

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO

MENINAS QUE (NÃO) ABORTAM:

Uma análise sobre os obstáculos enfrentados por meninas menores de 14 (catorze) anos
vítimas do crime de estupro de vulnerável na realização do procedimento abortivo

LETÍCIA SOUZA DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro

2023/2

LETÍCIA SOUZA DE OLIVEIRA

MENINAS QUE (NÃO) ABORTAM:

Uma análise sobre os obstáculos enfrentados por meninas menores de 14 (catorze) anos
vítimas do crime de estupro de vulnerável na realização do procedimento abortivo

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da
graduação em Direito da Universidade Federal do Rio
de Janeiro como pré-requisito para obtenção do grau
em Direito, sob a orientação do Professor Doutor
Cezar Augusto Rodrigues Costa.

Rio de Janeiro

2023/2

CIP - Catalogação na Publicação

O48m Oliveira, Letícia Souza de
MENINAS QUE (NÃO) ABORTAM: Uma análise sobre os
obstáculos enfrentados por meninas menores de 14
(catorze) anos vítimas do crime de estupro de
vulnerável na realização do procedimento abortivo /
Letícia Souza de Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2023.
70 f.

Orientador: Cezar Augusto Rodrigues Costa.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2023.

1. Aborto Legal. 2. Estupro de vulnerável. 3.
Gravidez. 4. Serviços Médicos. I. Costa, Cezar
Augusto Rodrigues, orient. II. Título.

LETÍCIA SOUZA DE OLIVEIRA

MENINAS QUE (NÃO) ABORTAM:

Uma análise sobre os obstáculos enfrentados por meninas menores de 14 (catorze) anos vítimas do crime de estupro de vulnerável na realização do procedimento abortivo

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro como pré-requisito para obtenção do grau em Direito, sob a orientação do Professor Doutor Cezar Augusto Rodrigues Costa.

Data da Aprovação: 04/12/2023.

Banca Examinadora:

Professor Doutor Cezar Augusto Rodrigues Costa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professor Francisco Ramalho Ortigão Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professor Nilo César Martins Pomplíio da Hora
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023/2

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Andréia e Odilio, o meu mais profundo e sincero obrigada. Obrigada pelo sacrifício que fizeram para que eu tivesse todas as oportunidades que vocês não tiveram. Obrigada por todo o suporte que vocês me deram ao longo da graduação e dos últimos quase vinte e cinco anos. Esse trabalho é dedicado a vocês, porque sem seu apoio eu não estaria aqui. Sem vocês eu não seria eu. Eu amo vocês com todo o meu coração.

À minha irmã, Mariana, minha melhor amiga e companheira. Minha vida não seria a mesma sem você. Obrigada por ser minha parceira nas horas boas e, principalmente, nas horas ruins. Eu amo você, pãozinho de mel.

Ao meu namorado e melhor amigo, Hudson, agradeço por tudo o que construímos juntos nesta caminhada e por ter dividido e realizado esse sonho comigo. Obrigada por todo o apoio e companheirismo. É incrível conquistar o mundo ao seu lado. Amo-te tanto e ainda não te amo tudo.

Aos meus amigos, Ana Flávia, Duanny, Gabriela, Matheus e Vinícius, sem a companhia e a ajuda de vocês a faculdade seria muito mais difícil. Serei eternamente grata por todas as memórias e por tudo o que construímos juntos. Os cinco anos que vivemos juntos foram incríveis e assim serão os próximos cinquenta. Desejo todo o sucesso do mundo para vocês.

*“me levanto
sobre o sacrifício
de um milhão de mulheres que vieram antes
e penso
o que é que eu faço
para tornar essa montanha mais alta
para que as mulheres que vierem depois de
mim possam ver além”*

(Rupi Kaur)

RESUMO

Nos últimos anos, notícias sobre meninas grávidas, vítimas do crime de estupro de vulnerável, impedidas de interromper legalmente sua gestação inundaram os jornais do país. Apesar do permissivo legal que garante o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro, diversas instituições, de hospitais a tribunais, negaram a essas meninas a efetivação de seu direito. Desse modo, o presente trabalho visa abordar a acessibilidade do aborto legal para as meninas brasileiras, investigando os obstáculos que enfrentam quando buscam a interrupção legal da gravidez nos serviços de saúde.

Palavras-chaves: aborto legal; aborto humanitário; estupro de vulnerável; gravidez; serviços médicos.

ABSTRACT

In the last years, news about pregnant girls, victims of the crime of rape of a vulnerable person, prevented from legally terminating their pregnancies flooded the country's newspapers. Despite the legal permissiveness that guarantees abortion in cases of pregnancy resulting from rape, several institutions, from hospitals to courts, denied these girls the realization of their rights. Therefore, this work aims to address the accessibility of legal abortion for Brazilian girls, investigating the obstacles they face when seeking legal termination of pregnancy in health services.

Keywords: legal abortion; humane abortion; rape of a vulnerable person; pregnancy; medical services.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. ESTUPRO DE VULNERÁVEL CONTRA MENINAS MENORES DE 14 ANOS: UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO.....	15
1.1. Raízes históricas da vulnerabilidade infantil e feminina.....	15
1.2. Violência sexual infantil na contemporaneidade.....	22
2. O DIREITO AO ABORTO NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO..	32
2.1. Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas.....	32
2.2. Código Criminal do Império do Brasil (1830).....	34
2.3. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil de 1890.....	36
2.4. Código Penal de 1940 até os dias atuais.....	40
3. OS OBSTÁCULOS ENFRENTADOS NA REALIZAÇÃO DO ABORTO.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

INTRODUÇÃO

Pernambuco, ano de 2009. Ártemis¹, natural de Alagoinha, município interiorano de Pernambuco, era uma menina franzina de nove anos quando as dores apareceram². Sua baixa estatura, associada ao corpo magro, faziam-na parecer ainda mais jovem do que, realmente, era³. Preocupada com as angústias que então afligiam sua filha, a mãe de Ártemis resolveu buscar ajuda médica⁴. Para tanto, genitora e infante viajaram cerca de 20 quilômetros até Pesqueira⁵, cidade que, conquanto pequena, ainda era maior do que sua terra natal. Lá, no hospital, a causa das dores foi, então, descoberta: a menina estava na 16^a semana de uma gestação de gêmeos⁶. As palavras, antes engasgadas ou, mesmo, desconhecidas, pulularam: desde os seis anos⁷, Ártemis sofria reiterados estupros. A mãe nada sabia⁸. Seu algoz? O padrasto, que também abusava sexualmente de sua irmã mais velha⁹. A gravidez recém-descoberta havia sido apenas o ponto de saturação de um longo histórico de violações. Começava, aí, uma verdadeira via-crúcis em busca do aborto legal.

Além de a gravidez de Ártemis ter sido fruto de um estupro, o que, *per si*, já seria

¹ Nome fictício.

² WANDERLEY, Ed. “Eu estava com medo”: o dilema do médico excomungado por fazer aborto em garota de 9 anos. **Uol Notícias**, Recife, 26 jun. 2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimasnoticias/2018/06/23/o-dilema-de-um-medico-excomungado-por-fazer-um-aborto-em-uma-garota-de-9-anos.htm>. Acesso em: 27 set. 2023.

³ SUAREZ, Joana. Mulheres ainda lutam por direito à contraceção e ao aborto legal em comunidades pernambucanas. **Pública**, [S.I.], 21 ago. 2018. Disponível em: <https://apublica.org/2018/08/mulheres-aindalutam-por-direito-a-contracepcão-e-ao-aborto-legal-em-comunidades-pernambucanas/>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁴ CRIANÇA de 9 anos vai interromper gravidez de gêmeos: Família solicitou interrupção diante do risco que a menina corre. **G1**, São Paulo, 01 mar. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1022660-5598,00-CRIANCA+DE+ANOS+VAI+INTERROMPER+GRAVIDEZ+DE+GEMEOS.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁵ EQUIPE médica excomungada diz que não está arrependida. **Estadão**, [S.I.], 06 mar. 2009. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,equipe-medica-excomungada-diz-que-nao-esta-arrependida,334543>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁶ PRESO padrasto suspeito de engravidar enteada de 9 anos. **G1**, São Paulo, 27 fev. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1021299-5598,00-PRESO+PADRASTO+SUSPEITO+DE+ENGRAVIDAR+ENTEADA+DE+ANOS.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁷ MAGENTA, Matheus. Menina de 9 anos estuprada interrompe gravidez de gêmeos em Recife (PE). **Folha de São Paulo**, [S.I.], 04 mar. 2009. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2009/03/529301-menina-de-9-anos-estuprada-interrompe-gravidez-de-gemeos-em-recife-pe.shtml>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁸ GUANDELIN, Leonardo. Menina de 9 anos estuprada por padrasto é submetida a aborto em Recife. **Extra**, São Paulo, 04 mar. 2009. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/menina-de-9-anos-estuprada-por-padrao-submetida-aborto-em-recife-245565.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

⁹ PRESO padrasto suspeito de engravidar enteada de 9 anos. **G1**, São Paulo, 27 fev. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1021299-5598,00-PRESO+PADRASTO+SUSPEITO+DE+ENGRAVIDAR+ENTEADA+DE+ANOS.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

suficiente para autorizar a realização do aborto legal, os profissionais da área de saúde que atuaram, à época, no caso foram unâimes em afirmar que a manutenção de uma gestação de gêmeos numa mulher de tão tenra idade, cujos órgãos sexuais ainda não haviam atingido a plena maturação, colocaria em risco sua vida¹⁰. Desta forma, se os fetos permanecessem no ventre de Ártemis, a possibilidade de ocorrência de complicações gestacionais seria altíssima. Seu corpo pueril não resistiria ao parto¹¹. Ártemis pagaria com sua própria vida. Ou os fetos ou Ártemis. A mãe da menina escolheu a filha.

Muito embora a decisão da progenitora estivesse amparada em permissivos legais autorizadores do aborto (risco para a mulher e estupro¹²), não foi sem resistência que a referida escolha foi recepcionada pela comunidade local.

Como a interrupção da gravidez não era efetuada nas unidades hospitalares do interior, Ártemis teve que se deslocar para a capital de seu estado (203 quilômetros separam Alagoinha de Recife¹³), no que talvez se consubstancie num dos principais empecilhos à concretização do aborto legal: a distância espacial entre as pessoas que necessitam do serviço e os estabelecimentos de saúde aptos à sua execução. Depois de ter que deixar o agreste pernambucano para se submeter ao procedimento, Ártemis viu frustrada a chance de pôr um termo à gravidez. O Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), hospital que realizaria, inicialmente, o aborto, sucumbiu à pressão de grupos religiosos¹⁴ e desistiu de prestar o

¹⁰ CRIANÇA de 9 anos vai interromper gravidez de gêmeos: Família solicitou interrupção diante do risco que a menina corre. **G1**, São Paulo, 01 mar. 2009. Disponível em: [ttp://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1022660-5598,00-CRIANCA+DE+ANOS+VAI+INTERROMPER+GRAVIDEZ+DE+GEMEOS.html](http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1022660-5598,00-CRIANCA+DE+ANOS+VAI+INTERROMPER+GRAVIDEZ+DE+GEMEOS.html). Acesso em: 27 set. 2018. Ademais: FREITAS, Ana Lima. Menina de 9 anos recebe alta após aborto de gêmeos no Recife. **Terra**, Recife, 06 mar. 2009. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/policia/menina-de-9-anos-recebe-altaapos-abortode-gemeos-no-recife,52e83e232cb4b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹¹ MENINA de nove anos que fez aborto já está em um abrigo público. **Último Segundo**, [S.I.], 06 mar. 2009. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/menina-de-nove-anos-que-fez-aborto-ja-esta-em-umabrigopublico/n1237640121463.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹² Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

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

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

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

¹³ MENINA interrompe gravidez de gêmeos: criança de 9 anos teria sido vítima de constantes abusos sexuais do padrasto nos últimos três anos, em Alagoinha, no interior pernambucano. **Gazeta do Povo**, São Paulo, 04 mar. 2009. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/menina-interrompe-gravidez-de-gemeos-bghkaft85gptvspjno9nlzqry/>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁴ Grupos religiosos fizeram vigília na frente do Imip de forma a impedir a realização do procedimento. Para mais informações, ver: WANDERLEY, Ed. “Eu estava com medo”: o dilema do médico excomungado por fazer aborto em garota de 9 anos. **Uol Notícias**, Recife, 26 jun. 2018. Disponível em:

atendimento à menina.

Após toda essa peregrinação, a criança foi, enfim, internada no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), maternidade pública de Recife vinculada à Universidade de Pernambuco¹⁵. As drogas abortivas lhe foram, então, ministradas. Horas depois, os fetos foram expelidos. O aborto havia sido consumado¹⁶. Com a consumação do aborto, veio, porém, outra notícia¹⁷: o então arcebispo de Recife e Olinda, dom José Cardoso Sobrinho, que acompanhara a história de Ártemis desde o início e manifestara a ferrenha oposição da Igreja Católica à interrupção da gravidez, tão logo soube que o procedimento havia se aperfeiçoado, declarou a excomunhão¹⁸ de todas as pessoas envolvidas no aborto. A mãe da criança, o médico responsável pela administração da terapêutica abortiva e toda a equipe médica, por terem concorrido para a realização do abortamento, foram excomungados.

Justificando a medida, dom José Cardoso Sobrinho disse¹⁹, posteriormente, à imprensa, que: “A lei de Deus está acima de qualquer lei humana. Então, quando uma lei humana, quer dizer, uma lei promulgada pelos legisladores humanos, é contrária à lei de Deus, essa lei humana não tem nenhum valor.” Indagado acerca de uma eventual aplicação da pena

<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/06/23/o-dilema-de-um-medico-excomungado-por-fazer-um-aborto-em-uma-garota-de-9-anos.htm>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁵ GUANDELIN, Leonardo. Menina de 9 anos estuprada por padrasto é submetida a aborto em Recife. **Extra**, São Paulo, 04 mar. 2009. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/menina-de-9-anos-estuprada-por-padrasto-submetida-aborto-em-recife-245565.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁶ MÉDICO diz que gravidez de menina de 9 anos foi interrompida. **G1**, São Paulo, 04 mar. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1027257-5598,00-MEDICO+DIZ+QUE+GRAVIDEZ+DE+MENINA+DE+ANOS+FOI+INTERROMPIDA.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁷ ARCEBISPO excomunga médicos e parentes de menina que fez aborto: Garota de 9 anos teria sido violentada pelo padrasto. Médico diz que havia risco de morte caso gravidez continuasse. **G1**, 05 mar. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1028529-5598,00-ARCEBISPO+EXCOMUNGA+MEDICOS+E+PARENTES+DE+MENINA+QUE+FEZ+ABORTO.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁸ Segundo Faus (2009), “D. José Cardoso Sobrinho não puniu ninguém com excomunhão. Limitou-se a declarar que a mãe e os médicos diretamente responsáveis pelo aborto tinham incorrido numa pena automática prevista pela lei da Igreja. Com efeito, o cânon 1398 do Código de Direito Canônico vigente diz assim: «Quem provoca o aborto, seguindo-se o efeito, incorre em excomunhão *latae sententiae*» (o que significa, na linguagem jurídico-canônica, “por sentença dada pela própria lei”, ou seja, é uma pena tipificada no Código em que se incorre automaticamente ao cometer o delito).” Para mais informações, ver: FAUS, Francisco. A menina, o aborto e a excomunhão, 2009. Disponível em: <http://www.padrefaus.org/2009/05/25/a-menina-o-aborto-e-a-excomunhao/>. Acesso em: 27 set. 2023.

¹⁹ ARCEBISPO excomunga médicos e parentes de menina que fez aborto: Garota de 9 anos teria sido violentada pelo padrasto. Médico diz que havia risco de morte caso gravidez continuasse. **G1**, [S.I.], 05 mar. 2009. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1028529-5598,00-ARCEBISPO+EXCOMUNGA+MEDICOS+E+PARENTES+DE+MENINA+QUE+FEZ+ABORTO.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

de excomunhão ao padrasto da menina, autor dos estupros, o religioso afirmou²⁰: “Ele cometeu um crime enorme, mas não está incluído na excomunhão²¹” E continuou: “Esse padrasto cometeu um pecado gravíssimo. Agora, mais grave do que isso, sabe o que é? O aborto, eliminar uma vida inocente”.

Quase dez anos se passaram desde o episódio em questão. No entanto, a despeito do transcurso de considerável lapso de tempo, casos como o de Ártemis ainda permanecem incrivelmente atuais e revelam como a discussão a respeito do aborto, mesmo nas hipóteses legalmente permitidas, inspira, até hoje, os mais controversos sentimentos. Diferentemente de muitas outras mulheres Brasil afora, Ártemis, ao fim e ao cabo, em que pesem os percalços, conseguiu interromper sua gravidez. Mas os obstáculos que se impuseram no caminho de Ártemis, tais como a ausência de serviços de aborto legal em sua localidade, a necessidade de se percorrer longas distâncias para se submeter ao procedimento, as tentativas efetuadas por conhecidos e religiosos de demovê-la de sua decisão de dar cabo da gestação, são, irremediavelmente, intransponíveis para a maior parte das pessoas, tornando o direito ao aborto legal letra morta.

Corroborando tal constatação, dados do Ministério da Saúde acusam que, de 2010 a 2016, 9.500 abortos legais foram realizados no Sistema Único de Saúde (SUS)²². Em recente

²⁰ ARCEBISPO diz que suspeito de violentar menina não pode ser excomungado. **G1**, [S.I.], 06 mar. 2018. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1031860-5598,00-ARCEBISPO+DIZ+QUE+SUSPEITO+DE+VIOLENTAR+MENINA+NAO+PODE+SER+EXCOMUNGADO.html>. Acesso em: 27 set. 2023.

²¹ Ainda de acordo com Faus (2009), o estuprador não foi excomungado, pois o estupro não integra as hipóteses de excomunhão automática. Além disso, “como é natural, a Igreja não multiplica as excomunhões para todos e cada um dos crimes possíveis. Seria absurdo que previsse uma excomunhão para todos os delitos que o Código penal brasileiro contempla... [...] Também os bispos estão submetidos à lei eclesiástica e devem obedecê-la: é o princípio da “legalidade” penal. Mas, ainda mais determinante do que isso, é o fato de que, no caso, D. José Cardoso Sobrinho, mesmo que quisesse, não poderia ter imposto pena de excomunhão nem qualquer outra pena canônica ao estuprador, pela razão muito simples de que esse criminoso não pertence à arquidiocese de Recife, mas à de Pesqueira (diocese em que se situa Alagoinha), e o Arcebispo de Olinda e Recife não tem jurisdição alguma sobre os católicos de outras dioceses independentes da dele. Por que razão, então, na lei geral da Igreja o aborto é punido com excomunhão e não o são o assassinato, ou o estupro, ou o roubo à mão armada, ou o incêndio doloso, etc.? Resposta nítida: Porque todos os fiéis católicos sabem, perfeitamente e sem a menor dúvida, que se trata de pecados graves, de crimes horrendos e abomináveis. Não há perigo, portanto, de que a consciência dos católicos seja, neste ponto, confundida ou desorientada, de modo a acharem que o mal é um bem. Nestes casos, repisemos, não há o mínimo perigo de engano ou de dano para a fé ou a moral da comunidade católica”. FAUS, Francisco. **A menina, o aborto e a excomunhão**, 2009. Disponível em: <http://www.padrefaus.org/2009/05/25/a-menina-o-aborto-e-a-excomunhao/>. Acesso em: 27 set. 2023.

