre os outros indivíduos.

Ademais, permitir que a mulher escolha sobre a vida do filho coloca sobre os ombros dela a responsabilidade de algo que deve ser igualmente compartilhado entre os progenitores. É a mulher que aborta e, por isso, é a mulher que paga o maior preço pela escolha. Ao invés de livre, ela se torna refém das consequências físicas e psicológicas decorrentes da realização desse procedimento.

Embora os defensores da descriminalização do aborto ocultem e até neguem tais consequências, uma ampla gama de estudos científicos nacionais e internacionais mostra os riscos imediatos e tardios, bem como os desdobramentos físicos e psicológicos, da realização de aborto voluntário legal ou clandestino para a mulher, como apresentado no capítulo 3.

As complicações físicas para a mãe vão desde lacerações no colo uterino provocadas pelo uso de dilatares e perfurações do útero causadas pela colher de curetagem, aspirador ou histerômetro, passando por hemorragias uterinas, decorrentes da falta de contração do músculo uterino, endometrites (inflamação) pós-aborto e a formação de aderências no interior do útero, até o desenvolvimento de câncer de mama.

Cada uma dessas complicações apresenta, ademais, consequências físicas para a mulher. A laceração produz insuficiência do colo uterino, o que, por sua vez, favorece abortos sucessivos no primeiro e no segundo trimestre e partos prematuros na 20^a ou 30^a semana de gestações posteriores.

A perfuração no útero gera infecção e obstrução das tubas uterinas, o que provoca esterilidade e exige a intervenção para estancar a hemorragia produzida. Há ainda perigo de lesão no intestino, na bexiga ou nas tubas uterinas e, mais raramente, até lesão na artéria do útero, o que cria a necessidade de histerectomia (extirpação do útero), se não for possível estancar a hemorragia.

A hemorragia uterina pode acarretar a necessidade de transfusão de sangue para a mulher,

enquanto a endometrite e a formação de aderências no interior do útero podem causar esterilidade e gravidez ectópica (fora do útero).

Por fim, a mulher que aborta voluntariamente pode desenvolver câncer de mama nos anos seguintes devido à ação de hormônios durante a gestação. Nesse período, os hormônios se organizam para mantê-la até a resolução natural do parto ou na eventualidade de um aborto espontâneo. Quando há a interrupção forçada desse processo, há uma disfunção dessa organização e produção, o que tende a produzir nódulos cancerígenos nas mamas.

Além das complicações físicas, a mulher que realiza um aborto apresenta maiores chances de necessitar de acompanhamento e hospitalização psiquiátrica, de ter depressão e stress pós-trauma, de apresentar tendências suicidas e disfunção sexual.

Essas complicações, obviamente, não impactam apenas a mulher que aborta, mas também sua vida familiar, social, profissional e a própria sociedade onde ela vive. Seus relacionamentos interpessoais podem ser prejudicados, seu desempenho profissional pode cair e sua escolha afeta ainda a dinâmica populacional e, por conseguinte, as políticas governamentais. O aborto provoca, portanto, consequências muito mais abrangentes, que ultrapassam o escopo da vida privada da mulher, atingindo outras pessoas e esferas da vida.

Um primeiro desdobramento do aborto legal, observado para diferentes Nações que já descriminalizaram esse procedimento, consiste na redução da taxa de fecundidade e, como decorrência, da taxa de natalidade das mesmas. Como mostrado no capítulo 3 para cinco países (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, País de Gales e Espanha), a legalização do aborto foi acompanhada pelo aumento expressivo da realização desse procedimento e, por conseguinte, pela queda da taxa de fecundidade e natalidade nesses países. O aborto tornou-se um método contraceptivo popular, sendo acessado por dezenas e centenas de milhares de mulheres anualmente nessas Nações.

Enquanto um procedimento que reduz a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação, o aborto modifica, a médio e longo prazo, a estrutura etária da população, o que, por sua vez, traz implicações para as políticas públicas, em especial, para a política de saúde e previdência social.



Estima-se que a política de aborto custará aos cofres públicos 2% do total do orçamento do Fundo Nacional de Saúde, cujos recursos correspondem a 70% do total destinado ao Ministério da Saúde atualmente. Essa despesa corresponde a um gasto quase 30 vezes superior ao do Programa Rede Cegonha, que consiste no principal programa de atenção e assistência à mulher grávida.

Além disso, a legalização do aborto aumentará os custos com a saúde pública de forma indireta, haja vista as complicações físicas e psicológicas desse procedimento para a mulher. Espera-se um aumento na incidência de doenças como câncer de mama e de doenças psicossomáticas nas mulheres que o realizarem.

