

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**AMANDA DA SILVA FIORE CORREIA**

**AS MISÉRIAS DO ABORTO LEGAL**

**RIO DE JANEIRO**  
**2018 / 2º SEMESTRE**

**AMANDA DA SILVA FIORE CORREIA**

**AS MISÉRIAS DO ABORTO LEGAL**

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 de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier**.

**RIO DE JANEIRO  
2018 / 2º SEMESTRE**

**AMANDA DA SILVA FIORE CORREIA**

**AS MISÉRIAS DO ABORTO LEGAL**

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 de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier**.

Data da Aprovação: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Professor Dr. José Roberto Franco Xavier

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

**RIO DE JANEIRO**  
**2018 / 2º SEMESTRE**

## CIP - Catalogação na Publicação

F518m Fiore Correia, Amanda da Silva  
As Misérias do Aborto Legal / Amanda da Silva  
Fiore Correia. -- Rio de Janeiro, 2018.  
109 f.

Orientador: José Roberto Franco Xavier.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
de Direito, Bacharel em Direito, 2018.

1. Aborto Legal. 2. Direitos Reprodutivos  
Femininos. I. Xavier, José Roberto Franco, orient.  
II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus adorados pais por nunca terem medido esforços em investir na minha formação educacional e por terem sempre acreditado que a herança mais valiosa que a mim poderia ser transmitida não era a de bens materiais, mas a de uma educação sólida. Tal como num casamento que não admite dissolução, os laços que unem pais e filhos subsistem, indelévels, a toda sorte de provações. Na saúde e na doença, na alegria e na tristeza, na riqueza e na pobreza, agradeço aos meus genitores por sempre terem sido e por ainda serem um porto seguro no qual posso ancorar minhas bases e me abrigar de mares bravios. Espero, sinceramente, poder, um dia, retribuir todos os investimentos, morais e financeiros, que a mim foram confiados. Igualmente espero que a elaboração desta monografia represente os primeiros frutos desses investimentos.

Ao meu irmão Felipe por ter tolerado cada momento de mau humor que guiou a confecção deste trabalho e por ser meu mais fiel companheiro nas ciladas em que o destino sempre nos enlaça.

À minha avó querida, que, embora não tenha podido completar a escola, viveu o suficiente para ver uma neta sua chegar à universidade. Agradeço a ela pelos almoços fartos, pelas constantes preocupações com o meu bem-estar e por ter sempre acreditado nas minhas potencialidades, mesmo naqueles momentos em que eu estava imersa em trevas e desacreditava de minhas aptidões. Embora eu seja só mais um Silva, hoje, a minha estrela brilha.

Ao meu tio Jorge, saudações vascaínas. Em que pesem as brincadeiras e implicâncias que a todo o momento têm povoado nossa convivência, agradeço a ele por sempre ter sido uma figura tenaz em minha vida e por sempre estar à disposição para me ajudar.

À Duda, amiga de longa data dos Silva Fiore Correia, que sempre esteve, desde minhas primeiras palavras e meus primeiros passos, presente em minha trajetória existencial, apoiando-me em cada decisão tomada e provendo-me com palavras de incentivo. As páginas da presente monografia estampam nossa primeva vitória.

Ao professor Álvaro que, como o tempo o provou, mostrou-se um verdadeiro mestre, auxiliando-me na redação deste estudo, apesar de eu mesma não mais ser sua aluna. As lições de História ainda são vívidas em minha memória.

Aos meus leais amigos A., F., L.F., L.O., S.A., S.P. e Z. e a todos os outros que os precederam (*in memoriam*).

Ao meu orientador, José Roberto Franco Xavier, pelas críticas, por não ter se esquivado de assumir a minha orientação – a despeito do tema melindroso – e por ter exibido, lá nos idos 2014, quando eu ainda estava no alvorecer da faculdade, o filme que daria origem a este trabalho.

À Yasmin de Melo Silva por sua ajuda.

*"Pode uma mulher esquecer-se daquele que amamenta? Não ter ternura pelo fruto de suas entranhas? E mesmo que ela o esquecesse, eu não te esqueceria nunca. Eis que nas palmas das minhas mãos eu te gravei; os teus muros estão continuamente diante de mim."*

(Isaías 49, 15-16)

*"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

O estatuto jurídico de que goza o aborto, hoje, no ordenamento jurídico brasileiro é o da proibição. Há situações, contudo, em que o aborto não constitui crime: são as hipóteses do chamado aborto legal (gravidez decorrente de estupro, gravidez que implique risco de vida à mulher e gravidez de feto anencefálico). Apesar da existência de permissivos legais autorizadores da interrupção voluntária da gravidez, dados do Ministério da Saúde acusam que uma quantia irrisória de abortos legais tem sido realizada no Brasil. Ora, o número irrisório de abortos legais realizados no país, sobretudo quando cotejado com as estatísticas nacionais de ocorrência de estupro e de gestações de fetos anencefálicos, revela a distância abissal que separa o que dispõe um texto legal da efetividade dos direitos nele consignados. Nesse sentido, a presente monografia propõe-se a examinar o quão acessível é o aborto legal para as mulheres brasileiras, investigando os entraves que a elas se impõem quando estas buscam, nos serviços de saúde, interromper suas gestações.

Palavras-chaves: aborto legal; óbices à concretização do aborto legal; serviços médicos especializados em aborto; acesso à interrupção legal da gravidez



## **ABSTRACT**

Abortion in Brazilian legal order is overall criminalized. However, there are a few cases in which abortion doesn't constitute a crime: these situations are called legal abortion (pregnancy due to rape, life-threatening pregnancy and anencephaly). Despite abortion is not punished in some circumstances, according to information provided by the Brazilian Ministry of Health, the number of legal abortions that have been performed in Brazil can be considered negligible. As compared to the national statistics of rape occurrence and to the data of cases of anencephaly, it reveals that laws regarding non-criminal abortion in Brazil are not effective. In this sense, this paperwork aims to examine how accessible it is the legal abortion for Brazilian women, investigating the challenges that women need to overcome when they seek abortion services.

Keywords: legal abortion; challenges to the enforcement of legal abortion; specialized abortion services; access to termination of pregnancy

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 DO DIREITO AO ABORTO LEGAL .....	18
1.1 Considerações gerais sobre o aborto .....	18
1.2 O aborto no direito brasileiro.....	25
1.2.1 Das Ordenações Filipinas até 1940.....	25
1.2.2 Do Código Penal de 1940 até os dias atuais .....	30
2 DOS EMPECILHOS À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL: COMPREENSÕES DA REVISÃO DE LITERATURA .....	43
3 METODOLOGIA DE PESQUISA .....	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1 Do desinteresse dos juristas .....	68
4.2 Da falta ou divergência de informações .....	69
4.3 Do inaccessão ao campo de pesquisa.....	82
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95

## INTRODUÇÃO

Pernambuco, ano de 2009. Ártemis<sup>1</sup>, natural de Alagoinha, município interiorano de Pernambuco, era uma menina franzina de nove anos quando as dores apareceram<sup>2</sup>. Sua baixa estatura, associada ao corpo magro, faziam-na parecer ainda mais jovem do que, realmente, era<sup>3</sup>. Preocupada com as angústias que então afligiam sua filha, a mãe de Ártemis resolveu buscar ajuda médica<sup>4</sup>. Para tanto, genitora e infante viajaram cerca de 20 quilômetros até Pesqueira<sup>5</sup>, 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 16ª semana de uma gestação de gêmeos<sup>6</sup>. As palavras, antes engasgadas – ou, mesmo, desconhecidas –, pulularam: desde os seis anos<sup>7</sup>, Ártemis sofria reiterados estupros. A mãe nada sabia<sup>8</sup>. Seu algoz? O padrasto, que também abusava sexualmente de sua irmã mais velha<sup>9</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> Nome fictício.

<sup>2</sup> 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/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. 2018.

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

<sup>4</sup> 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. 2018.

<sup>5</sup> 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. 2018.

<sup>6</sup> 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. 2018.

<sup>7</sup> 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. 2018.

<sup>8</sup> GUANDELINE, 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. 2018.

<sup>9</sup> 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. 2018.

Além de a gravidez de Ártemis ter sido fruto de um estupro, o que, *per si*, já seria suficiente para autorizar a realização do aborto legal, os profissionais da área de saúde que atuaram, à época, no caso foram unânimes 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 vida<sup>10</sup>. 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 parto<sup>11</sup>. 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 estupro<sup>12</sup>), 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 Recife<sup>13</sup>), 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,

<sup>10</sup> 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. 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-alta-apos-aborto-de-gemeos-no-recife,52e83e232cb4b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

<sup>11</sup> 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-um-abrigo-publico/n1237640121463.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> 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. 2018.

inicialmente, o aborto, sucumbiu à pressão de grupos religiosos<sup>14</sup> e desistiu de prestar o 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 Pernambuco<sup>15</sup>. As drogas abortivas lhe foram, então, ministradas. Horas depois, os fetos foram expelidos. O aborto havia sido consumado<sup>16</sup>. Com a consumação do aborto, veio, porém, outra notícia<sup>17</sup>: 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 excomunhão<sup>18</sup> 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 disse<sup>19</sup>, posteriormente, à imprensa, que: “A lei de Deus está acima de qualquer lei humana. Então, quando uma lei humana, quer

<sup>14</sup> 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: <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. 2018.

<sup>15</sup> 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. 2018.

<sup>16</sup> 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. 2018.

<sup>17</sup> 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. 2018.

<sup>18</sup> 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. 2018.

<sup>19</sup> 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. 2018.

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 de excomunhão ao padrasto da menina, autor dos estupros, o religioso afirmou<sup>20</sup>: “Ele cometeu um crime enorme, mas não está incluído na excomunhão<sup>21</sup>.” 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. A laicidade do Estado brasileiro não permite, formalmente, que as leis divinas interfiram nos assuntos terrenos. Contudo, a romaria de Ártemis ensina que, quando se trata de aborto, as leis humanas, de fato, não têm valor, são desprovidas de eficácia. 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.

---

<sup>20</sup> 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. 2018.

<sup>21</sup> Ainda de acordo com Faus (2009), o estupro 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 prevísse 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 estupro, 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. 2018.

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)<sup>22</sup>. Em recente 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 estupro<sup>23</sup> e de gestações de fetos anencefálicos<sup>24</sup>, 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;

---

<sup>22</sup> 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. 2018.

<sup>23</sup> 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).

<sup>24</sup> 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-com-maior-numero-de-casos-de-anencefalia.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 24 set. 2018.

MEDEIROS; MADEIRO, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>25</sup> estima que, a cada dois dias, uma mulher morra, no Brasil, em decorrência de abortos inseguros. O Ministério da 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.

Nessa perspectiva, considerando-se que a proibição do aborto não se mostra argumento suficiente para dissuadir uma mulher de se sujeitar a intervenções abortivas, o inaccessível a serviços de aborto legal qualifica-se como uma questão de suma importância, na medida em que, em não existindo unidades de saúde dotadas de infraestrutura especializada na prática da interrupção legal da gravidez, a mulher que se enquadre nas hipóteses legalmente autorizadas do abortamento se arriscará, ainda que em condições pouco higiênicas e potencialmente mortíferas, a procedimentos clandestinos e não seguros, engrossando as estatísticas de mortalidade materna (FAÚNDES; SHAH, 2015; PRAETANO, 2017).

Além disso, o Brasil viu, em 2015, o projeto de lei nº 5.069/2013 (“PL do Aborto”), que se propunha a introduzir condicionantes (notícia da ocorrência do crime de estupro e a submissão da vítima a exame de corpo de delito) à realização do aborto em caso de estupro, ter a sua constitucionalidade reconhecida<sup>26</sup>. Em sentido similar, o “Estatuto do Nascituro” (PL

---

<sup>25</sup> BARÓN, Franchó. 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](https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/28/politica/1411937015_378864.html). Acesso em: 24 set. 2018.

<sup>26</sup> LARCHER, Marcello. CCJ aprova mudança no atendimento a vítimas de violência sexual. **Câmara dos Deputados**, [Brasília], 21 out. 2015. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITO-E-JUSTICA/498538-CCJ-APROVA-MUDANCA-NO-ATENDIMENTO-A-VITIMAS-DE-VIOLENCIA-SEXUAL.html>. Acesso em: 02 out. 2018.



nº 478/2007), proposição que chegou a ser arquivada em 2011<sup>27</sup>, ressurgiu das cinzas, ano passado (2017), para avançar, a plenos vapores, na Câmara dos Deputados<sup>28</sup>. E, atualmente, há, em tramitação no Congresso Nacional, proposta de Emenda à Constituição que visa estender a inviolabilidade do direito à vida até o momento da concepção<sup>29</sup>. Ou seja, diversas proposições legislativas pretendem colocar em xeque o direito à interrupção legal da gravidez.

Por conseguinte, o baixo número de abortos legais realizados no Brasil, a elevada taxa de mortalidade materna vislumbrada em consequência de abortos clandestinos, os intentos legislativos que almejam tornar mais burocrático o acesso à interrupção da gravidez nos casos legalmente permitidos, todos esses fatores, juntos somados, compõem as pinceladas de um quadro nefasto em relação aos direitos reprodutivos da mulher brasileira, evidenciando a relevância do debate acerca do direito ao aborto legal.

Ressalte-se que o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou, em agosto de 2018, audiências públicas, a fim de se discutir a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação<sup>30</sup>. A Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442 (ADPF 442), proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), objeto da referida consulta pública, caso seja julgada procedente, impactará as políticas públicas em saúde. Desta forma, compreender como o aborto legal tem sido tratado pelos serviços de saúde existentes em solo nacional permitirá avaliar a real capacidade do SUS de incorporar, em seus protocolos de tecnologias médicas, procedimentos abortivos.

Nesse sentido, a presente monografia propõe-se a examinar o quão acessível é o aborto legal para as mulheres brasileiras, investigando os entraves que a elas se impõem quando estas buscam, nos serviços de saúde, interromper suas gestações. Buscar-se-á, assim, analisar as

---

<sup>27</sup> Conforme ficha de tramitação constante do sítio eletrônico da Câmara dos Deputados, a Mesa Diretora arquivou, em 31/01/2011, a proposição. Menos de um mês depois, em 16/02/2011, o projeto foi desarquivado. Disponível em: <https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>28</sup> OLIVEIRA, Tory. Estatuto do Nascituro avança na Câmara em meio à crise política. **Carta Capital**, [S.l.], 13 set. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/estatuto-do-nascituro-avanca-na-camara-em-meio-a-crise-politica>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>29</sup> BRASIL. Senado Federal. **Proposta de Emenda à Constituição nº 29, de 2015**. Altera a Constituição Federal para acrescentar no art. 5º, a explicitação inequívoca “da inviolabilidade do direito à vida, desde a concepção”. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120152>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>30</sup> STF realiza audiência pública sobre descriminalização do aborto nos dias 3 e 6 de agosto. **Supremo Tribunal Federal**, [Brasília], 30 jul. 2018. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385093&caixaBusca=N>. Acesso em: 02 out. 2018.

dificuldades e obstáculos, de ordens territorial, burocrática, legal e moral, que são enfrentados, rotineiramente, pelas mulheres para verem concretizado seu direito à interrupção da gravidez. Noutras palavras, tenciona-se responder aos seguintes questionamentos: “Quais são as barreiras e dificuldades enfrentadas, hoje, por uma mulher para realizar o aborto legal no Brasil e, mais especificamente, no Estado do Rio de Janeiro?”; “Qual é a natureza dessas barreiras? São barreiras econômicas? Religiosas? Morais? Sociais?”; e “Por que motivos uma mulher, a despeito de se enquadrar nas hipóteses autorizativas do aborto, não se vale de tal direito?”. Objetiva-se, portanto, com este trabalho, lançar luzes sobre os fatores que, vislumbrados no plano fático, obstaculizam o acesso ao aborto legal.

Assim, no capítulo inaugural desta pesquisa, traça-se uma breve contextualização do aborto. Explica-se o itinerário que o aborto percorreu até que se chegasse ao estatuto da proibição de que hoje o tema goza em nosso ordenamento jurídico. Esmiúçam-se, ademais, as três hipóteses em que a interrupção voluntária da gravidez não é considerada crime.

O segundo capítulo ocupa-se da análise dos embaraços 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.

No terceiro capítulo, explana-se a metodologia empregada para a coleta de dados da presente pesquisa. Narra-se, ainda, as dificuldades que a pesquisadora enfrentou para ingressar em hospitais especializados na prática de intervenções abortivas.

O quarto e derradeiro capítulo desta monografia encerrará a discussão apresentando as considerações da autora acerca dos resultados de sua pesquisa.

## 1 DO DIREITO AO ABORTO LEGAL

### 1.1 Considerações gerais sobre o aborto

As palavras não existem de modo a-histórico. O ato de nomear algo desta ou daquela maneira reflete, por meio do somatório de um amontoado de letras, as percepções histórico-culturais desenvolvidas, ao longo dos tempos, acerca de um objeto específico. Nesse sentido, o aborto encerra em sua construção lexical toda a dimensão moral que sua prática suscita. Segundo Rodrigues (2017), a palavra “aborto” tem origem etimológica no vocábulo latino *abortus*, que, por sua vez, deriva do verbo *aboriri* (*ab* + *oriri*). A partícula *ab* exprime, na língua latina, sentido de negação, ao passo que o termo *oriri* pode ser traduzido por “despontar”, “nascer”, “fazer-se”, “erguer-se” (RODRIGUES, 2017). De *oriri*, advém “oriente”, local onde nasce o sol. *Aboriri*, por outro lado, expressa justamente o oposto: “desaparecer no horizonte”, “morrer”, “desfazer-se”, “perecer”, de modo que a expressão *aboriri* tem sido, frequentemente, empregada para se referir “ao sol poente, à voz que falta, a tudo que fenece e, especialmente, ao feto natimorto” (RODRIGUES, 2017). Tem-se, então, que *aboriri* (*ab* + *oriri*) significa o não nascer, é o “desnascimento”. (AGUIRRE, 2000), sendo, pois, o aborto a antítese do nascimento: um tipo de morrer.