²² Ver: FIDELES, Nina. “Limite técnico” impede acesso de mulheres ao aborto legal no Brasil: pesquisa recente mostra que falta de estrutura negligenciam o direito das mulheres ao aborto nos casos legais. **Brasil de Fato**, São Paulo, 22 mar. 2017. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/03/22/limite-tecnico-impede-acesso-de-mulheres-ao-aborto-legal-no-brasil/>. Acesso em: 27 set. 2023.

estudo recenseador, intitulado de *Serviços de aborto legal no Brasil um estudo nacional* (2016), verificou-se que, dos 68 serviços de saúde listados pelo Ministério da Saúde como referência na realização de abortos legais, apenas 37 deles efetuavam, verdadeiramente, o procedimento (MADEIRO; DINIZ, 2016). Das 5.075 mulheres que buscaram o aborto legal no período de amostragem da supracitada pesquisa (2013-2015), somente 2.442 lograram êxito em realizar a interrupção da gravidez (MADEIRO; DINIZ, 2016). Constatou-se, além disso, no referido estudo, que, apesar de o aborto ser uma política pública de abrangência nacional, sete estados da Federação ainda não contavam com unidades hospitalares especializadas em práticas abortivas (MADEIRO; DINIZ, 2016). E, embora a legislação nacional não condicione a interrupção da gravidez em caso de estupro à apresentação de qualquer documento, boletim de ocorrência, alvará judicial e laudo pericial haviam sido requeridos por alguns dos serviços de saúde (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Ora, o número irrisório de abortos legais realizados no país, sobretudo quando cotejado com as estatísticas nacionais de ocorrência de estupro²³ e de gestações de fetos anencefálicos²⁴, revela a distância abissal que separa o que dispõe um texto legal da efetividade dos direitos nele consignados. A partir dos dados coletados no âmbito da pesquisa *Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional* (2016), é possível observar que diversos elementos entremeiam, de alguma forma, o caminho de uma mulher em sua busca pelo aborto legal, representando verdadeiros óbices ao acesso a esse direito.

Segundo os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto 2016, uma em cada cinco mulheres brasileiras até os 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Em 2015, 416.000 mulheres submeteram-se a práticas abortivas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵ estima que, a cada dois dias, uma mulher morra, no Brasil, em decorrência de abortos inseguros. O Ministério da

²³ De acordo com a pesquisa “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde” (2014), elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), mais de meio milhão de pessoas é estuprada anualmente. 7% de todos os estupros resultam em gravidez (IPEA, 2014).

²⁴ Segundo informações prestadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “o Brasil é o quarto país do mundo com maior prevalência de nascimentos de bebês com anencefalia”. PRONIN, Tatiana. Brasil é o quarto país com maior número de casos de anencefalia. Uol, São Paulo, 11 abr. 2012. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2012/04/11/brasil-e-o-quarto-pais-commaiornumero-de-casos-de-anencefalia.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 24 set. 2023.

²⁵ BARÓN, Francho. Silêncio diante do drama do aborto clandestino: apenas os partidos nanicos se posicionam a favor da descriminalização da interrupção da gravidez, enquanto mais duas mulheres morrem de forma trágica no Rio. **El País**, Rio de Janeiro, 28 set. 2014. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/28/politica/1411937015_378864.html. Acesso em: 24 set. 2023.

Saúde (2014), por sua vez, informa que o aborto não seguro corresponde a uma das cinco principais causas de mortalidade materna. Em 2012, cerca de 5% de todos os óbitos maternos registrados tiveram como agente causador o aborto criminoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além disso, calcula-se que, de 2008 a 2017, o SUS tenha despendido 486 milhões de reais com o tratamento de complicações pós-abortamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). 75% de todas as complicações relatadas advieram de abortos clandestinos, as outras 25% tiveram origem em abortos espontâneos/naturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Tem-se, pois, à vista de tais números, que o aborto representa, hoje, um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017), não sendo sua criminalização um fator hábil a impedir sua ocorrência. A despeito de ser cominada uma sanção àquelas que ousam praticá-lo, o aborto é, sempre foi e continuará sendo uma realidade.

A presente monografia propõe-se a examinar o quanto acessível é o aborto legal para as mulheres brasileiras, com enfoque nas meninas menores de 14 (catorze) anos vítimas do crime de estupro de vulnerável, investigando os entraves que a elas se impõem quando estas buscam, nos serviços de saúde, interromper suas gestações.

Assim, no capítulo inaugural desta pesquisa, traça-se uma breve contextualização do crime de estupro de vulnerável. Nesse sentido, abordaremos a origem histórica da vulnerabilidade feminina e infantil, relacionando-as às violências cometidas contra mulheres e crianças nos dias de hoje. Depois, iremos colocar a violência de gênero em evidência nos casos de estupro contra vulneráveis meninas, considerando o sistema capitalista patriarcal como a causa de tal agressão. Neste tópico, serão apresentados dados acerca da violência sexual contra crianças, comparados aos referenciais teóricos expostos.

O segundo capítulo explica o itinerário que o aborto percorreu até que se chegasse ao estatuto da proibição de que hoje o tema goza em nosso ordenamento jurídico, com a análise das três hipóteses em que a interrupção voluntária da gravidez não é considerada crime.

O terceiro capítulo ocupa-se da análise dos embargos que impedem a concretização do direito ao aborto legal. Nele, a partir de um levantamento de fontes bibliográficas, faz-se um apanhado dos elementos que os estudiosos do assunto têm apontado como impeditivos do acesso a serviços de abortamento legal.

1. ESTUPRO DE VULNERÁVEL CONTRA MENINAS MENORES DE 14 ANOS: UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO

Em primeiro ponto, faz-se necessário destacar alguns artigos da Lei 12.015 de 2009, responsável por incluir no Código Penal o crime de estupro de vulnerável.

O artigo 217-A, em seu caput, define o tipo penal “estupro de vulnerável”, como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (quatorze) anos”. Esta lei também foi responsável por revogar o artigo 224, que dispunha sobre a presunção da violência caso a vítima não fosse maior de catorze anos. Atualmente, como exposto, a simples conjunção carnal com menor de quatorze anos consubstancia crime de estupro, de forma que não há o que se presumir. Contudo, apesar da precisão na revogação do artigo 224, apenas em 2018, com a edição da Lei 13.718, que adicionou o parágrafo 5º ao artigo 217-A, houve a certeza de que a vulnerabilidade da vítima é absoluta.

Neste capítulo, a complexidade do debate que existia em torno da presença ou não da vulnerabilidade da vítima menor de quatorze anos, principalmente relativo à sua aparência física, vestimenta, ou anterior experiência sexual será debatida.

1.1 Raízes históricas da vulnerabilidade infantil e feminina

Compreendendo a violência como o uso de força, seja física ou psicológica, por parte de um indivíduo que detém poder em relação à vítima, é possível afirmar que tanto a violência contra crianças quanto contra mulheres compartilham um elemento comum: a vulnerabilidade acentuada da vítima diante do agressor, especialmente nos casos de agressão sexual. Em grande parte das situações, o agressor, geralmente do sexo masculino, se aproveita da posição de poder inferior da vítima para perpetrar os abusos, que, por vezes, são erroneamente percebidos pelas partes envolvidas, tanto vítima quanto agressor, como naturais ou compreensíveis.

A normalização da violência dirigida a grupos marginalizados tem raízes profundas e antigas, cujo início não pode ser precisamente determinado. Algumas historiadoras, como Gerda Lerner, tentaram entender como e quando se deu o surgimento do patriarcado. Para Lerner, que dedicou oito anos ao estudo da Antiga Mesopotâmia, o estabelecimento do patriarcado não foi um evento pontual, mas um processo prolongado que ocorreu ao longo de

aproximadamente 2.500 anos, de cerca de 3100 a 600 a.C. No entanto, durante suas pesquisas, Lerner concluiu que investigar a institucionalização e o contexto histórico do patriarcado era mais intrigante do que tentar determinar sua origem exata²⁶.

Esse processo se materializou por meio do estabelecimento e evolução das estruturas familiares ao longo da história mundial, sendo diretamente influenciado pelas dinâmicas econômicas, religiosas e governamentais. Gerda Lerner argumenta que o patriarcado, isto é, o sistema político e social que concede supremacia aos homens em relação a outros membros de sua classe social, assumiu diversas formas ao longo dos séculos. A autora, embora não identifique um momento específico para o surgimento da dominação masculina, reconhece a importância do desenvolvimento da propriedade privada na institucionalização do patriarcado como uma estrutura familiar, política e econômica²⁷.

Em outras palavras, o advento do modelo econômico capitalista, que se baseia na ideia de acumulação de capital, fincou suas bases no já existente patriarcado, criando uma relação quase que simbiótica que não apenas o fortaleceu, como desenvolveu novas e mais perversas formas de exploração e subalternização dos sujeitos “não-masculinos”. Segundo Saffioti, a supremacia masculina e o surgimento da propriedade privada possuem as mesmas raízes históricas, sendo responsáveis por outras formas de opressão, apesar de interdependentes:

“Não está em questão a anterioridade histórica do patriarcado em relação ao capitalismo, fenômeno já amplamente conhecido, discutido e aceito. [...] Trata-se de situar a emergência da supremacia masculina simultaneamente com o surgimento da propriedade privada, a fim de eliminar as dicotomias: patriarcado x escravismo, patriarcado x feudalismo, patriarcado x capitalismo. Havendo a supremacia masculina e a propriedade privada sido resultado do mesmo ponto histórico, cabe pensar o patriarcado como componente intrínseca, como consubstancial ao escravismo, ao feudalismo e ao capitalismo. Cada um dos três tipos macro-estruturais mencionados organiza a seu modo a produção e reprodução²⁸”.

Dessa forma, fica evidente uma relação fundamental e significativa entre as hierarquias estabelecidas pelo capitalismo e pelo patriarcado, destacando-se o papel desse sistema na perpetuação da opressão, principalmente por parte do homem branco. O capitalismo não apenas

²⁶ LERNER, Gerda. *A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens*. 1ª Ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2019.

²⁷ Ibid.

²⁸ SAFFIOTI, Heleieith. Força de trabalho feminina no Brasil: no interior das cifras. *Perspectivas*, São Paulo, n. 8, p. 95-141, 1985, p. 100. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108258/ISSN1984-0241-1985-8-95-141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2023.

oprime as mulheres, mas também dá forma a uma supremacia masculina que afeta especialmente as crianças, em particular as meninas. Para compreender esse fenômeno de maneira mais aprofundada, é necessário entender o processo de construção do sistema de acumulação de capital como o precursor das hierarquias patriarcais, além das formas adultocêntricas, racistas e classistas presentes na sociedade contemporânea.

Nos séculos XVI e XVII, na Inglaterra, os feudos gradualmente desapareceram devido às Leis de Cercamento ("Enclosure Acts"), que privatizaram as terras comuns dos camponeses. Esse fenômeno marcou o início do sistema capitalista na Europa, resultando no deslocamento forçado da população agrícola, além de introduzir aluguéis exorbitantes e novos impostos. Independentemente do modelo, esse processo foi violento, causando uma profunda polarização em comunidades que anteriormente eram estruturadas com base em relações recíprocas²⁹.

Com o início de uma nova estrutura de organização social e econômica, os papéis atribuídos a cada indivíduo nas fases de produção da mercadoria teriam que ser modificados. De acordo com o filósofo alemão Karl Marx,

Nas sociedades comunais, o trabalho tinha uma divisão espontânea, pautado em características fisiológicas e o produto do trabalho era trocado para satisfazer as necessidades dos diferentes grupos, já no modo de produção capitalista, o produto trocado passa a ser mercadoria e circula a partir da divisão entre campo e cidade, para que os diferentes grupos sociais se tornem dependentes um dos outros, a fim de possibilitar a circulação das mercadorias. (...) Este quadro de dependência também é aplicado ao nível internacional, com a divisão social do trabalho entre os países através do sistema colonial, “que integram as condições ferais de existência do período da manufatura, fornecem a este último um rico material para o desenvolvimento da divisão do trabalho na sociedade³⁰”.

Dessa forma, com a introdução da economia monetária, que substituiu o sistema de subsistência, o trabalho produtivo nas cidades passou a ser mais valorizado do que aquele realizado nos campos e na esfera doméstica. Esta última, denominada pela historiadora Silvia Frederici como atividades reprodutivas, foi equiparada à capacidade biológica de reprodução das mulheres. Conforme apontado pela autora, esse processo resultou na fragmentação das atividades realizadas pelas famílias, transformando as mulheres em uma mão de obra não remunerada, enquanto seus maridos integravam a classe trabalhadora urbana³¹.

²⁹ FEDERICI, Silvia. *Mulheres e a caça às bruxas*. São Paulo: Editora Boitempo, 2019, p. 63.

³⁰ MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. v. 1. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 529.

³¹ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

É fundamental ressaltar a presença das crianças em meio a essas transformações, um aspecto frequentemente negligenciado pelas perspectivas feministas. Assim como as mulheres foram relegadas a uma posição laboral inferior, resultando em desvalorização econômica, as crianças também foram colocadas em um papel semelhante na sociedade da época. Naquele período, elas não eram vistas como sujeitos socialmente relevantes e dependiam inteiramente dos cuidados dos adultos, especialmente de suas mães. Segundo Ariès, até meados do século XVIII, as crianças eram culturalmente consideradas extremamente subalternas; a infância, em termos de responsabilidades e desafios, terminava por volta dos sete anos, deixando-as despreparadas para enfrentar os obstáculos e as complexidades da vida adulta, tanto física quanto emocionalmente³².

Além disso, até alcançarem a "idade adulta", as crianças eram consideradas incapazes de expressar-se ou ter voz, ou seja, suas palavras não tinham valor social. Esse tratamento era em parte justificado pela alta taxa de mortalidade infantil na época, devido à falta de cuidados básicos e higiene, o que tornava a morte de crianças algo comum. Consequentemente, a infância era vista como uma fase desimportante da vida, muitas vezes não digna de ser lembrada, especialmente quando se tratava de uma criança que havia falecido precocemente³³.

Dessa forma, através da divisão sexual do trabalho, uma relação de poder social e econômica foi criada no convívio das famílias, colocando o homem como figura central e principal provedor da subsistência familiar, enquanto para as mulheres e crianças restou o esquecimento. A não remuneração do trabalho reprodutivo feminino, segundo Frederici, "por trás do disfarce de inferioridade natural, foi essencial para que o sistema capitalista pudesse ampliar a parte não remunerada do dia de trabalho e usar o salário masculino para acumular o trabalho feminino."³⁴ Tendo em vista que as crianças se encontravam em posição semelhante às das mulheres, sua atividade era utilizada, também, de forma a servir à força de trabalho masculina, sem nenhuma ou baixíssima remuneração.

Com a chegada da Revolução Industrial na segunda metade do século XVIII, essa dinâmica foi ainda mais acentuada. O avanço das máquinas e da indústria fabril como principais impulsionadores do capitalismo criou novas oportunidades para os empregadores, que

³² ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. 2^a ed. Rio de Janeiro: Afiliada, 1981.

³³ Ibid., p. 21.

³⁴ FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante, 2017, p. 232.

reduziram os salários dos homens, tornando o trabalho dos demais membros da família essencial. Devido ao fato de que a maquinaria não exigia apenas força física, mulheres e crianças também se tornaram parte integrante do proletariado fabril.

Contudo, a entrada desses sujeitos na mão-de-obra urbana colocou em maior evidência sua subalternidade, uma vez que recebiam salários ínfimos, justificados em sua suposta inferioridade. Segundo Marx, “antes, o trabalhador vendia sua própria força de trabalho, da qual dispunha como pessoa formalmente livre. Agora, ele vende mulher e filho.³⁵ . Ainda, de acordo com Mantoux, sobre a indústria têxtil,

“Consistia ela na contratação maciça de mulheres e, principalmente, de crianças. O trabalho nas fiações era fácil de aprender, exigia muito pouca força muscular. Para algumas operações, o pequeno porte das crianças e a finura de seus dedos faziam delas os melhores auxiliares das máquinas. Eram preferidas ainda por outras razões, mais decisivas. Sua fraqueza era a garantia de sua docilidade: podiam ser reduzidas, sem muito esforço, a um estado de obediência passiva, ao qual os homens feitos não deixavam facilmente dobrar.”³⁶

Adicionalmente, para ilustrar a precariedade que a vida dos operários ingleses, especialmente das mulheres e crianças, se tornou, Engels menciona o aumento da mortalidade infantil como uma consequência do trabalho feminino nas fábricas. As mães, por serem encarregadas dos cuidados infantis, muitas vezes deixavam seus filhos em casa com irmãos mais novos ou os levavam para as fábricas, locais extremamente insalubres. Engels relata casos de mulheres que eram obrigadas a retornar ao trabalho poucos dias após o parto, sendo forçadas a amamentar seus bebês durante o expediente.³⁷

Isso evidencia como o desenvolvimento do sistema capitalista foi um fator crucial na criação de uma dinâmica de poder desigual e hierarquia dentro das estruturas familiares, colocando o homem em posição superior em relação aos outros membros da família, especialmente à mulher e seus filhos. É importante notar que esse processo descrito fez parte da História da Europa Ocidental. Além do significativo processo de marginalização e exploração vivido pela classe proletária e operária europeia, ainda mais relevante para o Brasil foi o processo de subalternização dos corpos nos países colonizados, com destaque para as

³⁵ MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. v. 1. São Paulo: Boitempo, 2013, p. 576.

³⁶ MANTOUX, Paul. *A Revolução Industrial no século XVIII*. São Paulo: Editora da UNESP/Ucitec, s/d, p. 418-419.

³⁷ ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.

mulheres e crianças, especialmente os indígenas e negros.

Uma das principais formas de exploração sofrida pelas mulheres colonizadas na América foi o estupro que tinha como objetivo a reprodução da mão-de-obra. A violência sexual contra seus corpos transcendia a agressão por ela mesma, pois este tipo de dominação se justificava no sistema econômico. Frederici aduz:

“As mulheres europeias não estavam abertamente expostas às agressões sexuais, embora as mulheres proletárias pudessem ser estupradas com impunidade e castigadas por isso. Tampouco tiveram que sofrer a agonia de ver seus filhos levados embora e vendidos em leilão. Os ganhos econômicos derivados dos nascimentos a que estavam obrigadas a gerar eram muito mais dissimulados. Nesse aspecto, **a condição de mulher escrava revela de uma forma mais explícita a verdade e a lógica da acumulação capitalista. Mas, apesar das diferenças, em ambos os casos o corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho e para a expansão da força de trabalho, tratado como uma máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres.** (grifo nosso)³⁸

Ademais, a economia do capital infligiu danos ainda mais devastadores nas colônias, pois implicava, inevitavelmente, em processos de violência e extermínio. A colonização nas Américas, que revelou a dura realidade da estrutura econômica onde a mercadoria era mais valorizada do que o indivíduo, resultou no desaparecimento de memórias, vidas, narrativas históricas e identidades indígenas e negras. Entre as perdas estavam as estruturas familiares que frequentemente não seguiam uma hierarquia estrita entre os membros.

