

FACULDADE ANHANGUERA DE ANÁPOLIS

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

ANÁPOLIS – GOIÁS

2014

FACULDADE ANHANGUERA DE ANÁPOLIS

MARIA JÚLIA PEREIRA REZENDE

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

ANHANGUERA EDUCACIONAL

MARIA JÚLIA PEREIRA REZENDE

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Direito à banca examinadora da Faculdade Anhanguera Educacional de Anápolis como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito sob a orientação da Professora: Audra Alencar.

ANÁPOLIS – GOIÁS

2014

MARIA JÚLIA PEREIRA REZENDE

DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Direito à banca examinadora da Faculdade Anhanguera Educacional de Anápolis como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito sob a orientação da Professora: Audra Alencar.

Aprovada em ___ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Professora: AUDRA ALENCAR

Professor: JORGE HENRIQUE ELIAS

RESUMO

Este trabalho traz conhecimento amplo sobre o abortamento no campo jurídico, medicinal, social e religioso. Abordando a história do aborto desde os primórdios da humanidade até os dias atuais. Há uma tendência favorável de que o aborto não seja considerado crime, pois a mulher deve ter a liberdade de escolha, sem deixar de analisar as consequências sociais positivas e negativas, sendo assim, aprimorando o debate pela descriminalização.

Palavras chave: Aborto, abortamento, direito, lei penal.

ABSTRACT

This work brings extensive knowledge about abortion in the legal field, medical, social and religious. Addressing the history of abortion since the dawn of humanity to the present days. There is a tendency in favor of abortion to not be anymore considered as a crime, because womans should have the freedom of choice while analyzing the positive and negative social consequences.

Keywords: Abortion, criminal law.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. Esclarecimentos Preliminares.....	09
3. História.....	12
4. O Aborto Por Uma Visão Mundial.....	17
4.1 América do Sul.....	17
4.2 América do Norte.....	21
4.3 Europa.....	22
4.4 Ásia.....	26
4.4.1 Oriente Médio.....	26
4.4.2 Índia.....	27
5. O Aborto no Brasil.....	27
5.1 Tentativas Para Modificar a Legislação.....	29
5.2 Clandestinidade.....	32
5.3 Saúde Pública.....	34
5.3.1 Risco de Vida.....	40
5.5 Lei 12.845/2013.....	41
6. Quem São Elas.....	44
7. Medicina.....	47
7.1 Considerações do Conselho Federal de Medicina.....	47
7.2 Aspectos Clínicos.....	50
8. Argumentos Contrários.....	52
9. Como Solucionar.....	54
10. Conclusão.....	61
11. CONCLUSÃO	
12. REFERÊNCIAS	
13. APÊNDICE	

1. INTRODUÇÃO

A presente monografia trata sobre um assunto polêmico tanto na esfera jurídica, social, médica, entre outras. O aborto é crime no Brasil, mesmo assim mais de um milhão de abortos são realizados por ano no país. Não há planejamento familiar. Por mais que cada indivíduo tenha uma opinião sobre o aborto ser ou não crime, o Estado não pode ignorar o fato de que muitas mulheres sofrem abortos clandestinos que podem até resultar na morte das mesmas. Tais ocorrências se tornaram de impacto negativo na saúde pública, e penalizar a mulher que pratica voluntariamente o aborto não solucionou o problema.

É certo que em alguns casos o aborto não é punível, como no caso de aborto natural, necessário e de anencefálos, porém este não é um grande avanço para a legislação de um grande país e de diferentes culturas como o Brasil. E muitas mulheres que recorrem a esta interrupção legal de gestação sofrem discriminação e dificuldades.

O tema é bastante polêmico, pois a se trata da dura realidade pela qual passam milhares de mulheres que se submetem ao aborto clandestino, sendo a maioria mulheres de baixa renda e sem muito conhecimento sociológico, enquanto por outro lado há milhares de pessoas que não aprovam tal meio por opiniões morais e religiosas, e que sequer procuram entender ou considerar o outro lado da causa.

Portanto, em pleno século XXI, o judiciário e legislativo devem debater e tomar decisões mais significativas e eficientes sobre o tema, visto que milhares de vidas estão envolvidas.

2. ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Primeiramente há de se esclarecer o que é aborto. No campo medicinal concluiu-se que abortamento é até a 22^a semana, aproximadamente cinco meses, de gestação, após esse tempo é designado parto prematuro. Então não há de se falar que uma mulher abortou com 6 ou 7 meses de gestação, por exemplo.

Abortamento é a síndrome hemorrágica da primeira metade da gestação definida pela interrupção da gravidez antes que tenha sido atingida a vitabilidade do conceito, é a remoção ou expulsão prematura de um embrião ou feto

do útero. O aborto é o material eliminado no processo de abortamento.

O abortamento pode ser espontâneo ou induzido.

Espontâneo, quando for devido a causas naturais. É a mais freqüente intercorrência obstétrica, e estima-se que 10% a 15% das gestações clinicamente diagnosticadas evoluam para esse tipo de aborto. Pode ser precoce, até a 12^o semana de gestação, ou tardio que acontece entre a 12^o e 22^o semanas. Em sua maioria são causados por defeitos genéticos e infecções.

Depois de 22 semanas de gestação, quando o feto já é considerado viável, o processo tem a designação de parto prematuro.

Abortamento habitual é quando ocorrem abortamentos de repetição, definido como a ocorrência de três ou mais abortamentos espontâneos e consecutivos.

O abortamento é considerado induzido quando motivado por fatores externos.

No Brasil, até os dias de hoje, somente são consideradas dentro da lei, as interrupções de gravidez resultantes de estupro e as que colocam a mãe em risco de vida iminente. São ilegais os provocados por motivos não incluídos na Constituição Brasileira, como motivos socioeconômicos ou mesmo malformações fetais. Nos casos de malformações do concepto que sejam incompatíveis com a vida a interrupção só poderá ser realizada quando houver autorização judicial.

As complicações do abortamento são a permanência de restos, hemorragia, infecção, fenômenos embólicos. Principalmente nos abortamentos ilegais como os provocados por métodos não médicos (p.ex. uso de certas drogas, ervas, ou a inserção de objetos não-cirúrgicos no útero) são potencialmente perigosos, conduzindo a um elevado risco de infecção permanente e morte.

Dependendo do ordenamento jurídico vigente, o aborto considera-se uma conduta penalizada ou despenalizada, atendendo a circunstâncias específicas. O aborto é considerado como um crime contra a vida humana. (DUARTE, Marcos. Aborto. Infoescola.).

Vale-se ressaltar alguns pontos chave da discussão —A favor ou contra o abortoll, que pode ser visto como uma guerra generalizada entre pessoas —Pró vida e —Pró escolha o que algumas vezes pode levar a erros de escolha visto que o assunto é muito complexo e polêmico. Para tomar a decisão de abortar ou não a mulher deve considerar inúmeros fatores pessoais, afinal é apenas ela quem vai sofrer as mais agudas consequências. Para esclarecer melhor esse embate Carl Sagan fez um capítulo denominado —Aborto: É possível ser pró vida e pró escolha?ll em seu livro Bilhões e Bilhões.

Na caracterização mais simples, um adepto do "pró escolha" sustentaria que a decisão de abortar uma gravidez deve ser tomada apenas pela mulher; o Estado não tem o direito de interferir. E um adepto do "pró vida" afirmaria que, desde o momento da concepção, o embrião ou feto está vivo; que essa vida nos impõe a obrigação moral de preservá-lo; e que o aborto equivale a um homicídio. Os dois nomes – pró escolha e pró vida - foram escolhidos com vistas a influenciar aqueles que ainda não se decidiram: poucas pessoas desejam ser contadas entre aqueles que são contra a liberdade de escolha ou aqueles que se opõem à vida. Na verdade, a liberdade e a vida são dois de nossos valores mais caros, e nesse ponto parecem estar num conflito fundamental. (SAGAN Carl, Bilhões e Bilhões. Editora Schwarcz. 1997. Pág. 121).

Tal livro fora escrito em 1997, há 17 anos, onde o acesso à informação não era tão difundido e não chegava tão facilmente e rapidamente às pessoas como hoje em dia, com a internet, televisão em todos os lares, entre outros meios. E mesmo assim as pautas defendidas pelo direito de autonomia das mulheres eram os mesmo, como citou Carl Sagan. Porém, mesmo na atualidade, em pleno século XXI, muitas mulheres são tão submissas ao patriarcado, mesmo tendo os meios para procurarem se informar sobre os motivos pelo qual deve ter livre escolha sobre o próprio corpo e vontades.

Isso evoca o fantasma de legisladores predominantemente masculinos, predominantemente ricos, dizendo às pobres mulheres que elas devem suportar e criar sozinhas crianças que elas não têm meios de educar; forçando as adolescentes a terem filhos

que elas não estão preparadas emocionalmente para criar: dizendo às mulheres que desejam seguir uma carreira que elas devem renunciar a seus sonhos, ficar em casa e cuidar de seus bebês: e, o pior de tudo, condenando as vítimas de estupro e incesto a gerar e alimentar a prole de seus atacantes. As proibições legislativas sobre o aborto despertam a suspeita de que sua real intenção é controlar a independência e a sexualidade das mulheres. Porque os legisladores teriam algum direito de dizer às mulheres o que fazer com os seus corpos? Ser privado da liberdade de reprodução é humilhante. As mulheres já estão fartas de receber ordens. Entretanto, por consenso, todos nós achamos apropriado que existam proibições contra o assassinato e que esse crime seja passível de punições. (SAGAN Carl, Bilhões e Bilhões. Editora Schwarcz. 1997. Pág. 122).

Quem defende que as mulheres possam abortar sem ser penalizadas não é má pessoa, bem como quem defende que aborto deve ser crime não é completamente bom e a favor da vida, o que leva a certa ambiguidade e hipocrisia. O indivíduo pode se dizer a favor da vida, mas possivelmente aquela vida da criança que nasceu indesejadamente pode se tornar uma vida indigna, de sofrimentos, dentre outros inúmeros fatores que levam a má qualidade de vida que todos conhecem bem. Sobre os pontos hipócritas dos pró vida Carl Sagan citou:

Aqueles que se dedicam a lutar contra essas injustiças não deveriam cuidar escrupulosamente para não adotar outras? Não existe o direito à vida em nenhuma sociedade sobre a Terra hoje em dia, nem houve tal direito em nenhuma época no passado (com algumas raras exceções, como entre os jainistas da Índia): criamos animais nas fazendas para a matança; destruimos florestas; poluímos rios e lagos até que os peixes não possam mais viver nesses ambientes; matamos veados e alces por esporte, leopardos pelas suas peles e as baleias para fabricar fertilizantes: encurralamos golfinhos, arfando e se contorcendo, em grandes redes; matamos a pauladas filhotes de focas: e provocamos a extinção de uma espécie a cada dia. Todos esses animais e vegetais são tão Vivos como nós. O que é (calcadamente) protegido não é a vida. mas a vida humana. Dois

dos mais vigorosos defensores pró-vida de todos os tempos foram Hitler e Stalin - que, logo depois de assumirem o poder, criminalizaram abortos antes legais. Mussolini. Ceausescu e inúmeros outros ditadores e tiranos nacionalistas li/eram o mesmo. Claro isso não é por si só um argumento pró-escolha. Mas nos basta para a possibilidade de que ser contra o aborto nem sempre significa um profundo compromisso com a vida humana. Essa proteção, esse direito à vida, não considera as 40 mil crianças abaixo de cinco anos que morrem em nosso planeta a cada dia de fome, desidratação, doenças e negligência, males que poderiam ser evitados. (SAGAN Carl, Bilhões e Bilhões. Editora Schwarcz. 1997. Pág. 123).

3. HISTÓRIA

Desde os tempos antigos, as mulheres se veem em situações em que não desejam ou não podem levar uma gestação à diante. A palavra aborto tem origem no latim abortacus, derivado de aboriri (perecer), e oriri (nascer).

Por todos os tempos da humanidade, em todas as civilizações, existiram mulheres que não desejaram ter filhos, talvez por um momento ou por toda a vida. Mulheres de todo o mundo, de todas as culturas e religiões, em qualquer época da história, sempre abortaram e vão continuar abortando, sendo tal prática proibida ou não.

No Jornal A Tribuna, o historiador Michel Goulart publicou um artigo que trás uma breve história do aborto, onde cita:

A prática do aborto, envolvendo métodos físicos ou químicos, já era documentada em antigas sociedades orientais. O risco da ingestão de substâncias nocivas para a saúde das mães fez com que algumas sociedades e culturas preferissem realizar a prática do infanticídio, ou seja, a morte da criança após o nascimento. Em alguns lugares, adotavam-se métodos de aborto que causavam sério risco de morte para a mãe. Dentre estes métodos estavam pancadas no abdômen e cavalgadas durante horas a fio a fim de matar o feto. A questão ética do aborto, ligada à moral religiosa, surgiu nos primórdios do cristianismo. A posição da igreja contra o aborto não se tornou oficial até 1869, quando o papa Pio IV declarou todos os abortos como assassinatos. No decorrer do século XIX, no

auge da revolução científica, vários segmentos sociais, como médicos, o clero e reformadores sociais, conseguiram aprovar leis que proibiam totalmente a prática do aborto. Nos Estados Unidos, no final do século XIX, a proibição do aborto esteve ligada à eugenia. Durante o século XX o aborto induzido tornou-se prática legal em muitos países do Ocidente. (GOULART Michel. A Tribuna. 2013).

Michel Goulart também discorre sobre a história do aborto na legislação brasileira, mostrando como a lei sempre foi rígida ao se tratar do assunto.

Pela Constituição de 1824, a interrupção voluntária da gravidez era considerada um crime grave contra a vida humana. O aborto auto-induzido, porém, estava livre de pena. No período republicano, pelo Código Penal de 1890, a prática da interrupção da gravidez era punida quando feita por terceiros e a pena agravada quando o procedimento resultava na morte da paciente. O Código Penal de 1940 tornou mais clara a legislação sobre o tema. Ele instituiu que o aborto é um dos crimes contra a vida e que apenas pode ser feito em casos de estupro e risco de vida da mulher. (GOULART Michel. A Tribuna. 2013).

No livro denominado —História do Aborto a historiadora italiana Giulia Galeotti conta como era a visão da prática abortiva na Antiguidade. Nesse trecho percebe-se claramente que os argumentos contra as mulheres abortarem estão ligados a interesses masculinos, e na Antiguidade esse fato era bem claro, não importava a vontade da mulher ou saúde do feto.

Neste período a prática do aborto era bastante difundida em todas as classes sociais e vozes contrárias se davam quando o interesse masculino era contrariado. O aborto era realizado por parteiras ou pelas próprias mulheres grávidas. Nem mesmo em casos de morte da mulher a pessoa responsável era imputada, a menos que o interesse do homem fosse desrespeitado. (GALEOTTI, Giulia. História do aborto: Os muitos protagonistas e interesses

de uma larga vicissitude. Coimbra: Edições 70, 2007. p. 35).