Para Villela e Barbosa (2011), o aborto pode ser definido como aquilo que resulta do processo de interrupção de uma gravidez, interrupção essa que pode se dar em virtude de causas naturais (aborto espontâneo), ou por ação voluntária da mulher, assistida ou não por um terceiro (aborto provocado ou induzido). A esse processo, em que se interrompe a gravidez mediante a expulsão do feto, denomina-se “abortamento”.

O Ministério da Saúde (2011a, 2011b), em sentido bastante similar, conceitua “aborto”, assim como Villela e Barbosa (2011), distinguindo-o do seu equivalente semântico “abortamento”. Consoante o mencionado órgão, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de idade gestacional, de cujo processo se extraia um concepto com peso não superior a 500 gramas. Já o aborto consiste, a seu turno, no produto do abortamento, ou seja, o feto interrompido. Para os fins do presente trabalho, os termos aborto e abortamento serão utilizados como sinônimos.

As Ciências Médicas descrevem, ademais, o aborto como a terminação, espontânea ou induzida, da gravidez em momento anterior ao atingimento da viabilidade fetal (CUNNINGHAM *et al.*, 2014). A viabilidade fetal caracteriza-se pelo instante a partir do qual um feto se mostra capaz de sobreviver fora do útero, relacionando-se com o grau de maturidade anatômica e, mais especificamente, com o nível de crescimento dos tecidos pulmonares. Usualmente, o termo fixa, com base em dados estatísticos, que a viabilidade fetal ocorre quando o feto alcança peso de, pelo menos, 500 gramas e idade gestacional superior a 20 semanas. A viabilidade do feto assume, assim, especial relevância, na medida em que o limiar existente entre aborto e parto prematuro repousa precisamente nesse conceito.

Quanto ao aborto induzido, este se identifica, nos dizeres de Cunningham *et al.* (2014), pela aplicação de técnicas médicas ou cirúrgicas que acarretem a expulsão do feto antes que ele se torne viável. Ainda de acordo com os supracitados autores (2014), seria possível, dentro do gênero “aborto induzido”, traçar uma linha distintiva entre aborto terapêutico e aborto eletivo/voluntário. O primeiro trataria de situações que, por motivos de ordem médica, a fim de se salvaguardar a integridade física e psíquica da mulher, recomendariam a terminação precoce da gestação. Deformidades fetais e demais condições médicas que importem em risco de vida para a mulher, bem como estupro e incesto, seriam exemplos dessa modalidade abortiva. O aborto eletivo/voluntário, por sua vez, diria respeito à interrupção da gravidez motivada, pura e simplesmente, pela vontade da mulher, não se assentando em qualquer justificativa médico-patológica. Relatam Cunningham *et al.* (2014) que a maior parte dos abortos realizados nos Estados Unidos é de natureza eletiva, cuidando-se de um dos procedimentos mais comumente praticados por profissionais da área médica. Todavia, apesar da razoável banalidade de que se reveste o aborto em solo americano, Harris (2012) aponta que a interrupção eletiva da gravidez é altamente estigmatizada.

Cumprе salientar que a distinção operada por Cunningham *et al.* (2014) entre aborto terapêutico e aborto eletivo perde um pouco de sentido quando transplantada para a realidade brasileira. No Brasil, conforme será exposto nesta monografia, somente o aborto terapêutico (estupro, risco para a vida da mulher e gestação de feto anencefálico), utilizando-se a classificação proposta por Cunningham *et al.* (2014), é legalmente autorizado, não sendo, porém, um direito de acesso irrestrito. Há diversas anormalidades no desenvolvimento fetal que, nada obstante inviabilizem a vida extrauterina, não dão azo à interrupção da gravidez, levando mulheres grávidas, acaso desejosas de colocar um termo em suas gestações, a

ajuizarem demandas no Poder Judiciário, com vistas a se obter um alvará judicial de antecipação do parto. Embora a legislação norte-americana, local de onde escrevem Cunningham *et al.*, varie de estado para estado da federação, os Estados Unidos são, de modo geral, um país bastante permissivo<sup>31</sup> à realização do aborto, especialmente quando comparado com o Brasil. Apesar disso, as mulheres americanas, ao decidirem se submeter a um aborto, sofrem forte estigmatização (HARRIS, 2012). Isso demonstra que, mesmo naqueles ordenamentos jurídicos em que o aborto é uma prática legalizada, a problemática em que se envolve o tema não consegue escapar de eventuais dilemas morais. Nem sempre foi assim, contudo. Houve um tempo em que o aborto não ensejava maiores discussões ético-morais.

Malgrado o aborto tenha assumido posição de centralidade nas reivindicações feministas a partir dos anos 1960, a interrupção voluntária da gravidez não é, porém, um fenômeno recente (VILLELA; BARBOSA, 2011). Para as citadas autoras (2011), “o abortamento provocado tem estado presente em diferentes culturas e sociedades”. Em consonância com tal afirmação, Campos (2007) pontua que o aborto provocado tem, na verdade, coexistido, ao longo da história da humanidade, com as mais diversas interpretações possíveis. Inicialmente, não havia qualquer diferenciação entre aborto e contracepção, não sendo atribuídos, às práticas abortivas, quaisquer valorações sociais ou morais negativas (CAMPOS, 2007). Com o início da era cristã e por imperativos de ordem demográfica, o aborto passou, num dado momento histórico, em virtude de sua forte e direta associação com os valores religiosos com os quais então se comungavam, a ter uma conotação negativa, sendo, inclusive, objeto de criminalização (CAMPOS, 2007).

Menciona, ainda, Campos (2007) que, conquanto o desejo de ter filhos sempre tenha sido um importante componente da identidade humana, a necessidade de refrear o crescimento populacional também era, para os diferentes grupos sociais existentes, uma preocupação, de forma que o aborto – assim como o infanticídio e o aleitamento prolongado – consubstanciava-se num importante método regulador da fertilidade. O aborto era, então, não apenas socialmente tolerado, como aceito, já que ele consistia num “processo natural de controle de nascimentos” (CAMPOS, 2011).

---

<sup>31</sup> Em 1973, a Suprema Corte Americana, no célebre caso Roe Vs. Wade, declarou a inconstitucionalidade de todo e qualquer lei estadual que criminalizasse o aborto.

Nesse sentido, a conveniência de se controlar o crescimento populacional e manter a quantidade de seres humanos num patamar estável tornou o aborto algo permitido entre os gregos antigos (REBOUÇAS; DUTRA, 2011), podendo-se inferir, considerando-se os escritos de Aristóteles a respeito da matéria (MORI, 1997), que a interrupção da gravidez não chocava o senso moral comum da época, tampouco esbarrava em qualquer restrição jurídica específica (GALEOTTI, 2004; MORI, 1997). Villela e Barbosa (2011) aduzem, por outro lado, que a ausência de disciplina legal sobre o aborto pode ser creditada ao estatuto inferior de que as mulheres desfrutavam em relação às suas contrapartes masculinas. Assim, apesar de o aborto ser uma prática bastante difundida na Grécia antiga, ele não era uma questão de que se devesse ocupar o Estado.

De igual maneira, tal como na Grécia antiga:

Uma situação análoga valia em Roma, onde o aborto não levantava problemas éticos e o direito era influenciado pela tese estoica do feto como *pars viscerum matris* (“parte das entranhas maternas”). Se excluirmos breves períodos da história romana, durante os quais o aborto era considerado socialmente inconveniente, veremos que este era, na realidade, muito difundido em todas as camadas sociais e, em particular, entre as classes privilegiadas. A firme condenação hipocrática do aborto deve portanto ser considerada uma exceção no mundo antigo, uma vez que a prática do aborto era muito difundida, e de várias maneiras, sobretudo desfrutando das propriedades farmacológicas de plantas específicas, conhecidas por algumas mulheres que sabiam preparar determinadas poções, utilizadas durante ritos mágicos. A real eficácia de tais poções é hoje discutível, e é provável que elas provocassem também efeitos colaterais para a saúde da mulher (MORI, 1997, p. 17-18).

É possível, pois, perceber que, durante uma parte considerável da trajetória histórica da civilização humana, o aborto, além de ser praticado de modo bem disseminado – o que ainda o é –, não despertava qualquer questão moral ou, mesmo, jurídica. O status do aborto começa, entretanto, a se modificar com o advento do cristianismo e seu crescente imiscuir nos assuntos de Estado (MORI, 1997; SHOR; AVARENGA, 1994; REBOUÇAS; DUTRA, 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011). Num primeiro momento, consoante dissertam Villela e Barbosa (2011), a condenação religiosa do aborto pautava-se no argumento de que, às mulheres, era vedado suprimir, do marido, o direito a uma descendência. Posteriormente, a discussão a respeito do aborto muda de foco, centrando-se na figura do embrião, considerado como alguém dotado de alma e, portanto, um filho de Deus (VILLELA; BARBOSA, 2011).

Embora houvesse certa divergência, no seio da doutrina católica, a respeito do momento em que se reputava o feto dotado de alma – para alguns, isso ocorria desde a concepção

(animação imediata), outros, porém, acreditavam que a alma somente penetrava no embrião tempos depois, num instante mais diferido (animação retardada) –, o aborto sempre gozou de um conteúdo execrável. Para a Igreja Católica, abortar um feto após Deus já ter infundido um espírito nele compunha um pecado odioso, abominável, devendo sua prática ser condenada, por representar uma afronta à soberania divina e ao processo de criação da vida humana (MORI, 1997). O fato de o verbo latino *aboriri* também significar “matar” não se mostra, desta forma, fruto do acaso (AGUIRRE, 2000). Isso porque “a premissa elementar de todo fiel cristão, como uma constante em toda a revelação bíblica, está no mandamento ‘Não matarás (Ex. 20.13)’. A vida é de Deus e ninguém pode suprimi-la” (AGUIRRE, 2000, p.14).

Galeotti (2004) assinala, porém, que a grande cisão na história do aborto acontece no século XVIII, impulsionada pelos descobrimentos científicos na área médica e pela consolidação dos Estados Nacionais a partir da Revolução Francesa. Segundo a autora (2003), o aborto, durante sua primeira fase (Antiguidade, Idade Média e Idade Moderna), era uma questão eminentemente feminina: somente a mulher poderia confirmar a existência de uma gravidez e, ao mundo exterior, a gestação não aparentava mais que uma mera transformação momentânea do organismo. Ademais, o próprio feto era entendido como uma parte integrante do corpo feminino, e não como um ser dotado de autonomia em relação à compleição biológica da mulher. Conquanto já no fim da Idade Medieval se comece a delinear uma oposição ao aborto, capitaneada pelo cristianismo e calcada na compreensão de que o ato de abortar sugere uma interrupção na obra criadora de Deus e estampa a supressão de uma vida, as mulheres sempre foram “as atrizes indiscutíveis na cena do parto e do aborto” (GALEOTTI, 2004, p. 6, tradução livre<sup>32</sup>). Ratificando tal entendimento, Mori (1997, p. 21-22) aponta que:

De fato, até o século XVI, o âmbito da gestação e do nascimento era rigidamente interdito aos homens, e eram as comadres – mulheres com mais idade e experiência – que assistiam aos partos e ajudavam as outras mulheres nas várias dificuldades ligadas ao amor, fornecendo-lhes também “encantamentos” de vários tipos: dos sortilégios de amor às poções contraceptivas e abortivas. Daqui derivam as suspeitas recorrentes de bruxaria, de comércio com o diabo e de idolatria. Ainda em 1522, o médico Veit de Hamburgo foi queimado na fogueira por ter assistido a um parto disfarçado de parteira. Mas, a partir do século XVII, a situação começou a mudar, e na metade do século XVIII – favorecidos pela chegada do fórceps e de outros instrumentos – os obstetras (homens) conseguiram se impor às parteiras, dando início ao fenômeno mais geral de medicalização da gravidez.

---

<sup>32</sup> No original: “Por lo demás, el panorama es totalmente femenino, con las mujeres como indiscutidas actrices en la escena del parto y del aborto.”

Assim, se, antes, a gestação, o parto e a interrupção da gravidez eram questões que se circunscreviam exclusivamente ao âmbito privado feminino, isso sofre radical alteração com a Revolução Francesa (GALEOTTI, 2004). O desenvolvimento de novos saberes científicos, principalmente ao largo do século XVII, propiciaram uma reformulação do estado gravídico (GALEOTTI, 2004). A criação do microscópio óptico no final dos anos 1500, a observação de cadáveres por meio de técnicas de autópsia, dentre outras inovações vislumbradas no campo médico, permitiram o amadurecimento das percepções que até então se tinham a respeito da anatomia humana (GALEOTTI, 2004). Esse crescente aprimoramento científico acabou por reverberar na própria compreensão acerca do que seria o feto humano (GALEOTTI, 2004).

Com a visualização concreta do embrião, chegou-se à conclusão de que ele era uma entidade autônoma e distinta em relação à figura da gestante (GALEOTTI, 2004). A gravidez, então, passou a ser entendida como uma relação transitória entre dois sujeitos igualmente guarnecidos de individualidade (GALEOTTI, 2004). Semelhante modificação no entender elevou a discussão atinente ao aborto a um novo patamar. O que valia mais: a vida do feto ou a vida da mãe? Para Galeotti (2004), essa pergunta foi claramente respondida pelos Estados Nacionais, surgidos após a Revolução Francesa. Para as conformações estatais recém-fundadas, um índice progressivo de natalidade era uma questão de crucial importância, na medida em que a força de um Estado repousava, justamente, na quantidade de soldados, contribuintes e trabalhadores que ele seria capaz de gerar (GALEOTTI, 2004). Quanto maior o seu povo, maior a sua robustez no cenário internacional. Era necessário, pois, multiplicar a população. Por isso, o aborto, dantes uma matéria de caráter privado e relegado tão somente às mulheres, alcança o espectro político: a interrupção de uma gravidez atentava contra interesses maiores do Estado (MORI, 1997). O feto deveria, pois, ser tutelado, ainda que em prejuízo da mulher, uma vez que todas as vidas em potencial – cidadãos por nascer – seriam politicamente relevantes para o Estado (GALEOTTI, 2004).

Nesse mesmo sentido, Schor e Alvarenga (1994) defendem que, durante o século XIX, o aborto se tornou, em virtude da deterioração das condições de vida nos conglomerados urbanos, uma prática largamente alastrada entre as classes mais populares. As elites, preocupadas com um possível rareamento na oferta de mão-de-obra barata, mão-de-obra essa indispensável para o florescimento do capitalismo industrial, enxergavam com maus olhos o crescimento do número de abortos entre as fileiras dos mais pobres (SCHOR; ALVARENGA,



1994). Fica, assim, claro que, nesse momento peculiar da história, a oposição ao aborto promovida pelo Estado tinha um viés político, e não necessariamente religioso, embora uma veia moralista apareça tempos depois (GALEOTTI, 2004).

Por outro lado, segundo denunciam Campos (2007), Galeotti (2004) e Mori (1997), um dos principais flancos da campanha antiaborto existente em meados do século XIX tinha a classe médica como protagonista. Ao argumento de que o aborto era uma intervenção cirúrgica que colocaria em risco a vida das mulheres, a comunidade científica se posicionou contrariamente à prática, o que culminou com a edição, em diversos países ocidentais, de legislações reprimindo a interrupção voluntária da gravidez (CAMPOS, 2007). Contudo, mais do que uma mera preocupação médica com o bem-estar de suas pacientes, a interdição do aborto revestiu-se de um caráter simbólico: eram as parteiras/comadres as grandes realizadoras de aborto. Até então, o corpo feminino era um território proibido aos homens. Tornar o aborto defeso sufocaria a competição profissional (CAMPOS, 2007): a obstetrícia transformar-se-ia num mercado exclusivo de homens e somente médicos poderiam aceder aos mistérios da anatomia da mulher. A proibição do aborto representou, assim, o triunfo de um tipo de saber, a medicina tradicional, europeia e masculina, sobre um saber alternativo, empírico, oralizado, pouco afeito a questões de cientificidade e essencialmente feminino, a medicina das parteiras (DEL PRIORE, 2009; GALEOTTI, 2004; MORI, 1997).

As descobertas científicas relativas à embriologia humana não passaram despercebidas pela Igreja Católica, que delas tomou proveito. Com a certeza, dada pela ciência, de que o embrião não é parte integrante da mulher, mas, do contrário, um ser que se apresenta, desde o começo, com componentes biológicos próprios, a discussão acerca do momento em que a alma se infunde no feto perdeu significado (GALEOTTI, 2004). Nesse sentido, em 1869, no que é creditado, por Galeotti (2004), como a primeira intervenção da Igreja Católica em matéria de aborto na Idade Contemporânea, o papa Pio IX, por meio da Constituição *Apostolicae Sedis* (GALEOTTI, 2004; MORI, 1997), declarou que qualquer um que praticasse o aborto seria excomungado – posição ainda adotada hoje –, independentemente do estágio de formação do embrião, quer uma alma já lhe tivesse sido infundida ou não (CAMPOS, 2007; GALEOTTI, 2004).

A condenação do aborto, materializada na declaração do papa Pio IX, levantou, no entanto, alguns questionamentos práticos. Era cedo que, em estando em perigo as vidas do

feto e da mãe, dever-se-iam empregar todos os meios necessários para salvar ambos. Mas e quando isso não fosse possível? Seria admissível escolher a vida da mãe em detrimento da do feto? Segundo Galeotti (2004), a resposta, para alguns teólogos, a essa provocação era de que, sim, a mãe deveria ser salva, sendo, pois, lícito eliminar o feto, desde que tal medida fosse imperiosa para livrar a mãe da morte certa. Ainda de acordo com Galeotti (2004, p. 91, tradução livre<sup>33</sup>):

Na medida em que a moral católica defende a licitude da pena capital e da morte em legítima defesa, é possível se perguntar se a licitude da morte do feto no útero deve ser reconhecida, já que este, ao atentar, com sua presença, contra a vida da mãe, termina por ser seu injusto agressor (sem embargo, não faltarão vozes contrárias, como a do moralista Novara Del Vecchio: é a mãe quem agride o feto quando, em virtude de um canal de parto demasiadamente estreito, o impede de ver a luz).