Em última análise, o projeto colonial euro-imperialista priorizou o "etnocentrismo da sacralidade do corpo branco, a hegemonia das normas sociopolíticas e culturais do chamado primeiro mundo e o domínio heteropatriarcal como regime de verdade".³⁹ Dessa forma, o apagamento cultural das comunidades nativas foi o primeiro passo para a instauração nas colônias do sistema patriarcal-capitalista importado do "primeiro mundo". Frederici oferece um exemplo vívido de como essa prática foi estabelecida:

Como ocorreu com frequência quando os europeus entraram em contato com as populações indígenas americanas, os franceses estavam impressionados pela generosidade dos Innu, por seu senso de cooperação e pela sua indiferença com relação ao status, mas se escandalizavam com sua “falta de moralidade”. Observaram que os Innu careciam de concepções como propriedade privada, autoridade, superioridade masculina e, inclusive, recusavam-se a castigar seus filhos (Leacock,

³⁸ FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017, p. 178.

³⁹ CARVALHO, Claudia C. F. Vulnerabilidades interseccionais – gênero, classe, raça etnicidade: para além delas é possível educar em Direitos Humanos? *Educação em Revista*, Marília, v.20, p. 67-82, 2019, p. 69.

1981, pp. 34-8). Os jesuítas decidiram mudar tudo isso, propondo-se a ensinar aos indígenas os elementos básicos da civilização, convencidos de que isso era necessário para transformá-los em sócios comerciais de confiança.⁴⁰

A autora, então, segue narrando as tentativas dos jesuítas em “converter” os “selvagens”; para que estes deixassem de lado seus ideais de respeito e carinho pelos demais indivíduos da coletividade, principalmente, em relação às mulheres e crianças. Inclusive, segundo Frederici, a maior conquista dos jesuítas foi convencer a tribo Innu a bater em seus filhos, por acreditarem que o excesso de carinho que tinham por eles era um dos obstáculos para a cristianização e para a organização familiar baseada no modelo de vida capitalista e patriarcal já existente na Europa.

Os homens innu receberam seu treinamento sobre supremacia masculina pelo fato de que os franceses queriam inculcar-lhes o “instinto” da propriedade privada, para induzi-los a se tornarem sócios confiáveis no comércio de peles. A situação nas plantations era muito diferente, já que a divisão sexual do trabalho era imediatamente ditada pelas demandas da força de trabalho dos agricultores e pelo preço das mercadorias produzidas pelos escravos no mercado internacional.⁴¹

Assim, a construção da sociedade patriarcal moderna implicou na exploração não remunerada do trabalho de mulheres e crianças, resultando em uma “acumulação de disparidades, desigualdades, hierarquias e divisões que não apenas separaram os trabalhadores entre si, mas também os alienaram de si mesmos”⁴². Em última análise, como mais poderia ser imposta a labuta, a tortura e os estupros se não fosse através das desigualdades intrínsecas aos corpos? Pode-se argumentar, portanto, que a supremacia masculina e a demarcação de diferenças entre os sexos, tal como as conhecemos hoje, tiveram início concomitantemente com o surgimento da premissa central do capitalismo: a acumulação de riqueza nas mãos do homem branco.⁴³

Enquanto isso, nas Américas, um legado de violência, misoginia, racismo e vulnerabilidade persiste para todos os corpos que residem no espectro do “não-ser” do homem branco. A estrutura patriarcal na qual o homem se apresenta como hierarquicamente superior a sua esposa e filhos foi habilmente importada para o Brasil das cidades europeias e perpetuada pela Igreja Cristã, pelo Estado colonial e pela própria sociedade brasileira.

⁴⁰ FEDERICI, Silvia. Op. cit., p. 221.

⁴¹ Ibid., p. 223.

⁴² Ibid., p. 232.

⁴³ Ibid.

Após este resgate histórico, torna-se crucial compreender como as estruturas de poder contemporâneas estão profundamente entrelaçadas com o processo que teve início no século XIV. A sociedade brasileira atual tem como um de seus pilares a supremacia masculina, que, em muitas estruturas familiares, é responsável por inúmeras formas de violência contra mulheres e crianças. De acordo com Green, em núcleos familiares onde ocorrem violências sexuais, é comum encontrar estruturas patriarcais rígidas, nas quais a mulher e a criança são “subalternizadas”.⁴⁴

Essas relações, enraizadas na história do Brasil, legitimam diversas formas de violência dentro das famílias. O homem assume o controle sobre a família, sentindo-se no direito de usar a força, coerção ou ameaça. De acordo com Saffioti, essas conexões estabelecem uma hierarquia entre gêneros e faixas etárias, perpetuando os valores conservadores patriarcais e reafirmando a dominação masculina sobre as mulheres e a subjugação das crianças⁴⁵.

1.2. Violência sexual infantil na contemporaneidade

O contexto histórico delineado anteriormente nos permite entender de maneira mais profunda os argumentos de Saffioti, que explora as interseções entre diversas formas de opressão. Conforme apontado pela pesquisadora, não há dinâmica interpessoal que escape ao alcance de todas as esferas de poder. Assim, a reprodução das violências contra os indivíduos subalternizados segue uma lógica coordenada e abrangente de dominação, que engloba não apenas o machismo, mas também o racismo, o classismo e outras formas de opressão:

“O patriarcado-racismo-capitalismo seria o produtor de poder, especialmente na figura de homens, brancos e ricos. Dessa maneira, “na medida em que o poder é essencialmente masculino e a viralidade é aferida, frequentemente, pelo uso da força, estão reunidas nas mãos dos homens as condições básicas para o exercício da violência”⁴⁶

⁴⁴ GREEN, Arthur. Abuso sexual infantil e incesto. In: LEWIS, Melvin (Org). Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 1032-1042.

⁴⁵ SAFFIOTI, Helelith. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira. (Org). Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 2007, p. 13-21.

⁴⁶ Id. Exploração sexual de crianças. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Org). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 2007, p. 49-95, p. 57.

Portanto, Saffioti argumenta que o patriarcado é um dos principais impulsionadores da violência perpetrada contra crianças, com o adultocentrismo sendo seu aliado mais forte. Esse conceito se refere à hierarquia estabelecida entre gerações, facilitando abusos físicos e psicológicos contra crianças e adolescentes, especialmente no ambiente familiar. Na cultura adultocêntrica, espera-se que as crianças obedeçam aos seus pais, colocando o respeito à autoridade parental acima da liberdade individual.⁴⁷ Todas essas estruturas hierárquicas relegam várias identidades a posições subalternas, incluindo mulheres, pessoas negras, indivíduos pobres e crianças, com as meninas negras sendo as últimas na escala de poder.⁴⁸

“Observando-se a família e também a sociedade em geral, verifica-se que há uma hierarquia entre categorias de sexo e faixas etárias. Ou seja, o homem domina a mulher que por sua vez, domina a criança no dia-a-dia, criando uma auréola em torno do homem. Em virtude disso, o homem tem seu poder aumentado face à criança e, ao fim e ao cabo, também em relação à mulher que o endeausa. Assim, torna-se clara a hierarquia: o homem adulto é o mais poderoso, e a criança é destituída de qualquer poder.”⁴⁹

Considerando a realidade brasileira, assim como em grande parte do mundo, observamos que os poucos homens brancos e ricos detêm o chamado "grande poder" e o "macropoder" como descrito por Saffioti. São eles que impõem sua vontade sobre os indivíduos marginalizados, sejam elas mulheres, crianças ou pessoas negras. No entanto, é crucial destacar que, devido à complexidade das opressões interligadas, aqueles que não se encaixam na descrição do homem branco frequentemente aspiram a essa posição. Nesse processo, eles acabam reproduzindo as atitudes de violência e dominação praticadas por seus opressores, fenômeno conhecido pela autora como "síndrome do pequeno poder".⁵⁰

Assim como os colonizadores ensinaram aos nativos Innu, contra os quais exerciam seu "macropoder", a agredirem suas próprias esposas e crianças, essa síndrome se manifesta em relações interpessoais, dentro de organizações familiares individuais. No entanto, sua origem é social, já que a estrutura macrosocial fornece os elementos para sua existência: o "chefe" da família, mesmo que não se enquadre no formato clássico do opressor colonial, é socialmente encorajado a exercer "pequenas parcelas" do macropoder, vitimizando corpos ainda mais

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Id. Op.cit.

⁴⁹ SAFFIOTI, Heleith. Exploração sexual de crianças. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Org). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 2007, p. 49-95, p. 51.

⁵⁰ Id. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira. (Org). Crianças vitimizadas: A síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 2007, p. 13-21.

subalternos que o seu próprio. Dessa forma, o abuso contra crianças "é um fenômeno extremamente disseminado porque o agressor detém pequenas parcelas de poder, sem deixar de aspirar ao grande poder", o que explica sua presença em todas as classes sociais.⁵¹

Apesar de a instituição familiar ser geralmente vista como um ambiente sagrado de afeto e amor, as desigualdades de poder entre adultos e crianças, bem como entre homens e mulheres, frequentemente resultam em abusos e violência doméstica contra corpos infantis, femininos ou feminilizados. Isso destaca o papel fundamental do gênero no exercício da síndrome do pequeno poder. Secretamente, dentro das paredes familiares, "humilhações e atos libidinosos/estupro são guardados graças à posição subalterna da mulher e da criança em relação ao homem e à ampla legitimação social dessa supremacia masculina".⁵²

Para entender melhor essa dinâmica, é crucial analisar o funcionamento do patriarcado dentro do núcleo familiar. Como explicado anteriormente, o estupro, antes de ser um ato sexual, é uma manifestação de poder entre diferentes gêneros. Não se trata simplesmente de um comportamento decorrente de uma libido masculina descontrolada; é, na verdade, uma forma de dominação exercida sobre corpos femininos e vulneráveis. Da mesma forma, a violência sexual praticada contra meninas não é resultado de um desequilíbrio proveniente de distúrbios mentais.

Pelo contrário, esses "instintos" masculinos são rotineiramente validados pela sociedade, permeando várias esferas culturais. Seja pela educação que as meninas recebem, ensinando-as a serem dóceis e submissas, pela profusão de conteúdo infantil erotizado nas diversas formas de mídia ou pela educação oposta oferecida aos meninos, instruindo-os a entenderem seu papel social como aquele que possui, nos corpos femininos, direitos de posse, prazer e controle. Nesse contexto, os homens são incentivados, autorizados ou tolerados em seus atos violentos com esposas e filhas, já que estas são percebidas como suas propriedades.⁵³

⁵¹ Ibid., p. 19.

⁵² SAFFIOTI, Heleith I.B. e ALMEIDA, Suely Souza de. Violência de Gênero: Poder e Impotência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda., 1995, p. 33.

⁵³ SPAZIANI, Raquel Baptista; MAIA Ana Cláudia Bortolozzi. Violência sexual contra meninas: entrelaçamentos entre as categorias gênero, infância e violência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 2017, Florianópolis. Anais Eletrônicos, Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498262409_ARQUIVO_Trabalhocompleto_RaquelBaptistaSpaziani.pdf. Acesso em: 23 set 2023.

Spaziani e Maia, psicólogas e pesquisadoras especializadas em violência sexual contra crianças, argumentam que a família representa uma instituição onde se entrelaçam sexualidade, gênero e idade. Nesse ambiente, as relações de poder entre essas esferas se destacam, especialmente num contexto que evoca noções de privacidade e propriedade. Elas afirmam que "assim, ao 'chefe' da família é concedido o direito de se relacionar sexualmente quando e como desejar, independentemente da relação de parentesco e afetividade com a vítima".⁵⁴ Em adição, afirmam:

"De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, (SDH/PR, 2015), a maior parte dos casos notificados envolvem homens perpetradores e meninas vitimizadas. Deste modo, podemos entender a violência sexual contra meninas como um entrelaçamento entre as questões de gênero e de geração. Isso porque há, em nossa sociedade, aspectos estruturais que promovem e legitimam essa forma de violência, como o investimento social nas masculinidades hegemônicas e nas feminilidades idealizadas, bem como na assimetria de poder entre adultos/as e crianças."⁵⁵

A partir do entendimento de que o homem é incentivado de várias maneiras a compreender seus atos e vontades como válidos, independentemente das consequências que possam causar aos outros sujeitos ditos como inferiores, o conceito de subalternidade construído no tópico anterior ganha real sentido. A violência sexual contra as mulheres e meninas da sua família passa a ser praticada não porque ele "não consegue evitar", mas porque ele também acredita em uma justificativa plausível para o abuso, independentemente da idade da vítima.⁵⁶

Sobre o assunto, a pedagoga Constantina Xavier Filha, especialista em educação sexual e violência contra crianças e adolescentes, acrescenta que:

"O que parece claro, porém, é que o elo mais frágil na rede familiar, no que tange às relações de poder e formas de violência, é, sem dúvida, composto por crianças e adolescentes. Nestas situações, a liberdade quase inexiste, subjugando e, em muitos casos, "aniquilando" o sujeito, especialemtn quando o abuso é praticado contra crianças. Esta constatação instiga-nos a pensar sobre as relações que se estabelecem entre os membros da família e as formas pelas quais os relacionamentos de poder

⁵⁴ Ibid, p. 7.

⁵⁵ Ibid, p. 2.

⁵⁶ XAVIER FILHA, Constantina. Violência sexual contra crianças: ações e omissões nas/das instituições educativas. In: XAVIER FILHA, Constantina (Org.). Sexualidades, gênero e diferenças na educação das infâncias. Campo Grande/MS: Ed. UFMS, 2012, p.131-165.

ganham proporções de limitação de liberdade e de “coisificação” do sujeito. Nesta discussão, urge ressaltar como esse tipo de abuso se configura como violência de gênero.”⁵⁷

Fica evidente, portanto, que o abuso perpetrado contra meninas está enraizado em uma complexa teia de opressões que inclui a supremacia masculina, adulta, de classe e racial. Esse grupo específico de vítimas é afetado de maneiras distintas, combinando diversas formas de hierarquização social. Uma interseção notável entre a violência sexual sofrida por meninas e por mulheres é a forte presença da culpabilização da vítima em ambos os casos. Em um estudo que entrevistou detentos condenados por estupro de vulneráveis, os agressores frequentemente atribuíam a culpa às vítimas pelo abuso. Alegavam que as meninas os seduziam ou até afirmavam que as relações eram consensuais, argumentando que as meninas não se manifestavam claramente para expressar seu desinteresse.⁵⁸

Além disso, é relevante notar que, no início do século XX, médicos renomados defendiam que os relatos de estupro envolvendo meninas deveriam ser considerados verdadeiros não com base em exames periciais para verificar a integridade do hímen, mas sim através da investigação da “virgindade moral” da vítima. Isso reflete a ideia de que a dignidade sexual da menina só seria preservada se ela aderisse aos padrões morais estabelecidos.⁵⁹ O consentimento é percebido como uma fronteira tênue que pode ser testada, manipulada e, por vezes, forçada por homens que se sentem no direito de insistir e violar os corpos femininos.

“A fragilidade das mulheres produzidas nas relações de gênero que foram se construindo por meio de discursos machistas e patriarcais aponta a maior vulnerabilidade de meninas em relação às violências de qualquer natureza, devido sua condição de mulher. Nessa mesma sociedade, essas meninas vitimadas são culpabilizadas pelas violências que sofrem, tendo seus comportamentos cobrados de acordo com as condutas e os comportamentos ensinados e esperados para meninas e mulheres.”⁶⁰

Quando meninas e mulheres são privadas de seus direitos sobre seus próprios corpos,

⁵⁷ XAVIER FILHA, Constantina. O “despertar de um homem” e as “marcas do silêncio” na violência sexual contra crianças e adolescentes: gênero e relações de poder. In: SILVA, Paulo Vinicius Baptista; LOPES, Jandicleide Evangelista; CARVALHO, Arianne. Por uma escola que protege: a educação e o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2008, p. 130.

⁵⁸ SCHMICKLER, Catarina Maria. O protagonista do abuso sexual: sua lógica e estratégias. Chapecó/SC: Editora Argos, 2006.

⁵⁹ LANDINI, Tatiana Savoia. Horror, honra e direitos: violência sexual contra crianças e adolescentes no século XX. 2005. 294f. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

⁶⁰ MARTINS, Kátia Batista. Borbulhando memórias sobre violências sexuais: educação para as sexualidades e gênero. In: RIBEIRO, Cláudia Maria; ALVARENGA, Carolina Faria. Borbulhando enfrentamentos às violências sexuais nas infâncias no sul de Minas Gerais. Lavras: UFLA, 2016, p. 243-260, p. 251.

transformam-se em simples objetos, prontos para o consumo. Uma evidência disso é a objetificação e erotização dos corpos femininos infantilizados: "é cada vez mais presente a ideia da infância como objeto a ser apreciado, desejado, exaltado, numa espécie de “pedofiliação” generalizada da sociedade".⁶¹ O corpo jovem e infantil é explorado em campanhas publicitárias, séries, filmes e conteúdo pornográfico, de forma que ocorre uma influência simultânea entre meninas e mulheres, que ganham como ideal uma menina-mulher delicada, submissa, inocente, sem pelos, mas também sensualizada, sedutora e disponível sexualmente.

"A demanda para que as mulheres adultas se vistam como meninas, enfatizando dessa maneira, uma imagem de sedução e ingenuidade atrelada a uma possível disponibilidade da ‘falsa criança’, da ‘falsa menina’ para o sexo, não seria uma demanda para a sedução, conquista e consumo masculino em nossa sociedade? Através das revistas masculinas, especialmente a revista Sexy, é que pergunto, se as fantasias adultas sobre as crianças em nossa cultura, não por acaso, são também as fantasias adultas masculinas de sexo e poder."⁶²

O caráter atribuído ao corpo feminino como um acessório moldável aos desejos e decisões masculinas é inegável. A sociedade, por meio de seus discursos e representações culturais, define os significados atribuídos a diferentes corpos e identidades, estabelecendo hierarquias. O homem branco, cristão e heterossexual é privilegiado, ocupando uma posição central, enquanto mulheres, crianças, pessoas negras e homossexuais são marginalizados⁶³.

Como resultado direto de todo esse contexto histórico, social e cultural de violência intrafamiliar, é alarmante o papel ocupado pelo estupro contra crianças no Brasil, especialmente no ambiente doméstico. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019, nos anos de 2017 e 2018, houve 127.585 casos de estupro no Brasil, dos quais 63,8% envolveram vítimas vulneráveis. Outros dados cruciais indicam que 81,8% das vítimas eram do sexo feminino, e em 75,9% dos casos, havia um vínculo afetivo entre a vítima e o agressor, sendo este um parente, companheiro ou amigo.⁶⁴

⁶¹ FELIPE, Jane; GUIZZO, Bianca Salazar. Erotização dos corpos infantis na sociedade de consumo. *Proposições*, Campinas, v. 14, n. 3, p. 119-130, 2003, p. 124. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643865/11342>. Acesso em 15 set. 2023.

⁶² CÂMARA, Adriane Peixoto. Masculinidade heterossexual e pedofiliação: apontamentos iniciais para um debate. *Revista Ártemis*, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2007, p. 56.

⁶³ LOURO, Guacira Lopes. Currículo, gênero e sexualidade – O “normal”, o “diferente” e o excêntrico. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007, p. 41-52.