No livro *Bilhões e Bilhões*, Carl Sagan também cita como outras culturas do mundo lidavam com a questão:

Alguns povos antigos, como nos da Índia, China ou Pérsia, o aborto não era considerado delito. No Egito permitia-se o aborto, mas castigava-se severamente o infanticídio. Conheciam métodos contraceptivos ou abortivos, descritos simplesmente como abandono do estado de gravidez descrito nos papiros. Os antigos hebreus acreditavam que o feto não tinha existência humana antes do seu nascimento, e que o aborto em qualquer época da gravidez era completamente permissível, se se fazia em favor da vida e da saúde da grávida. Parece que o delito não existia no tempo de Moisés, quer seja entre os judeus ou entre os povos circundantes. Na Grécia, Sócrates defendia que o aborto fosse um direito materno. Na Grécia antiga, as leis de Licurgo e de Sólon, e a legislação de Tebas e Mileto tipificavam o aborto como crime. Segundo o direito romano, não se considerava persona ao *nasciturus*, pelo que na Roma Antiga o aborto era permitido, embora se lhes reconhecesse direitos. O Talmude, bem como o Velho e o Novo Testamento não fazem qualquer menção específica diretamente ao aborto. Nem Santo Agostinho nem São Tomás de Aquino consideravam homicídio o aborto com início de termo (o segundo com base em que o embrião não parece humano). Na Idade Média, a Lex Romana Visigothorum editava penas severas contra o aborto. Durante o século XVIII muitos países do mundo criaram leis que convertiam o aborto em ilegal. O primeiro país do mundo a legalizar o aborto foi a União Soviética, em 8 de novembro de 1920. Pela lei soviética, os abortos seriam gratuitos e sem restrições para qualquer mulher que estivesse em seu primeiro trimestre de gravidez. Aliás, desde 1913, Lenin já vinha defendendo a legalização do aborto. A política de despenalização foi interrompida em 1936 por Josef Stalin, objetivando aumento populacional, para ser retomada em 1955. (SAGAN Carl, *Bilhões e Bilhões*. Editora Schwarcz. 1997. Pág. 125).

Em um estudo denominado —The Abortion and Eugenics Policies of Nazi Germanyll, o Ph.D John Hunt explica como era considerada a prática do aborto pela sociedade nazista:

Em 1926, na Alemanha de Weimar, o país teve uma considerável amenização das punições para a prática de aborto, que deixou de ser considerado crime para ser considerado apenas infração. Essas medidas foram revertidas logo em 1933-1934, pelo regime nazista. Apesar de ser novamente classificado como crime, abriam-se exceções condizentes com as políticas estatais de eugenia negativa, permitindo o aborto nos casos de defeitos congênitos quando o feto não era viável ou para segmentos da população considerados biologicamente "inaptos". A partir de 1935 a legislação recomendava ainda que seu uso fosse seguido de esterilização nestes casos. Em 1936, Heinrich Himmler, líder da SS, criou o "Escritório Central do Reich para o Combate da Homossexualidade e do Aborto", esperando reverter o declínio na natalidade "ariana", que ele atribuía à homossexualidade masculina e a abortos entre mulheres alemãs sadias. Martin Bormann se recusou a implementar leis nesse sentido, para evitar a reversão da lei de 1935. O estado atual da legalidade do aborto na Alemanha só se deu em 1972 na Alemanha Oriental e em 1976 na Alemanha Ocidental. (The Abortion and Eugenics Policies of Nazi Germany - Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Vol 16, no. 1, 2001.by John Hunt, Ph.D).

Ainda no mesmo artigo o autor discorre sobre algumas argumentações para a legalização do aborto no começo do século XX na Alemanha:

A campanha para legalizar o aborto foi uma questão problemática em quase toda a história da democracia Weimar, algo não muito conhecido para muitos especialistas que estudaram tal período. Aproximadamente dezenove medidas relativas à legalização/liberação foram introduzidas entre 1919 e 1932. A maior parte do debate ocorreu

de 1920 a 1930, antes de haver qualquer número considerável de nazistas no parlamento nacional. Apoiados pelos progressistas, liberais, pela esquerda política, os defensores da legalização/liberalização fizeram argumentos na década de 1920 que não eram muito diferentes dos argumentos que ainda estão sendo usados hoje em dia:

- Mulheres precisam controlar sua reprodução melhor, agora que há tantas mulheres trabalhadoras assim como há esposas e mães.
- As ricas poderiam abortar, apesar da lei.
- As pobres abortam de qualquer maneira; a lei é ineficaz.
- As pobres são frequentemente prejudicadas por inexperientes e "charlatões".
- As crianças devem ser planejadas e queridas.
- A vida por nascer estava inconsciente, enquanto as mulheres nascidas estavam conscientes.
- A moralidade é uma questão pessoal. (The Abortion and Eugenics Policies of Nazi Germany - Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Vol 16, no. 1, 2001.by John Hunt, Ph.D)

A historiadora Giulia Galeotti também discorre sobre como o tema era encarado no final do século XIX e começo do século X, quando o aborto era crime na maior parte do mundo e mesmo assim as mulheres o praticavam, motivo pelo qual o aborto provocado começou a chamar a atenção da medicina.

Durante o século XIX e entrando pelo século XX, o Estado passa a tutelar o nascituro e a reprimir o aborto. A diminuição do número de nascimentos no início do século XX exige dos Estados a tomada de decisão sobre o aborto. As primeiras legislações sobre aborto aparecem de forma sistemática no século XX, com a definição e penas para tal crime. Surgem nesse período pessoas capacitadas para realizar o aborto, mesmo sendo a prática ilegal, de forma mais segura do ponto de vista da saúde, mas que não elimina o risco de penalidades. A produção e difusão em grande escala dos preservativos masculinos na segunda metade do século XIX contribuiu para a diminuição do número de nascimentos na Europa e foi um fenômeno quase que generalizado. (GALEOTTI, Giulia.

História do aborto. Coimbra: Edições 70, 2007, Pág. 29).

Em consequente a autora cita o surgimento de um movimento social importante para apoiar as mulheres na luta pelo exercício de controle sobre o próprio corpo e vontades: o feminismo. Afinal o feminismo reivindica que as mulheres tenham o livre poder de decidir se querem ou não gerar um filho, sem que sofram a penalização legal ou a discriminação social por ser uma mulher que decidiu interromper uma gravidez.

Com o fim da Segunda Guerra surgem novos comportamentos sexuais e de demografia. A descoberta da pílula anticoncepcional proporciona à mulher a possibilidade de controlar sua fertilidade e a maternidade deixa de ser o destino de toda a mulher. Inicia-se o processo de separação entre sexualidade e maternidade trazido pelo movimento político denominado feminismo, nos anos 1960. E é neste quadro político que o aborto torna-se o símbolo da expropriação do corpo e da identidade feminina. E é nesse momento que há a cisão entre Igreja e Estado com relação à legislação específica para o aborto. Nos anos 1970 na Europa essa discussão ganha as ruas e os legisladores são chamados a discutir o assunto e a rever as leis punitivas. Vários países como França, Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Itália, Canadá e mais recentemente Portugal e Espanha, entre outros, liberaram a interrupção voluntária da gravidez por desejo da mulher. (GALEOTTI, Giulia. História do aborto. Coimbra: Edições 70, 2007. Pág. 31).

A cientista social, mestre e doutora em Antropologia Social, Fabíola Rohden observa essa mesma tendência no Brasil nos séculos XIX e XX. Momento em que, por consequência da Revolução Industrial e da Primeira Guerra Mundial, o papel da mulher na sociedade deixa de ser o de reprodutora e dona de casa e o mundo percebe que as mulheres tinham um potencial muito maior para a evolução da humanidade.

Um discurso e uma prática que envolvia a definição da mulher como presa ao único destino natural da maternidade. (ROHDEN, Fabíola. A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Fiocruz, 2003. Pág. 36).

4. O ABORTO POR UMA VISÃO MUNDIAL

Em cada país a legislação sobre o aborto depende do ordenamento jurídico vigente. Neste capítulo não será abordado como é a legislação de cada país do mundo, mas sim um panorama geral, comentando sobre os países com a cultura mais ligada à do Brasil. Fazendo um estudo comparativo, para a reflexão sobre os efeitos negativos e positivos em cada lugar.

O aborto, assunto excluído das discussões científicas e políticas até bem pouco tempo atrás, é, na atualidade, uma das principais questões da agenda internacional, no que diz respeito à saúde e direitos reprodutivos. (Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Pág. 145).

Um fato é que a na maioria dos países do mundo o aborto não é crime. Entretanto, como o assunto é polêmico e não são muitas pessoas que se sentem a vontade para falar a respeito e muitas mulheres que abortaram não comentam com ninguém sobre o caso, não há como saber qual o impacto real no mundo.

A real magnitude do abortamento, no mundo, é desconhecida. A ilegalidade, parcial ou total em diversos países, dificulta o registro de todas as ocorrências. Na população mundial, 62% vivem em países onde a interrupção de gravidez é permitida por uma ampla variedade de razões, e 26% vive em países onde o aborto é proibido (Centro Legal para Derechos Reprodutivos y Politicos Publicas - CLRP, NY/EUA, 1999).

4.1 AMÉRICA DO SUL

Na Argentina e Bolívia, outros dois dos maiores países da América do Sul, a legislação sobre o aborto segue a mesma tendência do Brasil, em geral proibida, sendo legal nos casos em que a saúde da mãe é arriscada por conta da gravidez e em casos de estupro. Entretanto, assim como no Brasil, percebe-se que tornar o aborto provocado como crime não faz com que a prática seja cessada. Na Argentina as complicações do aborto são a primeira causa de morte materna, além do que milhões de mulheres sofrem de consequências físicas graves por conta de abortos mal feitos e sem as

condições básicas de higiene e cuidados como se deve ter em qualquer procedimento cirúrgico.

Aborto não é considerado crime em dois casos: se a saúde da mulher está em risco por causa da gravidez e se a gravidez foi resultado de estupro.

Em 2012, o aborto foi legalizado pela Suprema Corte da Argentina para gravidez resultante de estupro, antes apenas as mulheres com insanidade mental podiam passar pelo procedimento. (PEREGIL, Francisco. Argentina despenaliza el aborto para mujeres violadas El País. 13 de março de 2012).

Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde na Argentina foi estimado que 40% de todas as gestações resultaram em abortos. Ou seja, na América do Sul, tornar a prática ilegal não fez com que fosse inexistente.

As complicações do aborto são a primeira causa de morte materna, na Argentina, 30% do total, cerca de 100 mortes anuais. Até 2007, não foram confirmados os números de abortos realizados; autoridades sanitárias estimam 500.000 por ano, equivalente a 40% de todas as gestações, na maioria dos casos, presumivelmente ilegais e muitas vezes fora do bom estado sanitário. Cerca de 80.000 mulheres por ano são hospitalizadas devido a complicações pós aborto e essas enfrentam punições coletivas. (Women's Access to Contraceptives and Abortion in Argentina. Human Rights Watch).

Por outro lado, bem próximo ao Brasil, há o Uruguai, onde o aborto não é crime. A lei, tecnicamente, não legaliza o aborto, mas despenaliza a prática seguindo certos procedimentos regulados pelo Estado. Tal fato não facilita as brasileiras a abortarem, pois só é permitido para cidadãs uruguaias, porém é uma vitória simbólica. Na América Latina Cuba foi o primeiro país a legalizar o aborto em 1965 e Uruguai o segundo.

O primeiro passo estabelecido pela lei é a ida obrigatória da gestante a um médico, a quem deverá manifestar seu desejo de abortar. A partir daí, o profissional deve enviar a paciente a um comitê constituído por um ginecologista, um

psicólogo e um assistente social para que receba informações sobre a interrupção da gravidez e para lhes manifestar as razões pelas quais deseja abortar.

Após cinco dias de reflexão, a paciente deve expressar sua decisão final, e então o aborto deve ser realizado de forma imediata e sem obstáculos, em hospitais públicos e privados.

A lei não permite que mulheres estrangeiras se beneficiem desse novo direito.

A nova legislação também determina que a gravidez poderá ser interrompida, até sua 14ª semana, quando a gestação incorrer em risco de vida para a saúde da mulher, quando houver malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina e quando a gravidez for resultado de estupro. (MOTA, Denise. De Montevideu para a BBC Brasil. 17 de outubro, 2012)

No Uruguai foram realizadas políticas de conscientização após a legalização, lá existe lei a respeito do aborto, não criminalizando, mas sim esclarecendo o direito a aborto legal e seguro, tal lei denominada de Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez, entrou em vigor em dezembro de 2012.

As autoridades do Uruguai contabilizaram 200 abortos no primeiro mês desde que entrou em vigor, em 3 de dezembro do ano passado, a Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez no país. O texto, que descriminaliza a prática, determina que todas as instituições de saúde públicas e privadas façam o aborto em mulheres que solicitem o procedimento nas primeiras 12 semanas de gestação.

De acordo com informações do site do Ministério de Saúde Pública do Uruguai, o vice-ministro da pasta, Leonel Briozzo, avaliou os dados como positivos e destacou que eles confirmam que a lei é —pró-direitos e não a favor do aborto. Estamos convencidos que este tipo de leis, somado às políticas públicas de contracepção e planejamento familiar, além de educação sexual e reprodutiva têm como objetivos melhorar a saúde e a qualidade de vida das mulheres e diminuir a mortalidade materna e o número de abortos, disse. Há alguns anos, o aborto provocado era a principal causa de morte materna no Uruguai. Os dados internacionais demonstram que se combinarmos essas ações o número de abortos caem, e é isso que

queremosll, acrescentou. Briozzo destacou que não foram registradas complicações nos procedimentos observados no período e que eles ocorreram, principalmente, na capital, Monteviéu, em estabelecimentos de saúde privados. Ele também lembrou que, antes de serem submetidas ao aborto, as mulheres são aconselhadas por uma equipe multidisciplinar, que pode avaliar de forma consciente, responsável e livrell sobre a interrupção da gravidez.

De acordo com estimativas de organizações sociais, como o coletivo Mujeres y SaludenUruguay, ocorrem no país cerca de 30 mil abortos ilegais por ano. A maioria dos procedimentos é feita em condições de risco, especialmente para mulheres de baixa renda. (Artigo Uruguai contabiliza 200 abortos após um mês da entrada em vigor da lei que legaliza prática. Dário de Pernambuco. Agência Brasil. 12 de janeiro de 2013).

No projeto de lei 1135 feito no Brasil em 1991, que visava descriminalizar o aborto praticado com o consentimento e pela própria mãe, discutiu-se como a temática, sendo abordado como é tratada em outros países da América Latina, pela deputada Jandira Feghali em seu voto.

A América Latina e o Caribe têm se destacado por ser uma região onde existem as maiores restrições à interrupção da gravidez. As leis punitivas desses países acabam levando as mulheres à clandestinidade, a realizar abortos em condições precárias e cujas complicações e sequelas se transformam em um grave problema de saúde pública.

O aborto clandestino é a causa de uma em cada oito mortes maternas, e o acesso a serviços de aborto seguro poderiam evitar entre 20 e 25% do meio milhão de mortes maternas que ocorrem anualmente nos países em desenvolvimento.

A taxa de mortalidade materna teve uma redução significativa em alguns países das Américas, quando o aborto começou a ser legalizado nessa região, no início da década de 1970. Um ano após a sua legalização em Nova Iorque (em 1971), a taxa de mortalidade materna havia diminuído 45%.