Assim, até a década de 1960, o aborto, em diversas legislações ao redor do mundo, era objeto de reprimenda criminal (MORI, 1997). Tal quadro começa, contudo, a se modificar na mesma década. Impelido pelas reivindicações de grupos feministas que enxergavam na proibição do aborto uma ainda persistente desigualdade de gênero, o aborto deixa, em inúmeros países do hemisfério norte, de ser uma questão penal para se transformar num direito (BIROLI; MIGUEL, 2016; CASTELBAJAC, 2010; SCHOR; ALVARENGA, 1994). Embora os anos 1960/1970 tenham sido marcados por um movimento de crescente liberalização do aborto, a ilicitude do aborto é um estatuto que ainda perdura, mesmo hoje, em alguns ordenamentos jurídicos, tal qual o brasileiro.

## 1.2 O aborto no direito brasileiro

### 1.2.1 Das Ordenações Filipinas até 1940

Mary Del Priore (2009) afirma que, durante o período colonial brasileiro, tanto a Igreja quanto o Estado Luso desaprovavam a interrupção voluntária da gravidez. Naqueles tempos, diante das dimensões continentais da então colônia, a principal preocupação da Coroa Portuguesa residia no povoamento do território, de sorte que o aborto, enquanto ferramenta histórica de controle de natalidade, deveria, pois, ser rechaçado, já que conflitante com os interesses de reprodução e multiplicação da população colonial (DEL PRIORE, 1994).

<sup>33</sup> No original: En la medida en que la moral católica defiende la licitud de la pena capital y la muerte en defensa propia, es posible preguntarse si también debe reconocer la licitud de la muerte del feto en el útero, ya que éste - al atentar con su presencia contra la vida de la madre- termina por ser el injusto agresor (sin embargo, no faltaron voces contrarias, como la del moralista de Novara Del Vecchio: es la madre quien agride al feto cuando, a causa de un canal del parto denrsiado estrecho, le impide ver la luz).

Para além da questão demográfica, a oposição ao aborto, consoante demonstra Del Priore (1993), também tinha outra função: condicionar e adestrar a mulher para a vida conjugal, ambiente no qual ela se curvaria aos desígnios biológicos e desempenharia aquele que é o maior de seus papéis sociais: a maternidade. Condenava-se, desta forma, qualquer relação interpessoal que se desenvolvesse fora do jugo estatal ou eclesiástico, porquanto denotativos de uma depravação moral interior (DEL PRIORE, 1994). A mulher que se envolvia em relacionamentos extraconjugais, sucumbindo à lascívia e aos seus desejos carnis, desafiava os bons costumes apregoados pela moralidade cristã, visto que, ao gênero feminino, era reservado somente a função de procriar, reproduzir-se, sendo-lhes proibido procurar formas outras de realização que não nas vivências marital e familiar (DEL PRIORE, 1994). Isso porque:

Na perspectiva católica, a sexualidade encontrava sua única justificativa na procriação. Este era o dever absoluto dos esposos. O uso dos corpos e dos prazeres no casamento possuía uma aparência escatológica, salvadora, pois só nas penas da vida conjugal e no sofrimento do parto encontrava-se a redenção do pecado original. (DEL PRIORE, 1994)

Desta forma, o ato de abortar representava um rompimento com a natureza (DEL PRIORE, 2009). A mulher havia nascido para ser mãe e a perpetuação da espécie humana dependia de um útero fecundo (DEL PRIORE, 2009). “No projeto de construção da maternidade ideal, o aborto aparecia como uma mancha capaz de oxidar o belo retrato que se queria fazer das mães” (DEL PRIORE, 2009, p. 251). Em virtude disso, a mulher que abortava era vista como uma pária social, como uma “transgressora porque lasciva, cheia de paixões libidinosas, incapaz de ater-se à sexualidade saudável e produtiva do casamento, dentro do qual o ‘cresci e multiplicai-vos’ seria a regra” (DEL PRIORE, 2009, p. 261).

Embora o Livro V das Ordenações Filipinas, que trata de matéria penal, nada aluda em relação ao aborto, Del Priore (2009, p. 253) sustenta que:

Igreja e Estado afinavam na perseguição ao ato que significava a antítese da maternidade. As leis do Reino condenavam o aborto voluntário, exigindo-se proceder sumário no caso de haver “mulheres infamadas de fazer mover outras” ou “médicos, cirurgiões ou boticários que dão remédio para este efeito com dolo mau” (apud Silva, 1984, p.165). Inclusive, uma provisão de dom Sebastião, datada de 12 de março de 1603, acionava o regimento de quadrilheiros, espécie de polícia de costumes, recomendando que tais mulheres acusadas de fazer mover “com

beberagens” fossem denunciadas a corregedores e juizes (*Coleção cronológica de leis extravagantes...*, p. 4).

Com a emancipação do Brasil de sua metrópole portuguesa, a criminalização do aborto aparece, pela primeira vez na história brasileira enquanto nação independente, no Código Criminal de 1830. Inserido no Capítulo II (Dos Crimes Contra a Segurança da Pessoa, e Vida) do Título II (Dos crimes contra a segurança Individual), o aborto compreendia uma modalidade de infanticídio, não possuindo um título (*nomen iuris*) próprio. Os artigos 199 e 200 do Código Penal Imperial descreviam o delito de aborto da seguinte forma:

SECÇÃO II  
Infanticidio

[...]

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 quaesquer 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.

Depreende-se, pois, dos dispositivos acima transcritos, que, inicialmente, a condenação criminal do aborto abrangia tão somente a interrupção da gravidez praticada por terceiros em desfavor da mulher, havendo ou não seu consentimento. A concordância da gestante para com a realização do aborto influía apenas na quantidade de reprimenda criminal a ser aplicada no final do processo. Mesmo médicos atuando em seu ofício incorriam nas sanções cominadas ao aborto, o que permite concluir, *a contrario sensu*, que até procedimentos abortivos efetuados com o fito de salvar a mulher grávida de algum risco de vida se amoldavam na figura típica desenhada pelo diploma repressivo então vigente. O autoaborto, entretanto, não era punido.

De acordo com Castelbajac (2010), a atipicidade do autoaborto não foi fruto de uma omissão do legislador. Pelo contrário: sabia-se, à época, conforme denunciavam os manuais médicos, que as manobras abortivas eram violentas e ocasionavam, na mulher que se submetia a tais procedimentos, graves danos físicos (CASTELBAJAC, 2010). Desta forma, reprimir o aborto cometido por terceiros foi o instrumento de que lançou mão o legislador para tutelar a mulher de pessoas mal-intencionadas, ainda que essa mesma mulher tivesse consentido com a realização da interrupção da gravidez (CASTELBAJAC, 2010). Malgrado referida medida possa ser interpretada como a exteriorização de uma visão paternalista acerca do gênero feminino – a mulher, aos olhos do legislador, era um ser que necessitava ser protegido da malvadeza dos outros –, o que se tencionava, com a edição de semelhante artigo, era justamente condenar qualquer conduta que pudesse causar lesões no corpo alheio (CASTELBAJAC, 2010). Se a mulher, no entanto, decidisse dar fim, por conta própria, em sua gestação, expondo-se, conscientemente, aos perigos inerentes à prática, tal decisão se inseriria em sua esfera privada, não podendo o Estado nela interferir (CASTELBAJAC, 2010). A autolesão, nesse caso, era um indiferente penal.

Após o fim do Brasil Império, o tratamento recriminador do aborto persistiu na legislação penal brasileira. Promulgado em 1890, um ano depois dos eventos que desencadearam a Proclamação da República, o Código Penal dos Estados Unidos do Brazil (Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890), tal como seu antecessor, também criminalizava o aborto:

#### CAPITULO IV

#### DO ABÔRTO

Art. 300. Provocar abôrto, haja ou não a expulsão do fructo da concepção:

No primeiro caso: - pena de prisão cellular por dous a seis annos.

No segundo caso: - pena de prisão cellular por seis mezes a um anno.

§1º Si em consequencia do abôrto, ou dos meios empregados para provocal-o, seguir-se a morte da mulher:

Pena - de prisão cellular 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 condemnação.

Art. 301. Provocar abôrto com annuencia e accordo da gestante:

Pena - de prissão celllular por um a cinco annos.

Parapho unico. Em igual pena incorrerá a gestante que conseguir abortar voluntariamente, empregado para esse fim os meios; e com reduçção da terça parte, si o crime for commettido para occultar a deshonra propria.

Art. 302. Si o medico, ou parteira, praticando o abôrto legal, ou abôrto necessario, para salvar a gestante de morte inevitavel, occasionar-lhe a morte por impericia ou negligencia:

Pena - de prisão celllular por dous mezes a dous annos, e privaçção do exercicio da profissão por igual tempo ao da condemnaçção.

Apesar de a penalização do aborto ter sido repisada na nova codificação, inúmeras foram as inovações legislativas que se verificaram. Diferentemente do que dispunha a lei penal antecedente, o aborto, no Código Penal Republicano, foi alçado a uma espécie delitiva autônoma, não mais estando vinculado ao infanticídio, muito embora ainda constituísse uma infração penal cuja perpetração atentava “contra a segurança de pessoa e vida”.

Em comparação com os equivalentes legais do diploma anterior, a tônica dos novos dispositivos exprimia um maior recrudescimento da política criminal em matéria de aborto. A perseguição aos profissionais envolvidos com práticas abortivas, conquanto mantida, sofreu incremento na qualidade e quantidade de penalidades. Aqueles que incidissem no aludido crime, além de serem condenados à prisão, amargariam não mais poder exercer seu labor por tempo igual ao da condenação que lhes fosse aplicada. Nesse sentido, considerando-se que as sanções previstas contavam com penas de até 24 anos, o impedimento ao desempenho da profissão poderia perdurar por mais de duas décadas. Além disso, o autoaborto, conduta antes atípica, passou a ser criminalizado pelo Estado, sendo certo que a mulher que infligisse, em si, um aborto seria objeto de responsabilização criminal, responsabilização essa que poderia, no entanto, ser minorada caso o crime tivesse sido praticado com o especial fim de ocultar desonra própria.

A despeito de o Código Penal Republicano ter intensificado a punição à interrupção voluntária da gravidez, é nele que o germe do direito ao aborto legal começa a ser gestado. O artigo 302 da aludida lei estabelecia que, correndo a mulher risco de vida e não se dispondo de outros meios para evitar sua morte, a realização do aborto seria admissível. Por conseguinte, os profissionais que atuassem no procedimento não receberiam qualquer censura criminal. A norma ressalvava, entretanto, que a responsabilização penal se operaria na

hipótese de falecimento da mulher em decorrência do aborto. O mero óbito da gestante não era suficiente para caracterizar o crime: precisava-se, ademais, demonstrar que a atuação profissional dos envolvidos havia inobservado algum dever objetivo de cuidado (imperícia e negligência). A essa modalidade abortiva que afastava a natureza delituosa do ato, convencionou-se denominar, na codificação de então, de aborto legal ou aborto necessário.

### 1.2.2 Do Código Penal de 1940 até os dias atuais

Na esteira dos diplomas criminais anteriores, o Código Penal de 1940 em nada alterou o cenário de criminalização do aborto. Topograficamente localizado no Capítulo I (“Dos Crimes Contra a Vida”) do Título I (“Dos Crimes Contra Pessoa”) da Parte Especial do Código Penal, mais especificamente, nos artigos 124 e seguintes, são três as condutas caracterizadoras do crime de aborto, quais sejam: (i) o autoaborto, ou seja, quando a própria gestante provoca, em si, a interrupção da gravidez (artigo 124 do CP<sup>34</sup>); (ii) quando a gestante consente que um terceiro provoque o aborto em si. Nesta hipótese, o agente provocador do aborto incidirá nas penas do artigo 126<sup>35</sup>, ao passo que a gestante responderá nos moldes do artigo 124, *in fine*, todos do CP. Trata-se de uma exceção à teoria monista adotada por nossa codificação penal (artigo 29 do CP<sup>36</sup>), na medida em que, a despeito da prática de um mesmo fato delituoso por ambos os agentes, a imputação do crime não se dará de forma idêntica, atribuindo-se responsabilidades criminais distintas a cada um; e (iii) quando o aborto é realizado por terceiro sem o consentimento da gestante (artigo 125 do CP<sup>37</sup>).

Para Cezar Roberto Bitencourt (2012, p. 395, grifo do autor), o aborto consiste na “interrupção da gravidez antes de atingir o limite fisiológico, isto é, durante o período

---

<sup>34</sup> **Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento**

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

Pena - detenção, de um a três anos.

<sup>35</sup> **Aborto provocado por terceiro**

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

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

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

<sup>36</sup> Art. 29 - Quem, de qualquer modo, concorre para o crime incide nas penas a este cominadas, na medida de sua culpabilidade. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 1º - Se a participação for de menor importância, a pena pode ser diminuída de um sexto a um terço. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 2º - Se algum dos concorrentes quis participar de crime menos grave, ser-lhe-á aplicada a pena deste; essa pena será aumentada até metade, na hipótese de ter sido previsível o resultado mais grave.

<sup>37</sup> **Aborto provocado por terceiro**

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

Pena - reclusão, de três a dez anos.

compreendido entre a *concepção* e o início do parto, que é o marco final da vida intrauterina”. Ainda de acordo com Bitencourt (2012), o bem jurídico protegido com a tipificação de semelhante conduta é a vida do ser humano em formação, embora, ressalta o autor (2012), seja de pouco rigor técnico classificar o aborto como um crime contra a pessoa, já que o embrião ainda não é, formalmente, pessoa. Assim, o que se tutela com a figura típica do aborto não é o ser humano, mas a sua formação embrionária (BITENCOURT, 2012). No que se refere, por outro lado, ao aborto provocado por terceiros, o bem jurídico a ser protegido é dúplice: além do feto, tutela-se a incolumidade da mulher contra quem o aborto foi perpetrado (BITENCOURT, 2012).

Damásio de Jesus (2014), a seu turno, argumenta que a principal tutela penal pretendida com a criminalização do aborto é a vida da pessoa humana. Por isso, em se tratando de autoaborto, o único bem jurídico ao qual se confere proteção é a vida, direito de que é titular o feto (JESUS, 2014). No caso de aborto praticado por outrem em desfavor da mulher, dois são os objetos jurídicos de que se ocupa a lei penal: protege-se, de forma imediata e antes de qualquer outro bem jurídico, o embrião, cujo direito à vida deve ser resguardado (JESUS, 2014). Mediamente, a norma penal incide, ademais, para salvaguardar os direitos à vida e à incolumidade física e psíquica da própria gestante (JESUS, 2014). Tem-se, então, que, na visão do doutrinador em questão, o aborto se prestaria, precipuamente, à tutela do conceito. A mulher e sua integridade física seriam atingidas apenas de forma reflexa, como um efeito secundário da proteção penal estatuída.

Há situações, contudo, em que o aborto não constitui crime. As disposições do artigo 128 do nosso Código Penal cuidam justamente das hipóteses do chamado aborto legal, isto é, circunstâncias excepcionais que, uma vez vislumbradas no caso concreto, autorizam a prática do aborto, retirando o caráter ilícito da conduta, nada obstante seja ela penalmente tipificada como crime. O aborto legal é assim definido pela lei penal:

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.



Embora haja alguma discordância, no bojo da doutrina penal, acerca da natureza dessas duas hipóteses nas quais o aborto não é punido, entende-se, majoritariamente, tratar-se de causas excludentes especiais, porquanto previstas na Parte Especial do Código, da ilicitude (BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012; CUNHA, 2017; DELMANTO *et al.*, 2002; JESUS, 2014; MASSON, 2015; NUCCI, 2017;). Bitencourt (2012) e Castelbajac (2010), porém, destacam que a redação do artigo supracitado reflete certa parcimônia do legislador. A escolha legislativa de empregar a expressão “não se pune o aborto”, ao invés da já adotada “não há crime”, termo utilizado para descrever as excludentes gerais de ilicitude constantes no artigo 23 do CP<sup>38</sup>, expõe a tentativa do legislador de excluir a antijuridicidade do aborto com palavras mais amenas, sem se dizer, expressamente, que inexistente qualquer crime na espécie (BITENCOURT, 2012). A técnica legislativa tem, assim, o condão de reafirmar que a prática do aborto é, de modo geral, antijurídica, revestindo-se de licitude somente naquelas duas hipóteses específicas, as quais integram situações de cunho bastante excepcional que não espelham o contexto maior de interdição do aborto (BITENCOURT, 2012). Portanto, a expressão “não se pune o aborto” escancara o caráter de exceção máxima da modalidade abortiva em apreço. O fato típico somente não será punível naquelas condições particulares (NUCCI, 2017), vigorando, nas demais conjunturas, a criminalização da conduta.