⁶⁴ FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 13º ano, São Paulo, 2019, p. 116. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://assets-dossies-ipg.v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/10/FBSP_AnuarioBrasileirodeSegurancaPublica2019.pdf. Acesso em 15 set. 2023.

Ainda de acordo com o Anuário,

“Consoante com outras pesquisas da área, o principal grupo de vitimização são meninas muito jovens: 26,8% tinham no máximo 9 anos. Se observarmos a idade considerada para estupro de vulnerável, temos que 53,6% das vítimas tinha no máximo 13 anos. Ampliando a análise até 17 anos, temos 71,8% de todos os registros de estupro nesta faixa etária. Ao desagregar os dados por sexo verificamos que o ápice da violência sexual entre as meninas se dá aos 13 anos; o auge da vitimização entre o sexo masculino se deu ainda mais cedo, sendo o ápice dos estupros entre os meninos aos 7 anos. As pesquisas e notícias sobre violência sexual enfocam nas vítimas femininas por constituírem a maioria dos casos, no entanto, o estupro cometido contra meninos tão novos deve levantar questões específicas.”⁶⁵

Outras pesquisas corroboram esses dados, ressaltando a gravidade da situação. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com base no Sistema de Informações de Agravo de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan), entre 2011 e 2014, 70% dos casos de abuso sexual registrados envolviam crianças e adolescentes. Além disso, aproximadamente 40% dos estupradores de crianças com até 13 anos pertenciam ao círculo familiar próximo, incluindo pais, padrastos, tios, irmãos e avôs. A partir dos 14 anos, essa proporção diminui, abrindo espaço para agressores desconhecidos, namorados ou ex-namorados.⁶⁶

Apesar dessas estatísticas alarmantes, é crucial enfatizar que os crimes sexuais têm uma das mais baixas taxas de denúncia à polícia no Brasil: estima-se que apenas 7,5% das vítimas de estupro reportam a violência às autoridades.⁶⁷ Várias razões contribuem para essa ausência gritante de denúncias por parte da maioria das vítimas de estupro, incluindo medo de revitimização pelo sistema penal, vergonha, tolerância à violência, auto culpabilização e dependência emocional e/ou financeira. Considerando os dados relacionados aos estupros de crianças e adolescentes, é possível compreender a extrema vulnerabilidade e insegurança que essas vítimas enfrentam, o que muitas vezes as paralisa diante da violência.

Uma pesquisa conduzida no estado do Ceará, na cidade de Sobral, analisou uma

⁶⁵ Ibid., p. 117

⁶⁶ INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, jun. 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2313.pdf. Acesso em: 15 set. 2023

⁶⁷ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; CRISP/UFMG; DATAFOLHA. Relatório final da Pesquisa Nacional de Vitimização. Brasília: Ministério da Justiça, 2013. Disponível em http://www.crisp.ufmg.br/wpcontent/uploads/2013/10/Relatório-PNV-Senasp_final.pdf. Acesso em 20 set. 2023.

amostra de 50 crianças vítimas de violência sexual atendidas pelo "Programa Sentinela Centro de Referência em Atenção à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes". Os resultados indicaram a “prevalência de vítimas do sexo feminino, predomínio de crianças na faixa etária de 8 a 12 anos incompletos, renda familiar de até 1 salário-mínimo e o adulto do sexo masculino como principal agressor”.⁶⁸

Entretanto, contradizendo o que foi revelado em pesquisas nacionais significativas⁶⁹, a maioria dos agressores (56%) não mantinha nenhum tipo de vínculo familiar ou afetivo com as vítimas atendidas. De acordo com as pesquisadoras, essa situação é resultado de um "pacto de silêncio" presente em muitos lares, onde as crianças são silenciadas para preservar a instituição familiar:

“Em fim dos resultados obtidos, podemos depreender o seguinte: em Sobral há uma mudança no perfil ou há uma presença mais forte do “pacto de silêncio”, diante da consanguinidade entre a vítima e o agressor ou, ainda, cumplicidade de outros componentes da família. O “pacto de silêncio” consiste na atitude de uma ou mais pessoas não denunciarem o agressor sexual por se tratar de um familiar, na tentativa de manter a “honra” da família. Quando esta posição é assumida por algum componente da família, este passa a ser reconhecido como abusador passivo, pois nega à criança o direito de exercer com naturalidade sua sexualidade, negligenciando-lhe proteção integral.”⁷⁰

É fundamental compreender que em uma rede familiar que não oferece suporte, onde a criança enfrenta ameaças por parte do agressor e teme não ser acolhida pelos outros familiares, as baixas taxas de denúncias de abuso sexual infantil são justificadas. Afinal, estamos lidando com uma realidade em que o abusador é uma pessoa com quem a criança muitas vezes tem uma relação afetuosa e de confiança. Nesse contexto, torna-se extraordinariamente difícil para um indivíduo em formação entender completamente os atos praticados contra ele, especialmente quando as pessoas em quem ele confia, depende e acredita não podem ou não querem ajudá-lo.

⁶⁸ VASCONCELOS, Kelly Linhares; *et al.* Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, vol. 11, núm. 1, jan-mar, 2010, p. 38-47 Universidade Federal do Ceará.

⁶⁹ ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infantojuvenil. Relatório abuso sexual. Período: 01 de janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/relatorio_abuso_sexual.pdf. Acesso em 20 set. 2023.

⁷⁰ VASCONCELOS, Kelly Linhares, Op. cit., p. 45.

O debate sobre o abuso sexual infantil, especialmente o estupro contra meninas de até 13 anos⁷¹, é urgente e crucial. Embora meninos também sejam vítimas de violência sexual, as meninas, especialmente crianças e adolescentes, compõem a maioria das agredidas nos casos reportados. Ao considerarmos que a maioria esmagadora dos crimes de estupro cometidos contra maiores de 14 anos envolve mulheres, a questão de gênero na violação sexual, de maneira abrangente, é destacada.

Independentemente da idade, as mulheres são colocadas em uma posição de submissão que não pode ser ignorada ou equiparada à violência sofrida por meninos e adolescentes do sexo masculino, cuja urgência também é fundamental. A misoginia, que se manifesta através do desprezo, ódio e rejeição pelas mulheres e meninas, pode ser expressa não apenas por opiniões ou crenças negativas sobre o feminino, mas também por agressões físicas, psicológicas ou institucionais.⁷² Portanto, um estupro cometido contra meninas envolve não apenas a vulnerabilidade infantil, mas também toda a problemática associada à misoginia e à subalternização do corpo feminino.

No início do século XX, o estupro de vulneráveis, muitas vezes relacionado à violação de meninas virgens e propriedades de outros homens, não era denominado dessa forma. A violência sexual contra crianças não era vista como uma violência específica, mas apenas como um agravante do crime de estupro. Essas práticas eram ligadas às consequências que trariam à instituição familiar, consideradas atos repugnantes que retiravam a inocência das meninas.⁷³

“Essa preocupação pode ser notada mais explicitamente na definição do delito de “defloramento”: “deflorar mulher menor de idade, empregando sedução, engano ou fraude” (art. 267/CP de 1890). Vale notar, ainda, que a pena era anulada caso o ofensor viesse a se casar com a vítima dos delitos de “defloramento” ou de “estupro de mulher honesta”, pois o bem jurídico tutelado era a “honra” das famílias e não a “liberdade sexual” da pessoa.”⁷⁴

⁷¹ Reiterando trecho já citado: “Se observarmos a idade considerada para estupro de vulnerável, temos que 53,6% das vítimas tinha no máximo 13 anos.” - FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 13º ano, São Paulo, 2019. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://assets-dossiesipg-2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/10/FBSP_AnurioBrasileirodeSegurancaPublica2019.pdf. Acesso em 20 set. 2020.

⁷² PÉREZ, Victoria A. Ferrer; FIOL, Esperanza Bosch. Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. Papeles del psicólogo, Madrid, n. 75, p. 13-19, 2000.

⁷³ LANDINI, Tatiana. Violência sexual contra crianças na mídia impressa: gênero e geração. Cadernos Pagu, Campinas, v. 26, n.1, p. 225-252, 2006.

⁷⁴ LOWENKRON, Laura. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? Sexualidade, Saúde e Sociedade, Revista Latino-Americana, Rio de Janeiro, nº 5, ago 2010,

As transformações fundamentais nos conceitos de infância, família e educação durante o século XX foram necessárias para destacar as necessidades individuais das crianças. Essas mudanças institucionais substituíram a linguagem da honra pela dos direitos da pessoa, levando a uma mudança no foco dos discursos sobre a violência sexual infantil. A problemática de gênero das vítimas foi deixada de lado, dando lugar às questões relacionadas ao conflito de gerações e à vulnerabilidade das crianças.⁷⁵

O entendimento de que as crianças eram inocentes, frágeis e imaturas, e, portanto, precisavam de proteção individual, começou a surgir nas instituições. Uma intensa produção discursiva sobre a infância e seus elementos foi estabelecida, criando uma concepção angelical das crianças, que deveriam ser protegidas de certos conhecimentos, especialmente os relacionados à sexualidade.⁷⁶

Portanto, não seria honesto dissociar as teorias apresentadas neste tópico do crime de estupro cometido contra mulheres. Tanto o artigo 217-A quanto o 213 do Código Penal estão relacionados ao poder masculino sobre corpos subalternizados. Quando analisados no contexto doméstico, as relações de poder se tornam ainda mais evidentes, uma vez que o lar é considerado um local de amor e proteção.

A posição da mulher, assim como a da menina, reflete uma vulnerabilidade específica, como já foi amplamente demonstrado. A idade das vítimas não é um elemento que as protege dos efeitos da misoginia, especialmente porque, como discutido anteriormente, seus agressores não são necessariamente indivíduos com preferência sexual por crianças, mas sim homens que se comportam de maneira condizente com o patriarcado. Isso não pode ser ignorado em uma decisão judicial.

p. 9-29, p. 20.

⁷⁵ LOWENKRON, Laura. A emergência da pedofilia no final do século XX: deslocamentos históricos no emaranhado da “violência sexual” e seus atores. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v. 4, n. 1, jan.-jun. 2014, pp. 231-255.

⁷⁶ FELIPE, Jane. Afinal, quem é mesmo pedófilo? *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 26, n. 1, 2006, p.201-223.

2.1 Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas

Durante o Período Colonial (1500 a 1822), vigeram as Ordenações Afonsinas (1446), Manuelinas (1521) e Filipinas (1603). As duas primeiras Ordenações não tiveram qualquer tipo de influência sob a colônia brasileira, de modo que não afastaram o exercício do poder punitivo privado, que predominou durante muitos anos, sobretudo anteriormente a chegada dos portugueses. Por outro lado, as Ordenações Filipinas tiveram algum grau de notoriedade na colônia, tendo sido uma referência em matéria penal na etapa colonial (BATISTA; ZAFFARONI, 2003).

Em relação ao direito penal, as Ordenações Filipinas vigoraram no Brasil até 1830. Tratavam-se de um conjunto de diversos artigos, agrupados em cinco livros, que legislavam sobre questões civis, morais, criminais, entre outras. O livro V, que confundia direito, moral e religião, era dedicado à definição dos crimes e suas respectivas penas, infamantes e cruéis. Dentro os dispositivos, não há uma previsão legal da criminalização do aborto, o que não significa que era uma prática vista com bons olhos. Havia uma espécie de polícia moral, denominada “quadrilheiros”, que observava o comportamento das pessoas. Era recomendado que mulheres grávidas que perdessem a aparência de gravidez sem, contudo, apresentar alguma criança, ou mulheres que escondessem a gravidez, fossem reportadas à Justiça, pois essas atitudes poderiam ser indicativo de aborto ou, até mesmo, infanticídio.

A questão principal não era o aborto em si, mas o que ele representava, como assinalado por Matthieu de Castelbajac:

As autoridades têm interesse nelas apenas porque traem a provável dissimulação de um adultério, sendo a missão geral dos quadrilheiros derrubar as relações inconfessáveis que são trazidas à notoriedade pública. Não é o aborto por si mesmo, mas o segredo acerca do aborto que o Estado combate em nome dos bons costumes. Assim, o aborto não constitui um delito, mas o sinal de uma conduta faltosa. Não é proibido, porém tem que ser denunciado. Neste ponto, há pouca diferença entre a mulher que não dá conta da criança concebida no seu seio e a outra que procura por um aborto. Ambas são alvo das insinuações de má reputação.

Nessa perspectiva, para o Estado Português, o aborto representava uma forma de controle demográfico, numa época em que o enfoque da metrópole era o da multiplicação de gentes. Por meio da perseguição ao aborto, caçavam-se os desdobramentos condenáveis nas

ligações fora do matrimônio. Essas ligações comprometiam a vertente que guiava a “multiplicação de gentes”, uma vez que nelas reproduziam-se populações mestiças e pobres, contrárias à ordem que a metrópole buscava instaurar. Desse modo, as autoridades portuguesas acirravam os ataques à prole ilegítima e ao aborto, visto como o “mau fim de uma situação irregular” (DEL PRIORI, 1993).

A Igreja Católica também participou desta perseguição, uma vez que, na sua visão, existia uma relação entre aborto e relações extraconjugaís. Neste período, o aborto significou a arma de controle dos casais ilegítimos, que, assim como a metrópole, a Igreja buscava combater, por meio da disseminação do matrimônio como o centro da reprodução humana. Esses dois atores atrelaram a “imagem da mulher-que-aborta com aquela mulher-que-vive-a-ligação-ilegítima”, o que significou, para as autoridades eclesiásticas, a gerência sobre os comportamentos femininos e morais das terras coloniais (DEL PRIORI, 1993). Além disso, sob a influência da Igreja, o aborto passou a ser considerado como pecado sobre o próprio corpo e como a condenação de uma alma inocente ao sofrimento eterno pela falta do sacramento do batismo.

Em suma, durante a vigência das Ordenações, observou-se um absoluto controle do corpo feminino, com o fim de normatizar a sexualidade feminina e atingir os interesses políticos e econômicos da metrópole portuguesa. No que tange ao processo de normatização, vê-se, novamente, a atuação intensa da Igreja Católica, que, através da disseminação de seus ensinamentos, domesticou as mulheres indígenas e escravizadas, promovendo a sua aculturação e definindo o papel que lhes cabia desempenhar na sociedade, qual seja, de objeto sexual e serviçal. As mulheres portuguesas brancas que aqui chegavam também foram submetidas a esse processo, de modo que foram subordinadas ao isolamento doméstico e à procriação, como sua principal função.

É importante destacar que, ainda influenciada pela crença da Antiguidade de que o feto apenas estaria animado após o quadragésimo dia, a Igreja deixava algumas brechas para a prática abortiva. Portanto, “as mulheres que não estavam de todo desarmadas diante de uma gravidez indesejada” (DEL PRIORI, 1993), uma vez que o que acontecesse antes da animação não era considerado pecado e tampouco crime.

Assim, apesar da ausência de uma norma criminalizadora, o aborto foi fortemente reprimido pela metrópole portuguesa e pela Igreja, uma vez que a prática se relacionava a uma questão de normatização da sexualidade feminina, além de manifestos interesses demográficos e econômicos.

2.2 Código Criminal do Império do Brasil (1830)

Com a Proclamação da Independência, em 1822, fez-se necessário a elaboração de um diploma legal nacional, tendo em vista que, até então, o Brasil era regido por normas importadas do Direito Português. Com isso, em 16 de dezembro de 1830, foi sancionado o Código Criminal Imperial. Em comparação com a legislação penal anterior, que remetia a tradições medievais de privilégios do clero e da nobreza, o Código de 1830 era bastante “moderno”, na medida em que incorporava parte dos ideais liberais colocados em circulação após a Revolução Francesa, como os de igualdade e liberdade individual.

Nesse período, diversas leis foram aprovadas, tais como: a Constituição de 1824; a Lei Eusébio de Queiróz, que pretendeu estabelecer o fim do tráfico de escravos, em 1850; a Lei do Vento Livre, em 1871, que buscou garantir a liberdade aos filhos de escravas, nascidos a partir daquela data; a Lei dos Sexagenários, em 1885, com o fim de conceder liberdade aos escravos com mais de 65 anos de idade; e, em 1888, a Lei Áurea, decretada pela Princesa Isabel, que tinha como finalidade abolir a escravização no Brasil.

Apesar da produção legislativa da época mostrar-se inclinada ao igualitarismo, a realidade fático-jurídica se apresentava de uma forma contrária. No que tange à discriminação de gênero, embora o art. 179, XIII da Constituição Imperial de 1824 declarasse que a lei seria igual para todos, a aquisição da plena capacidade para atos da vida civil era privilégio exclusivamente masculino. A legislação dispunha que a menoridade cessava aos vinte e um anos, e que os filhos homens, após casados, tornavam-se imediatamente plenamente capazes. Por outro lado, as mulheres, mesmo após os vinte e um anos, se não fossem casadas, estavam subordinadas aos seus pais, e, após o casamento, a seus maridos.

O Código Criminal, em diversos dispositivos, corrobora o patriarcalismo e o controle sobre o corpo e a sexualidade feminina. O art. 219, por exemplo, dispõe que é crime deflorar

mulher virgem, com menos de dezessete anos, numa clara valorização da virgindade e da castidade como virtudes da mulher.

Assim, é fácil perceber que o patriarcalismo era intrínseco à sociedade imperial, que, com a participação eclesiástica, persistia na domesticação das mulheres. A mentalidade observada no período colonial também prevaleceu aqui, de modo que a Igreja, por meio de uma associação direta entre as práticas abortivas e as relações extramatrimoniais, condenava as mulheres que abortavam, assim como o Estado reprimia o aborto, visto como contrário aquele que atentasse contra a necessidade de crescimento da população nacional. É nesse cenário, marcado pela submissão e controle da sexualidade da mulher, que o aborto passou a ser criminalizado, como se lê nos artigos 199 e 200 do Código Criminal do Império:

Art. 199. Occasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.

Penas - de prisão com trabalho por um a cinco annos.

Se este crime fôr commettido sem consentimento da mulher pejada.
Penas - dobradas.

Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaequer meios para produzir o aborto, ainda que este se não verifique.

Penas - de prisão com trabalho por dous a seis annos.

Se este crime fôr commettido por medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes.

Penas - dobradas.