Some-se a isto os impactos orçamentários do aborto para o sistema previdenciário. O declínio esperado da população jovem pela legalização do aborto, somado ao gradual e constante envelhecimento populacional, afetará a participação dos grupos de idade na arrecadação da receita previdenciária ao longo dos anos. A esperada redução da natalidade causada pela disseminação do aborto voluntário implicará a redução do número de contribuintes no futuro, o que trará um descompasso entre o número de benefícios e o montante das despesas previdenciárias e o número de contribuintes e o montante de receitas previdenciárias. A tendência será o aprofundamento, cada vez maior, do déficit previdenciário e o aumento progressivo da dificuldade de sustentação do regime previdenciário.

Diante do exposto, observa-se a contradição existente entre o que os pró-escolha pregam acerca da descriminalização do aborto e os reais desdobramentos da ação pretendida. A legalização do aborto não é solução para assegurar liberdade e igualdade à mulher, nem para garantir qualidade de vida às mulheres. O aborto voluntário é um procedimento traumático para a mulher e gera consequências físicas e psicológicas para a mesma. Desses problemas, resultam maiores custos para a saúde pública, bem como desequilíbrio no mercado de trabalho e nas contas do sistema previdenciário.

Ademais, favorecer o direito de escolha é necessariamente negligenciar o direito de escolher da vítima. As mulheres não escolhem o estupro, os negros não escolheram ser escravos, os judeus não escolheram ser assassinados e os bebês não escolhem ser abortados. Ironicamente, e, por vezes, a mesma pressão que as mulheres tiveram de suportar dos homens agora é colocada sobre

crianças não nascidas durante um aborto. Alguns homens têm usado sua estatura e força para justificar os maus tratos com as mulheres, como se estatura e força lhe concedessem o direito de controlar outra pessoa. Semelhantemente e paradoxalmente, algumas mulheres têm empregado sua maior estatura e força física para abortar, para extirpar o direito e a vida de seus filhos não nascidos.

Resta evidente que a solução não se encontra na legalização do aborto. Nesse contexto, a mulher permaneceria enquanto a principal vítima de um procedimento agressivo e danoso. A solução está em assistir a mulher em gravidez indesejada de modo a evitar a morte de seu filho e as complicações do aborto para sua saúde e sua vida privada e pública. Dessa forma, reduz-se a mortalidade materna decorrente do aborto clandestino e a mortalidade de mulheres e homens no início de sua vida.

À mulher não deve ser atribuída a culpa nem os custos decorrentes do aborto. Pelo contrário, a mulher em gravidez indesejada deve ser cuidada, acompanhada por equipe médica e de psicólogos, de forma a garantir a integridade física e o pleno gozo dos direitos humanos tanto pela mãe como pelo filho.

Referências Bibliográficas

ABORTION IN CANADA. Disponível em: <<http://abortionincanada.ca/funding/>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.

ACLU, American Civil Liberty Union. Disponível em: <<https://www.aclu.org/public-funding-abortion>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.

Agency for International Development (1982). **Rationale for AID Support of Population Programs**, January, 24.

AGI, Guttmacher Institute (2015a). Disponível em: <http://www.guttmacher.org>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

_____ (2015b). **Fact Sheet**. Induced abortion in the United States. Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

_____ (2016). **Fact Sheet**: Induced Abortion Worldwide. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>>. Acesso: 25 fevereiro, 2017.



ALCORN, Randy. **ProLife Answers to ProChoice Arguments**. Multnomah Books; Expanded edition: 2000. Disponível em: <<http://www.anajure.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Livro.pdf>>. Acesso em: 30 Nov. 2015.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALMEIDA, Fernando Dias Menezes de. **Liberdade de reunião**. São Paulo: Max Limonad, 2001.

ALMEIDA, Silmara J. A. Chinelato. **Tutela civil do nascituro**. São Paulo: Saraiva 2000.

ALVES, José Augusto Lindgren (1999). **A declaração dos direitos humanos na pós-modernidade**. Os direitos humanos e o direito internacional. Rio de Janeiro: Renovar, p.139-166.

ALVES, José Eustáquio Diniz (2000). **Mitos e realidade da dinâmica populacional**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais 12: 1-24.

_____ (2004a). As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: "o choque de civilizações" versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Orgs.), **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 21-47.

_____ (2004b). **Questões demográficas: fecundidade e gênero**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Textos para discussão 9.