Reforçando tal compreensão, o próprio legislador penal, em sua exposição de motivos, evidencia que:

Mantém o projeto a incriminação do aborto, mas declara penalmente lícito, quando praticado por médico habilitado, o aborto necessário, ou em caso de prenhez resultante de estupro. Militam em favor da exceção razões de ordem social e individual, a que o legislador penal não pode deixar de atender. (BRASIL, 1940)

O Código Penal permite o aborto legal em dois casos: o aborto necessário, terapêutico ou profilático (artigo 128, inciso I, do CP) e o aborto sentimental, humanitário ou ético (artigo 128, inciso II, do CP). A primeira espécie de aborto legal, o aborto necessário ou terapêutico, consiste na possibilidade de interrupção voluntária da gravidez quando a gestação importe em

<sup>38</sup> **Exclusão de ilicitude** (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - em estado de necessidade; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - em legítima defesa; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito. (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Excesso punível (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - O agente, em qualquer das hipóteses deste artigo, responderá pelo excesso doloso ou culposos. (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

risco de vida à mulher e inexistia qualquer outra técnica terapêutica hábil a salvá-la. Consoante ensina Bitencourt (2012), o aborto necessário constitui autêntico estado de necessidade<sup>39</sup> (artigo 24 do Código Penal<sup>40</sup>). Nenhum direito é absoluto. Mesmo o direito à vida, acaso colidente com outro valor de igual importância, pode ceder no caso concreto (NUCCI, 2017). Em se tratando de aborto necessário, há o conflito entre dois bens protegidos pelo ordenamento jurídico nacional (a vida da gestante e a vida do feto), de modo que um deve perecer para que o outro subsista (GRECO, 2015). O legislador optou, nesse cenário, por dar preferência àquilo que representa o bem maior: a vida da mãe, um ser maduro e inteiramente formado, impondo-se, conseqüentemente, o sacrifício do bem menor, o feto, um ser ainda em formação cuja plenitude existencial não foi alcançada (CAPEZ, 2012; GRECO, 2015; MASSON, 2015). Ressalta, ainda, Capez (2012) que não se afiguraria razoável sacrificar a vida de ambos quando, na prática, um poderia perecer para que o outro sobrevivesse.

Desta forma, o aborto necessário depende de dois requisitos cumulativos (BITENCOURT, 2012; CUNHA, 2017; MASSON, 2015) para que possa ser realizado: (a) a existência de perigo à vida da gestante; e (b) a impossibilidade de manejo de outro meio para salvar a mulher. Quanto ao risco de vida, este não precisa ser atual, bastando, do contrário, que ele exista e possa gerar, no futuro, ameaça à sobrevivência da mulher (BITENCOURT, 2012; MASSON, 2015). Destaque-se que o risco autorizador da cessação da gestação é aquele que oferece perigo à vida da gestante, e não aqueles meramente comprometedores de sua saúde. Eventuais riscos para a saúde da mulher, ainda que graves, não autorizam o aborto legal (BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012; CUNHA, 2017; DELMANTO *et al.*, 2002; HUNGRIA, 1977; JESUS, 2014).

Além disso, há de se verificar se o aborto é, de fato, o único meio de que se dispõe para salvar a vida da mulher. A imprescindibilidade do procedimento abortivo deve ser atestada

---

<sup>39</sup> O estado de necessidade veiculado no artigo 128, inciso I, do CP (aborto necessário) cuida de uma modalidade especial do instituto. Ele somente incide, no caso concreto, de forma a afastar a responsabilidade criminal do agente, quando se tratar de aborto praticado por médico. Os demais sujeitos se enquadrarão no estado de necessidade genérico (artigo 24 do CP).

<sup>40</sup> **Estado de necessidade**

Art. 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 1º - Não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 2º - Embora seja razoável exigir-se o sacrifício do direito ameaçado, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

por um médico, motivo pelo qual se entende que apenas o referido profissional está habilitado para efetuar o aborto necessário, não se podendo incluir, por meio de uma analogia *in bonam parte*, enfermeiras, parteiras ou pessoas afins na abrangência da norma (CUNHA, 2017; JESUS, 2013; NUCCI, 2017). Nesses termos, compete, ao médico, avaliar se a moléstia diagnosticada é capaz de colocar ou não em perigo a vida da gestante (CAPEZ, 2012; HUNGRIA, 1977). Demonstrando-se, após, que era possível salvar a mãe sem que se tivesse recorrido à interrupção da gravidez, o médico responderá criminalmente (BITENCOURT, 2012; CUNHA, 2017) por tal conduta. É claro que, em havendo perigo iminente de vida para a gestante, conforme indicam Bitencourt (2012), Jesus (2014) e Nucci (2017), qualquer outra pessoa, mesmo que sem formação médica, poderá proceder à intervenção abortiva. O indivíduo que o fizer não sofrerá qualquer sanção criminal, pois que amparado em causa genérica de exclusão da ilicitude (estado de necessidade).

Tem-se, então, que o arbítrio da necessidade de se interromper uma gravidez de risco é exclusivamente do médico, prescindindo-se, para tanto, de autorização judicial (CUNHA, 2017; JESUS, 2014). Há quem preconize, ademais, que a aquiescência da mulher ou de seu representante legal para com a realização do aborto é dispensável (BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012; CUNHA, 2017; NUCCI, 2017). Isso porque o aborto necessário, diferentemente do abortamento em caso de estupro, não condiciona a realização do procedimento ao consentimento da gestante (BITENCOURT, 2012). Além de referida exigência não ter respaldo legal na disciplina jurídica do aborto necessário, o próprio Código Penal, no parágrafo 3º do artigo 146<sup>41</sup>, autoriza o desempenho de intervenções médico-cirúrgicas contra a vontade dos pacientes, desde que justificadas por algum iminente perigo de vida (BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012).

Apesar de os doutrinadores do Direito Penal se posicionarem no sentido de que o aborto necessário carece, para ser efetuado, de autorização da gestante, o Ministério da Saúde, por

---

<sup>41</sup> **Constrangimento ilegal**

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

[...]

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II - a coação exercida para impedir suicídio.

meio do *Manual Técnico de Gestação de Alto Risco*<sup>42</sup> (2012a), defende que a elaboração de termo de consentimento informado e esclarecido   peça fundamental para a realiza o de todo e qualquer procedimento de interrup o médica da gesta o (IMG). De acordo com o referido órgão, o termo em questão deve expor, de forma clara e precisa, o quadro clínico da mulher, contendo informa es acerca das imbrica es existentes entre a doença materna e a gravidez, bem como acerca dos riscos e benefícios envolvidos com a administra o da IMG (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Decisões atinentes   aplica o da IMG são sempre tomadas em conjunto, devendo delas tomarem parte dois ou mais médicos obstetras, um especialista clínico, um anestesista e um pediatra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). O diretor clínico do estabelecimento hospitalar também participa dos debates (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Todos os profissionais comprometidos com a elucida o do diagnóstico e com a escolha da terapêutica a ser adotada deverão apor suas assinaturas no termo de consentimento, o qual será arquivado no prontuário da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). A mulher e seu cônjuge, ou o responsável legal daquelas juridicamente incapazes, após lerem o documento, deverão assiná-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

  interessante notar que até o Ministério da Saúde, no aludido Manual Técnico, emprega, para se referir ao aborto, uma expressão eufemística: interrup o médica da gesta o. Nos termos do ato normativo, a IMG   caracterizada como a antecipa o do fim do ciclo gestacional por indica o médica motivada por alguma enfermidade materna ou fetal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Em essência, tal conceito pouco difere da própria defini o de abortamento necessário. E, com efeito, o próprio Ministério da Saúde o reconhece, na medida em que aconselha<sup>43</sup> que o termo aborto, conquanto de uso indiscriminado, seja manuseado, em virtude do forte estigma sociocultural que a palavra carrega, de maneira restritiva, servindo para descrever tão somente aquelas interven es médicas incidentes sobre gravidezes de até 22 semanas ou em fetos com peso inferior a 500 gramas. Embora a IMG não se restrinja ao aborto e possa ser aplicada em qualquer fase gestacional, inclusive em gesta es de fetos viáveis, o Ministério da Saúde,  rg o máximo

---

<sup>42</sup> A primeira edi o do referido manual somente foi editada em 1991, mais de 50 (cinquenta) anos após ter sido prevista, em nossa legisla o penal, a possibilidade de aborto em caso de perigo de vida da mulher.

<sup>43</sup> Nos exatos termos do Manual Técnico de Gesta o de Alto Risco (2012a, p. 257): “O termo aborto ou abortamento   utilizado de maneira indiscriminada mas, por possuir forte estigma sociocultural, deve ser utilizado apenas se esse processo ocorrer antes da 22<sup>a</sup> semana de gesta o ou em fetos com peso menor de 500 gramas. Assim sendo, nas situa es discutidas abaixo, o termo interrup o médica da gesta o (IMG) será utilizado.”

encarregado da efetivação de políticas públicas em matéria de saúde, prefere adotar uma expressão genérica e, portanto, mais palatável a chamar o aborto de aborto.

O aborto sentimental, humanitário ou ético, por sua vez, consiste na autorização, conferida pela lei à mulher, de dar cabo de uma gestação concebida por força de um estupro. Justificando a opção legislativa sedimentada no dispositivo, Capez (2012) afirma que não pode o Estado, em virtude das graves implicações, sobretudo psicológicas, que um entendimento em contrário acarretaria, obrigar a mulher, vítima de um coito vagínico violento, a gerar um filho de seu agressor. Para Néelson Hungria (1977, p. 312), de igual maneira, “nada justifica que se obrigue a mulher estuprada a aceitar uma maternidade odiosa, que dê vida a um ser que lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência sofrida.” Assim, não se pode exigir, da mulher, que ela carregue, em seu ventre, o fruto de uma violência sexual. Em prestígio ao princípio da dignidade humana, vetor axiológico que norteia a edição e interpretação de normas no sistema jurídico brasileiro, o direito à vida do feto deve sucumbir diante da vontade da mulher de interromper a sua gravidez (NUCCI, 2017).

Tal como se sucede com o aborto necessário, a doutrina em Direito Penal defende que a modalidade abortiva sob exame somente pode ser realizada por médicos (CUNHA, 2017; JESUS, 2014; MASSON, 2015), já que o permissivo legal faz expressa referência ao agente beneficiado com a exclusão da ilicitude do crime (CUNHA, 2017; JESUS, 2013). Logo, autores como Damásio de Jesus (2014) e Rogério Sanches Cunha (2017) comungam da compreensão de que a prática da interrupção da gravidez, por terceiros, em casos de aborto humanitário, configurará crime. Bitencourt (2012), por outro lado, dissentido, parcialmente, de seus pares, no que é acompanhado por Masson (2015) e Nucci (2017), assevera que, malgrado a conduta do terceiro, de fato, seja típica e antijurídica, há que se reconhecer que, nas circunstâncias concretas do caso, não se poderia exigir que esse alguém agisse de forma distinta e não realizasse o aborto, o que atrai a aplicação de causa supralegal excludente da culpabilidade<sup>44</sup> consistente em inexigibilidade de conduta diversa<sup>45</sup>, não sendo o agente, por conseguinte, responsabilizado.

---

<sup>44</sup> O artigo 22 do Código Penal prevê apenas duas hipóteses genéricas de exclusão da culpabilidade, quais sejam, coação irresistível e obediência hierárquica.

<sup>45</sup> Na lição de Francisco de Assis Toledo (1994, p. 328): “A *contrario sensu*, chega-se à conclusão de que não age culpavelmente – nem deve ser portanto penalmente responsabilizado pelo fato – aquele que, no momento da ação ou da omissão, não poderia, nas circunstâncias, ter agido de outro modo, porque, dentro do que nos é

Na melhor exegese do artigo 128, inciso II, do Código Penal, infere-se que, em casos de gravidez decorrente de estupro, a mulher vítima de violência sexual pode se submeter ao procedimento de abortamento, bastando, para tanto, que esta consinta com a sua realização, sendo absolutamente desnecessária a apresentação de qualquer documento, tais como Boletim de Ocorrência (BO), alvará judicial ou laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal (IML). Apesar de haver razoável consenso entre os penalistas de que, para o abortamento humanitário, sejam desnecessários autorização judicial, sentença condenatória ou processo criminal tramitando em desfavor do agressor sexual, Bitencourt (2012), Capez (2012), Cunha (2017), Delmanto *et al.* (2002), Hungria (1977), Jesus (2014), Masson (2015) e Nucci (2017) prelecionam que o médico, pessoa na qual repousa a decisão final acerca da intervenção abortiva (DELMANTO *et al.*, 2002; JESUS, 2014), deve se cercar de provas contundentes, idôneas e seguras da ocorrência do delito sexual, certificando-se, assim, da veracidade da alegação da mulher. O processo de verificação da autenticidade do relato da mulher se faz, para os mencionados autores, por meio de boletim de ocorrência, depoimentos de testemunhas, presença de lesões corporais compatíveis com uma conjunção carnal forçada, peças de informação, inquérito policial, dentre outros.

Ora, a cautela recomendada ao médico pela doutrina penal, simplesmente, não se justifica. E mais: pauta-se em elementos não expressamente exigidos pelo texto legal. Ainda que o médico seja induzido a erro pela mulher e realize aborto humanitário respaldado num delito que nunca ocorreu, referido profissional não incorrerá em qualquer sanção criminal (BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012, CUNHA, 2017; HUNGRIA, 1977; MASSON, 2015), visto que sua conduta estará abarcada por uma discriminante putativa (artigo 20, § 1º, do CP<sup>46</sup>). O mesmo não se pode dizer da gestante que mentir. A mulher que construir uma

---

comumente revelado pela humana experiência, não lhe era exigível comportamento diverso. A inexigibilidade de outra conduta é, pois, a primeira e mais importante causa de exclusão da culpabilidade. E constitui um verdadeiro princípio do direito penal. Quando aflora em preceitos legislados, é uma causa legal de exclusão. Se não, deve ser reputada causa supralegal, erigindo-se em princípio fundamental que está intimamente ligado com o problema da responsabilidade pessoal e que, portanto, dispensa a existência de normas expressas a respeito.”

<sup>46</sup> **Erro sobre elementos do tipo** (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Art. 20 - O erro sobre elemento constitutivo do tipo legal de crime exclui o dolo, mas permite a punição por crime culposo, se previsto em lei. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

**Discriminantes putativas** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 1º - 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

**Erro determinado por terceiro** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 2º - Responde pelo crime o terceiro que determina o erro. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

narrativa fantasiosa a respeito do suposto estupro de que foi vítima incidirá nas penas do aborto, sem prejuízo, conforme recorda Masson (2015), de eventual imputação de crime de falsa comunicação de crime (artigo 340 do CP<sup>47</sup>). Portanto, as consequências de uma declaração mentirosa são muito mais severas para a mulher do que para o médico.

Por outro lado, a *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescente* (2012b<sup>48</sup>), editada pelo Ministério da Saúde<sup>49</sup>, estabelece uma série de diretrizes a serem observadas no atendimento aos sujeitos passivos de delitos sexuais. No que tange, especificamente, ao direito ao aborto humanitário, dispõe a norma que:

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b, p. 69)

Percebe-se, pois, que, em sentido radicalmente oposto ao apregoado pela dogmática penal, o Ministério da Saúde não impõe qualquer condicionante à realização do aborto em caso de estupro. Para o referido órgão, a palavra da mulher é suficiente para que se proceda à interrupção da gravidez, não havendo qualquer sustentação legal na negativa de prestação do aborto àquelas que não apresentarem eventuais documentos comprobatórios da agressão sexual sofrida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

---

**Erro sobre a pessoa** (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 3º - O erro quanto à pessoa contra a qual o crime é praticado não isenta de pena. Não se consideram, neste caso, as condições ou qualidades da vítima, senão as da pessoa contra quem o agente queria praticar o crime.

<sup>47</sup> **Comunicação falsa de crime ou de contravenção**

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

<sup>48</sup> Trata-se de terceira edição da referida nota técnica. A primeira foi lançada em 1999 e condicionava a realização de manobras abortivas à apresentação de BO (TALIB; CITELI, 2005).

<sup>49</sup> Assim como no caso do aborto necessário, o Poder Executivo quedou-se inerte por décadas até regulamentar, na seara administrativa, a interrupção legal da gravidez em decorrência de estupro.

Embora o Ministério da Saúde descreva com uma aparente aura de simplicidade o caminho a ser percorrido por uma gestante em busca do aborto humanitário – basta a palavra da mulher, diz o órgão –, diversos procedimentos estatuídos pela própria Administração Pública parecem contradizer tal afirmação. Nesse sentido, a fim de disciplinar a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei e garantir segurança jurídica aos profissionais atuantes com o aborto, o Ministério da Saúde editou, em 2005, a Portaria nº 1.508/2005, por meio da qual estabeleceu o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei. Nos termos do artigo 1º do ato administrativo<sup>50</sup>, a observância do Procedimento de Justificação e Autorização tornou-se requisito obrigatório para a adoção de qualquer medida de interrupção de gravidez a ser realizada no âmbito do SUS, à exceção das hipóteses em que a mulher corra risco de vida.

Composto por um total de quatro fases, o Procedimento de Justificação e Autorização prevê, em primeiro lugar, que a gestante narre, por intermédio de um Termo de Relato Circunstanciado, o contexto em que se deu a agressão sexual de que foi vítima. Tal relato deverá ser prestado perante dois profissionais da área da saúde e conterá detalhes a respeito dos agentes perpetradores do estupro, bem como acerca de possíveis testemunhas oculares do incidente. O termo deverá, ademais, situar o ato de violência no tempo e no espaço.

Após a elaboração do Termo de Relato Circunstanciado, o qual deverá ser subscrito pela própria mulher e pelos dois profissionais de saúde que a ouviram, um médico realizará uma série de exames físicos na gestante, emitindo, ao final, um parecer técnico sobre sua condição médica. Concomitantemente a isso, uma equipe de saúde multiprofissional, integrada, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo, avaliará a mulher. Três dos integrantes da referida equipe elaborarão um Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez. Tal documento deverá estar em conformidade com as conclusões extraídas pelo médico em seu parecer técnico.

A terceira fase cuida da assinatura de um Termo de Responsabilidade, na qual gestante e, se for o caso, seu representante legal atestam que as informações prestadas correspondem à

---

<sup>50</sup> Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.



verdade dos fatos, sob pena de caracterização dos crimes de falsidade ideológica<sup>51</sup> e aborto, caso se verifique a inoportunidade do estupro.

Por último, a quarta fase diz respeito à confecção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante o qual a gestante é informada, de forma clara e acessível, sobre o tipo de intervenção que lhe será aplicado, bem como sobre os potenciais riscos que a prática do aborto pode suscitar. Além de o referido termo ser assinado e identificado por impressão datiloscópica, a gestante deverá declarar, expressamente, a sua voluntária e consciente decisão de interromper a gravidez.