O primeiro artigo versa sobre o aborto praticado por terceiro, com ou sem consentimento da mulher; o segundo pune o mero fornecimento de meios abortivos, ainda que o aborto não ocorresse, ou seja, trata-se de uma punição à tentativa de aborto. De imediato, percebe-se que o autoaborto não era criminalizado. De acordo com Emmerick (2007), essa opção legislativa evidencia o bem jurídico tutelado pela norma penal, qual seja, a mulher, não a vida intrauterina. Uma vez que o aborto já era uma prática entre as mulheres desde a época colonial, importava punir aquele que atentasse contra a necessidade de crescimento da população nacional. Matthieu de Castelbajac justifica essa peculiaridade da seguinte maneira:

Não se trata de uma omissão do legislador. As manobras abortivas descritas nos livros de medicina da época são muito violentas. O legislador considera que necessariamente causam um dano físico grave à mulher, quer ela tenha consentido ou não ao aborto. Neste dispositivo, o Estado apresenta a mulher como um corpo fraco que deve ser protegido de terceiros mal intencionados. Porém, o Estado adota uma atitude de *laissez-faire* para com a mulher que toma a decisão de se expor aos perigos do aborto. É claramente um critério liberal — a fronteira do público e do privado — que separa, neste dispositivo, o aborto criminoso do aborto lícito. Por um lado, a presença de

terceiros, em torno da mulher grávida, cria uma cena pública na qual o Estado deve intervir. Por outro lado, a mulher que procura um aborto a si mesma se encontra numa esfera privada. Aquela mulher não tem que dar conta à polícia das obrigações que, na mesma época, podem lhe impor a moral religiosa e a honra familiar para com o ser concebido no seu seio. O legislador apenas lembra o primeiro dos princípios liberais. Isto é, a interdição de prejudicar outrem. Em comparação com o invasivo direito de observação que tinham as autoridades coloniais sobre práticas relacionadas ao aborto, o novo dispositivo (sic) inaugura uma autolimitação da curiosidade pública, característica do Estado mínimo tal como concebido no pensamento liberal.

A não-criminalização do autoaberto não se trata de um descuido do legislador, mas da assunção de uma postura que considera tal modalidade abortiva como crime sem vítima, uma vez que não atinge a liberdade do outro. O problema do aborto realizado por terceiros, não é a retirada do feto em si, mas as consequências físicas no corpo da mulher, muitas vezes graves a ponto de provocar a morte, em razão da clandestinidade de tais práticas e os métodos abortivos utilizados.

É importante destacar que, nesta época, o aborto era algo corriqueiro, praticado por abortadeiras ou pela própria gestante. Assim, apesar do autoaberto não ser alvo da punição estatal, a lei punia especialmente as mulheres, como traçado por Del Priori (2011):

“Diante do Estado, leis discutiam se o aborto fora voluntário ou involuntário. Surgiram normas contra as abortadeiras, a partir de 1830. Uma delas condenava a cinco anos de trabalho forçado quem praticasse o aborto, ainda que com o consentimento da gestante. Esta escapava impune”.

Assim, em comparação ao período anterior, é possível notar uma alteração no cenário da disciplina do aborto. Via-se uma tolerância estatal ao aborto, do ponto de vista legislativo, especialmente pelo fato de a Igreja acreditar que a alma só passava a existir no feto após quarenta dias da concepção. Agora, acreditando-se na animação imediata e com o fito de controlar a procriação de filhos ditos ilegítimos, criminaliza-se a prática abortiva e a inclui no rol de pecados abomináveis, eis que atentatório ao dom divino da vida concedido por Deus.

2.3 Código Penal dos Estados Unidos do Brasil de 1890

Da mesma forma que a Proclamação da Independência exigiu a elaboração de leis nacionais, com a Proclamação da República, em 1889, foi preciso reformar a legislação vigente, uma vez que as transformações políticas ocorridas exigiam uma nova ordem jurídica. Essas transformações estão entre as razões para uma maior influência da criminologia positivista no ordenamento jurídico brasileiro, que acarretaram mudanças na legislação penal, uma vez que a

República, enquanto nova forma de governo, precisava estabelecer uma nova relação com a sociedade e redefinir seus dispositivos de controle, de modo consentâneo aos ideais emergentes.

Assim, em 11 de outubro de 1890, foi editado o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, por meio do Decreto nº 847. Essa foi a primeira grande legislação aprovada no período republicano brasileiro, mas não foi a primeira ação do governo em relação à matéria criminal: por meio do Decreto nº 774, de 20 de setembro de 1890, foi declarada “abolida a pena de galés, redus a trinta annos a penas perpetuas, manda computar a prisão preventiva na execução e estabelece a prescrição das penas”. A abolição da pena de morte e a supressão das penas perpétuas e infamantes são o resultado de um projeto político que pretendia transformar o país em uma nação mais civilizada e moderna, caracterizado pela importação de costumes europeus, com o fito de assegurar a ordem e o progresso da república brasileira.

Em que pese o progressismo pregado pela legislação penal, a sociedade republicana, no que tange à mulher e aos papéis desempenhados por ela, não se mostrou diferente das anteriores. Desse modo, o papel da mulher do lar é recatada, que se ocupava em organizar a casa e cuidar do marido e dos filhos, permanecia intacto. Nesse momento, construiu-se uma imagem social para a mulher, que destacava a sua fragilidade física, da qual decorriam sua delicadeza e debilidade, o que enfatizava a sua inferioridade em relação ao homem, tese que encontra suas raízes na filosofia Iluminista:

Rousseau, filósofo iluminista, exerceu influência entre os homens cultos tanto na Europa, quanto no Brasil. A publicação de *Emile*, em 1762, cristalizou as novas idéias e deu um verdadeiro impulso à família moderna, isto é, a família fundada no amor materno. (...) Com relação à educação, o filósofo propõe uma diferenciação entre homens e mulheres. Para estas, simbolizada por Sofia (destinada a ser esposa de Emílio) não se deveria cultivar qualidades masculinas, pois “a mulher é feita especialmente para agradar o homem” e “para obedecer também”. Na narrativa, ao descrever o que entende por natureza feminina, Rousseau reproduz e aprofunda a representação inferiorizada da mulher. Enquanto Emílio é definido como forte, corajoso, ativo, inteligente, pensante; Sofia é naturalmente fraca, submissa, passiva, complemento masculino. A mulher é definida por aquilo que o homem não tem, ou seja, é descrita em negativo.

Esses pressupostos constituíram um modelo que forja uma representação simbólica da mulher, vista como esposa, mãe e dona de casa, cuja sexualidade encontrava-se condicionada ao instinto maternal. De acordo com Cesare Lombroso e Ferrero Gugliemo, a mulher que não possuísse tais características, consideradas “normais”, era tida como uma degenerada nata, em

razão da perversão ao estatuto da natureza frágil e delicada da mulher, de modo que sua transcendência somente é possível através da devoção ao lar e à maternidade.

O pensamento médico e o ideário religioso dominantes à época reforçavam o papel de mãe e esposa atribuído à mulher, justificado pelo argumento biológico, que também foi fundamento para estabelecer o papel do homem e da mulher na sociedade. O Positivismo e o Evolucionismo, difundidos durante o século XIX, também contribuíram para a formação dessa dicotomia, uma vez que utilizavam as dissonâncias biológicas entre os sexos como uma justificativa para as desigualdades sociais e culturais existentes entre homens e mulheres, observadas desde a gênese da sociedade brasileira e, agora, teorizadas.

Como destacado anteriormente, a Igreja Católica adotou a tese da animação imediata do feto, o que consagrou seu posicionamento contrário ao aborto e exerceu forte influência nas legislações estatais. Foi nesse cenário, marcado pelos discursos médicos, criminológicos e religiosos, que a criminalização do aborto, não apenas praticado por terceiro, mas pela própria mulher, se concretizou. Assim, pôs-se fim à liberdade da gestante para decidir sobre a continuidade ou não de sua gestação.

A criminalização do autoaberto significou a normatização da atuação do Estado na esfera privada. Enquanto o período imperial foi regido por um ideal liberal, o período republicano abandonou essa doutrina, legislando sobre os corpos das mulheres e o que elas carregavam em seus úteros. O aborto passou a ser questão de interesse público, tendo em vista que poderia ser visto como uma ferramenta de controle de natalidade, como destacado por Del Priori (2011):

“No início do século XX, o controle da natalidade se converteu em questão de interesse público: o problema “populacional” era importante para pensar-se o desenvolvimento nacional, articulando-se com os debates que animavam os homens públicos na época. A natalidade era fundamental não só para a continuação da espécie – argumento secular –, mas para a sociedade. Medicina e política davam-se as mãos, prescrevendo normas para o comportamento reprodutivo. O aborto entrou na mira das autoridades. Passou a regular-se a diferença entre contracepção e aborto”.

Nota-se que esse mesmo argumento foi empregado pelo Estado Português durante o período colonial com o propósito de censurar as práticas abortivas, em razão dos aspectos morais, religiosos, demográficos e econômicos que permeavam a sociedade à época.

Nada obstantes, apesar de todo o contexto histórico-social apresentado, impõe registrar que não havia um consenso entre a doutrina em relação ao motivo da criminalização, como assevera Emmerick (2007):

“a parte referente ao aborto é uma das mais controvertidas do Código Penal da República, podendo ser considerada uma das mais delicadas e controvertidas entre médicos e juristas da época. De acordo com a interpretação dada aos dispositivos, a interrupção voluntária da gravidez podia ser considerada um delito social, um atentado contra a ordem nas famílias, um crime contra a pessoa, etc”

Em comparação ao Código Imperial, o Código Republicano possui mais artigos que o anterior e prevê um número maior de situações: provocar aborto, havendo ou não a expulsão do feto, se a ele seguir-se a morte da mulher, se for provocado por médico ou parteira, se for realizado com ou sem o consentimento da gestante e, por fim, se for realizado voluntariamente pela própria gestante e, nesse caso, a pena poderia ser reduzida se a motivação para o ato fosse “ocultar a desonra propria”, o que reflete o machismo e o patriarcalismo presentes na sociedade. Há uma única hipótese em que o aborto é permitido, denominado aborto legal ou necessário, para salvar a vida da gestante, que só poderia ser realizado por médico ou parteira. O crime de aborto foi disciplinado entre os artigos 300 e 302 do Código Criminal de 1890, da seguinte forma:

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

§ 1º Si em consequencia do abôrto, ou dos meios empregados para provocá-lo, seguir-se a morte da mulher:
Pena - de prisão celular de seis a vinte e quatro annos.

§ 2º Si o abôrto for provocado por medico, ou parteira legalmente habilitada para o exercicio da medicina:
Pena - a mesma precedentemente estabelecida, e a de privação do exercicio da profissão por tempo igual ao da condenação.

Art. 301. Provocar abôrto com annuencia e accordo da gestante:
Pena - de prisão celular por um a cinco annos.

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

Art. 302. Si o medico, ou parteira, praticando o abôrto legal, ou abôrto necessário, para salvar a gestante de morte inevitável, occasionar-lhe a morte por imperícia ou negligencia:
Pena - de prisão celular por dous meses a dous annos, e privação do exercicio da profissão por igual tempo ao da condenação.

Enquanto a legislação penal de 1830 importava-se com a segurança da mulher, o diploma de 1890 protegia a sua honra, conforme se depreende do parágrafo único do artigo 301. Assim, mais uma vez, vê-se que o bem jurídico tutelado não é a vida do feto, de modo que é bem provável que a preocupação com a proteção da vida do feto desde a concepção não era relevante para o mundo do direito.

2.4 Código Penal de 1940 até os dias atuais

O Código Penal de 1940, ainda em vigor nos dias atuais, foi decretado pelo então presidente Getúlio Vargas, por meio do decreto-lei nº 2.848.

O Código foi dividido em duas partes, geral e especial. A parte especial distribuiu os tipos penais em onze títulos, subdivididos em capítulos que representam o bem jurídico tutelado. O título I, denominado crimes contra a pessoa, possui seis capítulos. O primeiro deles cuida dos crimes contra a vida, onde se situa o crime de aborto e suas excludentes de ilicitude.

O artigo 128 autoriza a realização do aborto nas hipóteses de risco à vida da gestante (aborto necessário) e de gravidez resultante de estupro (aborto humanitário):

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

Aborto necessário

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

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

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

De acordo com Bittencourt, o artigo 128, inciso I trata de um estado de necessidade (2020, p. 607), em que devem estar presentes “dois requisitos, simultâneos: a) perigo de vida da gestante; b) inexistência de outro meio para salvá-la.” (2020, p. 607). Nesse ponto, a legislação deu prioridade a vida da gestante.

Já na segunda hipótese, a interrupção da gravidez poderá ser executada quando decorrer de estupro e existir o consentimento da gestante, ou, sendo incapaz, de seu responsável legal, para a realização do aborto legal, o que poderá acontecer a qualquer momento da gestação (BITENCOURT, 2020, p. 609). A justificativa do aborto humanitário, como esta hipótese é

comumente chamada, reside no fato de ser “profundamente iníqua a terrível exigência do direito de que a mulher suporte o fruto de sua involuntária desonra”.

Há uma terceira hipótese, firmada no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, que autoriza a realização do aborto de feto anencefálico, “quando o feto não tem cérebro e sua vida extrauterina é inviável” (BITENCOURT, 2020, p. 623).

3 DOS EMPECILHOS À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL

Conforme exposto no capítulo anterior, o estatuto jurídico do aborto no ordenamento jurídico nacional é o da proibição. Somente em situações excepcionais (gravidez decorrente de estupro, gravidez que implique risco de vida à mulher e gravidez de feto anencefálico), a interrupção voluntária da gravidez não é punida. Nesses casos, o caráter ilícito da conduta é excluído. Para Castelbajac (2009, 2010), quanto a existência de legislações restritivas que admitem exceções à criminalização do aborto sejam bastante comuns em diversos outros países da América Latina, o Brasil foi a única nação a ter implantado serviços de saúde permanentes, ainda que não abundantes, para o atendimento a pacientes elegíveis ao aborto não criminoso.

O aparecimento de tais serviços só se deu, entretanto, no final dos anos 1980 (ARAUJO, 1993; CASTELBAJAC, 2009; PEREIRA, 2002; SOARES, 2003; TALIB; CITELI, 2005). Ou seja: embora os permissivos legais já datassem de 1940, as mulheres que neles se enquadravam necessitaram aguardar cinco décadas até que os estabelecimentos de saúde dispusessem de meios para atendê-las (TALIB; CITELI, 2005). Isso porque o Código Penal, apesar de enumerar as hipóteses em que o aborto não seria punido, era omissivo quanto aos critérios que tornavam uma mulher habilitada à realização do procedimento (CASTELBAJAC, 2009). A lacuna legislativa e a ausência de regulamentação do assunto a nível nacional por parte do Ministério da Saúde impediam que o direito ao aborto legal tomasse concretude. Os hospitais recusavam-se a efetuar os referidos atendimentos e os médicos, respaldados pelo Código de Ética Médica, faziam uso do seu direito à objeção de consciência para, diante do conflito instaurado entre a prática abortiva e seus preceitos morais internos, deixarem de executar a interrupção voluntária da gravidez (COLÁS *et al.*, 1994). Em virtude disso, as mulheres, apesar de terem direito ao aborto legal, viam-se obrigadas a recorrer a clínicas clandestinas, com todas as consequências trágicas que a escolha envolvia (COLÁS *et al.*, 1994).

Foi somente em 1989, na cidade de São Paulo, que o aborto legal saiu da clandestinidade para se tornar uma política pública (KYRIAKOS; FIORINI, 2002). Por meio da Portaria nº 682, de 26 de abril de 1989, foi criado, durante a gestão da então prefeita Luíza Erundida e do secretário de saúde Eduardo Jorge, o primeiro serviço de aborto legal do Brasil. Localizado no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como Hospital do Jabaquara, o serviço, embora de inauguração tardia (o programa somente foi implantado quase

meio século após o Código Penal autorizar, em circunstâncias específicas, a interrupção da gravidez), foi considerado pioneiro, não só no Brasil, como também em toda a América do Sul (TALIB; CITELI, 2005).

Devido à inércia da União em regulamentar o tema, o aborto legal dependia, a fim de que se tornasse efetivo, da pró-atividade das instâncias municipais, estaduais e universitárias (CASTELBAJAC, 2009). O modelo adotado pelo Hospital Jabaquara serviu, assim, de pavimentação para que iniciativas de idêntico teor se proliferassem por outras unidades hospitalares ao redor do país (CASTELBAJAC, 2009; KYRIAKOS; FIORINI, 2002; SCAVONE, 2004; TALIB; CITELI, 2005). Esse cenário perdurou até 1999 quando, enfim, o Ministério da Saúde editou a *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, já mencionada no capítulo antecedente. Hoje, a Lei nº 12.845/2013, que trata da assistência a pessoas em situação de violência sexual, impõe que todos os hospitais integrantes do SUS ofereçam, às vítimas de estupro, atendimento imediato, incluindo-se a prestação de informações atinentes ao abortamento legal, nos seguintes termos:

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. (grifo nosso)

Sem embargo do pioneirismo que a medida simbolizou, Araújo (1993) ressalta que o Serviço de Aborto Legal do Hospital do Jabaquara impôs certos limites à realização da interrupção legal da gravidez, limites esses que impediram que uma quantidade considerável de mulheres pudesse ter acesso às práticas abortivas. Nesse mesmo sentido, Talib e Citeli (2005)

relatam que o município, ao proferir a regulamentação, cercou-se de algumas precauções e cautelas. Para que a gestante fizesse jus ao aborto, ela deveria apresentar, dentre outros documentos, cópia do BO e laudo pericial emitido pelo IML (ARAÚJO, 1993; COLÁS *et al.*, 1994; TALIB; CITELI, 2005). A agressão sexual ocorrida deveria ser recente, não podendo ultrapassar, entre a data do fato e a data de registro do BO, lapso de tempo superior a 15 dias (TALIB; CITELI, 2005). A realização do procedimento também tinha um limite temporal: a idade gestacional não poderia exceder a 12 semanas (ARAÚJO, 1993; COLÁS *et al.*, 1994). Ademais, uma comissão multiprofissional, composta por médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, advogado/a e assistente, a quem competiria a decisão final acerca da submissão à manobra abortiva, atenderia a mulher, analisando sua situação (TALIB; CITELI, 2005).

Para Araújo (1993), a exigência de tantas “provas” objetivava, em verdade, não apenas dificultar o acesso ao aborto, mas, principalmente, confirmar que as mulheres que buscassem atendimento não estivessem imbuídas de más intenções, de forma a utilizar uma autorização concedida pela lei penal para fazer um aborto “clandestino”. Para Colás *et al.* (1994), por outro lado, a exigência de BO e laudo do IML, a despeito de não prevista na codificação penal, serviria de caução para prevenir eventuais problemas legais em que pudessem incorrer a equipe multiprofissional do serviço. Além do mais, o estupro, enquanto crime hediondo, deveria, pelo bem da sociedade, chegar ao conhecimento das autoridades policiais, motivo pelo qual se requeria a apresentação de BO (COLÁS *et al.*, 1994).

Talib e Citeli (2005) denunciam que, além da pressão sofrida por terceiros estranhos à realidade hospitalar, a implantação do programa de aborto legal no Hospital do Jabaquara também enfrentou resistência interna. Relatos de um médico do Jabaquara davam conta que psicólogos e assistentes sociais do hospital tinham grandes dificuldades para convencer que médicos e enfermeiras participassem da equipe (TALIB; CITELI, 2005). Muitos dos profissionais que se mostravam relutantes em aderir ao projeto afirmavam que a prática do aborto não condizia com sua formação técnica ou com sua religião (TALIB; CITELI, 2005). Além disso, médicos que trabalhavam no Jabaquara eram referidos, por seus colegas de trabalho de outros hospitais, como “aborteiros” (TALIB; CITELI, 2005), demonstrando o forte estigma que recaiu, não somente sobre a mulher que aborta, como também sobre os responsáveis técnicos pela aplicação da intervenção abortiva.