Entre 1973 (quando o aborto foi legalizado em todo os Estados Unidos) e 1990, o número de mortes decorrentes do aborto diminuiu 10 vezes. No restante das Américas onde a legislação foi flexibilizada os dados se repetem. Em Cuba houve uma redução de 60%. Lá o Estado assumiu a responsabilidade pelos serviços. Em Porto Rico a prática do aborto é quatro vezes mais segura que a de um parto e na Guiana, primeiro país da América do Sul a legalizar o aborto, ocorreu uma redução de 65% nas complicações decorrentes do aborto, que eram a 3ª causa de hospitalização no país. (Comissão de Seguridade Social e Família. Projeto de Lei nº 1135. Voto da relatora Jandira Feghali . Pág. 02. 16 de outubro de 2001).

4.2 AMÉRICA DO NORTE

Neste continente há países bem desenvolvidos, inclusive a maior potencia mundial: os Estados Unidos. No maior país do continente, o Canadá, o aborto também é legalizado, e também o é no México.

Nos EUA o fator primordial para a legalização do aborto foi um caso judicial denominado —Roe versus Wadell, neste caso uma mulher mentiu que fora estuprada para obter autorização judicial para interromper a gravidez, isso fez com que as autoridades percebessem que quando uma mulher estava decidida a abortar ela seria capaz a enfrentar qualquer obstáculo, então era melhor permitir o aborto para todas as cidadãs, já que a penalização não as impediria.

O caso foi apelado em reiteradas oportunidades, até que chegou à Suprema Corte de Justiça dos Estados Unidos da América. Esta, finalmente, em 1973, decidiu que a mulher, amparada no direito à privacidade - sob a cláusula do devido processo legal da "décima quarta emenda" - podia decidir por si mesma a continuidade ou não da gravidez. Esse direito à privacidade era considerado um direito fundamental sob a proteção da Constituição dos Estados Unidos e, portanto nenhum desses Estados podia legislar contra ele. (*RoevsWade*, 314 F. Supp. 1217. 1973.)

No Canadá o regulamento e o acesso à interrupção da gravidez variam por província. Lá também foi um caso judicial proferido em 1988,

que também reconheceu que as mulheres possuem o direito à realização do aborto. Nesta decisão declarou-se:

Forçar uma mulher, pela ameaça de sanção criminal, a levar uma gravidez até o fim, a não ser que se enquadre em certos critérios sem relação com suas próprias prioridades e aspirações constitui uma profunda interferência no corpo da mulher e, por isso uma violação da sua segurança pessoal. (JACKSON, Vicki C. & TUSHNET, Mark. Comparative Constitutional Law. New York: Foundation Press, 1999, Pág. 76-113.)

4.3 EUROPA

Na maioria dos países da Europa o aborto é legalizado, em alguns há restrições sobre certos casos, mas em apenas quatro países, Andorra, Malta, San Marino e Hungria, sendo neste último legal até abril de 2013, o aborto não é permitido em nenhuma hipótese. Neste continente umas das reuniões para discutir sobre penalizar ou não o aborto foi decidida de forma democrática, em votação pelos representantes dos cidadãos europeus, a Assembleia de Parlamentares do Conselho da Europa.

Na Europa, 47 países, representando 800 milhões de europeus, discutiram o relatório "Access to safe and legal abortion in Europe", proposto pela socialista austríaca, Gisela Wurm, e aprovaram-no por 102 votos a favor, 64 contra e 14 abstenções.

Esta resolução aponta para a descriminalização do aborto, para a garantia do direito das mulheres ao aborto, para a escolha livre e respectivas condições para essa opção e para a garantia de acesso de homens e mulheres a contracepção a custos razoáveis.

Os parlamentares sublinharam que a não legalização resulta em clandestinidade e em abortos inseguros, reforçando a necessidade da educação sexual como meio de prevenir a gravidez indesejada. (Artigo: Aborto legal na Europa - Site Institucional da Associação para o Planeamento da Família).

Mesmo tendo uma legislação liberal sobre o assunto, na Europa a questão não funciona perfeitamente. Há a consciência de que, além de

legalizar, é necessária uma política de planejamento familiar, contracepção e de saúde. Como esclarece Gisela Wurm, a austríaca responsável pelo relatório —Acesso ao aborto legal e seguro na Europa.

A escassez de estruturas ou de médicos que aceitem praticar o aborto, ou de consultas de repetição e de reflexão, são algumas das condições que podem dificultar ou tornar impossível o acesso ao ato. É necessária uma melhoria das condições sanitárias, médicas e psicológicas. Acesso a uma contracepção a custo razoável e uma educação obrigatória de todos os jovens sobre a sexualidade. (Access to safe and legal abortion in Europe.Doc. 11537. 17 March 2008. Report Committee on Equal Opportunities for Women and Men Rapporteur: Mrs Gisela WURM, Austria, Socialist Group).

Mais recentemente, em dezembro de 2010, houve uma decisão judicial de relevância, a Corte Europeia de Direitos Humanos julgou um caso, discutindo mais especificamente, sobre o aborto ser ou não um dos direitos da gestante e ressaltando que além da legalização é necessário amparo médico.

A corte decidiu que optar pela interrupção da gravidez não é um direito fundamental da mulher previsto na Convenção Europeia de Direitos Humanos. A maioria dos juizes concordou que proibir o aborto não agride o direito à dignidade da mulher e nem seu direito à vida pessoal e familiar.

Na ocasião, os julgadores explicaram que, embora a maioria dos países europeus permita a interrupção da gravidez, é um assunto em que não há consenso e não cabe ao Conselho da Europa legislar. No entanto, a corte já decidiu mais de uma vez que um Estado que permite o aborto, mas, na prática, dificulta que ele seja feito viola direitos da mulher e deve indenizá-la. Foi o que aconteceu com a Polônia, condenada a pagar indenização de 45 mil euros (mais de R\$ 100 mil) para uma grávida que foi impedida de abortar feto com má-formação genética. No país, o direito de interromper a gravidez é garantido em casos de má-formação fetal, mas a falta de

agilidade de exames pré-natal que diagnosticassem a anomalia do feto impediu que a grávida pudesse tomar uma decisão dentro do prazo máximo de gestação onde o aborto é autorizado. (PINHEIRO, Aline. Maioria de países na Europa permite aborto de anencéfalo. 12 de abril de 2012. Publicado em Conjur).

Nos países de maior relevância da Europa, Alemanha, França, Rússia e Inglaterra o aborto é permitido com algumas restrições, nos três primeiros é permitido até a 12ª semana de gestação e na maior parte do Reino Unido (Inglaterra, País de Gales e Escócia) é permitido até a 24ª semana de gestação. No caso do outro país do Reino Unido, a Irlanda do Norte, a prática é ilegal, a não ser com recomendação médica, como por exemplo, de risco de morte da mãe.

Os dados oficiais mostram que, no ano passado, 190 mil mulheres abortaram na Inglaterra e no País de Gales. Mais de 90% delas realizaram o procedimento antes da 13ª semana de gravidez. Para o Primeiro- Ministro David Cameron, essa é uma prova de que exageros não são cometidos. No Reino Unido, o aborto pode ser executado em hospitais do serviço público de saúde ou em clínicas particulares, e o procedimento precisa receber a aprovação de dois médicos. O índice de complicações é baixo, e a política adotada pelo Governo inglês é elogiada em todo o mundo. (CAMINHA, Mariana. Crônica publicada em O Globo. 08/10/2012).

Nesses países as autoridades durante o decorrer da história, sempre enfrentaram a questão do aborto como problema de saúde pública. Colocando a questão em pauta para analisar e chegar a conclusões mais eficientes possíveis para resolver a mortalidade de mulheres e crianças, sobre planejamento familiar, eficiência de métodos contracepcionais e saúde pública.

Desde a promulgação da Lei Veil, em janeiro de 1975, o aborto é descriminalizado na França. Simone Veil, então ministra da Saúde, pronunciou um discurso histórico em 26 de novembro de 1974 defendendo o novo projeto de lei. O argumento central por ela apresentado era o de que médicos, servidores sociais e cidadãos já se viam compelidos a participar de

"ações ilegais" para ajudar as mulheres que decidiam interromper sua gravidez :

Eles sabem que, ao recusar conselho e apoio, estão abandonando [a mulher] na solidão e na angústia de um ato perpetuado nas piores condições e que periga deixá-la mutilada para sempre. Sabem que essa mesma mulher, se ela tem dinheiro, se ela sabe se informar, irá a um país vizinho, ou mesmo a certas clínicas na França, e poderá, sem correr risco nem ser penalizada, interromper sua gravidez.

No ano de 1974, o número de mulheres que realizavam aborto por ano da França era 300.000 (hoje este número está em torno de 220.000, de acordo com estatísticas do Ministério da Saúde, como indicarei em seguida). Essas mulheres, afirmava Veil, "não são necessariamente as mais imorais ou as mais inconscientes", mas pessoas que frequentamos e das quais ignoramos o sofrimento. Parecia fundamental naquele momento legalizar e assim tornar menos opaca, além de menos injusta, uma situação que já era a realidade de muitas mulheres.

A Lei Veil estipula a suspensão de penalizações legais quando a interrupção voluntária de gravidez é praticada antes da décima semana, por um médico, num estabelecimento público ou privado que satisfaça condições preconizadas pelo código de saúde pública. Ela estabelece que a mulher pode pedir a seu médico uma interrupção e que este deve encaminhá-la a um "estabelecimento de informação" que lhe atribuirá um atestado de consulta. Essa consulta visa oferecer assistência e conselho à mulher, além de indicar-lhe meios para resolver eventuais "problemas sociais" decorrentes da gravidez. Entre a comunicação ao médico da intenção de abortar e o procedimento, um prazo de pelo menos uma semana deve ser respeitado. (SANTOS, Beatriz Carneiro. Aborto, direitos reprodutivos e feminismo na França de Nicolas Sarkozy. Revista Brasileira de Ciência Política. Abril de 2012).

Na Alemanha essa preocupação com a saúde social é ainda mais cuidadosa, além do Estado oferecer estrutura, há muitas instituições que aconselham as grávidas que queiram ou não interromper a gestação, ajudam também os jovens sobre planejamento familiar e sexual, dentre

outras funções. Toda essa política de conscientização e liberalidade durante os últimos 40 anos tem refletido de forma positiva no país.

Desde os anos 70 que a mulher na Alemanha pode optar pela prática de aborto até à 12 semanas por razões pessoais. Os custos ficam a cargo do Estado quando os utentes provam que não têm meios financeiros.

A mulher pode invocar apenas razões sociais ou mesmo de ordem pessoal, não estando porém obrigada a explicar os motivos que a levam a querer abortar. No entanto, para que possa realizar o aborto em condições de segurança e sem perigo para a sua vida num hospital ou clínica do Estado, a mulher tem obrigatoriamente de visitar um "Centro de Aconselhamento para grávidas em conflito". Estes centros são pequenas ramificações do Ministério da Segurança Social que têm como missão clarificar o conflito emocional existente na mulher, ou no casal, informar como é feito o aborto, quais os serviços sociais que o Estado presta, o financiamento e ainda explicar a lei que vigora no país sobre o aborto. Depois deste passo, a mulher (ou o casal) é obrigada a reflectir três dias antes de tomar a decisão. Em Berlim existem 61 centros de aconselhamento a grávidas embora estejam também vocacionados para consultas de planeamento familiar e aconselhamento sexual. Por outro lado, proliferam associações onde as grávidas podem pedir apoio. Só na capital alemã existem mais de quatro mil instituições de carácter social, tanto estatais como não-governamentais apoiadas por privados.

A "Pro Familia" é uma das maiores instituições do país fundada em 1952, independente de influência política e religiosa, com sede em Frankfurt. Todos os anos recebe cerca de 200 mil pessoas e 185 mil jovens que precisam de ajuda e educação sexual. Numa reacção à recente ideia do Governo alemão de Angela Merkel, que o aborto passe a ser pago por inteiro pelo utente, a postura da instituição é muito clara.

"Se o encargo financeiro passar a estar a cargo das mulheres isso vai colocá-las em situações difíceis e não é decerto o meio para se reduzir a prática do aborto", afirmou Christina Schneider à Deutsche Welle. Aliás, posição partilhada pelos

médicos, como disse à mesma rádio, Matthias David, do hospital Charité (o maior do mundo) em Berlim. Acredita-se que o número de abortos (130 mil por ano, nos últimos seis anos) e a quase inexistência de adolescentes grávidas é o resultado positivo do sistema social alemão, mas também, por exemplo, resultado do ativismo de Alice Schwarzer, jornalista alemã, directora da revista Emma, popularizada desde os anos 70 devido à luta por causas como aborto e igualdade. (GUERRA, Carla. Alemanha paga aborto a quem não tem meios. Diário de Notícias. 13 de fevereiro de 200).

4.4 ÁSIA

4.4.1 ORIENTE MÉDIO

No Oriente Médio prevalece o islamismo, religião que segue os ensinamentos de Maomé. Tal região é sem dúvida, fortemente religiosa, motivo pelo qual este capítulo também irá analisar como a Lei Islâmica trata a prática abortiva. Um dos maiores países da região é o Irã. Neste país, a visão do direito sobre o aborto, da mesma forma que na Alemanha, tem sido fortemente influenciado pelo contexto histórico-social em que ele se situa.

No direito iraniano, houve épocas em que as leis contra o aborto eram mais brandas e tempos em que qualquer tipo de aborto era terminantemente proibido. Ao contrário do que talvez se pudesse pensar, a posição do Corão a respeito do aborto não é nítida em todas as situações. Na Sharia, o feto adquire individualidade, podendo, assim, ser considerado vivo, após um período de cento e vinte dias que passa a transcorrer desde a concepção da criança. Após esse intervalo de tempo, tal questão é pacífica entre os doutos da Lei Islâmica no sentido de proibir a prática do aborto. Com isso, salvo em situações específicas, o aborto após o feto adquirir a sua individualidade é proibido na Lei Islâmica. Exceções a essa proibição, contudo, incluem situações em que a vida da mãe está em perigo, em que a gravidez está prejudicando uma criança que está sendo amamentada ou quando já se sabe que o feto nascerá deformado. Como

exemplo de visões completamente opostas, podemos citar a Albânia e o Irã. No primeiro, a prática do aborto é totalmente liberada até os primeiros três meses de gravidez, enquanto que no último o aborto é terminantemente proibido, salvo em casos que a continuação da gravidez acarrete riscos para a vida da mulher. outro fato digno de ser notado no caso iraniano é que, devido às leis restritivas quanto ao aborto, um grande número de mulheres fazem abortos clandestinos. Como o leitor pode deduzir, estes são feitos muitas vezes sem as devidas condições de higiene, o que causa problemas de saúde sérios para essas mulheres. Ainda sobre este assunto, —no Irã, estas complicações são um significativo causa de mortes maternas. Estima-se que os abortos clandestinos são responsáveis por 5% das mortes maternas no Irã. (CHAVES, Daniel Rodrigues. Um estudo comparativo do aborto. Jus Navigandi, 6 de junho de 2013).

4.4.2 ÍNDIA

Assim como a cultura indiana, o direito familiar indiano é um exemplo que podemos citar acerca do quão excêntrico este ordenamento jurídico pode ser.