Percebe-se, à vista disso, que, ao enlaçar a mulher aspirante à realização do aborto humanitário numa teia de burocracias, o ritual estabelecido pelo Ministério da Saúde acaba, no afã de instituir ordem e segurança jurídica nos serviços públicos de saúde, por introduzir restrições no acesso à interrupção legal da gravidez. Por isso, não se pode perder de vista que, enquanto a gestante percorre cada uma das fases constantes no Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, o tempo não para de correr. E justamente porque a fluência do tempo não admite controle de qualquer tipo, eventual demora na prestação do atendimento à mulher pode importar a completa inviabilização do procedimento, ante o avançado grau de desenvolvimento fetal. Ademais, num contexto em que a escassez de itens médicos mais basilares é uma constante nos hospitais públicos brasileiros<sup>52</sup>, exigir que a mulher seja atendida por uma equipe multiprofissional colore em tons surrealistas o quadro do direito ao aborto legal.

Por outro lado, recentemente, o Poder Judiciário adicionou, ao rol de permissivos legais autorizadores do aborto, mais uma hipótese: gestação de feto anencéfalo. Em 2012, no julgamento da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 (ADPF 45), proposta

---

<sup>51</sup> **Falsidade ideológica**

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

<sup>52</sup> SCHÉLIGA, Luiza; ALVES, Júnior. Pacientes morrem em hospitais do RJ por falta de equipamentos e estrutura. **G1**, Rio de Janeiro, 29 nov. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/11/pacientes-morrem-em-hospitais-do-rj-por-falta-de-equipamentos-e-estrutura.html>. Acesso em: 17 out. 2018.

pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), o Supremo Tribunal Federal (STF), reunido em plenário, declarou, por maioria de votos (oito a dois), a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo seria conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. Sedimentou-se, na decisão, o entendimento de que, como o feto anencefálico jamais se tornará pessoa, a interrupção da gravidez em função de anencefalia não configura crime contra a vida. Isso porque, para o feto acometido por anencefalia, não existe vida possível ou viável para além das paredes uterinas: o anencéfalo é um natimorto cerebral (CFM, 2004). A referida doença cuida de um processo irreversível: não há técnica terapêutica existente na medicina que cure semelhante malformação congênita (CFM, 2004). Não há, assim, em se tratando de fetos anencéfalos, qualquer esperança de sobrevivência, mas apenas o prenúncio de uma morte certa e inevitável. Nas palavras do relator, ministro Marco Aurélio de Melo:

O feto anencéfalo, mesmo que biologicamente vivo, porque feito de células e tecidos vivos, é juridicamente morto, não gozando de proteção jurídica e, acrescento, principalmente de proteção jurídico-penal.

[...]

A incolumidade física do feto anencéfalo, que, se sobreviver ao parto, o será por poucas horas ou dias, não pode ser preservada a qualquer custo, em detrimento dos direitos básicos da mulher. No caso, ainda que se conceba o direito à vida do feto anencéfalo – o que, na minha óptica, é inadmissível, consoante enfatizado –, tal direito cederia, em juízo de ponderação, em prol dos direitos à dignidade da pessoa humana, à liberdade no campo sexual, à autonomia, à privacidade, à integridade física, psicológica e moral e à saúde, previstos, respectivamente, nos artigos 1º, inciso III, 5º, cabeça e incisos II, III e X, e 6º, cabeça, da Carta da República. (STF, 2012, p. 60 e 79)

Embora a Corte Superior tenha reconhecido que assiste, à gestante portadora de uma gravidez de feto anencefálico, o direito subjetivo de pôr um fim à sua prenhez, o ministro Celso de Mello, em seu voto, impôs uma condicionante à realização do procedimento: a anencefalia deverá ser diagnosticada e comprovadamente identificada por profissional médico legalmente habilitado. Perfeito esse requisito, a intervenção abortiva poderá ser efetuada, prescindindo-se, para tanto, de qualquer autorização judicial. O referido julgador acolheu<sup>53</sup>, ainda, proposta exteriorizada pelo ministro Gilmar Mendes, segundo a qual a Corte deveria recomendar, ao Ministério da Saúde, que este editasse normas específicas sobre o aborto de fetos portadores de anencefalia. Nos termos do voto do ministro Gilmar Mendes:

<sup>53</sup> Decano vota pela descriminalização da interrupção de gravidez de feto anencefálico. STF, [Brasília], 12 abr. 2012. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204879>. Acesso em: 17 out. 2018.

Com essas considerações, voto no sentido da procedência da arguição de descumprimento de preceito fundamental, para dar interpretação conforme a Constituição, com efeitos aditivos, ao art. 128 do Código Penal, para estabelecer que, além do aborto necessário (quando não há outro meio de salvar a vida da gestante) e do aborto no caso de gravidez resultante de estupro, **“não se pune o aborto praticado por médico, com o consentimento da gestante, se o feto padece de anencefalia comprovada por junta médica competente, conforme normas e procedimentos a serem estabelecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”**.

**Para o cumprimento desta decisão, é indispensável que o Ministério da Saúde regulamente adequadamente, com normas de organização e procedimento, o reconhecimento da anencefalia. Enquanto pendente regulamentação, a anencefalia deverá ser atestada por no mínimo dois laudos diagnósticos, produzidos por médicos distintos, e segundo técnicas de exame atuais e suficientemente seguras.** (STF, 2012, p. 306-307, grifo do autor)

Atento a isso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou, em 2012, a Resolução CFM nº 1.989/2012. O supracitado ato normativo reforçou a compreensão já cristalizada pelo STF de que a mulher pode, a seu arbítrio e independentemente de qualquer permissão conferida pelo Estado, diante de um diagnóstico inequívoco de anencefalia fetal, interromper sua gravidez. Mas, para além disso, a resolução supracitada fixou parâmetros para que uma diagnose segura da anencefalia fosse obtida:

Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter:

- I – duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável;
- II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

É possível verificar, ante tudo o que foi até aqui exposto, que, como bem observa Debora Diniz (2014), o marco punitivo brasileiro em matéria de aborto é marcado por uma ambiguidade. Em nosso ordenamento jurídico, coexistem, simultaneamente, duas disciplinas legais relativas ao aborto: a prática é e, ao mesmo tempo, não é legalmente admitida, a depender das circunstâncias fáticas em que a interrupção da gravidez se divise (DINIZ, 2014).

## **2 DOS EMPECILHOS À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL: COMPREENSÕES DA REVISÃO DE LITERATURA**

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), conquanto 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 (ARAÚJO, 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 Erundina 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 Adolescente*, 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 afinal 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 recai, 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 (ANDALRAFT 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 2017<sup>54</sup>), 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*

---

<sup>54</sup> 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/sao-paulo/noticia/prefeitura-de-sp-desativa-servico-de-aborto-legal-no-1-hospital-do-pais-a-realizar-procedimento.ghtml>. Acesso em: 24 out. 2018.

*nos Hospitais Públicos – CDD-Brasil*, o qual objetivava, por meio de visitas realizadas a 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 dificultoso (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). Conseqüentemente, 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, nutrido 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 dossiê 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 as 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 falácias 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 Simmel<sup>55</sup> (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).

---

<sup>55</sup> Georg Simmel é reconhecido por seus trabalhos na sociologia do segredo e das sociedades secretas.

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 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; FARIAS; 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 572<sup>56</sup> 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 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;

---

<sup>56</sup> Embora os pesquisadores tenham enviado 1.500 questionários, somente 572 médicos (38%) os responderam.

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 lembrar 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 interdito, 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 quão 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 discriminante 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 culposos.”).

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 poder 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: Construimos 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 autoinfligem

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, conquanto a interrupção da gravidez seja um fenômeno bastante comum localmente, as mulheres quenianas que efetuam abortos são categorizadas como “assassinas”, “prostitutas” e “infieis”, além de serem consideradas uma péssima influência para outras mulheres, especialmente para as mais jovens. Adicionalmente, as mulheres que interrompem suas gestações são penalizadas com o ostracismo (YEGON *et al.*, 2016). Devido ao medo da isolamento 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 transgredir 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 “aborteiro” (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 ministrarem técnicas abortivas, ainda que referidas técnicas estejam 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 consciência<sup>57</sup>.

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 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

---

<sup>57</sup> 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/italian-gynaecologists-refuse-abortion-miscarriages>. Acesso em: 31 out. 2018.

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.

### 3 METODOLOGIA DE PESQUISA

A pergunta de partida que norteou o desenvolvimento deste trabalho assentava na premissa de que, em se tratando de aborto legal, havia um descompasso entre o que os nossos textos legais estabeleciam e aquilo que se desenrolava na prática. Pressupunha-se, então, que, algo, no plano dos fatos, acontecia, de forma a impedir que o aborto legal, direito abstratamente previsto, se concretizasse. Isso porque, apesar de o direito à interrupção da gravidez em certas circunstâncias ser garantido, desde a década de 1940, pelo ordenamento jurídico pátrio, as estatísticas nacionais davam conta de que poucas mulheres a ele tinham acesso. Havia um quê de obscuro e enigmático na problemática do aborto legal que poderia ser mais facilmente elucidado com uma imersão na práxis dos serviços de saúde habilitados à realização da política pública em comento. O direito ao aborto legal existe e isso é incontestável. Mas será que ele é efetivo? Será que ele funciona na prática? O que é necessário para que uma mulher se submeta ao procedimento? Basta que ela se desloque até qualquer hospital integrante do SUS? A presente monografia nasceu, portanto, do embate existente entre prática e teoria.

À vista disso, o corrente estudo foi estruturado, inicialmente, de maneira a englobar, além de, por óbvio, um levantamento de fontes bibliográficas, a realização de pesquisa empírica. Para tanto, pretendia-se, em primeiro lugar, verificar quantas e quais unidades de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, estariam credenciadas para a prática do aborto legal. Uma vez que tal verificação fosse feita e o acesso ao campo de pesquisa, franqueado, tencionava-se, a fim de se proceder à coleta de dados, entabular entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais envolvidos com a temática sob exame (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos). As eventuais informações obtidas seriam analisadas à luz do material reunido na pesquisa bibliográfica. Em essência, esses eram os planos idealizados para a consecução do presente trabalho de monografia.

Num momento inicial, pretendendo me introduzir no tema, trajei o véu da ignorância e, tal como uma mulher que nada soubesse acerca da legislação atinente ao aborto legal, mas que, por fatos da vida, necessitasse de informações sobre o assunto, procedi a buscas, no Google, por meio do emprego das palavras-chaves “onde realizar aborto legal”, “aborto legal rj”, “hospital aborto legal rio de janeiro”. Enquanto realizava essa prospecção preliminar,



deparei-me com uma completa ausência de informações. Os textos que faziam referência aos serviços de aborto legal possuíam cunho jornalístico, os quais, por mais informativos que o fossem, não se revestiam de um caráter de oficialidade. Poucos eram, senão inexistentes, os pronunciamentos provenientes de órgãos estatais. Vislumbrou-se, nisso, um primeiro obstáculo à concretização do direito ao aborto legal: a falta de informação. As reflexões extraídas desse exercício prefacial serão objeto de análise no quarto capítulo desta monografia.

Num segundo momento, atendendo à recomendação de meu orientador, encetei contato com Yasmin de Melo Silva, discente do curso de mestrado jurídico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que havia, de 2014 a 2015, desenvolvido, no seio do grupo de pesquisa Observatório da Justiça Brasileira (OJB), pesquisa<sup>58</sup> no Hospital Fernando Magalhães, estabelecimento pertencente à rede municipal de saúde do Rio de Janeiro e considerado como referência na prática de aborto legal<sup>59</sup>. A pesquisa de Yasmin objetivava, em linhas gerais, verificar se a interrupção da gravidez em caso de fetos anencefálicos tinha sido, de fato, incorporada à rotina dos serviços de aborto legal, na trilha do quanto decidido pelo STF nos autos da ADPF 45. Era patente, portanto, que ambas as pesquisas, a de Yasmin e a minha, apresentavam eixo temático similar. Mais: para além da já apontada convergência de objeto de estudo, Yasmin, ao empreender pesquisa empírica no Fernando Magalhães, tornara-se conhecedora dos meandros burocráticos que orientavam o funcionamento da instituição. Se havia alguém que podia facilitar a minha entrada no campo de pesquisa, esse alguém era Yasmin.

Quando, enfim, fomos ao Hospital Fernando Magalhães, Perséfone<sup>60</sup>, enfermeira que nos recebeu e que coordena o centro de estudos do órgão, não mais conhecia Yasmin. Tampouco se lembrava da pesquisa que ali havia sido desenvolvida.

Yasmin: Não sei se a senhora se lembra de mim...

Perséfone: Não lembro... Infelizmente, não lembro. Quando foi?

Yasmin: 2014/2015.

<sup>58</sup> SIMÕES, Clarissa Mortari. *et al.* ADPF 54: a (in)eficácia social da decisão do STF sobre o aborto de anencéfalos na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 73, p. 84-97, mai./jun. 2016. Disponível: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista73/revista73\\_84.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista73/revista73_84.pdf). Acesso em: 01 out. 2018.

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> Nome fictício.

Perséfone: Ah... 2014? Faz tanto tempo. Foram tantos...

Tantos já haviam passado, tantos mais passariam. Yasmin era apenas mais uma, como assim eu o também seria no futuro. Com mais de 20 anos de casa, Perséfone bem o sabia: muitos pesquisadores, desejosos de se debruçar sobre o aborto legal, já haviam demonstrado interesse em efetuar pesquisas no Hospital Fernando Magalhães. “Mas por que só no Fernando Magalhães?”, ela me indaga, indagando-se a si própria. “Ele não é o único hospital que faz aborto”, sinaliza Perséfone. Deméter<sup>61</sup>, outra enfermeira que se encontrava no recinto, exclama: “Qualquer hospital com ginecologia e obstetrícia pode fazer. Qualquer um.”

Embora tenhamos sido recepcionadas com movimentos afáveis, as palavras que emanaram dos lábios de Perséfone foram duras:

Você pode fazer a sua pesquisa aqui. Mas, antes, você vai precisar cadastrar a sua pesquisa na Plataforma Brasil. Depois que você fizer isso, você vai pegar a folha de registro na Plataforma Brasil e trazer aqui, junto com o seu projeto de monografia. Eu vou ler o seu projeto, porque tem que explicar lá na Direção. Depois que a diretora aprovar, você vai levar tudo isso no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.

Deméter imprime um papel e me entrega: era o endereço do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.

“Quanto tempo isso leva?” – eu questiono. “Ah... Leva tempo... Não é rápido, não. Deve levar uns dois, três meses.”, diz-me Perséfone. Era 30 de junho de 2018. Na prática, a necessidade de submeter a minha monografia a uma série de procedimentos burocráticos significou a completa inviabilização da realização da pesquisa empírica. Não havia tempo hábil. Ainda que houvesse, a empreitada era de sucesso duvidoso: meu requerimento administrativo poderia ser negado. Alternativas precisavam ser pensadas.

“Ele não é o único hospital que faz aborto”, havia dito Perséfone. Pensando nisso, resolvi fazer pesquisas mais acuradas e fui direto à fonte: em consulta realizada ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>62</sup>, sistema gerido pelo Ministério da Saúde, verifiquei que, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, 11 unidades de saúde eram

---

<sup>61</sup> Nome fictício.

<sup>62</sup> Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 27 out. 2018.

consideradas aptas à realização do aborto legal. Uma delas era o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, localizado no Centro do Rio de Janeiro. Em virtude de sua proximidade ao campus da Faculdade de Direito da UFRJ, fiz uma visita. Na recepção, apresentei-me:

Amanda: Bom dia! Sou estudante de Direito da UFRJ e a minha monografia tratará do aborto legal. Vocês fazem aborto legal aqui?

Recepcionista: Sim, fazemos.

Amanda: Haveria alguém disposto a falar comigo?

Recepcionista: Só um momento.

Fui, então, encaminhada à administração da maternidade. Lá, fui atendida por Selene<sup>63</sup>. Ela me pergunta:

Selene: Você quer fazer o quê? Entrevistar os médicos?

Amanda: Isso.

Selene: Então, a sua monografia terá que passar por alguns procedimentos. Ela vai ter que passar pelo Comitê de Ética da... É na Uerj que você estuda?

Amanda: UFRJ.

Selene: UFRJ? Jurava que fosse Uerj. Então, a sua monografia vai ter que ser aprovada pelo Comitê de Ética da UFRJ. Depois, só trazer aqui para a Direção analisar. Se ela aprovar, está tudo certo, você pode começar a pesquisa.

Amanda: A senhora sabe se isso demora?

Selene: Olha... Que eu saiba, costuma demorar. O Comitê de Ética da UFRJ, em especial, tem demorado um pouco.

Amanda: É comum as pessoas fazerem pesquisas aqui?

Selene: Sim. Muito comum. De Medicina, Enfermagem. Você, de Direito, é a primeira vez.

Malgrado os procedimentos informados por Selene divergissem, de modo considerável, daqueles apresentados por Perséfone, uma constante se apercebeu nas duas experiências: o acesso ao campo, em qualquer hospital que eu tentasse me inserir, seria dificultoso. As idas ao Hospital Fernando Magalhães e à Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda permitiram-me enxergar a questão da falta de concretude do direito ao aborto legal por um

---

<sup>63</sup> Nome fictício.

novo viés. Em virtude disso, optei por alçar o inaccessão ao campo a uma categoria autônoma de análise da problemática.