Segundo relatos de um médico atuante no programa, dois obstáculos teriam que ser suplantados pelo Jabaquara para que o serviço de aborto legal fosse bem-sucedido: a resistência dos profissionais da casa e a falta de preparo técnico para realizar a interrupção da gravidez (TALIB; CITELI, 2005). De acordo com Andalaft Neto (s.d., *apud* TALIB; CITELI, 2005), 25 dos 27 ginecologistas da instituição reprovavam a instalação do programa. Eles o consideravam desnecessário e inoportuno, pois temiam que a medida estimulasse a realização de abortos sem qualquer sustentáculo legal, motivada, pura e simplesmente, pelo desejo de dar cabo de uma gestação não planejada (ANDALAF NETO, s.d., *apud* TALIB; CITELI, 2005).

Corroborando isso, Colás *et al.* (1994) afirmam que houve, de fato, num momento inicial, forte resistência dos membros da própria comunidade hospitalar. A relutância dos funcionários do Jabaquara refletia, não apenas a visão que a sociedade nutria acerca do aborto, mas também a sensação de que, ao trabalhar num hospital que realizava práticas abortivas, os referidos profissionais estariam sendo coniventes com um procedimento de caráter moral bem discutível (COLAS *et al.*, 1994). Posteriormente, com o advento do tempo, o corpo social passou a se sensibilizar com o programa, aceitando-o, já que este visava propiciar o atendimento pós-estupro a vítimas de violência sexual (COLÁS *et al.*, 1994).

Quase 30 anos se passaram desde a implantação do primeiro serviço de aborto legal do Brasil. Embora ele mesmo não mais exista (a Prefeitura de São Paulo desativou o programa no ano de 2017⁷⁷), inúmeros dos óbices que se verificaram na construção do projeto podem ser encontrados, ainda hoje, nas unidades hospitalares de saúde credenciadas à realização da interrupção legal da gravidez. Em 1989, apenas um hospital, em todo o território brasileiro, oferecia, às mulheres que se amoldavam nas hipóteses autorizadoras do abortamento, a possibilidade de se encerrar uma gravidez. O aborto legal expandiu-se. Mas a expansão da política pública em comento não significou que mais mulheres estivessem tendo acesso a ela.

Nesse sentido, a organização não governamental Católicas pelo Direito de Decidir (CDD-Br) promoveu, de 2000 a 2001, um projeto denominado de *Programa de Aborto Legal nos Hospitais Públícos – CDD-Brasil*, o qual objetivava, por meio de visitas realizadas a

⁷⁷ MACHADO, Lívia. Prefeitura de SP desativa serviço de aborto legal no 1º hospital do país a realizar procedimento. G1, São Paulo, 21 dez. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/saopaulo/noticia/prefeitura-de-sp-desativa-servico-de-aborto-legal-no-1-hospital-do-pais-a-realizarprocedimento.ghtml>. Acesso em: 24 out. 2023.

hospitais da rede pública, conscientizar as instituições e, por conseguinte, os profissionais que nelas atuavam acerca da necessidade de se estruturar serviços de saúde voltados a mulheres em situação de aborto legal (PEREIRA, 2002). Pretendia-se, com isso, ampliar o número de unidades hospitalares aptas a oferecer esse tipo de atendimento (PEREIRA, 2002). Ao largo da iniciativa, 15 hospitais, situados em 11 estados brasileiros diferentes, além do Distrito Federal, foram visitados (PEREIRA, 2002). De acordo com Pereira (2002), a consecução do projeto dotou-se de alguma complexidade, sobretudo em virtude das dificuldades que se impuseram para que os serviços médicos fossem acessados. Como os hospitais cuidam de instituições fechadas, com uma hierarquia de trabalho estratificada e uma rotina laboral atribulada, o acesso ao interior dos estabelecimentos hospitalares foi bastante difícil (PEREIRA, 2002). Pereira (2002) descreve que foram necessários inúmeros contatos telefônicos, afora o envio de correspondências e e-mails, até que fosse possível designar uma data para que a CDD se reunisse com as equipes envolvidas, direta ou indiretamente, com o aborto legal. Em muitos casos, a entrada no hospital só foi autorizada após o projeto tramitar por várias instâncias decisórias (PEREIRA, 2002).

Além disso, constatou-se, durante o desenvolvimento do programa, que os funcionários, de todos os níveis hierárquicos do ambiente hospitalar, não estavam habituados a reunir-se para, em conjunto, refletirem, de modo aprofundado, sobre o atendimento a ser prestado às mulheres habilitadas à realização de procedimentos abortivos (PEREIRA, 2002). Consequentemente, observou-se que essa ausência de reflexão pessoal sobre o tema interferia na postura técnica de cada profissional e no modo como ele atendia a mulher que necessitava interromper sua gestação (PEREIRA, 2002).

Segundo Pereira (2002), a questão religiosa ainda era muito presente nos hospitais, o que afetava a própria receptividade à interrupção da gravidez. Desta forma, a mera menção à palavra aborto, mesmo naquelas unidades hospitalares em que programas de abortamento legal já se encontravam ativos, ensejava polêmicas e mal-estar dentro do corpo funcional (PEREIRA, 2002). Em alguns hospitais, profissionais não tiveram permissão para colocar cartazes de divulgação contendo o vocábulo “aborto”. Foi necessário, nesses casos, de sorte a contornar a proibição instituída, confeccionar reclames com expressões genéricas, tais como “saúde reprodutiva”, “sexualidade” e “reprodução humana” (PEREIRA, 2002). Era explícito o medo, nutrida pelas instituições, de se exporem em relação a um assunto tão delicado como o aborto (PEREIRA, 2002). Por isso, para Pereira (2002), a promoção de debates ético-religiosos com

os trabalhadores da área de saúde seria o instrumento mais eficaz para se estimular a instalação de muitos mais serviços de saúde especializados na prática da interrupção legal da gestação.

A dificuldade de acesso a unidades de saúde especializadas na prática de intervenções abortivas também foi exposta por Maynara Costa no estudo *Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública* (2018). Em sua investigação, Costa intendia, mediante a realização de entrevistas com os profissionais que compunham o Programa de Assistência às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS) de uma maternidade de Natal, no Rio Grande do Norte, investigar de que modo se dava o atendimento à mulher vítima de estupro. Nesse sentido, Costa (2018) narra que sua pesquisa foi marcada por uma burocracia extremada. Sua entrada no campo demandou meses de negociações. Pilhas e pilhas de documentos (cartas de anuência, ofícios, memorandos, cópia do projeto de pesquisa) foram exigidos. O Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) foi provocado, a fim de que o estudo lograsse aprovação ética. Por fim, a proposta de pesquisa teve que ser submetida à apreciação de diversos setores da maternidade (Direção, Recursos Humanos, Coordenação do PAVAS). Após todo esse percurso, foi possível, afinal, adentrar no hospital. Por isso, para Costa (2018), o principal obstáculo enfrentado por qualquer pesquisador que deseje operar pesquisa antropológica numa instituição hospitalar jaz precisamente em se obter autorização para ingressar no ambiente hospitalar.

Na esteira do *Programa de Aborto Legal nos Hospitais Públicos – CDD-Brasil*, a CDD publicou, em 2005, um dossier intitulado de *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*, de autoria de Rosângela Aparecida Talib e Maria Teresa Citeli. Notando que, em matéria de aborto, reinava a desinformação, seja sobre o número de serviços de saúde efetivamente existentes, seja sobre a adequação de tais serviços às Normas Técnicas exaradas pelo Ministério da Saúde, a CDD empreendeu pesquisa em 56 hospitais públicos das esferas municipal, estadual e universitária, os quais haviam sido arrolados, pelas autoridades competentes, como unidades de saúde capacitadas à realização da interrupção legal da gravidez.

Consoante afirmam Talib e Citeli (2005), o trabalho da CDD esbarrou em dificuldades de diversas ordens. A primeira delas foi justamente convencer o telefonista de que, na unidade hospitalar para a qual se telefonava, existia um serviço de interrupção legal de gravidez em funcionamento, de forma a ser possível conversar com alguém que dispusesse de maiores informações sobre o programa de aborto (TALIB; CITELI, 2005). Muitos dos hospitais não

possuíam registros sistematizados dos procedimentos abortivos realizados (TALIB; CITELI, 2005). Aqueles que os detinham se mostravam relutantes em repassar os dados solicitados: em quatro casos ao menos, os Conselhos de Ética das instituições tiveram que conceder autorização para que o acesso aos dados fosse proporcionado (TALIB; CITELI, 2005). Em três serviços de saúde, a CDD foi informada de que seria necessário encaminhar, por carta, à Direção ou ao Comitê de Ética em Pesquisa, requerimento pleiteando o fornecimento de informações atinentes à realização de abortos legais (TALIB; CITELI, 2005). Embora semelhante correspondência tenha sido produzida, nenhum dos três estabelecimentos médicos atendeu à solicitação formalizada (TALIB; CITELI, 2005). Ademais:

Superado o obstáculo inicial de obter resposta positiva sobre a existência do serviço, o segundo era descobrir quem era o profissional que sabia, ou podia, prestar as informações. Se a/o responsável estava em férias, era preciso esperar sua volta, porque outros não dispunham da informação. Se era um médico ou o chefe da Ginecologia, eram necessários muitos telefonemas até encontrá-lo no dia em que estava de plantão e liberado de cirurgias, consultas, reuniões etc. A solução, muitas vezes, foi encaminhar solicitações por e-mail ou fax para preenchimento posterior. Adotou-se uma conduta de esperar por uma semana e resposta e, caso não chegasse, telefonar insistindo. Em um caso, recebemos do diretor a informação de que aquele hospital prestava atendimento e que em breve informaria os dados; depois de aguardar por um mês a resposta, telefonamos ao médico e fomos informadas de que ele não repassaria as informações porque não ocupava mais o cargo de diretor e que o pedido deveria ser apresentado ao novo diretor. Depois de diversas tentativas de contato com o indicado, não conseguimos obter as informações. Em outro serviço, o diretor afirmou taxativamente que aquele hospital não realiza aborto legal enquanto a rede de atendimento à violência daquele estado informa que sim, o hospital presta esse atendimento. Assim, excetuados os poucos serviços que dispunham prontamente das informações solicitadas, foi necessária uma longa espera para obtê-las. (TALIB; CITELI, 2005, p. 46)

No levantamento de dados efetuado pela CDD, descobriu-se que 37 dos 56 hospitais pesquisados diziam prestar atendimento a casos de aborto previsto em lei. No entanto, a despeito do que afirmavam, cinco deles nunca haviam registrado qualquer tipo de intervenção abortiva (TALIB; CITELI, 2005). Verificou-se, também, que cinco estados brasileiros (Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e Mato Grosso do Sul) não possuíam, quando da realização da pesquisa, qualquer serviço especializado em aborto (TALIB; CITELI, 2005). Ainda de acordo com o supracitado estudo, observou-se que a distribuição de unidades de saúde capacitadas à execução do aborto legal dentro do território nacional não era equânime: a maior parte dos hospitais se localizava nas capitais das Unidades Federativas (TALIB; CITELI, 2005).

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

oito capitais, dentre a quais três (Natal, Recife e São Luís) contam com dois serviços. Na Região Sudeste o atendimento é prestado em doze serviços. Três em Minas Gerais: um na capital e outros dois na Região Metropolitana de Belo Horizonte (Betim). São Paulo é o estado mais equipado, contando com sete serviços: quatro na capital; um na Região Metropolitana de São Paulo (São Bernardo do Campo) e outros dois implantados em cidades do interior (Campinas e Botucatu). Os únicos serviços disponíveis no Espírito Santo e no Rio de Janeiro estão nas capitais. (TALIB; CITELI, 2005, p. 51)

A pesquisa desmistificou, ainda, uma das principais falácia disseminadas pelo discurso conservador. As vozes mais conservadoras apregoavam, desde o surgimento do primeiro programa de cessação da gestação em 1989, que a disponibilização de serviços de aborto pelo Poder Público levaria a que uma multidão de mulheres se aglomerasse nas portas dos hospitais para burlar as restrições legais e provocar abortamentos sem respaldo jurídico, enganando os profissionais de saúde (TALIB; CITELI, 2005). Contudo, os resultados obtidos no dossiê revelaram, ao contrário, que, em 15 anos de efetiva existência de serviços de aborto legal, apenas 1.266 interrupções de gravidezes haviam sido registradas: um número muito modesto quando comparado com o cenário alarmista que o conservadorismo pretendia construir (TALIB; CITELI, 2005).

Apesar de se ter verificado, na pesquisa promovida pela CDD, que a quantidade de serviços médicos especializados em aborto legal havia sofrido, de fato, considerável ampliação, a condição de ilegalidade do aborto era uma mácula que prejudicava e influía negativamente no bom funcionamento dos programas de abortamento legal (TALIB; CITELI, 2005). Com efeito, mesmo dentro dos hospitais em que a interrupção da gravidez era praticada, a existência dos serviços era algo ignorado. Consoante Talib e Citeli (2005) bem descreveram, os telefonistas, pessoas em face das quais se estabelece o primeiro contato com qualquer instituição, nada sabiam acerca do aborto legal, demonstrando o grau de invisibilidade de que se reveste o aborto na maior parte dos estabelecimentos de saúde. Essa invisibilidade dos serviços de aborto legal também se exprimiu na relutância ou negativa em se prestar qualquer informação sobre o assunto (TALIB; CITELI, 2005).

Para Talib e Citeli (2005), a invisibilidade (interna e externa) dos programas de abortamento legal, somada à quantia irrisória de atendimentos prestados, denota, no limite, que os serviços de aborto legal são quase clandestinos e, justamente por serem quase clandestinos, eles se tornam inacessíveis àquelas que a eles têm direito. A essa situação de clandestinidade, não se chegou, entretanto, segundo refletem Talib e Citeli (2005), por vontade deliberada dos profissionais que atuam nos serviços de aborto legal. Trata-se, em essência, de uma estratégia

de sobrevivência: o fato de ser clandestino é precisamente o que permite que eles continuem a funcionar (TALIB; CITELI, 2005).

Essa dimensão oculta e clandestina dos serviços de aborto legal é abordada por Porto (2009) em sua tese de doutorado “Aborto Legal” e o “Cultivo ao Segredo”: Dramas, Práticas e Representações de Profissionais de Saúde, Feministas e Agentes Sociais no Brasil e em Portugal. Apropriando-se dos conceitos desenvolvidos pelo sociólogo alemão Georg Simmel⁷⁸ (1939), Porto (2009) defende que, nos hospitais em que o aborto legal é realizado, impera um cultivo ao segredo. O aborto é, assim, aquilo que não pode ser visto, revelado ou pronunciado, devendo, ao revés, ser mantido às escondidas (PORTO, 2009). Esse culto ao segredo, praticado institucionalmente pelas unidades hospitalares, exterioriza-se na negativa de prestação de informações, demonstrando que o abortamento, mesmo aquele autorizado em lei, ainda goza de um caráter proibitivo (PORTO, 2009).

Diferentemente de Talib e Citeli (2005), Porto (2009) não vê, porém, no ato de se silenciar acerca da existência de serviços de aborto legal num dado hospital, uma atitude altruística que visa, ao fim, resguardar as instituições de constrangimentos exteriores que possam ameaçar a própria operacionalidade dos programas de interrupção legal da gestação. Para Porto (2009), a ocultação de um serviço de aborto legal impede que o público-alvo tenha acesso a ele. Desta forma, ao não permitir que os serviços de aborto legal alcancem a esfera pública, o cultivo ao segredo transforma-se num mecanismo de manutenção de poder nas relações de gênero que se travam (ORTNER, 2003, *apud* PORTO, 2009), uma vez que, para a maior parte do corpo biomédico, interessa mais a vida do feto do que o direito e desejos da mulher grávida (PORTO, 2009).

Com escopo bastante similar ao dossiê *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*, Alberto Pereira Madeiro e Debora Diniz desenvolveram, em 2016, uma pesquisa sobre os serviços de aborto legal existentes no Brasil. Planejavam os autores, com semelhante empreitada, perquirir eventuais embaraços que dificultavam a concretização da política pública em tela. Sob o título de *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*, foram analisados, de 2013 a 2015, 68 hospitais da rede pública. Nesse sentido, descobriu-se que, embora o Ministério da Saúde tenha listado, no rol de estabelecimentos de saúde

⁷⁸ Georg Simmel é reconhecido por seus trabalhos na sociologia do segredo e das sociedades secretas.

especializados em aborto legal, 68 instituições, apenas 37 hospitais realizavam, verdadeiramente, a interrupção legal da gravidez (MADEIRO; DINIZ, 2016). Em sete estados da Federação, não havia qualquer serviço de aborto legal em atividade (MADEIRO; DINIZ, 2016).

De acordo com Madeiro e Diniz (2016), em comparação com os resultados obtidos em 2005 na pesquisa *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)*, os serviços de aborto legal não experimentaram grandes, quiçá nenhum, avanços. Malgrado uma década inteira tenha separado os dois estudos, o número de unidades médicas capacitadas à realização de práticas abortivas não havia sofrido aumento algum. Em 2005, ano em que a CDD realizou sua pesquisa, exatos 37 hospitais praticavam a interrupção legal da gestação. 11 anos após, o mesmo número foi encontrado por Madeiro e Diniz (2016): 37 serviços de aborto legal em operação. Em 2005, segundo os achados de Talib e Citeli, cinco estados brasileiros ainda não contavam com serviços de aborto legal estruturados. 11 anos após, essa cifra ampliou-se: sete Unidades Federativas não dispunham, até então, de hospitais especializados na realização de procedimentos abortivos (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Contrariando a afirmação de que a existência de serviços de aborto legal conduziria a uma avalanche de requerimentos de interrupção da gravidez, Madeiro e Diniz (2016), tal como Talib e Citeli (2005), verificaram que, durante o período de amostragem da pesquisa (2013-2015), um reduzido número de mulheres procurou atendimento nas unidades de saúde especializadas em aborto. Apesar de não existir dados consolidados acerca da quantidade de abortos efetivamente executados (mesma dificuldade narrada por Talib e Citeli no dossiê elaborado em 2005), apurou-se que, em três anos, 5.075 gestantes compareceram aos hospitais em busca do aborto legal, sendo que, desse total, foram registradas somente 2.442 cessações de gestações (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Por outro lado, embora, conforme já explorado no primeiro capítulo desta monografia, a mulher elegível ao aborto em caso de estupro seja dispensada, nos termos da *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b), de apresentar BO ou laudo emitido pelo IML, Madeiro e Diniz (2016) observaram que: a) em cinco dos 37 serviços de aborto legal, BO foi solicitado; b) em três dos 37 serviços de aborto legal, laudo do IML foi solicitado; c) em quatro dos 37 serviços de aborto legal, parecer do Comitê de Ética da instituição foi solicitado;

e d) em três dos 37 serviços de aborto legal, despacho do Ministério Público foi solicitado. Ademais, em que pese o STF tenha autorizado a interrupção de gestações de fetos anencefálicos sem que, para tanto, a mulher obtenha autorização do Estado, dois dos 37 serviços ainda requeriam alvará judicial como condição para a realização do aborto (MADEIRO e DINIZ, 2016).