Desde a época em que ainda era uma colônia britânica, existem, na Índia, três ramos do direito familiar indiano. Todos são baseados nos preceitos de religiões diferentes. São elas: A religião hindu, a islâmica e a cristã. Percebemos, pois, pelo estudo da evolução histórico-jurídica da lei do aborto na Índia, que, como no próprio sistema jurídico indiano em si, esta lei sofreu influências dos mais diversos sistemas legais. No que discerne ao sistema romano-germânico, percebemos a influência deste quando analisamos tanto a lei de 1860, que proibia a prática do aborto, quanto à lei de 1971, que o legalizava com algumas condições. Tanto o veto, estipulado em um código penal[70], quanto à aceitação desta prática foram frutos de códigos criados pelo poder legislativo indiano. No que discerne ao direito consuetudinário, ainda muito influente no

ordenamento jurídico indiano, podemos afirmar que ele também influenciou no modo como o governo deste país tratou e trata o aborto. Como citado no texto, em respeito aos locais em que predominam os seguidores da religião Islâmica, a prática do aborto em algumas regiões não foi permitida, mesmo com a lei de 1971, que legaliza o aborto na maioria do território indiano. (CHAVES, Daniel Rodrigues. Um estudo comparativo do aborto. Jus Navigandi, 6 de junho de 2013).

5. O ABORTO NO BRASIL

O dispositivo legal que dispõe sobre as formas de criminalização ou a não punição do aborto, são os artigos 124 ao 128 do Código Penal, prevendo detenção de um a quatro anos, em caso de aborto com o consentimento da mulher, e de três a dez anos para quem o fizer sem consentimento. É considerado crime contra a vida humana. Não é qualificado como crime quando praticado por médico capacitado em três situações: quando, em consequência da gravidez, há risco de vida para a mulher, quando a gravidez é resultante de um estupro ou se o feto for anencefálico (desde decisão do STF, votada em 2012, que descreve a prática como "parto antecipado" para fim terapêutico). Nesses casos, o governo Brasileiro fornece gratuitamente o aborto legal pelo Sistema Único de Saúde. Essa permissão para abortar não significa uma exceção ao ato criminoso, mas sim uma escusa absolutória. Também não é considerado crime o aborto realizado fora do território nacional do Brasil, sendo possível realizá-lo em países que permitem a prática, desde que a legislação do país permita.

Aborto Provocado pela Gestante ou com Seu Consentimento

Art. 124 - Provocar Aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Aborto Provocado por Terceiro

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

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Art. 126 - Provocar Aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

Parágrafo único - Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de 14

(quatorze) anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

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

Art. 128 - Não se pune o Aborto praticado por médico:

Aborto Necessário

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

Exercício Regular do Direito

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. (Código Penal. Dos Crimes Contra a Vida).

A população se encontra dividida sobre o assunto, há muitas pessoas que defendem a legalização, com ou sem restrições, bem como há os que preferem a situação como está e os que querem a criminalização em todos os casos.

No Brasil, apesar da carência de indicadores que permitam aferição do número total de ocorrências de abortamentos na população em geral, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas, observadas as amplas variações entre os estados brasileiros. Dispõe-se, para análise do problema, dos dados fornecidos pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), que informa o número de internações para curetagens pós-aborto e a frequência de óbitos nestas circunstâncias, nos serviços públicos e conveniados e do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/CENEPI/MS) que consolida o registro do abortamento em declaração de óbito - neste caso com grande

subnotificação em quase todo país. (Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Pág. 146).

5.1 TENTATIVAS PARA MODIFICAR A LEGISLAÇÃO

Ocorreram ao longo dos anos, várias tentativas para se modificar a legislação brasileira em referência ao aborto. Desde quando a Constituição Brasileira de 1988 entrou em vigor, poucas mudanças de fato ocorreram, ocorrendo até hoje o debate sobre o aborto e as tentativas de descriminalizá-lo. A tentativa formal mais relevante foi o projeto de lei 1135 realizado em 1991, sendo que foi votado em 7 de maio de 2008, após um período de discussões que durou 17 anos, atualmente se encontra arquivada na Câmara dos Deputados.

O Projeto 1.135, de 1991, pretendia alterar o trecho do Código Penal que prevê pena de 1 a 3 anos de detenção a mulheres que cometem ou consentem a interrupção da gravidez. A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados rejeitou o projeto. (FREITAS, Carolina. CCJ da Câmara rejeita projeto que descriminaliza aborto. Estadão. 9 de julho de 1988).

Houve também tentativas de modificação para tornar a legislação mais rigorosa, como o Estatuto do Nascituro, que visa proibir o aborto em todas as circunstâncias e tornar mais rigorosas as penas para a mulher que aborta e o médico que faz o procedimento, além de obrigar o estupro a reconhecer e pagar pensão alimentícia à criança fruto deste crime. Esta última parte é um dos maiores absurdos e retrocessos desta lei, pois legitima o estupro, o qual é um dos crimes mais grotescos da humanidade.

Segundo a proposta, o nascituro concebido a partir de estupro terá direito à assistência pré-natal e a ser encaminhado para adoção, caso a mãe assim deseje. Se a mãe vítima de estupro não tiver condições econômicas para cuidar da criança, o Estado arcará com uma pensão até que o estupro seja identificado e responsabilizado pelo pagamento ou a criança seja adotada, se for vontade da mãe. Para Lúcia Rincón, do Conselho Nacional dos Direitos das

Mulheres, a proposta recompensa o estupro. Na sua avaliação, o texto aprovado é "uma violência contra a população, contra as famílias, a sociedade. Segundo ela, —aprovar este projeto, nesta comissão ou em qualquer outra é legitimar o estupro, recompensar o estuprador, é cometer uma crueldade sem nome com o conjunto das mulheres." (MACEDO, Ana Raquel. Estatuto do Nascituro é aprovado pela Comissão de Finanças e Tributação. 05 de junho de 2013).

Ora, ninguém gostaria de ser filho de um estuprador. Além do que força a vítima a ter contato com seu agressor por no mínimo 18 anos, cobrando-lhe pensão alimentícia e um utópico papel de pai, o que estenderia e pioraria as consequências psicológicas que a vítima de um estupro sofre, além das consequências para a criança.

Dos 14 artigos restantes no projeto de lei que segue para votação, o de maior repercussão polêmica é 13º, que determina que o estuprador será responsável por pensão alimentícia quando identificado. Por parte da população que é contra o PL, a medida recebeu a alcunha "bolsa-estupro". —Vejo isso como um passo para a aceitação social do estupro, que poderia gerar reações como 'ele estuprou, mas pagou a pensão'. Você não pode obrigar a vítima a ter um vínculo com quem a violentou, a reviver uma violência periodicamente e a ser atribuída ajuda financeira de seu próprio estuprador. Também é preciso levar em consideração que, se identificado, o estuprador deve responder criminalmente e que, apesar de existirem trabalhos remuneradores durante a detenção, a compensação financeira é muito baixa. Além disso, não há compensação financeira que descaracterize a violência sofrida, muito menos a dor da vítima", afirma a professora e especialista em bioética Carolina Ferraz. (Laís Araújo. Artigo: Aborto: prática comum, direito desconhecido. Diário de Pernambuco.)

Na versão original do projeto de lei (PL) 478/2007, havia outros artigos absurdos, mas como foi muito debatido e pessoas se revoltaram quanto as definições atualmente ele foi modificado.

Na versão original do Estatuto, hoje modificada, há a proposta para que o aborto se torne crime hediondo e que seja proibido independente do caso (mesmo os hoje já assegurados pelo Código Penal, como na gravidez decorrente de estupro). Fazer apologia ao aborto referir-se ao nascituro com palavras ou expressões depreciativas, falar publicamente sobre métodos abortivos ou veicular imagens injuriosas ao nascituro seriam crimes punidos com multa e detenção. Em 2010, durante análise da Comissão de Seguridade Social e Família, que teve como relatora Solange Almeida (PMDB-RJ), mais da metade dos artigos do projeto de lei foram suprimidos. —O texto do projeto de lei é sofrível, porque além de não ser claro em diversos pontos, também trabalha na perspectiva da mulher ser tutelada, sem autonomia, explica Carolina Ferraz, professora de direito da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), especialista em bioética e autora do livro "Biodireito – a Proteção Jurídica do Embrião in Vitro". A deputada Érika Kokay (PT-DF) afirma que o projeto é fruto de fundamentalismo religioso e tentativa de retrocesso nas questões reprodutivas femininas. —O projeto trata o nascituro como autônomo, mas não se preocupa em falar sobre a mulher. Propõe um vínculo eterno da vítima com o estupro e tem artigos incoerentes e contraditórios, que dão abertura a um retrocesso das leis de que datam da década de 40. (Laís Araújo. Artigo: Aborto: prática comum, direito desconhecido. Diário de Pernambuco.)

Houve uma proposta de realização de um plebiscito, para consultar a população e decidir a situação do aborto pelo voto. Sugerida durante as campanhas da eleição presidencial de 2010, pela candidata Marina Silva.

Durante as eleições, porém, essa proposta perdeu espaço e não houve nenhum projeto de fato para que fosse feita a votação. A candidata vencedora, Dilma Roussef (PT), disse que não proporia a "flexibilização" das leis sobre o aborto. Durante as campanhas eleitorais, a candidata foi contra a proposta de Marina Silva. Dilma Roussef disse —Sou contra um plebiscito sobre esse assunto e vou dizer o porquê. Acho que um plebiscito sobre o aborto divide o país e, nesse

caso, não é possível dizer quem vai ganhar ou perder. Nesse caso os dois lados perdem. (Dilma diz que, se eleita, não vai propor flexibilização na legislação sobre aborto. Agência Brasil. 29 de setembro de 2010).

Outra tentativa de modificação mais restrita aconteceu nesta cidade em 2012, um projeto de lei visando a proibição do aborto em hospitais públicos mesmo nos casos previstos em lei. É uma tentativa forçada, pois lei municipal não sobrepõe lei federal, ou seja, o Código Penal Brasileiro. E o autor do projeto fez questão de expor que se baseou em sua moral religiosa. Porém, como o Brasil é um estado laico, o presidente da OAB lamentou o ocorrido.

Na prática, a medida não inviabiliza o atendimento, pois os dois casos estão previstos no Código Penal Brasileiro, mas a atitude dos vereadores causou polêmica por colocar a posição religiosa acima do direito das cidadãs. O presidente da Ordem dos Advogados Brasileiros de Goiás (OAB-GO), Henrique Tibúrcio, considerou o resultado lamentável e teme que se trate de um artifício: —A questão religiosa não pode sobrepor à questão de saúde pública, como é o caso. Pessoas encarregadas de fazer leis tirando o que é de direito do cidadão, isso é perigoso e afeta as camadas mais pobres, ressalta. Durante a votação em primeiro turno, no dia 22 de fevereiro, os legisladores se posicionaram contra a realização do procedimento na rede pública do município. —Como cristão e como católico que eu sou, sou radicalmente contra o aborto, declarou na ocasião o vereador Pedro Mariano (PP), autor do projeto. Mas, nesta tarde, ele mudou o discurso. —Não é competência da Câmara legislar matéria do Código Penal. (CARVALHO, Humberta. Câmara de Anápolis (GO) veta parágrafo de lei que se refere a aborto. 05 de março de 2012).

5.2 CLANDESTINIDADE

Como já abordado anteriormente criminalizar o aborto não o torna inexistente, mesmo sabendo das consequências, até as mais graves como uma condenação criminal ou a morte, muitas mulheres se sujeitam a riscos

e procuram clínicas clandestinas para abortarem. Tais clínicas, na maioria das vezes, encontram-se em situação precária e não têm médicos e outros profissionais de saúde habilitados a fazerem o aborto. Faturam milhões de reais ilegalmente e como as mulheres que os recorrem chegam desesperadas e sem muitas alternativas, os funcionários e médicos não fazem questão de a tratá-las bem, além de alguns desses funcionários estarem envolvidos em outros crimes, como tráfico de drogas.

O que contribui para o risco da mulher que procura tal procedimento em clínica clandestina são os locais sem instalações e objetos qualificados para procedimentos cirúrgicos, bem como medicamentos que, mal administrados, podem causar a morte. Como por exemplo, um anestésico forte que fora encontrado recentemente em uma clínica clandestina em uma favela do Rio de Janeiro.

Um dos médicos já havia sido preso anteriormente pela equipe da DPCA com Propofol, um forte anestésico que —apagall a vítima quase instantaneamente. O medicamento é o mesmo usado pelo cantor Michael Jackson, orientado pelo seu médico, Conrad Murray. A família do Rei do Pop o acusa de ministrar uma dose letal do anestésico ao astro em junho de 2009, causando sua morte. Somente clínicas credenciadas podem solicitar o medicamento. (G1 Rio. Clínica de aborto é fechada na favela do Jacarezinho, no RJ. 9 de maio de 2014).

A atual presidenta Dilma Rousseff tem ciência da existência de clínicas clandestinas e de que as mulheres que as recorrem são a de renda alta, enquanto as de renda baixa se utilizam de métodos mais cruéis, porém ignora o fato, e não procura resolver eficientemente essa problemática na saúde e na esfera penal do país.

A candidata do PT à presidência da República, Dilma Rousseff, reacendeu nesta semana a discussão sobre a descriminalização do aborto no País. Em entrevista à revista Isto É, a ex-ministra afirmou que o aborto não é uma —questão de fórum íntimo, mas de saúde públicall e defendeu que não se pode segregar as mulheres. —Deixar para a população de baixa renda os métodos terríveis, como aquelas agulhas de tricô compridas, o uso de chás absurdos, enquanto as mulheres de renda mais alta recorrem a clínicas privadas para fazerll. (MAGGI, Letícia. Aborto mata 250 mulheres por

ano no Brasil. IG São Paulo. 16 de maio de 2010).

Outra forma de clandestinidade são os remédios no mercado negro, como o Misoprostol, que custa em média R\$ 50,00 no mercado ilegal, e é proibido sua venda em farmácias. E esse mercado negro e clínicas clandestinas geram muito dinheiro ilegal que não é revestido em impostos, ou seja, o Estado além de perder vidas de mulheres com a clandestinidade também perde renda em forma de impostos.

Clínicas clandestinas brasileiras perderão muito dinheiro com a descriminalização do aborto. A criminalização não evita o aborto, apenas força as mulheres a realizá-lo na clandestinidade. Uma mulher que decide colocar sua vida em risco, por meio de um procedimento abortivo inseguro, tem muita certeza de que não quer estar grávida, muito menos passar nove meses gestando. (CARDOSO, Bia. A mulher que aborta. Geledés - Instituto da Mulher Negra).

5.3 SAÚDE PÚBLICA

Que o aborto induzido é uma questão de saúde pública não há dúvidas. Vejamos a seguir o que torna algo um problema de saúde pública.

A gente não classifica um problema como sendo de saúde pública se ele não tiver ao menos dois indicadores: primeiro não pode ser algo que aconteça de forma rara e excepcional, tem que acontecer em uma quantidade de vezes significativa. E tem que causar impacto real para a saúde das pessoas. Nós temos esses dois critérios preenchidos na questão do aborto. A gente tem a última estimativa de cerca de 220 milhões de gestações acontecendo no mundo a cada ano e tem uma parcela disso que não é planejada que varia entre 30 a 35% deste total. Significa que deve ter 45 milhões de gestações não planejadas e muitas vezes não desejadas. Isso termina em um número grande de abortamentos induzidos. A gente calcula em torno de 20 milhões de abortamentos sendo praticados em condições inseguras no mundo. O aborto inseguro também não é uma arbitrariedade, é uma convenção da OMS para quando se interrompe uma gestação sem

prática, habilidade, conhecimento e/ou em ambiente sem condições de higiene. O aborto inseguro tem uma forte associação com a morte de mulheres. E aí segundo dados formais da OMS a gente tem quase 70 mil mulheres morrendo por ano em decorrência de aborto inseguro, não é pouca gente.