_____ (2008). **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial.

ANANAT, Elizabeth Oltmans; Gruber, Jonathan; Levine, Phillip B.; Staiger, Douglas. **Abortion and selection**. The Review of Economics and Statistics, February 2009, 91(1): 124–136.

ANTUNES ROCHA, Carmén Lúcia (Coord.). O Direito à vida digna. Belo Horizonte: Fórum, 2004, p. 14.

AQUINO, E.M.L. et. al. (1991). **Mortalidade Feminina no Brasil: Sexo Frágil ou Sexo Forte?**. Rio de Janeiro: Cadernos Saúde Pública, 7(2), abr/jul.

BAIR, Deirdre. **Simone de Beauvoir: A Biography**. New York: Simon and Shuster, 1990.

BALBINOT, Rachelle A. A. O aborto: perspectivas e abordagens deiferenciadas. Sequência : Estudos Jurídicos e Políticos, Florianópolis , v. 24, n. 46 , p.93-119, jul. 2003.

BARRET, J. M. et. al. (1981). **Induced abortion: a risk factor for placenta previa**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, December 1;141(7):769-7.

BARRET, William, Irrational Man. Garden City, N.Y: Doubleday, 1962.



SF/17621.47540-28

BARROSO, Luís Roberto. O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira. 6. ed. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. 355p.

BEAUVOIR, Simone de. **Sex, Society and the Female Dilemma**. Saturday Review. Junho de 2014, 1975, p.18.

BECCARIA, Cesare. Dei delitti e delle pene, XXVII. In: PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 13ª ed., rev., atual. e ampl., 2014.

BENEDICT, M. I.; White, R. B.; Conley, D. A.. **Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse**. Child Abuse and Neglect, vol. 9., No. 2 (1985), pp. 217-224.

BERAL, V. et. al. (2004). **Collaborative Group pn Hormonal Factors in Breast Câncer**. Lancet, 363:1007-1016.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa**. Malheiros, 2001.

BONFIM, I. M. et. al. (2009). **Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas**. Fortaleza: Rev. Rene., v. 10, n. 1, p. 45-52, jan./mar.

BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna**. Relatório Final. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde.

_____, Ministério da Previdência Social (2011). **Informe de Previdência Social 2011**. Brasília: Secretaria de Políticas de Previdência Social. Maio, Volume 23, Número 5.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Caderno nº 11, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Controladoria-Geral da União (2015a). **Portal da Transparência**. Governo Federal. disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalComprasDiretasOEOrgaoSubordinado.asp?Ano=2014&CodigoOS=36000>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

_____, Ministério da Saúde (2015b). **Saúde com Transparência**. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/index.jsf>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

_____, Ministério da Saúde (2015c). **Blog da Saúde**. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50090-sus-tera-mes-de-atencao-especial-a-saude-da-mulher-no-campo>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.



SF/17621.47540-28

_____, Ministério da Saúde (2015d). **DATASUS**. Informações de Saúde. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso: 25 fevereiro, 2017

_____, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (2016). Disponível em <http://www.spm.gov.br/>. Acesso 04 de Abril, 2016.

_____. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em: 05 out.2015

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** (1988). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 dez. 2016.

_____. Convenção sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 05 out.2015

_____. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992 (1992)**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm>. Acesso em: 18 mar. 2011.

_____. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (1940)**. Código Penal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)**. Lei no 8.069, de 13 de Julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso 05out.2015

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (2002)**. Institui o Código Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 05 out.2015

_____. **Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 (1973)**. Institui o Código de Processo Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm. Acesso em 05 out.2015

BRIND, Joel et. al. **Comment in J Epidemiol Community Health**. J Epidemiol Community Health, 50: 481-96, 1996.

_____, Joel (2002). **Latest Web Page from the National Cancer Institute**. A well cooked bowl of factoids. Disponível em: < www.RFMNEWS.com>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.

BRITTO CANO, Marcel Tenorio de. **O fenômeno da relativização da inviolabilidade da vida humana frente a outros princípios constitucionais e o excepcional caso dos embriões excedentários da fertilização “in vitro”**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2301/1869>>. Acesso em: 29 de Junho de 2015.

BUENO, José Antonio Pimenta. **Direito público brasileiro e análise da Constituição do Império**. Brasília: Serviço de documentação do Ministério da Justiça, 1958, p. 19.



SF/17621.47540-28

CAETANO, M. (2006) **Determinantes da Sustentabilidade e do Custo Previdenciário: Aspectos Conceituais e Comparações Internacionais**. IPEA, Texto para discussão nº 1226.