Analisando os resultados alcançados com o estudo recenseador *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*, Madeiro e Diniz (2016, p. 565) perceberam que “o percurso de uma mulher vítima de violência que deseja interromper a gravidez pode ser dificultado por obstáculos geográficos, institucionais ou de consciência dos profissionais que as atendem”. O fato de que a maior parte dos serviços de aborto legal se localiza nas capitais, somando-se à completa inexistência de qualquer hospital especializado em interrupção da gravidez em sete estados brasileiros, constitui o primeiro dos entraves visualizados por uma mulher que deseje dar cabo de sua gestação (MADEIRO; DINIZ, 2016). As unidades de saúde não estão distribuídas espacialmente de forma a atender todas as mulheres.

Além da escassez e má distribuição geográfica dos serviços de aborto legal, Villela e Barbosa (2011) também mencionam, como uma barreira à efetivação do aborto legal, a falta de uma rede hospitalar dotada de infraestrutura e pessoal capacitado para atender mulheres com tais demandas. Conforme afirmam as autoras (2011), as equipes envolvidas com o abortamento não estão satisfatoriamente treinadas para a realização de procedimentos abortivos: falta capacitação técnica. A exigência, em alguns serviços, de BO e laudo do IML (MADEIRO; DINIZ, 2016), embora sem respaldo legal, demonstra o total desconhecimento dos profissionais de saúde acerca da legislação (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997) e dos regulamentos exarados pelo Ministério da Saúde (COLÁS, AQUINO; MATTAR, 2007; FARIA; CAVALCANTI, 2012; FAÚNDES *et al.*, 2007; MEDEIROS *et al.*, 2012; SOARES, 2003; VILLELA; BARBOSA, 2011). Em pesquisa conduzida de dezembro de 2001 até setembro de 2002 por Goldman *et al.* (2005) com um grupo de 572⁷⁹ médicos obstetras e ginecologistas afiliados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), constatou-se que menos da metade dos participantes do estudo tinha conhecimentos acurados sobre as leis que regem o aborto: apenas 48% identificaram corretamente que o abortamento era legal no Brasil para salvar a vida da mulher e em caso de estupro. Ainda de

⁷⁹ Embora os pesquisadores tenham enviado 1.500 questionários, somente 572 médicos (38%) os responderam.

acordo com a mencionada pesquisa, ¼ dos médicos não sabia se havia alguma diretriz estabelecendo idade gestacional máxima para a prática da interrupção da gravidez (GOLDMAN *et al.*, 2005). 40% dos pesquisados achavam que a data-limite para o aborto era de 12 semanas, enquanto outros 30% pensavam que era de 20 semanas (GOLDMAN *et al.*, 2005).

Em 2005, Faúndes *et al.* efetivaram uma nova pesquisa (publicada somente em 2007) com os ginecologistas e obstetras membros da Febrasgo. Na ocasião, percebeu-se uma melhora no grau de conhecimento dos médicos. 93,4% dos pesquisados relataram conhecer que o aborto em caso de estupro é legal (FAÚNDES *et al.*, 2007). No que se refere, a seu turno, ao aborto em caso de risco de vida para a mulher, 82,9% dos médicos reconheceram que ele cuida de uma hipótese de abortamento legalmente autorizada pela nossa legislação (FAÚNDES *et al.*, 2007). Apesar de os ginecologistas e obstetras terem aparentado saber em que casos o aborto é permitido, os dados alcançados com a pesquisa indicaram que os profissionais ainda desconhecem os protocolos referentes à interrupção legal da gravidez (FAÚNDES *et al.*, 2007). Embora o Código Penal não condicione a realização do aborto legal a qualquer requisito, 68,5% e 46,1% dos médicos acreditavam, respectivamente, que BO e laudo emitido pelo IML eram documentos indispensáveis à aplicação de procedimentos abortivos em caso de gravidez decorrente de estupro (FAÚNDES *et al.*, 2007). Em se tratando de gravidez com risco de vida para a mulher, 86,4% dos profissionais reputavam que a apresentação de laudo assinado por três médicos era condição necessária para que a gestante pudesse abortar (FAÚNDES *et al.*, 2007).

Segundo Soares (2003), a implantação de serviços de atendimento ao aborto legal trouxe, para o cotidiano dos hospitais, assuntos de difícil compreensão para os funcionários da área de saúde. E de outra forma não poderia ser: a maior parte dos profissionais somente tem acesso à problemática do aborto legal quando de sua inserção profissional (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). O assunto é completamente ignorado nos cursos de graduação. (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). Mesmo em cursos de pós-graduação (*lato* ou *stricto sensu*), é relatada a ausência de abordagens relativas à interrupção legal da gravidez (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). Para Farias e Cavalcanti (2012), isso demonstra que o foco da formação dos profissionais da área de saúde – e, em especial, dos médicos – ainda repousa numa visão extremamente tecnicista, fria e biologista do processo doença-cura, desconsiderando a dimensão humana do cuidado à saúde. Tal fato contribui para que os profissionais da área de saúde não saibam lidar, de modo apropriado, com mulheres que

necessitem desse tipo de assistência (FARIAS; CAVALCANTI, 2012), já que o atendimento a uma vítima de violência sexual requer um traquejo para o qual eles não foram ensinados.

Para Gonzalez de Leon Aguirre e Salinas Urbina (1997), a formação profissional que os médicos habitualmente recebem nas faculdades bem como o status criminoso do aborto são dois dos principais elementos que influenciam na forma como os profissionais se portam diante de situações de abortamento legal. As autoras (1997) indicam que, desde o momento em que os futuros médicos ingressam nas escolas de Medicina, eles são bombardeados com conceitos pejorativos em relação às práticas abortivas. De acordo com que lhes é tradicionalmente ensinado nos cursos universitários, o aborto é entendido como um ato moralmente censurável que atenta contra a vida e contra o instinto maternal (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997). Inebriados com essa ética, os médicos não conseguem compreender o aborto como um problema social e de saúde pública, o que interfere em sua conduta profissional (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997).

Por outro lado, condicionados, desde o início da graduação, a tratar de abortos espontâneos ou das consequências de um abortamento clandestino (temas esses, sim, integrantes dos currículos médicos), a realização de procedimentos de antecipação voluntária da gravidez assume uma complexidade técnica cuja destreza os médicos não dominam (SOARES, 2003), em razão de sua formação técnico-profissional deficiente. Reforçando isso, Goldman *et al.* (2005) apuraram que quase 70% dos médicos ginecologistas e obstetras pesquisados em seu estudo afirmavam nunca terem recebido qualquer tipo de treinamento em manobras abortivas. Convém aqui relembrar que, quando da instalação do programa de aborto legal no Hospital Jabaquara, mencionava-se, como um dos maiores óbices ao sucesso do projeto, o despreparo técnico dos profissionais atuantes no serviço de interrupção legal da gravidez (TALIB; CITELI, 2005).

Apesar de a exigência de BO e laudo do IML poder apontar para uma ignorância acerca dos regramentos que circundam o tema do aborto, Diniz *et al.* (2014) assinalam que a imposição de tais condicionantes pode ser interpretada como a exteriorização das disputas morais que se desenrolam na construção da verdade em casos de estupro. Para os autores (2014), a excludente de ilicitude introduzida pelo legislador na hipótese de ocorrência de estupro significa, num contexto em que o aborto é interditado, a concessão, à mulher, de autonomia e soberania sobre o seu próprio corpo e sobre a sua própria sexualidade, motivo pelo qual a vigilância acerca da

veracidade da agressão sexual supostamente sofrida deve ser mais ferrenha, de forma a não permitir que mulheres, com base em mentiras, usufruam de modo indiscriminado do permissivo legal. Desta forma, a narrativa da mulher vítima de estupro que procura algum serviço de aborto legal é marcada por um regime de suspeição (DINIZ *et al.*, 2014). Esse regime de suspeição se expressa em duas dimensões: a primeira advém da própria lei que, ao estabelecer, dubiamente, que o aborto em caso de estupro é uma exceção ao estatuto geral da proibição, opera uma cisão no reconhecimento do direito (DINIZ *et al.*, 2014). Isso porque o legislador não pretendeu, com a inserção do dispositivo em nossa codificação penal, tutelar a autonomia reprodutiva da mulher. Ele tencionou, do contrário, tutelar a mulher que, por fatos lastimáveis da vida, achou-se na posição de vítima de uma violência sexual (DINIZ *et al.*, 2014). A segunda dimensão diz respeito justamente ao fantasma da mentira que paira sobre o relato de estupro: os profissionais da área de saúde temem ser enganados e induzidos a erro pelas mulheres (DINIZ *et al.*, 2014).

Em decorrência disso, distintamente do que determina a *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescente* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b), não basta a palavra da mulher para que esta seja submetida à interrupção legal da gravidez: é preciso, mediante a análise de um nexo causal (a gravidez tem que ser, comprovadamente, originada de um ato sexual forçado, e não de um ato sexual consensual), certificar-se de que a gestação decorre do estupro narrado (DINIZ *et al.*, 2014). Contudo, a construção da verdade em relação à violência sexual não se exaure com a aferição do nexo causal: os serviços de saúde precisam se assegurar de que a mulher se comporta, de fato, tal como a vítima que ela diz ser (DINIZ *et al.*, 2014). Para tanto, os serviços médicos lançam mão de verdadeiras técnicas de inquérito, perscrutando, assim, em busca de mentiras, os relatos das mulheres (DINIZ *et al.*, 2014).

Essa busca por falhas e rachaduras na solidez das narrativas das vítimas de estupro também tem sido apontada por Villela *et al.* (2011). Segundo as autoras (2011), os médicos atuantes nos serviços de aborto legal enxergam com descrédito e desconfiança as histórias de violência sexual relatadas pelas mulheres que procuram atendimento. Para muitos dos profissionais, referidas histórias são dotadas de claro teor ficcional: as mulheres engravidam e, por desejarem dar um fim a essa gestação não planejada, valem-se de um relato de estupro para obter um aborto em condições seguras (VILLELA *et al.*, 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011).

Essa visão desconfiada da mulher que aborta se reflete na aceitabilidade de que gozam,

entre os médicos, as hipóteses autorizativas do aborto. Gonzalez de Leon Aguirre e Salinas Urbina (1997) apontam que a interrupção da gravidez motivada por razões médicas (risco para a vida da mulher ou malformações fetais) tem sido amplamente admitida pelos profissionais, já que, em casos tais, eventual restrição que o médico possa ter em relação às práticas abortivas deve sucumbir em face da necessidade de se salvar a vida da mulher (VILLELA; BARBOSA, 2011). O mesmo não se observa quando o aborto tem como causa outros fatores (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997). Com efeito, os médicos têm se mostrado bastante reticentes quanto à cessação da gestação em caso de estupro (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997). A diferença de comportamento verificada demonstra o quanto permeada por crenças e ideologias morais se encontra a atuação profissional dos envolvidos com a temática do aborto (VILLELA; BARBOSA, 2011).

Para Farias e Cavalcanti (2012), a desconfiança quanto à história de estupro contada pelas usuárias reflete a insegurança e receio que os profissionais nutrem de estarem, de alguma forma, cometendo algum crime ou contribuindo com tal. As autoras em questão (2012) entendem se tratar de um medo infundado cujas origens assentam no desconhecimento das normas atinentes ao aborto legal. De fato, consoante já demonstrado no primeiro capítulo deste trabalho, ainda que os médicos sejam enganados por alguma gestante, eles não serão responsabilizados criminalmente, porquanto incidente a descriminante putativa prevista no §1º do artigo 20 do Código Penal (“É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposo.”).

Considerando-se que a decisão final acerca da submissão da mulher ao procedimento abortivo depende do arbítrio do médico, caso a mulher não seja reconhecida, pela equipe, como vítima, seu acesso ao direito ao aborto legal será negado (DINIZ *et al.*, 2014). Ademais, não se pode perder de vista que o estupro acarreta diversos transtornos de ordens física e psíquica à mulher. Ser obrigada, após sofrer semelhante agressão, a passar por uma série de interrogatórios, a fim de que não haja dúvida alguma acerca do crime de que foi vítima, é um forte fator desmotivador da procura aos serviços de aborto legal.

Outro elemento que tem sido indicado como dificultador do acesso ao aborto legal é o estigma que recai sobre as mulheres que realizam aborto. Conforme ensina Harris (2012), muitas mulheres que se submetem a procedimentos abortivos esforçam-se para manter sua

decisão em segredo, por medo de serem estigmatizadas. O estigma, segundo descreve Goffman (1988), consiste na imputação, a um determinado indivíduo, de uma carga de valores, geralmente depreciativos, que o distinguem do resto da sociedade, submetendo-o às mais variadas discriminações. Desta forma, o sujeito estigmatizado, justamente por carregar um estigma, não é visto, socialmente, como um ser humano completo, mas, de modo contrário, como uma pessoa “estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1988). Isso porque:

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. (GOFFMAN, 1988, p.6)

Para Cockrill *et al.* (2013), o estigma do aborto pode ser conceituado como o entendimento compartilhado de que a prática da interrupção voluntária da gravidez é moralmente incorreta ou socialmente inaceitável, contribuindo para que o abortamento seja relegado, legal, social e medicamente, a um contexto de marginalização (LETOURNEAU, 2016). Nesse sentido, o estigma do aborto é um fenômeno de amplitude global, cujos impactos repercutem mais gravemente nos países em que as legislações em matéria de aborto são mais restritivas (OGINNI *et al.*, 2018), na medida em que, por receio da exposição que a procura a um serviço de aborto legal poderia ocasionar, diversas mulheres se autoinfilmam abortos ou sujeitam-se a manobras abortivas em clínicas clandestinas com profissionais não habilitados a tanto, incrementando as taxas de mortalidade materna decorrente de abortos não seguros (HARRIS, 2012). Embora o aborto seja permitido nos Estados Unidos, Harris (2012) destaca que a disponibilidade de serviços de aborto legal não tem se mostrado medida suficiente para resguardar a integridade física das mulheres, pois o desejo de esconder a realização de um aborto as conduz a situações potencialmente mortíferas.

Em pesquisa efetuada no Quênia, país que concentra 56% de todas as ocorrências de abortamentos clandestinos do mundo, Yegon *et al.* (2016) descrevem que, enquanto a interrupção da gravidez seja um fenômeno bastante comum localmente, as mulheres quenianas que efetuam abortos são categorizadas como “assassinas”, “prostitutas” e “infiéis” além de serem consideradas uma péssima influência para outras mulheres, especialmente para as mais jovens. Adicionalmente, as mulheres que interrompem suas gestações são penalizada com o

ostracismo (YEGON *et al.*, 2016). Devido ao medo da isolação social, as gestantes evitam procurar atendimento em serviços de aborto legal, mesmo quando tais serviços se encontram próximos de suas residências (YEGON *et al.*, 2016). Um círculo vicioso, então instaura-se: ao decidir não frequentar unidades de saúde especializadas na prática de procedimentos abortivos, as mulheres se arriscam em abortos não seguros (YEGON *et al.*, 2016). Portanto, o estigma do aborto é o fator decisivo que orienta a escolha da mulher em acessar uma manobra abortiva segura ou uma manobra abortiva clandestina (MCMURTRIE *et al.*, 2012)

Para Kumar, Hessini e Mitchell (2009), há um processo político e social que favorece a perpetuação do estigma do aborto. Segundo demonstram as autoras (2009), o aborto transgride três ideais de feminilidade: a fecundidade perpétua, a inevitabilidade da maternidade e o natural instinto de cuidar. Assim, o ato de abortar representa uma ruptura com a noção de que a sexualidade da mulher se dirige, exclusivamente, ao propósito de procriação (KUMAR, 2013; MORI, 1997). Ele também afronta a concepção de que a mulher apenas se torna uma mulher de verdade quando encontra sua plenitude na maternidade (KUMAR, 2013; MORI, 1997). À vista disso, o estigma operaria numa dupla face, agindo sobre a mulher que necessita do aborto e sobre os serviços de saúde. Para as mulheres, por temerem sofrer algum tipo de reprovação social, o estigma configura uma causa impeditiva do acesso ao aborto legal. Para os serviços de saúde, o estigma interfere no modo como o atendimento é provido (VILLELA; BARBOSA, 2011; YEGON *et al.*, 2016), sendo bastante comuns relatos de que os profissionais atuantes com o aborto conferem tratamentos grosseiros e hostis às mulheres que buscam se submeter à interrupção da gravidez (YEGON *et al.*, 2016). Como o aborto constitui uma infração às normas de gênero tal como postas (KUMAR; HESSINI; MITCHELL, 2009; MORI, 1997), a abordagem estigmatizante dos estabelecimentos médicos exprime o repúdio que a prática do aborto lhes inspira.

O estigma do aborto também impacta os médicos (CÁRDENAS *et al.*, 2018; GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997; PAYNE *et al.*, 2013; SOARES, 2003). Apesar de o ofício médico desfrutar de grande respeitabilidade perante a sociedade, obstetras e ginecologistas que realizam intervenções abortivas têm sofrido um processo de marginalização social e profissional (PAYNE *et al.*, 2013). Ninguém quer ser reconhecido como “abortheiro” (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997; PAYNE *et al.*, 2013; SOARES, 2003), de forma que o medo de ser rotulado, pelos colegas de profissão e pela comunidade em geral, com tal alcunha tem ocupado papel de centralidade

na recusa, efetuada por muitos médicos, em se ministrar técnicas abortivas, ainda que referidas técnicas esteja amparadas por alguma circunstância prevista em lei (CÁRDENAS et al., 2018; GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997; PAYNE et al., 2013; SOARES, 2003).

Em vista disso, diversos autores apontam que a negativa dos médicos em prestar o atendimento consubstancia-se num dos principais obstáculos à implantação de serviços de aborto legal (DINIZ, 2011; FIALA; ARTHUR, 2017; GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997; MADEIRO; DINIZ, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2012; SOARES, 2003). Em muitos casos, os médicos, a fim de se furtar à realização do aborto, suscitam, em virtude dos conflitos ético-morais que a prática de procedimentos abortivos lhes incute, seu direito à objeção de consciência. Segundo Ortiz-Millán (2017), a objeção de consciência pode ser definida como o conflito que se instaura entre os valores morais de um indivíduo e as obrigações sociais ou legais que lhe são impostas. Desta forma, a escusa de consciência surge quando a pessoa se opõe a agir em conformidade com mandamentos legais ou ordens expedidas por seus superiores hierárquicos, ante a incompatibilidade de tais deveres com suas convicções morais, religiosas ou filosóficas (BUZANELLO, 2011; ORTIZ-MILLÁN, 2017). No campo médico, a objeção de consciência consiste na recusa, oferecida por profissionais de saúde, de prestarem assistência médica a certos casos em decorrência de seus preceitos morais internos (DINIZ, 2013). Por conseguinte, consolidou-se, dentro da seara médica, a suposição de que é lícito, ao médico, negar-se a ministrar determinados tratamentos quando estes violam suas convicções pessoais, ainda que isso crie barreiras para que mulheres tenham acesso a cuidados relativos à sua saúde reprodutiva, como se sucede com o aborto (FIALA; ARTHUR, 2017). Na Itália, por exemplo, sete em cada dez ginecologistas se recusam a efetuar abortos com base em sua objeção de consciência⁸⁰.