Estas 70 mil mulheres não estão democraticamente distribuídas pelo mundo. 95% dos abortos praticados em condições inseguras acontecem em países em desenvolvimento e por coincidência a maioria deles têm leis restritivas em relação ao abortamento. Isso falando de mortes de mulheres. Se falarmos em danos permanentes, sequelas, —não morreu, mas quase, esse número aumenta significativamente. Por isso estamos falando de uma situação que tem toda a necessidade de ser tratada como saúde pública. (DIP, Andréia. Em entrevista ao ginecologista e obstetra Jefferson Drezett. Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 17 de setembro de 2012).

Como já mencionado, a presidência do Brasil tem ciência do caso. Contudo, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2009 uma cartilha denominada —20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil, a qual já em seu primeiro capítulo intitulado —Aborto e saúde pública aborda a relação entre os dois temas.

Os resultados confiáveis das principais pesquisas sobre o aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não tem acesso a recursos médicos para o aborto seguro. O que há de sólido no debate brasileiro sustenta a tese de que o aborto é uma questão de saúde pública. Enfrentar com seriedade este fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas. E para essa redefinição política há algumas tendências que se mantêm nos estudos à beira do leito com mulheres que abortaram e buscaram o serviço público de saúde: a maioria é jovem, pobre,

católica e já possui filhos. Essa descrição não representa apenas as mulheres que abortam, mas as mulheres brasileiras em geral. Por isso a compreensão do aborto como uma questão de saúde pública em um estado laico e plural inaugura um novo caminho argumentativo, no qual o campo da saúde pública traz sérias e importantes evidências para o debate. (Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil. Série B. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2009. Pág. 11, 12).

O abortamento é questão de saúde pública não apenas no Brasil como em todo mundo, a Organização das Nações Unidas se atenta a esse assunto e realiza conferências para discutir a questão de maneira mundial. O Ministério da Saúde também abordou o abortamento em uma publicação sobre a qualidade e as precauções que devem se ter em todos os casos de partos, desde o pré-natal ao puerpério (momentos após o parto), além do parto, o aborto também é uma consequência de gravidez, motivo pelo qual esse assunto foi abordado em tal publicação. No texto destacou-se o descaso e precariedade que a mulher sofre quando se trata de saúde, como o exposto a seguir:

A discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão do aborto, têm contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa. Falando em nome próprio, as mulheres levaram o que sempre foi considerado "seu problema" ao plano político local, regional e mundial, visando a definição de políticas que incorporem a prevenção do aborto e a ampliação do acesso a serviços de boa qualidade.

Assim, como resultado do debate conduzido pelo movimento de mulheres, na última década, o aborto foi amplamente debatido em duas importantes conferências das Nações Unidas: The International Conference on Population and The Development (Cairo, 1994) e a Fourth World Conference on Women (Beijing, 1995).

E o aborto, realizado em condições inseguras, foi incluído no Plano de Ação da Conferência do Cairo - parágrafo 8.25 - como questão de saúde pública. Os governos

signatários, entre eles o Brasil, assumiram o compromisso de implementar serviços, melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade e morbidade decorrente do aborto em seus países. (Parto Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Pág. 145).

Quem tem legitimidade e dever de resolver problemas de saúde pública é principalmente, o poder executivo, com o apoio do legislativo, judiciário e de toda a população. Mais precisamente, quem deve solucionar problemas de saúde num âmbito nacional é o Ministério da Saúde, porém com essa cartilha, dentre outras manifestações, percebemos que o Ministério da Saúde tem preocupações e conhece bem a problemática do aborto, e além do mais, é a favor da despenalização do aborto. Todos os Ministérios do Brasil são subordinados hierarquicamente pela presidência do país e como a presidência não se posiciona a respeito, indiretamente temos atualmente, uma omissão com o assunto.

É um evitar absoluto. É público, não estou denunciando nada que ninguém não conheça. No governo da presidente Dilma Roussef há uma proibição de tratar do tema do aborto. O executivo foge totalmente do assunto. E quando toma qualquer atitude que esbarre de relance na descriminalização do aborto, a bancada evangélica se coloca dizendo 'a senhora se comprometeu conosco a não legalizar'. Agora, qual foi este compromisso, que usou as mulheres como moeda de troca eu não sei. (DIP, Andréia. Em entrevista ao ginecologista e obstetra Jefferson Drezett. Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 17 de setembro de 2012).

O problema pode ser ainda mais profundo, já que saúde pública, política e religião têm fortes ligações, porque grande parte da Saúde Pública está em mãos de instituições religiosas.

Saúde pública é feita com dinheiro público. Uma Santa Casa não tem o direito de não distribuir uma pílula do dia seguinte ou não fazer uma laqueadura. Eles não abrem mão do recurso público mas querem colocar limitações aos direitos que as mulheres têm em um país laico em função de uma doutrina ideológica ou

religiosa. Mas também tem outro dado interessante. Existe uma pesquisa de 2006, que conversou com as secretarias municipais de saúde de quase 800 municípios, uma parte com mais de 100 mil habitantes e uma parte com menos de 100 mil habitantes, sobre o serviço de abortamento legal. Foi perguntado para as secretarias se elas tinham serviços para atender vítimas de violência sexual e a resposta foi de que quase 90% dos municípios com mais ou menos de 100 mil habitantes diziam que sim, contavam com o serviço, tinham profissionais e serviços especializados. A pesquisa foi extensa, se aprofundou e perguntou se estavam cumprindo os itens como prevenção do HIV, a pílula do dia seguinte e o resultado foi que mais da metade destes serviços que se dizem preparados não fazem a concepção de emergência e quando você pergunta por que, existem justificativas como falta do remédio. O Ministério da Saúde ofereceu os insumos para todos e, se não cumpriu, é responsabilidade do município comprar ou pedir. Mais da metade das mulheres que procuravam o serviço depois de um estupro não tiveram acesso a anti-concepção de emergência. Quer dizer, a gente tem uma cultura de violência contra a mulher, absurda, intolerável, injustificável, quando elas nos procuram, a gente é incompetente para protegê-las da gravidez, e quando estão grávidas, a gente é mais incompetente ainda para interromper, mesmo sendo algo previsto pela lei. E aí vem a segunda parte interessante. Quando você pergunta para as secretarias se elas tem o serviço de aborto legal, que faz parte do atendimento, de cara 30% já diz que não faz. Mas é obrigação fazer! 6% se recusam a falar sobre o assunto. Apenas 1,9% já tinha feito um aborto. É bonito dizer que tem, mas os serviços não cumprem as normas. Você diz que vai atender e quando a mulher chega com demandas gravíssimas e você não atende isso é muito cruel. É imperdoável, é abandono. Mas qual é o percentual de ginecologistas que você acha que são contra o aborto, favoráveis ao estatuto do nascituro, contra o aborto em qualquer caso? 0,2%. 60% dos ginecologistas deseja no mínimo a ampliação das condições ou a descriminalização total. Se você considerar os que não acham que deveria ser crime, isso dá

80%. Existe uma questão chamada objeção de consciência. Isso é previsto pelo código de ética profissional e também pela legislação brasileira. Ninguém está obrigado a fazer uma coisa senão por força de lei. E o ginecologista não está obrigado a realizar um procedimento contra sua consciência. Essa liberdade de consciência e de não querer fazer alguma coisa que fere o princípio pessoal é individual, não pode ser coletiva e não é institucional. Uma instituição não pode alegar objeção de consciência. Uma Santa Casa não pode alegar objeção de consciência. Um professor titular de uma universidade importante não teria o direito de impor sua objeção de consciência a seus alunos. Mas isso acontece. Cabe à instituição ter médicos sem essa objeção para realizar esse trabalho. (DIP, Andréia. Em entrevista ao ginecologista e obstetra Jefferson Drezett. Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 17 de setembro de 2012).

Como em muitos problemas de saúde pública, o que agrava a situação é a falta de informação da grande maioria da população, informação esta que deve ser passada através de campanhas publicitárias, palestras, informativos em locais públicos, dentre outros. Na causa do aborto não é diferente, muitas mulheres deixam de abortar legalmente simplesmente porque desconhecem as situações e procedimentos que as favorecem, como por exemplo, vítimas de estupro que não procuram o abortamento legal porque acreditam que é proibido em qualquer situação. Se isolando a uma região do Brasil, o Pernambuco, o artigo a seguir e o ex-coordenador de medicina fetal de Recife esclarecem:

O chamado aborto legal é previsto em lei desde 1940, mas só passou a ser oferecido oficialmente nos hospitais públicos do Estado de Pernambuco em 1996. Na rede de saúde municipal do Recife, o mesmo só aconteceu sete anos depois, com a implantação de políticas combativas à violência contra a mulher. Apesar de garantido nos casos já mencionados, o direito ao aborto não é completamente exercido, seja por desinformação da população ou por falta de preparo dos profissionais da rede de atendimento. Eugênio Pita, ex-coordenador do serviço de medicina fetal do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), afirma que a existência desses centros, no entanto, não significa garantia de acesso ao procedimento. —Muitas

mulheres não conhecem os centros de referência ou o direito ao aborto. A falta de informação é nítida. É comum que as mulheres cheguem aos hospitais com a gestação muito avançada porque não sabiam que deveriam procurar o serviço antes ou que sequer saibam que possuem o direito à interrupção legal. Atualmente, Brasil possui atualmente 65 instituições públicas que realizam o aborto legalizado, sendo cinco no Recife. Os hospitais que realizam o procedimento no Recife são o Centro de Saúde Integrado Amaury de Medeiros (Cisam) e o Hospital Agamenon Magalhães, mantidos pela rede de saúde estadual; e as Maternidades Professor Barros Lima, Professor Arnaldo Marques e Professor Bandeira Filho, integrados à rede municipal. (ARAÚJO, Laís. Artigo: Aborto: prática comum, direito desconhecido. Diário de Pernambuco).

A maneira de definir como uma prática ilegal afeta a saúde pública se faz como se estuda qualquer outro caso do tipo, através de pesquisas, cálculos e nesse caso se pesquisando a procura de mulheres por hospitais para fazerem o aborto e na maioria das vezes o pós-aborto.

Em relação às mulheres que finalizam o aborto nos hospitais, é nas primeiras 24 horas pós-uso do misoprostol que elas procuram um hospital público. Entre 70% e 79,3% delas apresentam como sintomas dores abdominais e sangramento, sendo diagnosticado o abortamento incompleto. Entre 63% e 82% estão com até 12 semanas de gestação. O tempo de internação é de 1 dia entre 30% e 85,9% das mulheres incluídas nas pesquisas. De 9,3% a 19% apresentam sinais de infecção. Os estudos não mostram quantas mulheres abortam em cada um dos cenários acima descritos, tampouco os cenários daquelas que abortam em clínicas privadas. O percurso dessas mulheres é desconhecido. Não há informações sobre mulheres que utilizam misoprostol, chás ou ervas e abortam integralmente em casa. Alguns estudos sustentam a ausência desses dados com base na ineficácia do misoprostol em abortar no primeiro trimestre de gestação, mas não há pesquisas clínicas que avaliem o potencial abortivo do misoprostol nesse período no Brasil. Não existem estudos descritivos sobre

as trajetórias de aborto em mulheres residentes fora dos grandes centros urbanos. Suas práticas, crenças e métodos abortivos são desconhecidos. (Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil. Série B. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2009. Pág. 23).

Dependendo do caso é realmente necessário procurar apoio hospitalar, já que a prática pode causar consequências físicas graves. As mulheres mais instruídas se sentem mais seguras para procurar um médico, pois sabem que há o sigilo médico, como menciona o obstetra e ginecologista Jefferson Drezett, que há mais de 10 anos coordena um serviço de abortamento legal no país, se referindo ao caso de uma médica que denunciou uma mulher que chegou em um hospital público logo após de abortar.

A médica também deveria estar respondendo criminalmente, ela não pode revelar sigilo. Eu não sou policial, juiz, sou médico. Enquanto médico eu tenho princípios éticos e legais a seguir. Eles determinam que você não pode revelar fato que tenha conhecimento no exercício da profissão. A não ser em circunstâncias especiais, por exemplo, se o profissional estiver sendo processado por um paciente, mas ainda assim eu sou obrigado a lembrar ao juiz que estes dados merecem sigilo. Também por força de lei, um estupro em uma criança ou adolescente, eu tenho a obrigação de comunicar às autoridades mesmo que a família não queira. Não existe sigilo nesta circunstância. Mas na lei de contravenções penais existe o artigo 66 que é absolutamente claro: o médico não tem permissão de revelar uma condição de sigilo que possa estabelecer um processo contra a pessoa. E tem aqueles profissionais que acham que tem que fazer procedimentos sem anestesia que é para a mulher aprender a não fazer mais. Mas o que tem por trás de tudo isso? A falta de clareza de lidar com o aborto como questão de saúde pública. não simplesmente para usar isso como argumento para discutir a descriminalização. É usar para discutir uma assistência humanizada, que não viole os direitos dessa paciente, e uma mudança no aprendizado sobre o abortamento. Na verdade o aborto termina como uma moeda de troca. A

vida das mulheres, os direitos das mulheres e autonomia terminam como moeda de troca política. Você me apoia e a gente ferra com todas as mulheres sem nenhuma dor de consciência. A gente faz um conchavo político e que se dane quantas mulheres vão morrer no próximo ano. Eu gostaria que vocês nunca engravidassem sem querer, que nunca precisassem de um aborto, que fosse algo raro e excepcional. Mas que se acontecesse, não se tornassem criminosas por causa disso. Que tivessem a saúde protegida. Que o aborto fosse raro, legal e sempre seguro. (DIP, Andréia. Em entrevista ao ginecologista e obstetra Jefferson Drezett. Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 17 de setembro de 2012).

5.3.1 RISCO DE VIDA

Uma das autorizações legais para o abortamento é quando há o risco de vida para a gestante. Alguns, incluindo médicos, chamam esses casos de aborto terapêutico. Porém os motivos deste risco não são muito difundidos para a população. Os casos que levam a tais problemas, se não houver o aborto e a mãe morrer em consequência disso, o bebê pode ou não nascer com vida e bem de saúde. Na maioria das vezes quando há o risco para a mãe também há o risco de vida para o feto, ou seja, se não acontecer o aborto terapêutico gestante e feto morrerão no futuro. Por isso é incoerente lutar para que não seja legalizado o aborto em nenhuma hipótese.

Sobre o tema, cumpre estabelecer distinções, mais uma vez com os ensinamentos de Nelson Hungria, entre a gravidez normal, a gravidez extra-uterina e a gravidez molar.