_____, M. e MIRANDA, R. (2007). **Comparativo Internacional para a Previdência Social**. IPEA, Texto para discussão nº 1302.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. **Memorial em prol de uma nova mentalidade quanto à proteção dos direitos humanos no plano internacional e nacional**. Boletim da Sociedade Brasileira de Direito Internacional, Brasília n.113-118 1998

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra: Livraria Almedina Editor, 2001.

_____. **Direito constitucional**. Coimbra: Almedina, 1993., 1993.

CARNEIRO, Eliana Faleiros Vendramini; ALIVERTI, Tatiana Lages. **A convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher e o seu protocolo facultativo: impacto no direito brasileiro**. Revista de Direito Privado, São Paulo, v.4, n.15, p.172-188, jul./set. 2003.

CARROL, P. S. M. A. (2007). **The Breast Cancer Epidemic: Modeling and Forecasts Based on Abortion and Other Risk Factors**. Journal of American Physicians and Surgeons, volume 12, number 3, Fall, 73.

CARVALHO, Angelita Alves de; WONG, Laura L R.; MIRANDA-RIBEIRO, Paula (2014). **Discrepância de fecundidade e sua relação com variáveis sociodemográficas: Uma análise para o Brasil em 1996 e 2006**.

CARVALHO, J.A.M.; PAIVA, P.T.A.; SAWYER, D. R. (1981). **A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG. (Monografia, 12).

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin (2012). **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010**. Rev. bras. geriatr. gerontol., vol.15, n.3.

COLEMAN, P. K., REARDON, D. C., COUGLE, J. (2002). **A history of induced abortion in relation to substance use duringh subsequent pregnancies carried to term**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 187, 1673-1678.

_____. (2003). **Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort**. Medical Science Monitor, April, 9 (4).

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolução 23/81. Caso "Baby Boy"**. Comissão IDH, caso nº 2141 Baby Boy x Estados Unidos da América, 6 de Março de 1981, Relatório anual 1980-1981.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.



SF/17621.47540-28

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Esclarece sobre a posição a favor da autonomia da mulher no caso de interrupção de gestação. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=%2023663:cfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3. Acesso 05 out 2015

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos:** pauta global e percursos brasileiros. In: SEXO & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Elza Berquó (org.). Unicamp, 2003. p.29.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **El Amparo**. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_19_esp.pdf Acesso em: 05 out 2015
Cunningham, F. Gary, W. (2011). **Obstetrica**. McGraw Hill Mexico.

COSTA, Sérgio; DINIZ, Debora. **Bioética:** ensaios. Brasília: Letras Livres, 2001.

CUPIS, Adriano de . **Os direitos da personalidade**. Lisboa: Moraes Editora, 1961. DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro. 19. ed. São Paulo:Saraiva, 2002, v. 1.
DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. Teoria geral dos direitos fundamentais. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 317 p.

DINIZ, Debora; CORREA, Marilena; SQUINCA, Flávia and BRAGA, Kátia Soares. **Aborto:** 20 anos de pesquisas no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.4, pp.939-942.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 6. Ed. rev., aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009

FAERSTEIN, E.; AQUINO, E. M. L.; RIBEIRO, D. C. (1989). **Câncer na mulher:** uma prioridade no Brasil?. In. Labra, M. E.. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Vozes, p.163-83.

FARIA, V.E. (1989). **Políticas de governo e regulação da fecundidade:** conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. São Paulo, ANPOCS, 1989.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. **Estudos de filosofia do direito**. São Paulo: Atlas, 2002.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à constituição brasileira de 1988**. São Paulo: Ed. Saraiva, v. 1, 1990.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ª ed. Editora Nova Fronteira, 2001

FONTES, Paulo Gustavo Guedes. **JE SUIS LOCKE: Charges do Charlie Hebdo: liberdade de expressão x tolerância religiosa**. 2015. Disponível em: Acesso em: 22 maio 2015.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. Disponível em: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/economies/#economy=BRA>. Acesso: 05 out.2015

FORUM LIBERTAS. **Confirmado:** España ya pasa de los 100.000 abortos y eso significa que... Disponível em < <http://www.forumlibertas.com/confirmado-espana-ya-pasa-de-los-100-000-abortos-y-eso-significa-que/>>. Acesso: 25 fevereiro, 2017.



SF/17621.47540-28

FRANÇA, **Declaração Dos Direitos Do Homem e Do Cidadão**, de 1789, art. 4. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html> Acesso em 29 de Junho de 2015.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 219- 251.