Em razão dos embaraços que estorvaram o percurso metodológico desta monografia, uma mudança de abordagem necessitou ser desenhada. Conforme já mencionado anteriormente, as informações obtidas por intermédio do CNES noticiavam que, em todo o Estado do Rio de Janeiro, 11 unidades hospitalares estariam credenciadas à realização de procedimentos abortivos, das quais oito integrariam a rede municipal de saúde, e as duas outras, a rede estadual. Nenhum hospital federal foi arrolado. Uma maternidade de Macaé foi elencada. O fato, porém, de referidos estabelecimentos estarem listados no banco de dados do Ministério da Saúde não indicava, necessariamente, que uma mulher, caso fosse encaminhada a tais locais, obteriam o atendimento almejado. Assim, resolveu-se, com base nos números de telefone fornecidos nos sites institucionais das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, efetuar contato telefônico com cada um dos hospitais elencados pelo Poder Executivo no CNES, excetuando-se aqueles que foram visitados pessoalmente no curso do presente trabalho. Apenas duas perguntas seriam feitas em cada ligação: “Vocês fazem o aborto legal aí?” e “O que uma mulher precisa para fazer o aborto legal?”. Os resultados alcançados com a aplicação do expediente em questão também serão examinados no quarto capítulo deste trabalho. Ainda que por vias transversas, a pergunta de partida obteriam respostas.

Convém frisar que o processo de cadastramento de estabelecimentos médicos no CNES não é estático. Em maio de 2018, quando consultei o sistema pela primeira vez, somente sete unidades, em todo o estado do Rio de Janeiro, eram consideradas como de referência na prática de procedimentos abortivos. Posteriormente, em agosto de 2018, tal quantia havia se expandido para oito. Em novembro de 2018, data em que acessei pela última vez, antes da redação final deste trabalho, o CNES, observei que o número de unidades de saúde havia sofrido nova ampliação, passando a somar exatos 11 hospitais. Em virtude disso, a fim de manter os dados obtidos na presente monografia o mais fidedignos possível com a realidade dos serviços de aborto legal, tive que incluir na minha pesquisa, mesmo que de última hora, as três casas de saúde recém-cadastradas. Portanto, além de telefonar para os hospitais integrantes das redes municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro, entabulei contato com a maternidade localizada em Macaé.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Do desinteresse dos juristas

Conforme observado no segundo capítulo deste trabalho, inúmeros empecilhos impedem que as mulheres tenham acesso ao aborto legal. Em que pese se trate de tema de relevância ímpar, já que, em não sendo possível acessar serviços médicos especializados no abortamento, as mulheres recorrerão, inevitavelmente, ainda que tal decisão importe sérios riscos à sua integridade física, a procedimentos abortivos clandestinos, a interrupção legal da gestação tem sido um tema negligenciado pela literatura jurídica. A inefetividade de um direito deveria interessar muito mais a juristas do que a médicos, enfermeiros ou assistentes sociais. Contudo, o que se percebeu, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, é que poucos artigos científicos do campo jurídico debruçaram-se sobre a referida questão. As Ciências Médicas, contudo, têm se ocupado de tal problemática. Diversos textos provenientes dessa área do saber foram utilizados, inclusive, como subsídio para a elaboração do referencial teórico desta monografia.

O desinteresse dos juristas pela matéria do aborto legal foi reforçado com a visita ao campo. Embora a incursão no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda tenha se mostrado, ao final, frustrada, ante a necessidade de submissão do presente trabalho a uma série de trâmites burocráticos, a surpresa de Selene com o fato de uma estudante de Direito pretender elucidar, na prática, os protocolos de acesso ao abortamento legal demonstra que, de modo geral, operadores do Direito não se preocupam em realizar pesquisas em ambientes hospitalares.

Ressalte-se que a unidade de saúde em questão foi fundada em maio de 2012<sup>64</sup>. Em seis anos de existência, eu havia sido, segundo relatou Selene, a primeira pessoa com formação jurídica a tencionar empreender pesquisa na instituição, enquanto que, por outro lado, discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem são figuras corriqueiras nos corredores do hospital. Cumpre, ainda, destacar que a Faculdade de Direito da UFRJ e o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda compartilham do mesmo logradouro: apenas poucos metros separam uma edificação da outra.

---

<sup>64</sup> Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda celebra seis anos e 30 mil partos. **Prefeitura do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 16 maio 2018. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=7959805>. Acesso em: 31 out. 2018.

#### 4.2 Da falta ou divergência de informações

A primeira regra dos serviços de aborto legal é: você não fala sobre os serviços de aborto legal. A segunda regra dos serviços de aborto legal é: você não fala sobre os serviços de aborto legal. Embora aqui se faça um breve gracejo ao célebre filme *Clube da Luta* (1999), verificou-se, nesta monografia, que, tal como denunciou Porto (2009) em sua tese de doutorado, paira, sobre os serviços de aborto legal, uma aura de mistério. Ninguém deles sabe. Ninguém deles fala. Esse cultivo ao segredo (PORTO, 2009) materializa-se, em primeiro lugar, na ausência de informações sobre programas de aborto legal nos sites institucionais do Ministério da Saúde<sup>65</sup>, da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Rio de Janeiro (SES)<sup>66</sup> e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS)<sup>67</sup>. Navegando pelos sítios eletrônicos dos três órgãos, não se encontra qualquer informação sobre a interrupção legal da gravidez.

Vale dizer, porém, que a Prefeitura do Rio de Janeiro dedica, em sua página na *web*<sup>68</sup>, um espaço denominado de “Saúde da Mulher”. No referido espaço, o ente municipal compromete-se a oferecer “atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida tendo como prioridade a redução da mortalidade materna e redução da sífilis congênita”. A fim de atingir tais objetivos, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro propõe a execução de algumas medidas de cunho prioritário. São elas:

- Melhoria da qualidade e do acesso à assistência do pré-natal;
- Redução da Morbi-mortalidade materna e fetal;
- Redução da incidência de sífilis congênita;
- Planejamento familiar;
- Melhoria do acesso e adesão a métodos contraceptivos reversíveis;
- Otimizar os fluxos para as vagas de laqueadura tubária e vasectomia;
- Ampliação da oferta de métodos contraceptivos (implante intradérmico, anel vaginal, adesivo transdérmico, DIU de progesterona);
- Prevenção e Atenção a Violência Contra a Mulher;
- Divulgação do fluxo de atendimento a violência contra a mulher;
- Descentralização da profilaxia de pós exposição sexual e contracepção de emergência. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2018, on-line)

<sup>65</sup> Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 nov. 2018.

<sup>66</sup> Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/ses>. Acesso em: 02 nov. 2018.

<sup>67</sup> Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>. Acesso em: 02 nov. 2018.

<sup>68</sup> Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-da-mulher>. Acesso em: 02 nov. 2018.

Nesse sentido, é interessante notar que, apesar de o órgão municipal manifestar-se no sentido de que a redução das taxas de mortalidade materna constitui uma de suas mais importantes metas institucionais, não há, em momento algum, referência expressa ao aborto legal. Há, a valer, menção a expressões genéricas do tipo “Prevenção e Atenção a Violência Contra a Mulher”, “Divulgação do fluxo de atendimento a violência contra a mulher” e “Descentralização da profilaxia de pós exposição sexual e contracepção de emergência”, expressões essas que, conquanto possam incluir medidas abortivas em seu interior, são pouco elucidativas para uma mulher que deseje se sujeitar ao aborto. Considerando-se que, ao não saber onde realizar abortos legais, as mulheres submeter-se-ão a abortos não legais, o silêncio quanto à interrupção voluntária da gravidez conflita justamente com aquilo que o Município do Rio de Janeiro pretender perseguir: a diminuição das estatísticas de falecimentos maternos.

Embora não tenham sido encontradas, durante a elaboração desta monografia, listas contendo quantos e quais estabelecimentos fluminenses oferecem infraestrutura especializada na prática da interrupção legal da gravidez, o Ministério da Saúde, quando indagado pela imprensa<sup>69</sup> e pela ONG Artigo 19<sup>70</sup> acerca do aborto legal, afirmou que qualquer unidade de saúde que conte com serviços de ginecologia e obstetrícia está habilitada à realização de abortamentos. As conversas travadas com Perséfone e Deméter, servidoras do Hospital Fernando Magalhães, também reforçam semelhante compreensão: ambas enfatizaram que qualquer hospital que possua ginecologia e obstetrícia está capacitado para a prática do aborto, o que indica que os próprios funcionários do SUS recebem instruções nesse sentido. Concomitante, o Ministério da Saúde, na *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (2012b), estabelece que o aborto legal somente pode ser realizado em hospitais considerados, pelo órgão, como “de referência”.

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contrarreferência. A

---

<sup>69</sup> ABRANTES, Talita. Hospitais barram aborto até em casos previstos por lei. **Exame**, São Paulo, 21 jun. 2016. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/hospitais-barram-aborto-ate-em-casos-previstos-por-lei/>. Acesso em: 16 nov. 2018. Ademais: VICENTIN, Carolina. O mito do aborto legal. **Revista AzMina**, [S.I.], 26 set. 2016. Disponível em: <https://azmina.com.br/especiais/o-mito-do-aborto-legal/>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>70</sup> Para maiores informações, ver: ARTIGO 19. **Os 5 Anos da Lei de Acesso à Informação**: uma análise de casos de transparência, 2017. Disponível em: <http://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2017/05/Os-5-anos-da-Lei-de-Acesso-%C3%A0-Informa%C3%A7%C3%A3o-%E2%80%93-uma-an%C3%A1lise-de-casos-de-transpar%C3%A2ncia.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde estejam preparadas para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias das DSTs, hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. **Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência.** Cabe, também, aos gestores e diretores dos serviços de saúde a implantação de mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b, p. 18, grifo nosso)

Nos termos da referida norma técnica, as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitadas para o atendimento pós-estupro a uma vítima de violência sexual, o que inclui a administração de medicamentos de contracepção de emergência (“pílula do dia seguinte”) e de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis. No que se refere, especificamente, ao aborto, o ato normativo é claro ao estatuir que, a fim de que uma mulher possa se submeter à intervenção abortiva, ela deve ser encaminhada a um serviço especializado.

Verifica-se, desta forma, que o discurso do Ministério da Saúde esbarra em contradições internas. Para os veículos midiáticos, a assessoria de imprensa do órgão sustenta que qualquer estabelecimento hospitalar com leitos para atendimento a casos ginecológicos e obstétricos está apto à efetuação de procedimentos abortivos. Em documento oficial, por outro lado, o Ministério da Saúde reafirma a necessidade de que a mulher seja transferida a um hospital de referência. Desta forma, infraestrutura em ginecologia e obstetrícia seria o mínimo com o que as instituições hospitalares deveriam ser guarnecidas. Mas há um algo a mais que não é explicitado pelo Ministério de Saúde: diz-se apenas que o abortamento previsto em lei necessita de maiores recursos, mas não há informações adicionais sobre no que consistiriam os ditos “maiores recursos”.

Por sua vez, a Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, prevê, em documento intitulado de *Fluxo de Atendimento a Violência Sexual* (s.d.), que “todas as maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro estão aptas a realizarem o aborto legal, além do primeiro atendimento às mulheres vítimas de violência sexual”.



De acordo com a página na Internet da Prefeitura do Rio de Janeiro<sup>71</sup>, a rede municipal de saúde do Rio de Janeiro é composta por 12 maternidades e uma casa de parto, a seguir compiladas:

- Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
- Hospital Maternidade Fernando Magalhães
- Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto
- Hospital Maternidade Carmela Dutra
- Hospital Maternidade Herculano Pinheiro
- Maternidade Mariana Crioula (Hospital Municipal Ronaldo Gazolla)
- Hospital Maternidade Alexander Fleming
- Maternidade Leila Diniz (Hospital Municipal Lourenço Jorge)
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Maternidade do Hospital Municipal Pedro II
- Maternidade do Hospital Municipal Albert Schweitzer
- Maternidade do Hospital Municipal Rocha Faria
- Casa de Parto David Capistrano Filho

Ou seja, segundo o documento *Fluxo de Atendimento a Violência Sexual*, todas as 12 maternidades pertencentes à esfera municipal poderiam ser procuradas por uma mulher que desejasse interromper sua gravidez.

Cumpre, porém, destacar que o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 1.646/2015, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O sistema visa, como o próprio nome já o indica, cadastrar toda e qualquer pessoa, física ou jurídica, que realize ações de atenção à saúde dentro do território nacional. Nos termos do artigo 2º do mencionado ato normativo:

Art. 2º O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), e possui as seguintes finalidades:

I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;

II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

---

<sup>71</sup> Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>. Acesso em: 02 nov. 2018.

Parágrafo único. Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locorregionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Portanto, o CNES se presta a unificar e integrar todas as informações atinentes aos serviços de saúde existentes no Brasil, conferindo racionalidade ao SUS e facilitando a tomada de decisões.

Consoante já adiantado no capítulo referente à metodologia, o CNES acusa que, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, existem 11 hospitais especializados na realização de abortos legais (Figura 1).

Figura 1 – Lista de unidades hospitalares credenciadas à realização do aborto no Estado do Rio de Janeiro

Ministério da Saúde  
**CNESNet**  
 Secretaria de Atenção à Saúde  
 DATASUS  
 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas

**Indicadores - Serviços Especializados**

Estado: RIO DE JANEIRO  
 Município: TODOS  
 Tipo de Serviço: PROPRIO  
 Serviço Especializado: ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL  
 Classificação: ATENCAO A INTERRUPCAO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Existem 11 registros na tabela - Mostrando página 1 de 1

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora	Município
5412447	HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM		36292589000196	MACAE
6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	42498717010622	42498717000155	SAO JOAO DE MERITI
0012521	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	42498717000660	42498717000155	NITEROI
7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	29468055000374	29468055000102	RIO DE JANEIRO
2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52		29468055000102	RIO DE JANEIRO
5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	29468055009088	29468055000102	RIO DE JANEIRO
7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10		29468055000102	RIO DE JANEIRO
2269945	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	29468055009169	29468055000102	RIO DE JANEIRO
2270714	SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	29468055000617	29468055000102	RIO DE JANEIRO

Fonte: Ministério da Saúde (2018, on-line)<sup>72</sup>

72

Disponível em:  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades\\_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=00&VTerc=1&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSu](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=33&VMun=&VComp=00&VTerc=1&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSu)  
 s=. Acesso em: 07 nov. 2018.

Diversos pontos chamam atenção nesse rol de serviços de aborto legal. Malgrado a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro estatua que qualquer maternidade municipal encontra-se capacitada à efetuação de manobras abortivas, não é isso que se observa no CNES. Das 12 maternidades existentes na cidade, somente oito foram cadastradas no sistema gerido pelo Ministério da Saúde, o que denota que o discurso institucional do órgão não acompanha sua própria práxis.

Não é somente o discurso da Prefeitura do Rio de Janeiro que se mostra desencontrado com a realidade. Por força de seu passado enquanto capital do país, a cidade do Rio de Janeiro concentra inúmeros hospitais federais. Segundo menciona o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH)<sup>73</sup>, órgão subordinado ao Ministério da Saúde, há, no Rio de Janeiro, seis unidades de saúde pertencentes à União<sup>74</sup>: Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). Apesar de diversas instituições hospitalares federais estarem situadas no Rio de Janeiro, nenhuma delas foi elencada como um serviço médico habilitado à prática do aborto legal. Tem-se, então, que mesmo o Ministério da Saúde não registrou, como unidades de saúde referência na realização da interrupção legal da gravidez, hospitais diretamente subordinados à sua estrutura.

Frise-se que, com base nos dados do CNES, é possível perceber que os únicos hospitais federais que contam com serviços de ginecologia<sup>75</sup> e obstetrícia clínica<sup>76</sup> e cirúrgica<sup>77</sup> são o HFB e o HFSE. Embora penda certa controvérsia a respeito de que critérios o Ministério da Saúde utiliza para definir esta ou aquela unidade de saúde como de referência em aborto legal, isso explicaria o porquê de quatro das seis unidades de saúde federais não estarem arroladas

<sup>73</sup> Disponível em: <http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/perguntas-frequentes/>. Acesso em: 09 nov. 2018.

<sup>74</sup> Os Institutos Nacionais do Câncer (Inca), de Cardiologia (INC) e de Traumatologia e Ortopedia (Into), conquanto integrem a Administração Pública Federal, são estabelecimentos de saúde prestantes de atendimentos especializados e não foram levados em consideração para a análise da problemática.

<sup>75</sup> Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=06&VTipo\\_Leito=1&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=06&VTipo_Leito=1&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=). Acesso em: 09 nov. 2018.

<sup>76</sup> Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=43&VTipo\\_Leito=4&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=43&VTipo_Leito=4&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=). Acesso em: 09 nov. 2018.

<sup>77</sup> Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Leitos\\_Listar.asp?VCod\\_Leito=10&VTipo\\_Leito=4&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=10&VTipo_Leito=4&VListar=1&VEstado=33&VMun=330455&VComp=). Acesso em: 09 nov. 2018.

no cadastro nacional de serviços de aborto legal, já que a presença de leitos para atendimento de casos ginecológicos e obstétricos é o mínimo de que necessita uma instituição hospitalar pública para que ela seja considerada apta à realização da interrupção legal da gravidez. Entretanto, o não cadastramento do HFB e do HFSE no CNES revela o descompasso entre o que o órgão preconiza e aquilo que ele pratica. Isso porque, na *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (2012b), o Ministério da Saúde assevera ser um dever dos gestores municipais e estaduais implantar e manter em funcionamento o maior número possível de serviços de referência em aborto legal. Ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde impõe tal compromisso às esferas municipal e estadual, ele não parece cumprir com referida determinação, na medida em que, apesar de possuir duas unidades de saúde que dispõem de infraestrutura para a assistência médica ginecológica e obstétrica, nenhuma delas é classificada como especializada na prática do abortamento legal.

Ademais, a ausência de hospitais universitários também salta à vista. No Rio de Janeiro, quatro universidades públicas oferecem cursos de graduação em Medicina: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>78</sup>, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)<sup>79</sup>, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)<sup>80</sup> e Universidade Federal Fluminense (UFF)<sup>81</sup>. Consultando-se o CNES<sup>82</sup>, constata-se que o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (vinculado à Unirio) e o Hospital Universitário Pedro Ernesto (vinculado à Uerj) dispõem de serviços de ginecologia e obstetrícia. Em que pese isso, nenhum dos dois estabelecimentos foi cadastrado como uma unidade referência na prática da interrupção legal da gravidez.