Tem-se por gravidez normal aquela em que o óvulo é fecundado intra-útero, aí se desenvolvendo até que sobrevenha o parto. Extra-uterina quando o óvulo não se desenvolve no útero. Apresenta variedades, segundo a região mais precisa em que o óvulo se desenvolve: intersticial, se na trompa; ovária ou tuboovária etc. Em tais casos o desenvolvimento fetal não se opera senão por breve tempo; sobrevêm complicações por abundante hemorragia, ou ruptura da trompa etc., que produzem naturalmente a morte da mulher. Outras vezes, o feto permanece no lugar, mas vem logo a deter-se em seu desenvolvimento e

sofre processos progressivos, entre os quais o da calcificação, apresentando a formação de um litopédio. A gravidez molar consiste numa particular formação neoplástica, derivada principalmente das membranas fetais, sem que haja (ou sem que necessariamente haja) a presença de um embrião (op. cit., p. 289). Ocorrendo gravidez extra-uterina ou gravidez molar, a interrupção não constituirá crime de aborto, porquanto não há vida a ser destruída em ambas as hipóteses. O produto patológico da gravidez extra-uterina não tem vida propriamente dita, e as verdadeiras molas não são fetos. (MARCÃO, Renato Flávio. Reflexões sobre o crime de aborto. Pág. 05).

5.5 LEI 12.845/2013

A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. As razões que produziram o consenso no Congresso Nacional ficam evidentes na leitura da nova lei, tendo em vista a importância de se assegurar, na legislação brasileira, o atendimento adequado para as pessoas vítimas de violência sexual no sistema de saúde.

LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor. (Lei nº 12.845. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1 de agosto de 2013).

O projeto da Lei 12.845 foi de autoria da deputada Iara Bernardi, em 1999, sendo aprovada apenas 14 anos depois, quando uma mulher está como presidenta do país, isso comprova como há morosidade e descaso do legislativo com a saúde pública e com a minoria que sofre com crimes. Durante esses 14 anos muitas vítimas de violência sexual sofreram por tratamento médico superficial, doenças e gravidez que deveriam ser evitadas e até mortes. Contudo, essa nova lei traz esperança para diminuir o sofrimento das vítimas de violência sexual e a efetividade que deve. A deputada Iara Bernardi destaca essa esperança na publicação do seu projeto.

Está comprovado que as vítimas de violência sexual apresentam além do trauma decorrente da violência, complicações físicas e psicológicas. Aprópria demora no atendimento às pessoas vítimas de violência sexual é um fator que agrava seu estado emocional já abalado. O presente projeto de lei visa o atendimento integral e imediato que esses casos exigem, ao mesmo tempo que é importante medidas no combate à impunidade. Se as vítimas tiverem consciência que terão o atendimento condigno deixarão de ter receio de ser expostas a novas violências como chacotas e indignidades, que muitas vezes, hoje em dia afastam a possibilidade de persecução penal dos agressores, porque a vítima ficar calada. Aliar o atendimento médico e multidisciplinar às facilidades de acesso a polícia beneficiarão a efetividade da punição. (BERBARDI, Lara. Projeto de Lei Original n ° 60, 23 de fevereiro de 1999).

Os dados do Ministério da Saúde atestam o sucesso desta política na proteção da saúde da mulher. Desde 2008, quando o número de serviços do SUS voltados para atenção à saúde das vítimas de violência sexual quase triplicou, chegando a 481 unidades, o número de abortos realizados no país em conformidade com o disposto no art. 128 do Código Penal caiu em mais de 50%. Ou seja, a implementação efetiva no SUS da política de administração de medicação com eficiência precoce para prevenir gravidez resultante de estupro, como a que está sendo proposta neste projeto de lei, reduziu o número de abortos legais no Brasil de 3.285 em 2008 para 1.626 em 2012.

—A lei faz a diferença, porque quando o assunto é violência sexual ainda existem muitos tabus que temos que quebrar constantemente, afirma Simone Cortiano, que trabalha na coordenação técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba (PR).

Segundo ela, apesar de a atenção integral às vítimas deste tipo de crime ser uma prática consolidada no município, ainda são verificadas resistências dos profissionais na hora de prestar o atendimento, especialmente quando a vítima, por vergonha ou desconhecimento do serviço, não procura as unidades de saúde nas primeiras

72 horas após a violência e, por isso, não recebe o tratamento adequado para a prevenção de uma possível gestação. —Recentemente, tivemos que lidar com uma situação de recusa de aborto legal, acrescenta.

O programa curitibano assegura atendimento integral e humanizado a estas vítimas, tanto do clínico quanto pericial. Ao procurar a unidade de saúde de referência, a equipe adota todas as medidas clínicas, como prevenção da gestação, profilaxia de DST/Aids e hepatite B e, de imediato, comunica a ocorrência à Delegacia da Mulher ou da Criança e do Adolescente, para que solicite a ida do perito do Instituto de Medicina Legal (IML) até a unidade de saúde onde está sendo realizado o atendimento.

O serviço também oferta acompanhamento de enfermagem, de serviço social e psicológico, inclusive com realização de aborto previsto por lei, nos casos em que não foi possível evitar a gravidez indesejada. (FONSECA, Edson Pires da. Lei que torna obrigatório atendimento a vítimas de violência sexual reforça iniciativas já implantadas no Brasil. 01 de agosto de 2013).

Fora explicada a importância desta lei, pois ainda assim tem pessoas que são contra, há polêmica envolta do artigo 3º, IV - profilaxia da gravidez, o qual se trata de evitar a gravidez decorrente de estupro. A polêmica foi gerada por religiosos que acham que neste caso se trata de um abortamento, e que as vítimas devem ter filhos de estupradores. Motivo pelo qual a lei foi vulgarmente apelidada de —Lei Cavalo de Tróia.

Esses dois incisos, aplicados em conjunto com as normas técnicas de 1998 e 2005, abrem completamente o caminho para o aborto, porque tratam a gravidez como doença (o termo —profilaxiall significa a adoção de medidas adequadas para prevenir ou evitar doenças) e dão à mulher a possibilidade de ter acesso aos —serviços sanitários disponíveisll, dentro dos quais se encontra a realização de aborto, como prevê também a norma de 1998. Além disso, a lei passou a definir violência sexual, que qualificaria a gestante para pedir um aborto, não mais como o estupro, mas como —qualquer forma de atividade sexual não consentidall, um expressão que as organizações que militam a favor do aborto passarão a exigir que seja interpretada de modo mais amplo que o estupro. Foi por isso que a lei sancionada ela recebeu o

nome de Cavalo de Tróia. Sem mencionar a palavra aborto uma só vez, ela introduziu na sociedade brasileira a possibilidade de realização do aborto sem qualquer restrição, e sem mudar em absolutamente nada o nosso Código Penal.

Por essa razão, devemos encontrar um modo de anular essa lei. Um dos caminhos é a aprovação do PL 6033/2013, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que, se for aprovado, revogará a Lei Cavalo de Tróia. A relatoria desse PL está com o deputado Dr. Rosinha. (LUNA, Felipe de. Aborto – A Lei Cavalo de Tróia. Católicos Tradicionais 2013).

6. QUEM SÃO ELAS

Toda mulher que possa engravidar também pode abortar. Nem toda mulher deseja ter filhos em um dado momento ou durante toda a vida, e quando a gravidez acontece vai do pensamento particular desta de como lidar com tal situação, se os sonhos e planejamentos delas para a criança são bons ou ruins, se ela se encontra psicologicamente, biologicamente e financeiramente apta a cuidar e oferecer a melhor qualidade de vida possível para o filho, além do mais, criar um filho não deve ser totalmente responsabilidade da mãe, há de analisar se esta criança tem um pai digno de ser chamado como tal, quando este é encontrado, e o restante da família também tem papel fundamental na criação de pessoas. A mulher deve se sentir confiante e ter apoio para gerar um filho.

Trata-se, portanto, de ampliar acesso das mulheres aos direitos legalmente admitidos, investindo em ações que garantam aos homens e mulheres o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar da visibilidade adquirida, por força de leis restritivas, as mulheres ainda recorrem ao aborto "clandestino". Nessa condição, elas têm guardado sua dor em silêncio ou, no máximo, compartilham-na com pessoas de sua intimidade. Quase sempre elas não encontram apoio nos serviços de saúde ou nas escolas, em se tratando de adolescentes. (Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Pág. 146).

A mulher que abortou, ou um dia abortará, se encontra em qualquer lugar, em qualquer sociedade. É a mulher em idade fértil e vida sexual ativa, de qualquer classe social, religião, ou instrução educacional.

Predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortaram com misoprostol.

A faixa etária com maior concentração de abortos é de 20 a 29 anos, com percentuais variando de 51% a 82% do total de mulheres de cada estudo. Os poucos estudos analíticos com amostras selecionadas de mulheres indicam que entre 44,9% e 91,6% do total das que têm experiência de aborto induzido declaram-se católicas. Entre 4,5% e 19,2% declaram-se espíritas, e entre 2,6% e 12,2% declaram-se protestantes. Um estudo com 21 mulheres que induziram o aborto identificou que 9,8% delas não tinham religião. As pesquisas indicam que a maioria das mulheres participa do mercado de trabalho. (Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil. Série B. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2009. Pág. 14).

Toda mulher está sujeita a uma gravidez indesejável, por mais que alguns pensem “Mulher que se cuida e se previne não está”, sim, está, pois métodos anticoncepcionais falham e imprevistos acontecem.

Mais da metade das mulheres jovens adultas que moram nas Regiões Sul e Sudeste e que abortam declara uso de métodos contraceptivos, em particular a pílula anticoncepcional, o que sugere sua utilização irregular ou equivocada. Apenas entre 9,5% e 29,2% de todas as mulheres que abortam não tinham filhos, um dado que leva muitos estudos a inferir que o aborto é um instrumento de planejamento reprodutivo importante para as mulheres com filhos quando os métodos contraceptivos falham. (Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil. Série B. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2009. Pág. 18).

Com certeza todo mundo conhece uma mulher que abortou, pode até não ter conhecimento sobre este fato da vida desta mulher, porque aborto não é uma coisa que as mulheres falem que fez para todo mundo. Contudo, deve-se parar e refletir se essa mulher deveria estar presa.

A mulher que aborta pode estar sentada ao seu lado no ônibus. Ela pode ser sua mãe, sua esposa, sua irmã, ou a colega da faculdade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto feita pela Universidade de Brasília em 2010, a mulher que aborta é casada, tem filhos, religião, pertence a todas as classes sociais e costuma carregar sozinha o peso de sua decisão. Tratada pela lei como uma criminosa, sempre foi apontada pela moral e pelos bons costumes como uma mulher desonrada e sem sentimentos. Uma pária. Porém, essa mulher está muito mais próxima de você e de mim. De acordo com a pesquisa, uma em cada sete brasileiras entre 18 e 39 anos já realizou ao menos um aborto na vida, o equivalente a uma multidão de 5 milhões de mulheres. Elas merecem ir para a cadeia? Criminalizar o aborto resolve? Vai pensando aí.

Keila Rodrigues é uma dessas mulheres. Alega ser usuária de drogas e mãe de duas crianças criadas pela avó. Ontem, foi noticiado que o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo reformou a sentença da Justiça de Rio Preto e determinou que a ré Keila Rodrigues seja julgada pelo Tribunal do Júri pelo crime de aborto, cuja pena varia de um a três anos de reclusão.

A hipocrisia da desigualdade.

Num país em que o aborto é ilegal, Keila procurou o auxílio de uma colega para interromper uma gravidez indesejada. Tomou a decisão de colocar sua vida em risco, porque sabia que essa gravidez não lhe faria bem, nem a ela e nem ao bebê. O médico ginecologista Daniel Jarreta Coelho poderia ter alegado sigilo médico, mas confirmou o atendimento da ré em trabalho de parto, e que ela relatou a utilização de dois comprimidos do medicamento abortivo.

No Brasil, a gravidez é compulsória. O aborto é permitido em casos de fetos anencéfalos, risco de vida para gestante e estupro. Fora isso, todos os anos várias mulheres são obrigadas a levar adiante uma gravidez que não as faz feliz e que

gera diversas consequências físicas e psicológicas. Keila não tem advogado. Apenas quando a data do juri for marcada pela Justiça um defensor dativo será nomeado. As mulheres pobres, negras e jovens, do campo e da periferia das cidades, são as que mais sofrem com a criminalização. São estas que recorrem a clínicas clandestinas e a outros meios precários e inseguros, uma vez que não podem pagar pelo serviço clandestino na rede privada, que cobra altíssimos preços, nem podem viajar a países onde o aborto é legalizado.

A maior hipocrisia que existe no Brasil em relação ao aborto é o fato de que mulheres que tem dinheiro podem realizar o procedimento com segurança e apoio. (CARDOSO, Bia. A mulher que aborta. Geledés - Instituto da Mulher Negra).

O detalhe fundamental é que essas mulheres tem a certeza do aborto. Estão mais dispostas a lidar com a consequência de um aborto, que pode ser momentânea, do que com a consequência de uma gravidez indesejada. E depois de sofrer um aborto bem feito, ela poderá engravidar e parir um filho que ela desejou e cuidará bem por estar em um momento mais oportuno e receptivo para tal. Existem muitas mulheres que abortaram na adolescência por não terem condições psicológicas e financeiras, e anos depois na vida adulta tiveram filhos os quais cuidam com qualidade de vida e amor. Não é justo considerar como criminosa e assassina uma mulher que já abortou. Numa publicação destinada a ajudar os médicos a compreender o aborto induzido é referido:

O aborto induzido não afecta a capacidade reprodutiva da mulher. Parto pré-termo, infertilidade, gravidez ectópica, aborto espontâneo e outras complicações em gravidezes futuras não aumentam em frequência depois de um aborto. (GRIMES, David A. and Mitchell D. Creinin. Induced Abortion: An Overview for Internists. Annals of Internal Medicine. 2004. Pag. 140).

7. MEDICINA

7.1 CONSIDERAÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O ramo da medicina defende a legalização do aborto até a 12ª semana de gestação se a gestante assim quiser. O Conselho federal de Medicina, o qual representam 400 mil médicos brasileiros se manifestou a respeito, não defendendo a legalização total, mas sim acrescentando mais excludentes de ilicitude.

A opinião da entidade será encaminhada à comissão especial do Senado que analisa a reforma do Código Penal. Os conselheiros validam a proposta da comissão que permite o aborto em mais três novas situações: gravidez por emprego não consentido de técnica de reprodução assistida; anencefalia ou feto com graves e incuráveis anomalias, atestado por dois médicos; por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação, quando o médico constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas para a maternidade. O Conselho Federal afirmou que os conselhos regionais "não são favoráveis ao aborto, mas sim à autonomia da mulher e do médico". —É importante frisar que não se decidiu serem os Conselhos de Medicina favoráveis ao aborto, mas, sim, à autonomia da mulher e do médico. Neste sentido, as entidades médicas concordam com a proposta ainda em análise no âmbito do Congresso Nacional, disse o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila. Segundo o conselho, por meio de sua assessoria de imprensa, o respeito à autonomia da mulher e o alto índice de mortalidade e de internações de mulheres que fazem abortos clandestinos são razões para a posição do colegiado. A entidade concluiu que "a prática de abortos não seguros (realizados por pessoas sem treinamento, com o emprego de equipamentos perigosos ou em instituições sem higiene) tem forte impacto sobre a saúde pública". De acordo com o conselho, "o abortamento é uma importante causa de mortalidade materna no país, sendo evitável em 92% dos casos" e as complicações causadas pelo procedimento representam "a terceira causa de ocupação dos leitos obstétricos no Brasil". Em 2001, houve 243 mil internações na rede do Sistema Único de Saúde por curetagens pós-abortamento. (ACAYABA, Cíntia. Conselho de Medicina defende liberação do aborto até 12ª semana. G1 em Brasília. 21 de março de 2013).