FREITAS, Silviane Meneghetti. **Os direitos humanos e a evolução do ordenamento jurídico brasileiro**. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/os-direitoshumanos-e-evolu%C3%A7%C3%A3o-do-ordenamento-jur%C3%ADico-brasileiro-0>. Acesso em 07/01/2016.

FREUD, S. (1974). **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago.
GALINDO, George Rodrigo Bandeira. **Tratados Internacionais de Direitos Humanos e Constituição Brasileira**. Ed. Del Rey, 2002.

GARCIA, Enéas Costa. **Responsabilidade civil dos meios de comunicação**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

GARCIA, M; GAMBA, JM; MONTAL, ZC. **Biodireito constitucional: questões atuais**. Rio de Janeiro: Elsevier, Campus, 2009., 2009. (Coleção Biodireito: Bioética).

GIAMBIAGI, F., ZYLBERSTAJN, H., AFONSO, L.E., SOUZA, A. P., ZYLBERSTAJN, E. (2007). **Impacto das reformas paramétricas na previdência social brasileira: simulações alternativas**. *Pesq Plan Econ.*, 37(2): 175-220.

GIUBILINI, A. e MINERVA F. **After-birth abortion: why should the baby live?** *J Med Ethics*, 23 February 2012

GOGLIANO, Daisy. **Direitos privados da personalidade**. Dissertação de Mestrado.

GOLDIM, J. R. **Bioética e Reprodução Humana**. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biorepr.htm>>. Acesso 20 outubro, 2016.

GOMES, Orlando. **Introdução ao direito civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1974.

GONÇALVES, Flávio José Moreira. Notas para a caracterização epistemológica da teoria dos direitos fundamentais. In Guerra Filho, Willis Santiago. **Dos direitos humanos aos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997 p. 35.

GONZALEZ, Carolina A. GUIDOTTI; Aidar, Tirza (2014). **Envelhecimento e arranjos unipessoais na população brasileira de distintas gerações**. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 1997.



SF/17621.47540-28

GRUBER, Jonathan; LEVINE, Phillip B.; STAIGER, Douglas (1999). **Abortion Legalization and Child Living Circumstances: Who Is the ‘Marginal Child’?**. Quarterly Journal of Economics 114:1, 263–292.

GUERRA, Marcelo Lima. **Direitos fundamentais e a proteção do credor na execução civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v.1, p. 49.

HALLBERG, P., HALLBERG, E., AMINI, H. (2004). **Acute pancreatitis following medical abortion: Case report**. BMC Womens Health, Apr 6, 4 (1):1.

HARRIS, J. R. et. al. (1992). **Breast Cancer**. N Engl J Med, 327: 319-28.

HAURIOU, Maurice. Derecho público y constitucional, In Silva, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. Malheiros Editores, 37ª ed., 2014, p. 199.

HENRY, Marques. **A vida dos direitos humanos: Bioética médica e jurídica**. Porto Alegre: SAFE, 1999.

HESKETH, Maria Avelina Imbiriba (Org.). **Cidadania da mulher, uma questão de justiça**. Brasília: OAB Ed., 2003. 180p.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. Ed. Rev. Forense, RJ, 1953, 2ª. edição, vol. V.

IFFY, L; KAMINETZKY, H. A. (eds) (1985). **Principles and Practice of Obstetrics and Perinatology**. New York: Wiley and Sons, vol. 2, pp, 1105-1117

IPAS, International Pregnancy Advisory Services. Disponível em < <http://www.ipas.org/>>. Acesso 20 fev 2017.

IPF, Instituto de Política Familiar (2015). **El Aborto en Espana (1985-2013)**. Disponível em: www.ipfe.org. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

JAUDES, P. K., EKWO, E., VAN VOORHIS, J. (1995). **Association of drug abuse and child abuse**. Child Abuse Negl., Sep, 19 (9), pp. 1065–1075.

JAYME, Fernando G. **Direitos humanos e sua efetivação pela corte interamericana de direitos humanos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. 200 p.

JOBE, Alan; WHITSETT, Jeffrey; ABMAN, Steven. **Fetal & Neonatal Lung Development**. Cambridge University Press, 2016.

JOHNSON, Paul. **Intellectuals**. New York: Harper and Row, 1998, p. 235.

JOHNSON, Robert Wm (2016). **Abortion statistics and other data**. Disponível em < <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/>>. Acesso: 25 fevereiro, 2017.



SF/17621.47540-28

JONES, Rachel K.; UPADHYAY, Ushma D.; WEITZ, Tracy A. (2013). **At What Cost?** Payment for Abortion Care by U.S. Women. *Women's Health Issues* 23-3, e173–e178.