Para Savulescu (2006), entretanto, a consciência de um médico não deveria afetar os serviços médicos. Se um profissional não consegue deixar de lado certas crenças no momento de atender um paciente, ele sequer deveria ter se tornado médico, de forma que, uma vez que a escusa de consciência comprometa a qualidade, eficiência e equidade do cuidado à saúde, ela

⁸⁰ KIRSCHGAESSNER, Stephanie *et al.* Seven in 10 Italian gynaecologists refuse to carry out abortions. **The Guardian**, Roma, 11 mar. 2016. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2016/mar/11/italiangynaecologists-refuse-abortions-miscarriages>. Acesso em: 20 set. 2023.

não deverá ser tolerada (SAVULESCU, 2006). É claro que, em havendo possibilidade de acomodação entre os valores morais do médico e as tecnologias da ciência médica, a objeção de consciência não acarreta maiores problemas (SAVULESCU, 2006).

Nesse contexto, o CFM editou, por meio da Resolução CFM nº 1.931/2009, o Código de Ética Médica, o qual dispõe, no que tange à objeção de consciência:

Capítulo I

Princípios fundamentais [...]

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

[...]

Capítulo II

Direitos dos médicos É direito do médico:

[...]

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Percebe-se que o próprio CFM tenta conciliar os dois direitos: o do médico de rejeitar certos procedimentos e o do paciente de ter acesso às terapêuticas de que necessita, ainda que estas violem, de alguma forma, valores morais dos agentes de saúde. O direito à objeção de consciência não pode se sobrepor à integridade física e à vida daqueles que buscam cuidados médicos.

De igual maneira, partindo da premissa de que é possível compatibilizar a liberdade de consciência do médico e o direito ao aborto legal, o Ministério da Saúde, em sua *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento* (2011a), estatuiu que, a despeito de ser assegurada, aos profissionais médicos, a objeção de consciência, os hospitais integrantes do SUS têm a obrigação institucional de oferecer, aos seus usuários, a interrupção legal da gravidez, sob pena de responsabilização civil e criminal da instituição e do médico que recusar o atendimento. Portanto, ainda que algum médico, por motivos de foro íntimo, não pratique intervenções abortivas, é dever do Estado disponibilizar, nos estabelecimentos de saúde, outro profissional que o faça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Além disso, em algumas circunstâncias, o direito à objeção de consciência deverá ceder. Descabe alegar objeção de consciência: a) caso a realização do aborto seja medida necessária para salvaguardar a vida da mulher; b) caso, na ausência de médico que realize o aborto legal, a demora na prestação da

assistência possa implicar danos ou agravos à saúde da mulher; e c) no atendimento de complicações derivadas de abortos inseguros, por se tratar de uma urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Para Fiala e Arthur (2017), a negativa de tratar pacientes com base no direito à objeção de consciência baseia-se em crenças pessoais não passíveis de verificação que, no mais das vezes, originam-se em algum cânone religioso. Farias e Cavalcanti (2012) assinalam, nesse mesmo sentido, que o argumento da objeção de consciência tem servido para mascarar discursos religiosos que repudiam a interrupção voluntária da gestação. Assim, o reconhecimento da objeção da consciência como um direito do médico teria o condão de reafirmar o aborto como uma questão religiosa (DINIZ, 2013). Por outro lado, Villela e Barbosa (2011) observam que nem sempre a recusa quanto à efetuação do aborto é explícita, já que, em muitos casos, os médicos não assumem, publicamente, serem objetores de consciência. Nessas situações, a objeção de consciência infiltra-se, de modo subliminar, nas posturas dos profissionais, traduzindo-se na demora na prestação do atendimento, na obstrução de informações e na negligência na atenção ao abortamento (GALLI; DREZETT; ADESSE, 2007; GALLI; GOMES, 2014; VILLELA; BARBOSA, 2011), dificultando o acesso aos serviços de aborto legal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado ao longo desta monografia, diversos empecilhos se fixam entre o caminho de uma menina e o seu acesso ao aborto legal. Como obter informações sobre o aborto se paira, sobre o assunto, um cultivo ao segredo (PORTO, 2009)? O aborto é o lugar do silêncio. Com isso, mesmo os telefonistas,pessoas que, em tese, deveriam saber prestar informações basilares acerca do funcionamento da instituição hospitalar, desconhecem a existência de programas de abortamento legal. Ora, se nem eles, que trabalham no estabelecimento médico sabem, como poderá a mulher, tão estranha àquele ambiente fechado, hermético e frio, saber?

Superada a desinformação, novos desafios precisam ser vencidos: a distância geográfica. Em todo o território nacional, apenas 37 unidades hospitalares prestam atendimento a mulheres elegíveis ao aborto não criminoso (MADEIRO; DINIZ, 2016). Talvez o número de estabelecimentos médicos seja ainda menor. Nem o Ministério da Saúde sabe. Das oito maternidades municipais cariocas cadastradas no CNES, sistema gerido pelo órgão federal, pelo menos duas delas não executam procedimentos abortivos.

Além disso, a distribuição dos hospitais especializados na prática da interrupção da gravidez não é equitativa: a maior parte se concentra nas capitais e nas grandes cidades (MADEIRO; DINIZ, 2016; TALIB; CITELI, 2005). Mulheres, tal como Ártemis, que, por força do acaso, residam no interior, terão que se locomover até os centros urbanos para que possam se submeter à intervenção abortiva. Ainda que a lonjura entre os locais em que moram as mulheres e os serviços de saúde não seja um problema, o estigma o é.

Caso, a despeito do estigma que recai sobre si, a mulher decida buscar serviços de aborto legal, ela terá que tolerar o tratamento hostil e pouco lisonjeiro que lhes dispensa os profissionais da área de saúde que trabalham nas unidades médicas (GALLI; DREZETT; ADESSE, 2007; GALLI; GOMES, 2014; VILLELA; BARBOSA, 2011; YEGON *et al.*, 2016). O aborto é a antítese do nascimento e deve, pois, ser rechaçado, ainda que se cuide de autorização conferida pela codificação penal. Antes esse fosse o único problema: ensinados, desde as primeiras cadeiras das faculdades médicas, a entender o aborto tão somente sob a ótica tecnicista da doença-cura (MAGALHÃES; FARIAS, 2012), os médicos demonstram

despreparo técnico para lidar com a cessação da gravidez. Mesmo que detenham a habilidade técnica necessária para a realização de manobras abortivas, os médicos podem se recusar a agir. É um direito deles. O Código de Ética Médica assim o autoriza. No embate entre seus preceitos morais interiores e a prática de determinados procedimentos, é permitido que o médico se abstenha de atuar: sua liberdade de consciência precisa ser preservada.

Ressalte-se que o médico, no jogo do aborto, é o grande árbitro da legalidade dos passos. A ele, compete a decisão final acerca da submissão à interrupção legal da gravidez. No caso de gravidez decorrente de estupro, é a ele quem cabecertificar a veracidade da narrativa da mulher vítima da violência sexual (DINIZ *et al.*, 2014; VILLELA *et al.*, 2011). Tal como num verdadeiro inquérito policial, interroga-se a mulher(DINIZ *et al.*, 2014). Ela precisa se comportar de maneira harmônica com a vítima que alegaser (DINIZ *et al.*, 2014). Sua idade gestacional deve, ademais, ser compatível com a data da agressão sexual supostamente sofrida. Exames de ultrassonografia são, desta forma,requeridos. Só a palavra da mulher não basta, ela pode estar querendo se aproveitar de uma(ARAÚJO, 1993; DINIZ *et al.*, 2014; VILLELA *et al.*, 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011). O desconhecimento do médico fica, assim, patente. Ele ignora, nãoapenas as técnicas aplicáveis à indução voluntária do aborto (SOARES, 2003; VILLELA; BARBOSA, 2011), como também a própria lei (GONZALEZ DE LEON AGUIRRE; SALINAS URBINA, 1997). O médico, induzido a erro por algum gestante, não responde por crime algum. A mulher que mentir, por outro lado, sofrerá reprimenda penal.

Quando o primeiro serviço de aborto legal surgiu em 1989, ele era único. A inércia do Ministério da Saúde em regulamentar a temática, conquanto o direito ao aborto legal já fosse reconhecido desde 1940, impedia que a interrupção legal da gravidez se tornasse uma realidade. Graças ao pioneirismo do Hospital Jabaquara, isso mudou. Quase três décadas depois, a quantidade de serviços de aborto legal saltou de um para 37.

Segundo dados do SUS, poucos abortos legais têm sido realizados nos últimos anos o que pode ser explicado por força dos óbices que atravancam o acesso a esse direito (já expostos nesta monografia). Apesar disso, um movimento de expansão da política pública tem se observado. No Município do Rio de Janeiro, isso se traduziu na iniciativa, empreendida pela Prefeitura do Rio de Janeiro, de cadastrar todas as 12 maternidades municipais no CNES.É claro que referida medida não tem se mostrado completamente infalível. Duas unidades

médicas pertencentes à rede municipal de saúde, a despeito de arroladas como instituições especializadas na interrupção legal da gravidez, relataram não efetuar manobras abortivas. Ainda há muito no que se avançar.

Um rápido vislumbre nas pautas legislativas relativas aos direitos reprodutivos da mulher parece indicar que o caminho em busca do aborto legal será tempestuoso. Há, atualmente, em tramitação no Congresso Nacional, diversos projetos de lei que intendem tornar mais difícil o acesso à interrupção legal da gravidez. Ao mesmo tempo em que progressos, ainda que deficitários, têm sido verificados no que tange ao direito ao abortamento legal, um movimento de contrarreação, uma onda de contra-ataques (FALUDI, 2001) tem surgido, à guisa de conter os avanços sociais obtidos pelas mulheres e reforçar os papéis sociais tradicionalmente atribuídos ao gênero feminino.

Consoante exposto, diversos fatores impedem que as mulheres tenham acesso ao aborto legal. Atualmente, apenas três situações autorizam a interrupção legal da gravidez. Embora as hipóteses autorizadoras do abortamento legal sejam restritas, o SUS não tem se mostrado dotado de infraestrutura suficiente para atender as mulheres que necessitam se submeter a intervenções abortivas. Os desafios com um cenário de descriminalização do aborto serão ainda maiores. Não basta apenas, como a trajetória do aborto legal ensina, prever abstratamente um direito: é necessário, ademais, dispor de mecanismos que o tornem efetivo e concreto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, Leila et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3819-3832, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203819. Acesso em: 20 set. 2023.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Aborto Legal no Hospital do Jabaquara. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 424-428, 1993. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16075/14610>. Acesso em: 24 out. 2018.

BEDONE, Aloisio José; FAÚNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200024>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200024. Acesso em: 23 out. 2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Especial. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2020, v. 2.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Código Criminal do Império do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lm/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1940]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 20 set. 2023

BUZANELLO, José Carlos. Objecção de consciência: um direito constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, [S.I.], v. 38, n. 152, p. 173-182, out./dez. 2001. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/730>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CÁRDENAS, Roosbelinda et al. "It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. **Reproductive Health**, [S.I.], v. 15, n. 150, Sept. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0597-1>. Acesso em: 02 nov. 2018.

CASTELBAJAC, Matthieu de. **Governing Abortion By Standards**: Abortion Policies In Brazil Since The Late 1980s, 2009. DOI: 10.4000/eeses.210. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eeses/210>. Acesso em: 24 set. 2018.

CASTELBAJAC, Matthieu de. Aborto legal: elementos sociohistóricos para o estudo do aborto

previsto por lei no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 3, p. 39-72, fev.2010. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i3p39-72>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/90042>. Acesso em: 24 set. 2018.

COCKRILL, Kate et al. **Addressing Abortion Stigma Through Service Delivery: A White Paper**, 2013. Disponível em: <https://ibisreproductivehealth.org/sites/default/files/files/publications/Addressing%20abortion%20stigma%20through%20service%20delivery.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

COLÁS, Osmar; AQUINO, Nicole Moraes Rego de; MATTAR, Rosiane. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 443-445, set. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000900001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900001. Acesso em: 24 set. 2018.

COLÁS, Osmar R. *et al.* Aborto Legal Por Estupro: Primeiro programa público dopaís. **Revista Bioética**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1994. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/447/330. Acesso em: 10 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.752, de 13 de setembro de 2004**. Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2922&catid=3:po. Acesso em: 24 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Código de Ética Médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em: 31 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.989, de 14 de maio de 2012**. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1989>. Acesso em: 10 out. 2018.

COSTA, Maynara. Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 17, n. 200, p. 1-12, jan. 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/36547>. Acesso em: 02 nov. 2018.

DEL PRIORE, Mary. A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. **Revista Bioética**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 43-51, 1994. Disponível: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/442/325). Acesso em: 10 out. 2018.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo:** Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

DINIZ, Debora. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 251-272, dez. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312003000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200003&lng=en&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

DINIZ, Debora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 981-985, out. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000047>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910201100500021. Acesso em: 02 nov. 2018.

DINIZ, Debora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, set. 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300002&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 02 nov. 2018.

DINIZ, Debora *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000200011&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 10 out. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

FARIAS, Rejane Santos. **Concepções e atuações diante da interrupção da gestação prevista em lei na perspectiva dos assistentes sociais de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro**. 2014. 219 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=25154@1. Acesso em: 24 set. 2018.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, jul. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700014&lng=en&nrm=iso&tlang=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

FALUDI, Susan. **Backlash**: o contra-ataque na guerra não declarada contra as mulheres. Tradução de Mario Fondelli. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2011.

FAÚNDES, Anibal *et al.* The Closer You Are, The Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician: Gynaecologists to Unwanted Pregnancy. **Reproductive Health Matters**, [S.I.], v. 12, n. 24, p. 47-56, Apr. 2005. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24011-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24011-3). Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(04\)24011-3](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(04)24011-3).

8080%2804%2924011-3. Acesso em: 10 out. 2018.

FAÚNDES, Anibal *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 192-199, abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000400005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000400005&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 31 out. 2018.

FAÚNDES, Anibal; SHAH, Iqbal H. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.I.], v. 131, n. 1, p. 56-59, Oct. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.018>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215001575>. Acesso em: 24 set. 2018.

FIALA, Christian; ARTHUR, Joyce H. There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health care. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, [S.I.], v. 216, p. 254-258, Sept. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.023>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211517303573>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GALLI, Beatriz; DREZETT, Jefferson; ADESSE, Leila. **Dilemas e Soluções nos Serviços de Saúde**: casos sobre a atenção à violência sexual e ao abortamento com foco nos direitos humanos das mulheres, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jefferson_Drezett/publication/268278287_Dilemas_e_Solucoes_nos_Servicos_de_Saude_casos_sobre_a_atencao_a_violencia_sexual_e_ao_abortamento_com_foco_nos_direitos_humanos_das_mulheres/links/546773450cf20dedacf4e44/Dilemas-e-Solucoes-nos-Servicos-de-Saude-casos-sobre-a-atencao-a-violencia-sexual-e-ao-abortamento-com-foco-nos-direitos-humanos-das-mulheres.pdf. Acesso em: 04 nov. 2018.

GALLI, Beatriz; DREZETT, Jefferson; CAVAGNA NETO, Mario. Aborto e objeção de consciência. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 32-35, abr./jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200014>. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2018.

GALLI, Beatriz; GOMES, Edlaine. **Representações dos profissionais de saúde em relação ao aborto**: entre direitos e deveres na atenção, 2014. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2484267. Acesso em: 24 out. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1988.

GOLDMAN, Lisa A. *et al.* Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. **Reproductive Health**, [S.I.], v. 2, n. 10, Nov. 2005. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-2-10>. Acesso em: 24 out. 2018.

GONZALEZ DE LEON AGUIRRE, Deyanira; SALINAS URBINA, Addis Abeba. Los

médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 227-236, abr. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-2-10>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2018.

HARRIS, Lisa H. Stigma and Abortion Complications in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, [S.I.], v. 120, n. 6, p. 1472-1474, Dec. 2012. DOI: <http://10.1097/AOG.0b013e3182723d82>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23168775>. Acesso em: 24 set. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília: Ipea, 2014. 30 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21842. Acesso em: 24 set. 2018.

KUMAR, Anuradha. Everything is not abortion stigma. **Women's Health Issues**, [S.I.], v. 23, n. 6, p. 329-331, Nov./Dec. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.001>. Disponível em: [https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(13\)00079-0/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(13)00079-0/fulltext). Acesso em: 31 out. 2018.

KUMAR, Anuradha; HESSINI, Leila; MITCHELL, Ellen M. H. Conceptualising abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality**, [S.I.], v. 11, n. 6, p. 625-639, July. 2009. DOI: <10.1080/13691050902842741>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19437175>. Acesso em: 31 out. 2018.

KYRIAKOS, Norma; FIORINI, Eliana. A dimensão legal do aborto no Brasil. In: CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (CDD-BR). **Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas**. 1. ed. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, 2002. p. 131-146.

LETOURNEAU, Kati. **Abortion stigma around the world**: A synthesis of the qualitative literature, 2016. Disponível em: <http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/05/AbortionStigmaAroundtheWorld-HR-2.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200563&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira *et al.* Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n.1, p. 86-92, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000100086&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 31 out. 2018.

MCMURTRIE, Stephanie M. *et al.* Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.I.], v. 118, p. 160-166, Sept. 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-2973\(12\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S0020-2973(12)00033-7).

7292(12)60016-2. Disponível em:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2812%2960016-2>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MORI, Maurizio. **A moralidade do aborto:** Sacralidade da vida e o novo papel da mulher. 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

OGINNI, Ayodeji *et al.* Correlates of individual-level abortion stigma among women seeking elective abortion in Nigeria. **International Journal of Women's Health**, [S.I.], v. 10, p. 361-366, July 2018. DOI: 10.2147/IJWH.S143388. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6047614/>. Acesso em: 31 out. 2018.

ORTIZ-MILLÁN, Gustavo. Abortion and conscientious objection: rethinking conflicting rights in the Mexican context. **Global Bioethics**, [S.I.], vol. 29, n. 1, p. 1-15, Dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/11287462.2017.1411224>. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11287462.2017.1411224>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PAYNE, Carolyn *et al.* Why Women Are Dying from Unsafe Abortion: Narratives of Ghanaian Abortion Providers. **African Journal of Reproductive Health**, [S.I.], v. 17, n. 2, p.118-128, June 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069757>. Disponível em: 04 nov. 2018.

PEREIRA, Irotilde Gonçalves. Apresentação do Programa de Aborto Legal nos Hospitais Públicos. In: CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (CDD-BR). **Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas**. 1. ed. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, 2002. p.9-14.

PORTO, Rozeli Maria. **Aborto legal e o cultivo ao segredo:** dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal. 2009. 249 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92987>. Acesso em: 31 out. 2018.

SAVULESCU, Julian. Conscientious Objection in Medicine. **BMJ: British Medical Journal**, [S.I.], v. 332, n. 7536, p. 294-297, Feb. 2006. DOI: 10.1136/bmj.332.7536.294. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360408/>. Acesso em: 02nov. 2018.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida:** Feminismo e Ciências Sociais. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 399-406, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800021>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800021&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em: 19 out. 2018

TALIB, Rosângela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**: dossiê. 1. ed. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, 2005.

YEGON, Erick Kiprotich *et al.* Understanding abortion-related stigma and incidence of unsafe abortion: experiences from community members in Machakos and Trans Nzoia counties Kenya. **The Pan African Medical Journal**, [S.I.], v. 24, n. 258, July 2016. DOI: 10.11604/pamj.2016.24.258.7567. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5075459/>. Acesso em: 20 set. 2023.