Contudo, é importante frisar que ninguém é a favor do aborto literalmente, abortar é ato traumático física e psicologicamente. Não é desejável que nenhuma mulher passe por isso, porém a liberdade de escolha é o ponto chave da questão, e cada pessoa deve poder decidir conscientemente sobre suas prioridades, e o Conselho federal de Medicina ponderou isso, por isso se posicionaram a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção de gestação.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os 27 conselhos regionais de medicina (CRMs) deliberaram, por maioria, posicionamento das entidades componentes deste sistema, que representa 400 mil médicos brasileiros, com respeito à ampliação dos excludentes de ilicitudes penais em caso de interrupção da gestação. —É importante frisar que não se decidiu serem os Conselhos de Medicina favoráveis ao aborto, mas, sim, à autonomia da mulher e do médico. Neste sentido, as entidades médicas concordam com a proposta ainda em análise no âmbito do Congresso Nacional, esclareceu o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila. Segundo ele, os Conselhos de Medicina são contrários ao aborto, que continua a ser crime.

Diante do exposto, o CFM e os 27 CRMs expressam o entendimento alcançado, ressaltando que entendimentos distintos devem ser respeitados, como se espera num Estado Democrático de Direito. Espera-se, dessa forma, contribuir para o avanço desse debate no âmbito do Congresso, de forma específica, e na sociedade, sempre com a preocupação de qualificar o exercício da Medicina e melhorar a qualidade da assistência em saúde oferecida aos brasileiros.

Este tema está sendo tratado no âmbito da Reforma do Código Penal Brasileiro (PLS 236/2012), atualmente em tramitação no Congresso Nacional. A decisão dos Conselhos de Medicina foi tomada por meio dos representantes das entidades que participaram do I Encontro Nacional de Conselhos de Medicina 2013, realizado de 6 a 8 de março, em Belém (PA). As conclusões serão encaminhadas oportunamente à Comissão do Senado responsável pela elaboração do projeto.

Pelo entendimento dos Conselhos, com a aprovação dos pontos propostos pela Reforma

do Código Penal não haverá a chamada descriminalização do aborto. O que serão criadas são —causas excludentes de ilicitudell. Ou seja, somente nas situações previstas no projeto em tramitação no Congresso a interrupção da gestação não configurará crime. Atos praticados fora desse escopo deverão ser penalizados.

Por maioria, os Conselhos de Medicina concordaram que a Reforma do Código Penal, que ainda aguarda votação, deve afastar a ilicitude da interrupção da gestação em uma das seguintes situações: a) quando —houver risco à vida ou à saúde da gestantell; b) se —a gravidez resultar de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistidall; c) se for —comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicosll; e d) se —por vontade da gestante até a 12^a semana da gestaçãoll.

Para chegar a este posicionamento, os Conselhos de Medicina se debruçaram sobre o tema durante vários meses. Foram ouvidos representantes de diferentes segmentos e analisados inúmeros estudos e contribuições. Aspectos éticos e bioéticos; epidemiológicos e de saúde pública; sociais; e jurídicos foram avaliados. Representantes de grupos religiosos também foram chamados a colaborar, apresentando seu ponto de vista. Este conjunto de contribuições levou ao posicionamento adotado.

Do ponto de vista ético, entendeu-se, por maioria, que os atuais limites excludentes da ilicitude do aborto previstos no Código Penal de 1940, os quais vêm sendo respeitados pelas entidades médicas, são incoerentes com compromissos humanísticos e humanitários, paradoxais à responsabilidade social e aos tratados internacionais subscritos pelo governo brasileiro.

Para os Conselhos, a rigidez dos princípios não deve ir de encontro às suas finalidades. Neste sentido, deve-se ter em mente que a proteção ao ser humano se destaca como apriorístico objetivos moral e ético. Tais parâmetros não podem ser definidos a contento sem o auxílio dos princípios da autonomia, que enseja

reverência à pessoa, por suas opiniões e crenças; da beneficência, no sentido de não causar dano, extremar os benefícios e minimizar os riscos; da não maleficência; e da justiça ou imparcialidade, na distribuição dos riscos e benefícios, primando-se pela equidade.

Com relação aos aspectos epidemiológicos e de saúde pública, concluiu-se que a prática de abortos não seguros (realizados por pessoas sem treinamento, com o emprego de equipamentos perigosos ou em instituições sem higiene) tem forte impacto sobre a Saúde Pública. No Brasil, o abortamento é uma importante causa de mortalidade materna no país, sendo evitável em 92% dos casos. Além disso, as complicações causadas por este tipo de procedimento realizado de forma insegura representam a terceira causa de ocupação dos leitos obstétricos no Brasil. Em 2001, houve 243 mil internações na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) por curetagens pós-abortamento.

No campo social, levou-se em consideração as estatísticas de morbidade e mortalidade da mulher em decorrência de práticas inseguras na interrupção da gestação são ainda maiores devido à dificuldade de acesso à assistência adequada, especialmente da parcela menos favorecida da população. Na avaliação dos Conselhos, esse aspecto agrega a dimensão social ao problema, que lança no limbo um segmento importante de mulheres que acabam perdendo a vida ou comprometendo sua saúde por conta de práticas sem o menor cuidado.

Finalmente, na esfera jurídica, entende-se que a proposta de alteração do Código Penal estabelecida no PLS 236/2012 – não irá descriminalizar o aborto. A conclusão dos Conselhos de Medicina é de que com a aprovação desse projeto o crime de aborto continuará a existir, apenas serão criadas outras causas excludentes de ilicitude. Ou seja. Portanto, somente nas situações previstas no projeto em tramitação no Congresso que a interrupção da gestação não configurará crime. (Conselho Federal de Medicina. Conselhos de Medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação. 21 de março de 2013.)

7.2 ASPÉCTOS CLÍNICOS

No campo da obstetrícia a gravidez inicia-se quando o embrião fixa-se no útero, aproximadamente na segunda semana após o relacionamento sexual.

Segundo os livros Obstetrícia Básica (2007) e Williams Obstetrics (2005), a gravidez só se inicia a partir do contato do ovo com endométrio (implantação embrionária), embora o desenvolvimento de um novo —serll já tenha começado no momento da fecundação. Este tópico não entrará no mérito de divergências conceituais biológicas e sócias (religiosas) de gestação.

A implantação do blastocisto no epitélio endometrial começa normalmente no sexto dia após a fecundação. Mais precisamente, começa no final da primeira semana e se completa no fim da segunda semana. (Medgrupo ciclo1: Medcurso 2010. Obstetrícia. Vol. 1. Editora Medyklin. Pág. 13. 2010).

O termo utilizado para designar a interrupção da gravidez, voluntária ou não, é abortamento, o aborto é o material eliminado no processo do abortamento.

Os termos abortamento e aborto, algumas vezes são empregados como sinônimos, porém, abortamento refere-se ao processo e aborto ao produto eliminado. Segundo a OMS abortamento é definido como interrupção da gestação com feto pesando menos de 500 gramas ou com idade gestacional inferior a 20 semanas. Cerca de 20% a 25% das gestações evoluem para o abortamento espontâneo. Destas 80% são interrompidas até a 12ª semana. (Medgrupo ciclo1: Medcurso 2010. Obstetrícia. Vol. 3. Editora Medyklin. Pág. 11. 2010).

O abortamento pode ocorrer até a 20ª ou 22ª semana de gestação, pois há divergência de precisão deste tempo na literatura medicinal. Após esse período é denominado parto.

A definição de abortamento baseada na idade gestacional diverge entre a literatura disponível. O Ministério da Saúde a Febrasgo e Chaves

Netto (2007) definem abortamento como a interrupção da gestação antes de 22 semanas de gestação. O Williams Obstetric (2005) e Freitas (2006) utilizam o marco de 20 semanas gestacionais para definir abortamento. Na verdade, o critério para a definição de abortamento se baseia principalmente no peso fetal, que atinge 500g por volta de 20 a 22 semanas. (Medgrupo ciclo1: Medcurso 2010. Obstetrícia. Vol. 1. Editora Medyklin. Pág. 46. 2010).

No estudo da medicina analisa-se também a legislação, no livro Medcurso há um capítulo denominado Legislação e Interrupção Voluntária da Gravidez no Brasil, o qual explica de uma forma breve e ampla os casos em que o médico pode ou não fazer o procedimento.

O abortamento deve sempre ter o consentimento da mulher, salvo nos casos de risco iminente de vida. Paciente acima de 18 anos são capazes de consentir sozinhas pela realização do procedimento, enquanto aquelas entre 16 e 18 anos devem ser assistidas pelos pais ou responsáveis legais e aquelas menores de 16 anos deve ser representadas pelos mesmos. O abortamento só é permitido no Brasil nas seguintes situações: a) Abortamento em situações de risco para a gestante (Abortamento terapêutico), para sua realização, há que haver a anuência por escrito de dois médicos; b) Abortamento para gravidez decorrente de violência sexual. O código penal não exige a apresentação do boletim de ocorrência policial para a realização do procedimento. No entanto é permitido ao médico da unidade recusar-se a realizar se não se julgar capaz técnica ou moralmente, desde que a paciente seja referenciada a outro profissional que esteja apto a realiza-lo. Caso, posteriormente, fique provado que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o profissional que realizou o procedimento não poderá ser penalizado (artigo 20 do Código Penal Brasileiro).os profissionais envolvidos no procedimento não podem comunica-lo a autoridade policial sem o expreso consentimento da paciente. ((Medgrupo ciclo1: Medcurso 2010. Obstetrícia. Vol. 3. Editora Medyklin. Pág. 17. 2010).

Os livros de medicina no Brasil se baseiam parcialmente nos livros de medicina dos Estados Unidos e como neste país interrupção voluntária da gravidez é permitida, tais livros comentam sobre o procedimento, além de frisar o suporte ao direito feminino de abortar. Como no caso do capítulo Aborto Voluntário, do relevante livro para a obstetrícia —Williams Obstetrics.

A interrupção da gravidez antes da viabilidade a pedido da mulher, mas não por razões médicas, é usualmente denominado aborto voluntário. Estes procedimentos compreendem a maior parte dos abortos feitos hoje, e de acordo com as Estatísticas Vitais Nacionais Reportadas, aproximadamente uma gravidez é eletivamente interrompida para cada quatro nascidos vivos nos Estados Unidos (Ventura and colleagues, 2008). A Comissão Executiva do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas apoia o direito legal das mulheres para obter um aborto antes da viabilidade fetal e considera esta uma questão médica entre uma mulher e seu médico. (CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth J.; BLOOM, Steven L.; HAUTH, John C.; ROUSE, Dwight J.; SPONG, Catherine Y. Williams Obstetrics. 23rd Edition. Medical. 2010. Page 227).

8. ARGUMENTOS CONTRÁRIOS

Os argumentos contrários ao abortamento em qualquer hipótese são principalmente com justificativas religiosas, baseando-se na inviabilidade da vida do feto ou embrião. Alguns mais radicais são contra uso de anticoncepcionais.

O aborto é, de maneira cientificamente indiscutível, um atentado direto à vida humana, à vida de um ser humano procriado, em gestação e indefeso. Representa, pois, uma hipocrisia o uso da expressão "interrupção voluntária da gravidez", que só significa morte de um novo ser, como a discussão entre os patrocinadores do aborto, contra todas as conclusões da Medicina, sobre se o crime deve ser cometido com mais ou menos dias, com mais ou menos meses de gestação. Não ignoramos nem queremos esconder os graves

problemas sociais que estão na base do aborto clandestino. Para combatê-los, não é admissível mascará-los com o direito ao crime, em vez de ir às suas causas. Urge a continuação de tomada de medidas positivas de natureza humana, social e ética (planejamento familiar, apoio à mãe solteira, o desenvolvimento da instituição da adoção, o incremento de correta assistência social, atenção construtiva aos fatores de desagregação moral na família e na educação etc.).

Também é lamentável a confusão que se faz enumerando o aborto como um dos meios possíveis de limitação da natalidade. Não é. É, sim, um meio sofisticado de condenar à morte um ser inocente. Isso não quer dizer que não alertamos também para a necessidade de proibir o comércio de anti-conceptivos que são de natureza abortiva. A legalização do aborto é também um dos mais graves atentados contra a mulher - quando pugna pelos seus direitos e é ludibriada a julgar que naqueles se contém o de abortar -, pois a torna um objeto da irresponsabilidade masculina e é impelida a ser autora do crime em que terá a menor culpa. Atribuir-lhe o direito de amputar o corpo é duplamente falso: ninguém deve-se considerar com direito a cortar um braço, e o seu filho não é o seu corpo mas um novo ser com direito à vida. Finalmente queremos deixar bem claro que a nossa condenação absoluta do aborto nada tem a ver com a condenação de pessoas concretas. Desde sempre, e com muito mais razão com o aperfeiçoamento do nosso ordenamento jurídico, cada pessoa merece ser considerada como tal, quer no plano da moral quer no do Direito. O crime pode existir e, não obstante, pode-se absolver quem o praticou, dadas as circunstâncias que envolvam tal prática. (MANUELA, Maria e CARDOSO, Augusto Lopes. Responsáveis Nacionais das Equipes de Nossa Senhora. Boletim do Movimento Equipes de Nossa Senhora. Movimento em defesa da Vida.)

O movimento é conhecido internacionalmente como pro-life, termo utilizado em países de língua inglesa para defender o direito fundamental à

vida, incluindo a vida intra-uterina, como valor universal. Sua principal argumentação contra o aborto baseia-se na de que a vida humana começa na fecundação, e na filosofia do "respeito à vida inocente". A grande maioria das ações de movimentos pró-vida é pacífica, realizando manifestações, campanhas de oração, esclarecimento e todo tipo de auxílio a mães que pensam em abortar. Ocorreram, no entanto, casos em que indivíduos de movimentos "pró-vida" levaram a cabo ataques a clínicas onde se pratica aborto, e a profissionais que nelas trabalham. Esses ataques algumas vezes incluíram, por parte de radicais, o uso de bombas e armas.

O aborto é uma chaga que se alastra por quase todos os países. Atualmente, ele passou a ser considerado um —direito da mulher. Faz parte da chamada —cultura da morte que, aos poucos está sendo implantada no mundo. Contudo, mesmo passando de algo —mal visto para algo aceito, não se torna menos grave, principalmente aos olhos de Deus. O aborto é um crime gravíssimo e como tal requer também uma pena drástica.

A Igreja possui o Código de Direito Canônico e, uma de suas seções trata justamente das penas espirituais para aqueles que cometem crimes. O aborto é um desses crimes tipificados pelo Código. O cânon 1398 diz que: —quem provoca aborto, seguindo-se o efeito, incorre em excomunhão latae sententiae.

Portanto, mesmo que o aborto seja cometido em algum país cuja legislação não o tem como crime, mas sim como um direito, conforme dito, não deixa de ser e é punido exemplarmente pela Igreja. A excomunhão latae sententiae significa que, no momento em que o aborto é cometido, um juiz superior (Deus) julga, condena e executa a pena. Não necessita de declaração posterior de quem quer que seja. É automática e só pode ser levantada (suprimida) com a absolvição do Bispo local ou com a de quem ele conferir essa capacidade.

A pergunta seguinte é: todos que cometem aborto ou concorrem para que ele aconteça são automaticamente excomungados? A resposta é não. Para que a sentença seja aplicada é preciso que a pessoa envolvida saiba da existência do crime e da pena. Se a pessoa não se encaixa nesse perfil não pode ser punida. Com efeito, o mesmo vale para o legislador católico que vota a favor da legalização do

aborto ou de medidas que o facilitem ou acarretem.