Importa aqui recordar que, como já explorado no capítulo 2 deste trabalho, o despreparo técnico dos médicos tem sido, em não raras vezes, indicado como um dos fatores que obstaculizam a concretização do direito ao aborto legal. Farias e Cavalcanti (2012) e Gonzalez de Leon Aguirre e Salinas Urbina (1997) afirmaram, em seus estudos, que a falta de traquejo dos profissionais para lidar com mulheres em situação de abortamento legal encontra seu nascedouro logo nas primeiras cadeiras das faculdades de Medicina: não se aprende coisa

---

<sup>78</sup> Disponível em: <http://www.uerj.br/ensino/cursos-de-graduacao/>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>79</sup> Disponível em: <https://www.siga.ufrj.br/sira/repositorio-curriculo/ListaCursos.html>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>80</sup> Disponível em: <http://www.unirio.br/cursos-1/graduacao>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>81</sup> Disponível em: <http://www.uff.br/?q=cursos/graduacao>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>82</sup> Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=33](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=33). Acesso em: 16 nov. 2018.

alguma sobre o aborto induzido. Nessa perspectiva, o fato de dois hospitais universitários, apesar de contarem com leitos para ginecologia e obstetrícia, não efetuarem abortos legais parece reforçar esse quadro de pouco apreço dos cursos médicos para com a temática.

A revisão de literatura (MADEIRO; DINIZ, 2016; TALIB; CITELI, 2005; VILLELA; BARBOSA, 2011), por sua vez, tem apontado que a quantidade escassa de serviços de aborto legal representa uma das principais barreiras à concretização da política pública em questão. Ratificando os prognósticos dos autores que do tema trataram, o Estado do Rio de Janeiro possui 11 estabelecimentos médicos capacitados à interrupção legal da gravidez. Não se pode, contudo, olvidar que, considerando-se que, conforme descobriram Madeiro e Diniz (2016), não há qualquer serviço de aborto legal em sete estados brasileiros, o Rio de Janeiro, com suas 11 unidades hospitalares, apresenta-se mais bem abastecido de hospitais especializados em abortamento legal do que a média nacional.

Por outro lado, dados do Instituto de Segurança Pública (ISP)<sup>83</sup>, autarquia vinculada ao Governo do Estado do Rio de Janeiro<sup>84</sup>, acusam que, de janeiro a outubro do corrente ano, 4.456 estupros foram registrados no Estado do Rio de Janeiro. Como o estupro cuida de um crime subnotificado, é possível que tal cifra seja ainda maior. Segundo a pesquisa “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde” (2014), elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 7% de todos os estupros resultam em gravidez. Portanto, no Estado do Rio de Janeiro, cerca de 310 gestações, somente nos dez primeiros meses de 2018, tiveram origem numa agressão sexual. Cotejando as estatísticas em questão com o número de serviços de aborto legal existentes, isso coloca em dúvida a capacidade do SUS fluminense de suprir a demanda pela interrupção legal da gestação.

Talib e Citeli (2005), Villela e Barbosa (2011) e Madeiro e Diniz (2016) assinalam que, além de serem escassos, os serviços de aborto legal existentes no Brasil não se distribuem de forma equitativa dentro do território nacional. De fato, as informações constantes no CNES permitem chegar à idêntica conclusão: das 11 unidades de saúde listadas pelo Ministério da Saúde, dez delas encontram-se localizadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro: uma em Niterói (Hospital Estadual Azevedo Lima), uma em São João de Meriti, na Baixada Fluminense (Hospital da Mulher Heloneida Studart) e as demais, na capital (Hospital

---

<sup>83</sup> Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>84</sup> Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=1>. Acesso em: 16 nov. 2018.

Municipal da Mulher Mariska Ribeiro, Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Rocha Faria, Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, Hospital Maternidade Carmela Dutra, Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Fernando Magalhães). O mapa abaixo evidencia a heterogeneidade na difusão de estabelecimentos médicos especializados em aborto no Estado do Rio de Janeiro (Figura 2):

Figura 2 - Distribuição de estabelecimentos de saúde especializados no aborto legal no Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaborada pela autora por meio do site ArcGIS Online<sup>85</sup> com base em mapa disponibilizado pelo IBGE<sup>86</sup>

Observa-se, pois, que uma mulher, porventura residente em Itaperuna, município integrante do Noroeste Fluminense, terá que percorrer longas distâncias até que ela possa, enfim, interromper sua gestação. A viagem empreendida em busca do aborto legal não lhe garantirá, contudo, que a submissão ao procedimento abortivo será efetivada. Isso porque, por meio de contato telefônico estabelecido com os hospitais, constatou-se que nem todos, embora elencados no CNES, realizam, de fato, a interrupção legal da gravidez. Virtualmente,

<sup>85</sup> Disponível em: <https://www.arcgis.com/home/signin.html>. Acesso em: 08 nov. 2018.

<sup>86</sup> Disponível em: <http://mapasinterativos.ibge.gov.br/arcgis/rest/services/DPA2010/MapServer>. Acesso em: 08 nov. 2018.

11 estabelecimentos médicos efetuam, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, abortos legais. A realidade parece indicar, porém, que a quantidade de serviços de aborto legal é menor.

As visitas presenciais ao Hospital Fernando Magalhães e ao Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda comprovaram que ambos os serviços executam intervenções abortivas. Consequentemente, não houve, nesses dois casos, necessidade de se aplicar a metodologia do telefonema.

Por outro lado, embora eu tenha telefonado em horários e dias variados para números telefônicos distintos, não consegui contatar as seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e Hospital Público Municipal de Macaé. Desta forma, a prática ou não de manobras abortivas nas referidas casas de saúde remanesce uma incógnita, não se podendo nada afirmar acerca da real operacionalidade dos programas de aborto legal supostamente instalados nos locais. Nos demais contatos telefônicos travados, fui mais exitosa: alguém me atendeu.

Nesse sentido, a telefonista do Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro, quando indagada a respeito da existência de serviços de aborto legal na instituição, respondeu de maneira afirmativa, informando que bastava, a fim de que a cessação da gravidez fosse realizada, o comparecimento da mulher para atendimento.

Por sua vez, a atendente do Hospital Estadual Azevedo Lima demonstrou, num momento inicial, certo estranhamento com o questionamento que lhe fora feito. Após eu fornecer informações complementares acerca da minha indagação, ela disse que nada sabia sobre o aborto legal, transferindo-me para outro ramal. A nova pessoa que me atendeu disse-me que o hospital não fazia intervenções abortivas.

No Hospital da Mulher Heloneida Studart (pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Rio de Janeiro), a recepcionista não soube me informar se o aborto legal era ou não realizado no estabelecimento. Assim como no caso anterior, a minha dúvida causou-lhe estranheza. Ela pediu que eu lhe concedesse um minuto, de forma a ser possível averiguar com outras pessoas as informações que lhe eram requeridas. Enquanto aguardava, pude ouvir, ao fundo, vozes. Ninguém parecia saber responder a minha pergunta. A ligação caiu, retornei: a mesma telefonista me atendeu. Ela havia ligado para um conhecido, o qual esclareceu a



questão: o aborto legal era, sim, praticado. A mulher elegível à interrupção legal da gravidez deveria passar pelo “fluxo de atendimento”. Lá, no “atendimento”, eles conversariam com a gestante.

No Hospital Municipal Miguel Couto, a pessoa que me atendeu disse, identificando-se como técnica de enfermagem, que não sabia responder às minhas indagações. Ela afirmou, no entanto, fazendo uma clara alusão às terapêuticas ministradas pós-abortamento clandestino, que o hospital realizava procedimentos de curetagem. Disso, ela tinha certeza. Quanto ao aborto legal, porém, de pouca ajuda ela me seria. Somente uma médica ou enfermeira saberia responder. Ela, então, forneceu-me o telefone do posto de enfermagem. Liguei, um homem socorreu ao aparelho telefônico. Ele, tal como a moça que antes me atendera, nada sabia sobre o aborto legal. “Tem que ver com a recepção.” Solicitei o contato da recepção, ele não tinha. Em virtude disso, ele pediu que eu ligasse novamente uma hora depois ou comparecesse pessoalmente. Segundo ele, comparecer pessoalmente até seria melhor. Transcorridos 60 minutos, telefonei mais uma vez. Uma nova pessoa atendeu. Ela não entendeu a minha pergunta. “Aborto?” – estranhou. Expliquei. Ela aparentou surpresa: “Aqui não faz aborto legal, não.”

No Hospital Municipal Rocha Faria, a telefonista nada sabia sobre o aborto legal. Pediu um minuto. Vozes ao fundo. A ligação foi transferida para outro ramal. No novo ramal, a funcionária para quem o telefonema foi repassado disse que o aborto legal era praticado “dentro do protocolo”. Que protocolo? – eu questionei. “Depende do caso, da hipótese em que a mulher se enquadra.” Ela esclareceu que todas as gestantes que chegam ao Rocha Faria já “vêm com um encaminhamento de outros hospitais”. Ela não sabia, todavia, explicar de onde eram provenientes os ditos encaminhamentos. “Não sei se elas já vêm com um encaminhamento da clínica de família. Não sei...” Ainda de acordo com ela, a Coordenação do Hospital, em conjunto com a gestante, avaliam o caso, de sorte a escolher o que é melhor na situação.

Por fim, a atendente do Hospital Maternidade Carmela Dutra (pertencente à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro) disse-me que não sabia responder ao meu questionamento. Ela me passou o telefone do serviço social. “Eles saberiam responder.” – afirmou a telefonista. Eles, de fato, o sabiam. Conversando com a assistente social de plantão, fui informada de que o aborto legal era, sim, realizado naquela unidade de saúde. Para tanto, a



mulher deveria comparecer à emergência do hospital, de segunda à sexta-feira, no horário compreendido entre 8 e 15 horas, a fim de se submeter a um exame de ultrassonografia e ser avaliada pela equipe multiprofissional. Ela esclareceu-me, ainda, que o ultrassom se fazia necessário, pois, em qualquer caso de abortamento legal, a idade gestacional não poderia exceder a 20 semanas. No caso específico do estupro, a idade gestacional tinha que ser compatível com a data da violência. “Não tem como comprovar a violência, é a mulher que fala. Por isso, ela assina um termo de responsabilidade. Tudo fica arquivado no prontuário médico dela.”

Ante o meu interesse no tema, a assistente social perguntou-me se era eu quem necessitava de assistência médica, uma vez que, de outubro do corrente ano (data em que a Carmela Dutra foi arrolada como um serviço médico especializado na prática da cessação legal da gestação) até então, nenhuma gestante havia aparecido em busca do aborto. Ela pensou que eu fosse ser a primeira. Expliquei que a minha motivação era acadêmica: minha monografia versava sobre a interrupção legal da gravidez. Ela, então, afirmou-me que, inicialmente, apenas o Hospital Fernando Magalhães efetuava manobras abortivas. Contudo, no curso dos dois últimos anos (2017-2018), a Prefeitura do Rio de Janeiro vinha promovendo treinamentos com os profissionais de saúde que atuavam em maternidades municipais. Essa série de treinamentos, segundo ela, culminou com o cadastramento das 12 maternidades no CIES. Assim, cada maternidade tinha o seu próprio fluxo de atendimento. Em algumas, a mulher “dava entrada no hospital pelo ambulatório”. No caso da Carmela Dutra, “a entrada se dava pela emergência”. No que se refere ao protocolo de atendimento adotado pela Carmela Dutra, este havia se inspirado na *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*.

O comentário da assistente social lotada na Maternidade Carmela Dutra ajuda a entender o aumento verificado, nos últimos seis meses, no número de serviços de aborto legal existentes no Rio de Janeiro. Nesse sentido, a iniciativa da Prefeitura do Rio de Janeiro em cadastrar as 12 maternidades municipais no CNES, embora de efetividade questionável, já que nem todas as unidades de saúde constam oficialmente nos registros do Ministério da Saúde – quatro maternidades ainda não foram cadastradas e algumas que o foram relatam não efetuar procedimentos abortivos –, demonstra uma preocupação do ente com a expansão da oferta de atendimento a mulheres em situação de aborto legal.

Apesar dos esforços empreendidos pelo órgão municipal, a questão do aborto ainda permanece desconhecida para a maior parte dos hospitais municipais. Os treinamentos promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde não têm alcançado todos os atores envolvidos com a problemática em questão. Em duas das seis maternidades municipais pesquisadas (Hospital Municipal Rocha Faria e Hospital Maternidade Carmela Dutra), as telefonistas nada sabiam sobre o aborto legal, algo que também foi observado por Talib e Citteli (2005) em sua pesquisa. Contudo, o desconhecimento acerca da existência de um serviço de aborto legal em funcionamento não se restringiu aos membros dos setores administrativos das instituições. Mesmo os profissionais da área de saúde pareciam ignorar a temática. Isso ficou evidente no telefonema direcionado ao Hospital Municipal Miguel Couto. A técnica de enfermagem que me atendeu sabia que a curetagem uterina, procedimento comumente aplicado após um aborto clandestino, era realizada no hospital. Ao mesmo tempo, ela se mostrou completamente alheia ao aborto legal. Ou seja, a ambiguidade do marco punitivo brasileiro em relação ao aborto (DINIZ *et al.*, 2014) reverbera na própria compreensão dos agentes de saúde sobre o assunto. A técnica de enfermagem, ao ser questionada sobre a interrupção voluntária da gravidez, reportou-se, quase que imediatamente, à faceta criminosa do aborto, demonstrando desconhecimento, porém, de sua dimensão legal.

Ressalte-se que o aborto legal é ignorado, não só nos hospitais municipais, como também nos hospitais estaduais. Nesta pesquisa, constatou-se que as recepcionistas das duas únicas unidades de saúde estaduais listadas no CNES não dispunham de informações sobre a interrupção legal da gestação. Fica evidente, assim, o caráter de clandestinidade dos serviços de aborto legal (TALIB; CITELI, 2005). Além de os órgãos estatais responsáveis pela promoção da saúde pública se silenciarem a respeito do referido direito, ele é invisível e oculto dentro das próprias instituições em que é praticado.

Verificou-se, além disso, que, tal como abordado por Diniz *et al.* (2014), o regime de suspeição em relação à narrativa da mulher vítima de estupro se mostrou presente no serviço de aborto legal instalado na Maternidade Carmela Dutra. Apesar de a realização de exames de ultrassonografia não ser requisito para o manejo de técnicas abortivas, a mencionada unidade de saúde tem recorrido a esse expediente, com vistas a se apurar a verossimilhança do relato da mulher. Assim, o exame de imagem permite traçar um quadro comparativo entre a idade gestacional que a mulher apresenta e a data da suposta agressão sexual.

De todos os oito estabelecimentos médicos que foram objeto de investigação na presente monografia, notou-se que, de forma contrária ao que o CNES registra, dois deles informaram não praticar intervenções abortivas (Hospital Estadual Azevedo Lima e Hospital Municipal Miguel Couto). Convém rememorar que o Ministério da Saúde, quando da instituição do CNES, expôs, como um dos principais motivos que ensejaram a inauguração de um cadastro nacional de unidades de saúde, a necessidade de se ter um instrumento que conglobasse todas as informações relativas ao SUS. O gestor público, tendo um panorama geral de toda a rede de assistência à saúde, estaria mais bem capacitado ao gerenciamento das políticas públicas em saúde. Sendo assim, num contexto em que os dados registrados no CNES não espelham, com rigor, a realidade dos serviços médicos que se autointitulam especializados na prática da interrupção legal da gravidez, toda e qualquer decisão eventualmente tomada em matéria de aborto carecerá de racionalidade, porquanto assentada em elementos que guardam pouco grau de fidedignidade com o plano dos fatos. A reflexão sobre o aborto, nessas circunstâncias, já nasce enviesada, impedindo que o tema seja debatido seriamente.

#### 4.3 Do inaccessível ao campo de pesquisa

Conforme já mencionado no capítulo dedicado à metodologia, a necessidade de submeter a presente monografia a um sem-fim de burocracias acabou por inviabilizar, em virtude das limitações temporais ínsitas a um trabalho de graduação, a realização da empiria necessária à obtenção dos dados de pesquisa. A oposição ao meu ingresso ao ambiente hospitalar não cuidou, porém, de algo inédito. Diversos autores, tais como Dias (2018), Pereira (2002) e Talib e Citeli (2005), experimentaram semelhantes dificuldades em seus estudos. O cultivo ao segredo (PORTO, 2009) interdita os serviços de aborto legal a olhares de forasteiros.

Perséfone, enfermeira que me recebeu no Hospital Fernando Magalhães, relatou que, para que eu pudesse entrevistar os médicos, enfermeiros e assistentes sociais que compunham o corpo funcional da maternidade, minha pesquisa teria que ser cadastrada na Plataforma Brasil. A exigência de inscrição prévia na referida Plataforma não se afigura, a princípio, absurda. Em verdade, de acordo com o Ministério da Saúde<sup>87</sup>, a Plataforma Brasil consiste

---

<sup>87</sup> Disponível em: [http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu\\_Principal.cfm](http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu_Principal.cfm). Acesso em: 10 nov. 2018.

numa base nacional e unificada de dados na qual se registram projetos de pesquisa que contenham algum envolvimento com seres humanos. É certo que, como eu tencionava entrevistar os agentes de saúde atuantes nos serviços de aborto legal, isso tornava a minha pesquisa, ante a presença de elementos humanos, elegível, em tese, ao cadastro na Plataforma Brasil. Sucede, no entanto, que a própria Plataforma Brasil, na aba de cadastramento de pesquisador, estabelece, como condição à submissão de pesquisas, que o interessado tenha concluído, ao menos, curso de graduação, requisito esse ainda não preenchido por mim. À vista disso, diferentemente do que afirmava Perséfone, cadastrar minha monografia na Plataforma Brasil não era algo assim tão simples. Eu sequer poderia fazê-lo sozinha. Eu dependia, para tanto, que o meu orientador o fizesse em meu lugar. Desta forma, exigir que meu trabalho fosse inscrito na Plataforma Brasil revelou-se, em essência, uma medida de natureza excessiva.