KANT, Immanuel. Primeiros princípios metafísicos da doutrina do direito. In: MORRIS, Clarence (Org.). **Os grandes filósofos do direito**. Tradução de Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 237-279, p. 240.

KASUN (1988). **The War Against Population**. Ignatius Press.

KELSEN, Hans. **Teoria geral do direito e do Estado**. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 408.

KUNZ J., KELLER, P. J. (1976). **Abortion, Estrogen and Breast Cancer**. *Br J Ob Gyn*, 83: 640-4.

LA RAZÓN, Periódico (2014). **El gasto público en abortos supera los 20 millones al año**. Versión: 28 de enero. Disponível: <http://www.larazon.es/sociedad/el-gasto-publico-en-abortos-supera-los-20-millones-al-ano-HD5270797#.Ttt1kl4aAXt5MKX>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

LAURENTI, R. (1988). **Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna**. São Paulo: *Revista de Saúde pública*, 22:507-12, 1988.

_____ (2004). **A mortalidade materna nas capitais brasileiras**: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 7, p. 449-460.

LEE, Ronald (2003). **The Demographic Transition**: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*—Volume 17, Number 4—Fall 2003—Pages 167–190.

LEVINE, Phillip B., TRAINOR, Amy B.; ZIMMERMAN, David J. (1996). **The Effects of Medicaid Abortion Funding Restrictions on Abortions, Pregnancies, and Births**. *Journal of Health Economics*, XV, 555-578.

LIMA, Diana Vaz de (2013). **A dinâmica demográfica e a sustentabilidade do modelo de financiamento do Regime Geral de Previdência Social**. Tese de doutorado, apresentada junto à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE – da Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

MACARTHUR FOUNDATION. **The Population and Reproductive Health Program in Brazil 1990-2002**: Lessons learned. A Report to John D and Catherine T. *Reproductive Health Matters*, volume 13, Issue 25, May 2005, pp. 72-80.

MACHADO Segundo, Hugo de Brito. **Fundamentos do ordenamento jurídico**: liberdade, igualdade e democracia como premissas necessárias à aproximação de uma justiça possível / Hugo de Brito Machado Segundo. - 2009. 266 f. Tese (doutorado) – Universidade de Fortaleza, 2009. “Orientação: Prof. Dr. Martônio Mont'Alverne Barreto Lima.”

MACMAHON, B. et al (1993). *Bull Wld Health Org.*, 43: 209-21.



SF/17621.47540-28

MAIL ONLINE (2012). **NHS spends £1m a week on repeat abortions:** Single women using terminations 'as another form of contraceptive'. 13 May. Disponível em: <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2143936/NHS-spends-1m-week-repeat-abortions-Single-women-using-terminations-form-contraceptive.html>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

MALEC, K. (2003). **The Abortion-Breast Cancer Link:** How Politics Trumped Science and Informed Consent. *Journal of American Physician and Surgeons*, 8(2):41-45.

MARIA, Pier Francesco (2014). **A transição da fecundidade e da escolaridade nas famílias pobres brasileiras:** evidências a partir das PNADs 1978 a 2012.

MARIUTTI M. G., FUREGATO A. R. F., SCATENA M. C. M., SILVA, L. (2005). **Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo.** *Maringá: Ciência Cuidado com Saúde*, jan/abr; 4(1): 83-88.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. O direito constitucional comparado e a inviolabilidade da vida humana. In: PENTEADO, Jaques de Camargo e DIP, Ricardo. **A vida dos Direitos Humanos:** Bioética médica e jurídica. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1999.

_____. O Direito do Ser Humano à Vida. In: **Direito Fundamental à Vida.** São Paulo: Quartier Latin/Centro de Extensão Univeritária, 2005. p. 21-34

MELBYE, M.; WOHLFAHRT, J.; OLSEN, J. H.; FRISCH, M.; WESTERGAARD, T.; HELWEG-LARSEN, K.; ANDERSEN, P. K. (1997). **Induced abortion and the risk of breast cancer.** *N Engl J Med.* Jan 9, 336(2): 81-5.

MERRICK, T.; BERQUÓ, E. (1983). **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility.** Washington, National Academy.

MILL, Stuart. A liberdade. In: MORRIS, Clarence (Org.). **Os grandes filósofos do direito.** Tradução de Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 364-399.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de direito penal.** Volume 2: Parte especial, Arts. 121 a 234 do CP. São Paulo: Atlas, 2008.

MIRANDA M. T. F. et. al. (2009). **A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil.** *Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde*, v.18, n.1, mar.