Seja como for, é cada vez mais urgente a conscientização de todos os católicos acerca da gravidade desse crime, pois, como diz o Catecismo da Igreja Católica, —o inalienável direito à vida de todo indivíduo humano inocente é um elemento constitutivo da sociedade civil e de sua legislação(CIC 2272), ou seja, faz parte dos fundamentos da vida em sociedade a defesa incondicional da vida, sob pena de condenação eterna. (RICARDO, Paulo. Aborto e excomunhão. 2012).

9. COMO SOLUCIONAR

A principal maneira para acabar com essa questão é evitar que gravidez indesejada aconteça, e assim evita-se o aborto voluntário. Porém esta maneira é utópica e impossível, por mais que haja campanhas de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais acessíveis mulheres continuarão engravidando. Então há de se enfrentar e deixar de ignorar o problema e procurar a melhor solução possível, com debates, discussões, educação para jovens, etc. Entretanto já está comprovado que criminalizar o aborto não é a melhor solução.

As medidas necessárias à redução da gravidez não planejada ou indesejada incluem orientações seguras na atenção pós-abortamento, na orientação anticoncepcional, divulgação e oferta da importância da anticoncepção de emergência e garantia de suporte psicológico e social quando necessário. Os indicadores de saúde materna demonstram que a assistência ao abortamento não apresenta qualidade compatível com os recursos disponíveis. Por isso, a ampliação do acesso deve caminhar junto à qualificação da rede já instalada. (Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Pág. 147).

Há de se evitar que o problema aconteça, com educação e programas de planejamento familiar e métodos contraceptivos, o que já acontece no nosso país, porém deve ser levado mais a sério e deve haver uma preocupação maior da população.

Oferecer métodos contraceptivos de forma gratuita a mulheres com maior risco de ter uma gravidez indesejada diminuiu as taxas de aborto de forma significativa, concluiu uma nova pesquisa feita nos Estados Unidos. Entre as participantes desse estudo, que passaram a fazer uso de algum anticoncepcional escolhido por cada uma, a taxa de aborto em um período de dois anos foi quase 80% menor em relação à média nacional. Esses resultados foram publicados nesta semana no periódico *Obstetrics&Gynecology*.

Segundo os autores do estudo, quase metade das gestações nos Estados Unidos não é planejada — 50% delas ocorrem pelo não uso de algum contraceptivo e os outros 50%, pelo uso errado ou irregular do método. —Gravidez indesejada continua a ser um grave problema de saúde no país, tendo maiores proporções entre as adolescentes e mulheres com menores níveis econômico e de escolaridade, diz Jeff Peipert, coordenador da pesquisa.

O estudo, desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de Washington em St. Louis, selecionou 9.256 mulheres de 14 a 45 anos que apresentavam maior risco de ter uma gravidez indesejada — ou seja, não faziam uso de nenhum anticoncepcional, tinham vida sexual ativa e não queriam engravidar. As participantes receberam informações sobre como funciona cada tipo de anticoncepcional e puderam optar pelo método contraceptivo de sua preferência. A maioria optou pelos métodos de longa duração, como o dispositivo intra-uterino (DIU) ou os implantes, mas elas também tinham a escolha de fazer o uso de outros métodos, como pílulas, adesivos ou anéis vaginais.

Redução — Em um período de dois anos, a taxa de aborto entre as participantes oscilou entre 4,4 e 7,5 casos por 1.000 mulheres — uma taxa de 62% a 78% menor em comparação com o número de abortos registrados nos Estados Unidos no mesmo período, que foi de 19,6 procedimentos para cada 1.000 mulheres.

Quando os autores olharam apenas para a taxa de aborto entre as meninas de 15 a 19 anos de idade, eles descobriram que a redução do procedimento foi ainda maior. Entre as participantes do estudo dessa faixa-etária, a

incidência de aborto foi de 6,3 para cada 1.000 adolescentes — 82% menor do que a média nacional para esse grupo. (VEJA. Anticoncepcional gratuito pode reduzir número de abortos em até 80%. 05 de outubro de 2012).

Outra questão preocupante é a gravidez na adolescência, o que ocasiona grande número de casos de abortamento entre adolescentes, caso que já se tornou banal entre a sociedade, mas continua merecendo atenção especial. Entre as adolescentes o risco de fazer um procedimento de abortamento arriscado é maior, pois essas garotas acabaram de sair da fase da infância e não tem muito conhecimento sobre gestação e afins, além do mais na maioria das vezes não tem acesso à informação de qualidade ou a alguém que tenha conhecimento e disposição para ajudá-las e instruí-las. Motivo pelo qual é extremamente necessário levar a informação aos lugares que jovens frequentam, como escolas e faculdades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para o grande número de mães adolescentes em todo o mundo, na véspera das comemorações pelo Dia das Mães. Calcula-se que uma em cada cinco meninas fica grávida até os 18 anos. Anualmente, 16 milhões de adolescentes, entre 15 e 19 anos, dão a luz um bebê.

Em muitos locais do mundo, as mulheres são pressionadas a casar-se e ter filhos com pouca idade, o que justifica os altos índices de gravidez na adolescência. Nos países pobres, mais de 30% das jovens casam-se antes de completar 18 anos.

A pouca escolaridade também contribui para a gravidez precoce. —As taxas de gestação entre mulheres com menos estudo é maior em comparação à das mulheres com mais anos de educação, diz comunicado da OMS.

De acordo com a organização, muitas adolescentes não sabem como evitar uma gravidez ou não têm acesso aos métodos contraceptivos. Outra preocupação é quanto aos problemas de saúde provocados por uma gestação na adolescência. Complicações na gravidez e no parto são a primeira causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos em países pobres.

—Ter bebês durante a adolescência traz sérias consequências para a saúde da garota e da criança, especialmente em locais onde os sistemas de saúde são deficientes. Em alguns

países, as adolescentes recebem menos cuidados durante e depois do parto em comparação às adultas.

As garotas também se sujeitam mais a abortos ilegais. Cerca de 3 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos fazem abortos inseguros todos os anos. (Agência Brasil. Uma em cada cinco meninas engravida até os 18 anos no mundo, alerta OMS. 12 de maio de 2012).

A orientação educacional e programas do Estado para estimular o debate sobre a questão da gravidez indesejada, também é importante para tirar esse tabu que envolve o assunto, é uma decisão muito importante ter ou não filhos, que gera impacto para toda a vida, não só da mulher como de quem a envolve. Por isso deve-se tratar a mulher que sofreu um abortamento como ser humano e não como criminosa, O Ministério da Saúde ressalta que é preciso —orientar e acolher a mulher em situação de abortamento. Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde abortando está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento.

Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: —dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração. Pode também ser definido como —receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. A orientação pressupõe

o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada. A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia. A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência. A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia. necessidades. Cabe ao profissional adotar —atitude terapêuticall, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Esta prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional; muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica. Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a

qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência.

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado a sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da Psicologia e do Serviço Social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A Enfermagem também tem papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde. Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela Psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para este atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada. Por envolver questões subjetivas de quem atende e de quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões coletivas, supervisões clínicas, troca de preocupações, confronto de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas. Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o

suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a. Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer relação de confiança. (Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Brasília – DF, 2005. Pág. 17, 18, 19 e 20).

E, logicamente, deve-se auxiliar e informar sobre todos os métodos contraceptivos, para que o processo de abortamento não ocorra novamente com uma mulher que já sofreu tal procedimento.

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida, portanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação anticoncepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, a anticoncepção deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a

eficiência de cada método para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intra-uterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização destes métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque. (Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Brasília – DF, 2005. Pág. 30).

10. CONCLUSÃO

Por fim, é de suma importância ressaltar que ninguém é a favor do aborto literalmente. O abortamento é um procedimento doloroso física e psicologicamente. Este trabalho não visa fazer apologia a nenhum crime, nem a obrigar nenhuma mulher a abortar. O objetivo é trazer conhecimento mais amplo sobre o assunto, estimular debates e encorajar as mulheres a lutarem por seus direitos e liberdade de escolha e de expressão. O médico Dr. Dráuzio Varella explicou bem o ponto de vista dos “pró escolha” em seu artigo publicado.

A questão do aborto está mal posta. Não é verdade que alguns sejam a favor e outros contrários a ele. Todos são contra esse tipo de solução, principalmente os milhões de mulheres que se submetem a ela anualmente por não enxergarem alternativa. É lógico que o ideal seria instruí-las para jamais engravidarem sem desejá-lo, mas a natureza humana é mais complexa: até médicas ginecologistas ficam grávidas sem querer.

Não há princípios morais ou filosóficos que justifiquem o sofrimento e morte de tantas meninas e mães de famílias de baixa renda no Brasil. É fácil proibir o abortamento, enquanto esperamos o consenso de todos os brasileiros a respeito do instante em que a alma se instala num agrupamento de células embrionárias, quando quem está morrendo são as filhas dos outros. Os legisladores precisam abandonar a imobilidade e encarar o aborto como um problema grave de saúde pública, que exige solução urgente. (VARELLA, Dráuzio. A QUESTÃO DO ABORTO).

REFERÊNCIAS

- Agência Brasil. Uma em cada cinco meninas engravida até os 18 anos no mundo, alerta OMS. 12 de maio de 2012. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/uma-em-cada-cinco-meninas-engravida-ate-os-18-anos-no-mundo-alerta-oms-20120512.html>>
- CARDOSO, Bia. A mulher que aborta. Geledés - Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <<http://arquivo.geledes.org.br/areas-de-atuacao/questoes-de-genero/180-artigos-de-genero/20142-a-mulher-que-aborta>>
- Conselho Federal de Medicina. Conselhos de Medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação. 21 de março de 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661:conselhos-de-medicina-se-posicionam-a-favor-da-autonomia-da-mulher-em-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3
- DIP, Andréia. Em entrevista ao ginecologista e obstetra Jefferson Drezett. Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 17 de setembro de 2012. Disponível em: <<http://apublica.org/2013/09/lei-e-eficaz-para-matar-mulheres-diz-pesquisador/>>
- DUARTE, Marcos. Aborto. Infoescola. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/etica/aborto/>>
- GALEOTTI, Giulia. História do aborto: Os muitos protagonistas e interesses de uma larga vicissitude. Coimbra: Edições 70, 2007.
- GOULART Michel. A Tribuna. 2013. Disponível em: <<http://www.historiadigital.org/artigos/uma-breve-historia-do-aborto/>>
- GRIMES, David A. and Mitchell D. Creinin. Induced Abortion: An Overview for Internists. Annals of Internal Medicine. 2004. Pag. 140. Disponível em: <<https://www.womenonweb.org/pt/page/533/in-collection/6908/will-you-be-able-to-get-pregnant-and-have-children-after-a-medical-abortion>>

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf

Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre o aborto no Brasil. Série B. textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2009. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>>

Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>

Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Publicação do Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>

PEREGIL, Francisco. Argentina despenaliza el aborto para mujeres violadas El País. 13 de março de 2012. Disponível em: <

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/03/13/actualidad/1331644072_190589.html>

RICARDO, Paulo. Aborto e excomunhão. 2012. Disponível em:

<https://padrepauloricardo.org/episodios/aborto-e-excomunhao?utm_content=buffer8d7ed&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer>

ROHDEN, Fabiola. A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Fiocruz, 2003.

SAGAN Carl, Bilhões e Bilhões. Editora Schwarcz. 1997.

The Abortion and Eugenics Policies of Nazi Germany - Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Vol 16, no. 1, 2001. by John Hunt, Ph.D. Disponível em: <

http://www.lifeissues.net/writers/air/air_vol16no1_2001.html>

VARELLA, Drauzio. A QUESTÃO DO ABORTO. Disponível em:

<<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez/a-questao-do-aborto/>>

VARELLA, Dráuzio. A QUESTÃO DO ABORTO. Disponível em:

<<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/gravidez/a-questao-do-aborto/>>

VEJA. Anticoncepcional gratuito pode reduzir número de abortos em até 80%. 05 de outubro de 2012. Disponível em:

<<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/anticoncepcional-gratuito-pode-reduzir-numero-de-abortos-em-ate-80>>

APÊNDICE

Entrevista na Delegacia de Homicídios

Delegado (a): Marisleide Souza

As perguntas que conduziram a entrevista foram as seguintes:

1. Há quanto tempo trabalha na Homicídios?
2. É a favor da descriminalização do aborto?
3. Porque?
4. Já atendeu alguma autora do crime de aborto?
5. O que ela alegou? Estava arrependida?
6. Considera um problema social?
7. Qual acha que seria a melhor solução?

Entretanto a delegada Marisleide Souza não nos respondeu cada pergunta em sim, mas uma redação tratada com uma conversa informal, que fora relatada a seguir:

Trabalha na Delegacia de Homicídios desde novembro de 2012, entretanto nunca presenciou um caso de crime de aborto no local. Não é a favor da descriminalização do aborto, pois ainda não pensou muito a respeito, e acredita que no Brasil as leis são de mídia, e o que impulsiona a mudança da legislação é o clamor público, não há o estudo sobre impacto social, jurídico e econômico das leis, já que há a demagogia dos políticos. Existem mais situações especiais que necessitam de mudança na legislação, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e a segurança pública. Acredita que precisa de mais rigor e efetividade nas leis. Acrescenta que deveria ter um incentivo maior para a adoção, e que o ECA ajuda muito o procedimento adotivo. Existem muitas mulheres usuárias de drogas que tem filhos e os abandonam, e a legislação devolve esses filhos abandonados para a família, exemplificando com um caso de uma mãe em Goiânia que abandonou seu filho em uma caçamba de lixo e para o tê-lo de volta fingiu não ser a mãe, e mesmo depois da descoberta da verdade ela teve a permissão de continuar com o filho, pois a legislação a amparava. A delegada disse que já conheceu alguma mulher que praticou o aborto induzido, ao ser indagada se acha que essa mulher deveria ser presa ou sofrer condenação penal Marisleide respondeu que em tese a mulher deveria responder pelo crime, porém a lei tem circunstâncias atenuantes, circunstâncias paralegais, e conformidade com a possibilidade de conduta diversa. Essas mulheres que a delegada conheceu não se arrependeram de ter abortado.

Comenta que as situações mais graves são as de usuárias de drogas. Contudo acredita que deveria haver campanhas para a mulher ter o bebê e doá-lo, em vez de insistir para que a criança viva em uma família sem estruturas físicas, psicológicas, pois a criança morre aos poucos neste ambiente e se ela consegue sobreviver o futuro dela pode ser o de se tornar outro usuário, criminoso, etc.

Em vez de descriminalizar procurar alternativas.

Diz que concorda que vítimas de estupro devem escolher entre ter o filho ou não, pois há sérias consequências psicológicas e fisiológicas que se transferem também para a criança, é claro que a mulher e a criança terão traumas para o resto da vida.

Considera o caso de problema social, alegando que o governo deve dar melhores estruturas para se ter filhos, e que não haja dificuldades para a adoção.

Analisa que se uma mulher não abortar por medo da punição legal, o que não acontece, a criança será descartada aos poucos no futuro, pois se ela não foi descartada quando era um embrião poderá ser morando na mesma casa e convivendo nessa família que não a desejava, o que causa um abandono no lar ou para terceiros.