MIRANDA, Pontes de Garra, **Mão e dedo.** Revisto e prefaciado por Vilson Rodrigues Alves. Campinas: Bookseller, 2002.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Clínica.** 7. ed. Tradução de Maria das Graças Fernandes Sales et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 02-03

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 11.

MORI, M. **A moralidade do aborto.** Ed. Univ. Brasília, DF, 1997.

MOZZANEGA, B; COSMIA, E. (2011). **How do levonorgestrel only emergency contraceptive pills prevent pregnancy?** Some considerations. *Gynecological Endocrinology*, vol. 27 (6), 2011.



SF/17621.47540-28

NATHANIELSZ, Peter. Dr. **¿Puede Oír lo que Yo Oigo?** Edição de verão 1991. Edição especial de Newsweek (1991).

NATURE, International weekly Journal of Science (2002). **Your destiny, from day one.** Nature, Vol. 418. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/archive/?year=195-1984-1955-2002-1950>. Acesso: 15 de Fevereiro, 2016.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Da personalidade jurídica do nascituro:** uma discussão sobre ontologias jurídicas. Revista da Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte, v.9, n.17 , p.23-32, 1º sem. 2006.

NORWITZ, E., SCHORGE, J. (2003). **Compêndio de Obstetrícia e Ginecologia.** Lisboa: Instituto Piaget, Coleção Medicina e Saúde, nº 46.

NOZICK, Robert. **Invariances** – the structure of the objective world. Massachusetts/London: Harvard University Press, 2001, p. 299.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado.** 14ª ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro. Forense. p. 691

ONU, ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948.

PAZÓ, Cristina Grobério; MORELATO, Vitor Faria. **A personalidade civil do nascituro sob a regência da EC 45/2004.** Revista dos Tribunais (São Paulo), São Paulo, v.95, n.847 , p.25-39, maio 2006.

PINHO, Alexandrino Augusto Ribeiro G. **A questão da Liberdade.** Estação Científica Online Juiz de Fora, n. 04, abr./mai. 2007 Disponível em:<<http://portal.estacio.br/media/3327543/4-a-questao-iberdade.pdf>>. Acesso em: Nov. 2015

PINHO, V. F. S. et. al. (2007). **Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, vol.23 no.5, maio.

PIOVESAN, Flávia e PIMENTEL, Sílvia. **O direito constitucional ao aborto legal.** Folha de São Paulo, caderno Opinião, 27-11-97, p. 3

_____, Flávia. **Temas de Direitos Humanos.** 5. ed. Saraiva, 2012.

POPPER, Karl. **A vida é aprendizagem** – Epistemologia evolutiva e sociedade aberta. Tradução de Paula Taipas. São Paulo: Edições 70, 2001, p. 123.

POPULATION REFERENCE BUREAU (1976). **World Population Growth and Response: 1965-1975.** A Decade of Global Action. Washington: The Population Reference Bureau, abril, 226-227.

PORTAL R7. **Veja como funciona a pílula do dia seguinte.** Publicado em 09/11/2010 às 07h51. Disponível em <http://noticias.r7.com/saude/noticias/veja-como-funciona-a-pilula-do-dia-seguinte-20101109.html>. Acesso em Janeiro, 2016.



SF/17621.47540-28

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**. 13ª ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

PUNDIR, J., COOMARASAMY, A. (2016). **Obstetrics: Evidence-Based Algorithms**. Cambridge: Cambridge University Press.

RÁO, Vicente. **O direito e a vida dos direitos**. 5.ed. São Paulo: RT, 1999, p. 51. 31.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 77.

REARDON, D. C. et. al. (2002). **Deaths Associated with Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of Low Income Women**. Southern Medical Journal, vol. 95, 8, Aug.

REMENNICK, L. I. (1989). **Induced abortion as cancer risk factor: a review of epistomological evidence**. Int J Epidemiol, 18: 498-510.

RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado (Coord.). **Bioética e direitos da pessoa humana**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

RIOS, Roger Raupp (2006). **Para um direito democrático da sexualidade**. *Horiz. Antropol.* [online]. Vol. 12, n. 26, pp. 71-100. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832006000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso 04 de Abril, 2016.

ROBERT, Jacques "Libertés publiques," Paris, PUF, 1980, In: Silva, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. Malheiros Editores, 37ª ed.

ROBERTS, Sarah C.M.; GOULD, Heather; KIMPORT, Katrina; WEITZ, Tracy A.; FOSTER, Diana Greene (2014). **Out-of-Pocket Costs and Insurance Coverage for Abortion in the United States**. Women's Health Issues 24-2, e211–e218.

ROCHA (1999). Texto mimeografado, em palestra proferida na XVII Conferência Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil. In: PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5. ed. Saraiva, 2012.

ROONEY, Brent; CALHOUN, Byron C. (2003). **Induced abortion and risk of later premature births**. Journal of American physicians and surgeons, v. 8, n. 2, p. 46-49.

ROSANVALLON, Pierre (1998). **A nova questão social: repensando o Estado Providência**. Trad. Sérgio Barth. Brasília: Instituto Teotônio Vilela.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. **Estatuto da criança e do adolescente: comentado**, Lei 8.069/1990 - artigo por artigo. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. 636 p.

ROULAND, Norbert. **Nos confins do direito**. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 37 e ss, p. 42.



ROUSSEAU, J. J. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Tradução de Lourdes Santos Machado. São Paulo: Nova Cultural, 2000, p. 64.

Rue, V. (1994). **Post-abortion Trauma**. Lewisville, Texas: Life Dynamics.

RUIZ, Thiago. **O direito à liberdade: uma visão sobre a perspectiva dos direitos fundamentais**. Revista de Direito Público, Londrina. V. 1, N. 2, P. 137-150, Maio/Ago. 2006. Disponível em: <http://ruizarriero.com.br/site/wp-content/uploads/2012/11/O_direito_da_liberdade.pdf>. Acesso em: 25 de Nov. 2015

RUSSO, J. et. al. (1992). **Relação entre aborto e cancro da mama**. Brst Cancer Res Trt, 23: 211

SALDAÑA, Javier. **El derecho a la vida: la defensa de Tomás de Aquino y John Finnis**. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). Direito Fundamental à Vida. São Paulo: Quartier Latin/Centro de Extensão Univeritária, 2005.

SEMIÃO, Sérgio Abdalla. **Os direitos do nascituro: aspectos cíveis, criminais e do biodireito**. 2. ed. rev., atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. 223p.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 9.ed. Malheiros, 1993.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2010. 279 p. (Coleção Teoria e Direito Público)

SOMMERS, Christina Hoff. **Who Stole Feminism? How Women Have Betrayed Women**. New York: Simon and Shuster, 1994, p.257.

SOUSA, Rabindranath V. A. Capelo de. **O direito geral da personalidade**. Coimbra: 1995.

SOUZA, Vinícius. **A Inviolabilidade do Direito à Vida e o Crime de Aborto: Aspectos Gerais e Abortismo Ideológico**. Revista Hórus, volume 5, número 4 (Out-Dez), 2011. Disponível em: <<http://portaladm.estacio.br/media/3814096/cap2.pdf>>. Acesso em: 26 Nov.2015.

STEWART et. al. (1993). J Clin Endo Metab, 76: 1470-6.

SUPIOT, Alain. **Homo juridicus** – ensaio sobre a função antropológica do direito. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: Martins Fontes

TAFNER, P. (2007). **Simulando o desempenho do sistema previdenciário e seus efeitos sobre pobreza sob mudanças nas regras de pensão e aposentadoria**. Texto para discussão, n.º 1264, IPEA.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. Saraiva, 2007.

TAYLOR, Charles. **Multiculturalism**. Examining the politics of recognition. Princeton: Princeton University Press, 1994, p. 32 e BARRETO, Tobias. Estudos de direito. Campinas: Bookseller, 2000, p. 126-127.

TAYLOR, V. M. et. al. (1991). **Placenta previa in relation to induced and spontaneous**



abortion: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology*, July, 82 (10:88-91).

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte (2012). **Transição demográfica:** a experiência brasileira. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):539-548, out-dez.

VÍCOLA, Nivaldo Sebastião. **O Direito à Liberdade.** *Revista FMU Direito*. São Paulo, ano 24, n. 34, p.120-127, 2010. ISSN: 2316-1515. Disponível em: <<http://www.revistaseletronicas.fmu.br/index.php/FMUD/article/view/99/96>>. Acesso em: 25 Nov. 2015.

WALD, Arnaldo. **Direito Civil: introdução e parte geral.** 9. ed., Saraiva: São Paulo, 2003.
WITT et al. Abortion, Estrogen and Breast Cancer. *Fertil Steril* 53: 1029-36, 1990.

WORLD BANK (1984). **World Development Report.** 148, 180-181.

WVFORLIFE, West Virginians for Life (2006). **Abortion's Psycho-Social Consequences.** Washington DC: National Right to Life Educational Trust Fund. Disponível em: <<http://wvforlife.org>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.



SF/17621.47540-28