Embora Selene, funcionária do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, não tenha condicionado o meu acesso ao campo a qualquer registro na Plataforma Brasil, ela sustentou que o meu trabalho teria que obter autorização do Comitê de Ética da UFRJ. Para Perséfone, por outro lado, não era o Comitê de Ética da UFRJ que deveria ser provocado, mas, sim, o da própria Secretaria Municipal de Saúde. Segundo esclarece o Ministério da Saúde (2002), os Comitês de Ética em Pesquisa são instâncias colegiadas responsáveis “pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”. Eles visam a, nos termos da Resolução nº 466/2012, editada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), “defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade”. Portanto, o principal papel de um Comitê de Ética em Pesquisa é assegurar que a participação de um sujeito num experimento científico seja inspirada pela ideia de consentimento livre e informado, resguardando-se, assim, aqueles que, por força de alguma vulnerabilidade, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida (CNS, 2012; COSAC, 2017).

Nesse contexto, a obrigatoriedade de que a minha monografia lograsse aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa se mostrou uma providência igualmente descomedida. Nenhum indivíduo em situação de vulnerabilidade seria entrevistado. Não se pretendeu, em momento algum, entrevistar mulheres recém-submetidas a intervenções abortivas. O público-alvo da pesquisa era, ao contrário, profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes

sociais), os quais não integram, sob qualquer ótica que se analise a questão, grupos vulneráveis.

Apesar de eu ter reiterado, durante minha conversa com Perséfone, que minha pesquisa se centraria, puramente, nas percepções dos agentes de saúde sobre o aborto legal, ela manteve sua posição de que as exigências que me eram feitas não poderiam ser contornadas, já que elas provinham do órgão máximo da estrutura municipal. A Secretaria Municipal de Saúde não autorizava que pesquisas fossem desenvolvidas em desrespeito a esse ritual. Mesmo que eu pretendesse entrevistar tão somente profissionais da área de saúde, eles eram funcionários municipais e as perguntas seriam feitas nas dependências de um hospital pertencente à rede municipal de saúde. Estava na esfera de poder da Prefeitura do Rio de Janeiro impor certas restrições: o ente municipal precisava ter controle sobre tudo o que se passava no interior de suas unidades de saúde. De acordo com Perséfone, mesmo ela, servidora da casa, quando necessitou realizar pesquisa empírica no Hospital Fernando Magalhães para a confecção de sua dissertação de mestrado, teve que se curvar a esse *iter* procedimental. A mensagem era, pois, clara: a minha entrada no campo de pesquisa não seria objeto de negociação. Ou eu faria a pesquisa naqueles termos ou eu não a faria de forma alguma.

Se a inevitabilidade de tramitação da minha monografia por diversas instâncias administrativas originava-se num mandamento exarado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, de rigor se concluir que os procedimentos necessários para o acesso de pesquisadores às unidades hospitalares seriam uniformes. Não foi isso que se visualizou, todavia. Com efeito, os trâmites apontados por Perséfone e por Selene não se apresentavam congêneres, mas eram, ao revés, marcados por consideráveis divergências um em relação ao outro. Selene havia me dito que a condição para o meu ingresso na Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda repousava em dois pressupostos: (i) que a minha pesquisa fosse submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ e lá obtivesse parecer favorável à sua continuidade; e (ii) que a Diretoria da Maternidade, após analisar o meu projeto de pesquisa, assentisse com a sua realização. Perséfone, a seu turno, afirmou que seria necessário: (i) cadastrar a minha monografia na Plataforma Brasil; e (ii) entregar a folha de registro na Plataforma Brasil e o meu projeto de monografia a ela. Depois de ler e aprovar minhas intenções de pesquisa, Perséfone levaria o meu trabalho à Direção do Hospital, a quem incumbiria anuir com que fosse conduzido o estudo. Conquistada a anuência do

Hospital Fernando Magalhães, um requerimento deveria ser remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de que este também concedesse seu beneplácito para o desenvolvimento da pesquisa.

À vista disso, torna-se patente a ausência de uniformidade e congruência nos dois processos burocráticos que haviam me sido informados. A falta de congruência, no entanto, não se circunscreveu ao âmbito interno das duas instituições hospitalares. Além de os procedimentos serem diferentes entre si, as orientações passadas a mim também conflitavam com as diretrizes prescritas pela própria Secretaria Municipal de Saúde. Malgrado não se tenha encontrado qualquer documento, de autoria da Prefeitura do Rio de Janeiro, estatuidando que toda e eventual pesquisa empreendida no âmbito de estabelecimentos de saúde municipais reclama a obtenção de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, o sítio eletrônico do ente municipal<sup>88</sup> estabelece um rol de documentos que deve ser, obrigatoriamente, apresentado para a abertura de protocolo de projeto de pesquisa na Plataforma Brasil:

Documentos Obrigatórios para abertura de Protocolo de Projeto de Pesquisa via Plataforma Brasil

- Folha de Rosto da Plataforma Brasil, devidamente assinada e carimbada pelo pesquisador responsável e Instituição Proponente;
- Projeto de Pesquisa de inteiro teor;
- Carta de Anuência Unidade;
- Carta de Anuência Secretaria Municipal de Educação, caso a sua pesquisa seja realizada em alguma unidade da Secretaria Municipal de Educação;
- Carta de Anuência Superintendência/ Subsecretaria;
- Parecer de outro CEP, caso possua;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os contatos (telefone e e-mail) do Orientador, do (s) Pesquisador (es) e do CEP/SMS-RJ;
- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD);
- Cronograma (Coleta de dados iniciando dois (02) meses após a submissão do Projeto no CEP/SMS-RJ);
- Roteiro de coleta de dados/ Questionário;
- Orçamento detalhado;
- Declaração negativa de custos ou declaração informando fonte de financiamento;
- Currículo de todos os pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa. (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2018, on-line)

Essa discrepância procedimental exprime que a troca de informações dentro da estrutura da Prefeitura do Rio de Janeiro tem se comprovado falha: nem mesmo as regras estipuladas pela Secretaria Municipal de Saúde têm sido incorporadas por seus órgãos subordinados – algo que também se observou quando da análise do descompasso entre os discursos e práxis

<sup>88</sup> Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2812301>. Acesso em: 10 nov. 2018.

institucionais (Município do Rio de Janeiro afirmava que qualquer maternidade municipal estaria habilitada à realização de aborto legal, mas nem todas estavam registradas no CNES).

Para além da ausência de diálogo institucional entre as entidades integrantes do Município do Rio de Janeiro, o que se infere de tal experiência é que os hospitais tendem a se encastelarem, isolando-se de tudo e todos. A pretexto de se tutelar a dignidade daqueles seres humanos que se vejam envolvidos numa pesquisa científica, os hospitais se metamorfoseiam em verdadeiras “caixas-pretas”, impedindo que a sociedade exerça controle sobre suas práticas institucionais. As restrições a pesquisas não cuidam de um instrumento que objetiva, ao fim, coibir os excessos eventualmente praticados por pesquisadores. Não se pretende evitar que indivíduos vulneráveis, por força de um consentimento viciado, concordem em participar de experimentos. Trata-se, em essência, de uma forma de controle, de poupar a instituição de que cheguem à tona informações que possam macular sua imagem perante a coletividade.

No caso específico do aborto legal, os óbices que me impediram de acessar o campo podem ser entendidos como uma pouca disposição das unidades hospitalares em tornar público o debate sobre a interrupção legal da gravidez. O cultivo ao segredo (PORTO, 2009) torna os hospitais imunes a críticas e, nesse sentido, o bate-papo com Perséfone foi bastante elucidativo: a enfermeira me confidenciou que, em 2012, após uma nova leva de pediatras tomar posse no Hospital Fernando Magalhães, a Direção convocou – algo raro – uma conversa com os profissionais que haviam acabado de ser empossados. O motivo? Descobriu-se que os médicos estavam realizando manobras de ressuscitação nos fetos recém-abortados. Sob o aspecto técnico, tentar ressuscitar um feto não se justifica. O próprio ato de abortar pressupõe a inviabilidade fetal. Se a vida extrauterina do feto é inviável, não há que se tentar reanimá-lo. Percebe-se, assim, que o caráter pouco transparente dos serviços de aborto legal termina por mascarar condutas que violam, não somente a lei (exigir BO quando o Código Penal não o faz), como também a própria tecnicidade que deveria guiar o conhecimento médico (praticar técnicas de reanimação cardiorrespiratória em fetos abortados). Calando-se sobre os serviços de aborto legal e impedindo-se que terceiros tenham acesso a eles, ninguém questiona nada.

Talib e Citeli (2005) afirmam que os serviços de aborto legal são quase clandestinos. De acordo com as autoras (2005), é o caráter de clandestinidade que permite que eles permaneçam em funcionamento. Desta forma, silenciar-se sobre um serviço de aborto legal

seria a melhor estratégia de mantê-lo vivo. Essa nuance do aborto legal também ficou patente nas palavras de Perséfone. Questionando o porquê de que, em se tratando de interrupção legal da gravidez, os holofotes sempre se voltarem para o Fernando Magalhães, Perséfone me indaga: “Mas por que só no Fernando Magalhães? Ele não é o único hospital que faz aborto”. Embora, como já dito, Perséfone tenha me recebido de forma muito gentil (alguns livros me foram, inclusive, emprestados), estava claro, nas entrelinhas de seu discurso, que ela não queria que eu fizesse a minha pesquisa naquele hospital. Esse desejo oculto de Perséfone, antes uma mera suspeita, tornou-se mais concreto quando ela me sugeriu que eu ampliasse o escopo da minha monografia para outras unidades de saúde, afinal “qualquer estabelecimento médico que disponha de serviços de ginecologia e obstetrícia está habilitado para a prática do aborto legal”.

Para Perséfone, não haveria interesse do Poder Público em expandir o aborto legal para outras maternidades. Segundo ela, tentativas de conversas com a Prefeitura do Rio de Janeiro, com vistas a se reverter esse cenário, haviam sido empreendidas, sem sucesso. Apesar de, conforme os achados desta pesquisa parecerem indicar, haver um movimento recente de difusão do aborto legal para outros hospitais municipais, fato é que a interrupção legal da gravidez, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, transfigurou-se – no que deveria ser uma política pública de abrangência nacional – numa política pública de um só hospital: o Fernando Magalhães concentrava todos os atendimentos a mulheres em situação de aborto legal. Portanto, havia, no falar de Perséfone, um medo. Medo de que, ao abrir as portas do Fernando Magalhães para que eu realizasse a minha pesquisa, isso arruinasse o único local para onde as mulheres que necessitam interromper suas gravidezes eram encaminhadas. No Fernando Magalhães, os médicos pediatras até podiam efetuar manobras de ressuscitação em fetos abortados, mas isso significava que, a despeito de tudo, os abortos ainda eram realizados. Noutras palavras: o aborto legal podia não funcionar adequadamente, mas, aos trancos e barracos, ele funcionava – e era isso o que importava.

Perséfone superestima os impactos que um mero trabalho de conclusão de curso pode ter. Dificilmente, uma monografia repercute para além das vidas daqueles que dela precisam para colar grau. Na perspectiva de Perséfone, seu medo era, entretanto, compreensível. Para ela, não havia margem para desleixos: ainda que monografias não tenham repercussões dantescas, era preferível refrear a bisbilhotice de uma aluna de graduação a deixar, desamparadas e à mercê de um Estado que não se importa com os direitos reprodutivos do



gênero feminino, as mulheres que dependem do Fernando Magalhães. Contudo, como bem evidencia Porto (2009), por mais bem-intencionada que o fosse Perséfone, relegar os serviços de aborto legal a um status de clandestinidade têm consequências perniciosas: isso impede que as mulheres elegíveis ao aborto não criminoso tenham acesso a esse direito. Se eu, enquanto estudante de Direito, conhecedora, em tese, dos permissivos legais autorizadores do abortamento legal, enfrentei inúmeras dificuldades apenas para tentar entender a lógica de funcionamento de um serviço de interrupção voluntária da gravidez, imagine-se uma mulher que nunca se viu às voltas com o sistema de justiça e que desconhece, por completo, todos os meandros de nossa legislação. Essa mulher se apequena. Essa mulher se arrisca em procedimentos clandestinos. No afã de proteger o aborto legal de ameaças exteriores, reduz-se o referido direito à letra morta.

## CONCLUSÃO

Conforme observado ao longo desta monografia, diversos empecilhos se fixam entre o caminho de uma mulher e o seu acesso ao aborto legal. Como obter informações sobre o aborto se paira, sobre o assunto, um cultivo ao segredo (PORTO, 2009)? Ninguém dele pode falar. Ninguém dele pode saber. Em verdade, ninguém dele sabe. Cartazes com a palavra “aborto” são vetados (PEREIRA, 2002). É preciso usar termos mais amenos e, por conseguinte, mais genéricos (“direitos reprodutivos”, “interrupção médica da gestação”, “prevenção e atenção à violência contra a mulher”), os quais pouco contribuem para a disseminação da informação. 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: “aborteira”, “assassina”, “traidora”, “infidel”, “influência negativa para meninas” (YEGON *et al.*, 2016). De sorte a mascarar a vergonha que a sujeição a procedimentos abortivos lhes inspira, mulheres que se enquadram nas hipóteses autorizativas do abortamento legal recorrem a clínicas clandestinas, ampliando as estatísticas de mortalidade materna.

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 passes. A ele, compete a decisão final acerca da submissão à interrupção legal da gravidez. Por óbvio, em virtude de sua formação universitária, os diagnósticos de anencefalia e de patologias que coloquem em risco a vida da gestante repousam em seu juízo: de outra forma não poderia ser. Entretanto, no caso de gravidez decorrente de estupro, é a ele quem cabe certificar 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 alega ser (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 “brecha” da lei (ARAÚJO, 1993; DINIZ *et al.*, 2014; VILLELA *et al.*, 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011). O desconhecimento do médico fica, assim, patente. Ele ignora, não apenas 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 dificultoso 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.

A própria história da criminalização do aborto demonstra que o status criminoso ou de indiferente penal do aborto sempre esteve relacionado com as concepções nutridas pela sociedade a respeito da mulher. Na Grécia antiga, quando a mulher sequer era reconhecida como um cidadão, o aborto era um nada social e legal (GALEOTTI, 2004; MORI, 1997). Posteriormente, imperativos de ordem demográfica tornaram o aborto um assunto de Estado (CAMPOS, 2007). Os países precisavam de braços – tantos quantos fossem possíveis – para se firmarem enquanto nação (GALEOTTI, 2004). O aborto, ao impedir o crescimento populacional, representava o malogro dessa política estatal (MORI, 1997). Portanto, à mulher, cabia, precipuamente, a função de procriar. No Brasil Colônia, por outro lado, o aborto era condenado, pois a prática era largamente usada como forma de esconder os frutos que advinham de relações extraconjugais (DEL PRIORE, 1994). O repúdio ao aborto servia, deste

modo, como uma ferramenta de controle da sexualidade da mulher (DEL PRIORE, 1994, 2009). Hoje, após o surgimento da pílula anticoncepcional e com o reposicionamento da mulher no cenário social, a possibilidade de se interromper uma gravidez desafia a ideia de que o destino biológico de toda mulher é ser mãe. Justamente por estampar uma ruptura com as normas de gênero (KUMAR; HESSINI; MITCHELL, 2009; MORI, 1997), o aborto, mesmo aquele praticado em situações excepcionalíssimas, tal como se sucede com o abortamento legal, esbarra em dificuldades das mais diversas ordens.

Recentemente, a Irlanda, país tradicionalmente católico e marcado pela existência de legislações bastante restritivas no tocante à possibilidade de interrupção da gravidez, aprovou a legalização do aborto<sup>89</sup>. Em junho de 2018, a Câmara dos Deputados da Argentina aprovou um projeto de lei que permitia a prática do aborto, por decisão da mulher, até as 14 primeiras semanas de gravidez<sup>90</sup>. O Senado argentino, porém, dois meses depois, rejeitou a referida proposta<sup>91</sup>. Em terras brasileiras, o STF, como já mencionado na introdução desta monografia, realizou, em agosto do corrente ano, audiências públicas, com vistas a promover discussões acerca da descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Afirmar que o STF julgará a referida ação procedente é mero exercício de futurologia. Contudo, conforme menciona Ela Wiecko<sup>92</sup>, subprocuradora-geral da República, o aborto não seguro é uma realidade, de forma que “os números e as histórias de sofrimento podem ser importantes para dar fundamento a uma resposta judicial, que queira se distanciar da argumentação de um direito absoluto da vida”. Para a jurista: “há um movimento global pelo reconhecimento do direito da mulher a decidir sobre seu corpo, que ganha densidade também no Brasil, de modo que uma definição pelo STF vai se tornar inadiável<sup>93</sup>”.

---

<sup>89</sup> IRLANDA aprova legalização do aborto, com 66,4% de votação popular. **O Globo**, Dublin, 26 mai. 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/irlanda-aprova-legalizacao-do-aborto-com-664-de-votacao-popular-22720890>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>90</sup> DEPUTADOS argentinos aprovam legalização do aborto; projeto vai para o Senado. G1, [S.I.], 14 jun. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/deputados-argentinos-aprovam-legalizacao-do-aborto-projeto-vai-para-o-senado.ghtml>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>91</sup> SENADO da Argentina rejeita legalização do aborto no país. G1, [S.I.], 09 ago. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/08/09/senado-argentino-rejeita-legalizar-aborto-no-pais.ghtml>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>92</sup> MUNIZ, Mariana. “Definição pelo STF sobre descriminalização do aborto vai se tornar inadiável”: para subprocuradora-geral da República Ela Wiecko, movimento pelo reconhecimento do direito da mulher é global. **Jota**, Brasília, 12 ago. 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/stf/do-supremo/definicao-stf-descriminalizacao-aborto-inadiavel-12082018>. Acesso em: 16 nov. 2018.

<sup>93</sup> *Ibidem*.

Ainda que o STF descriminalize o aborto, em qualquer circunstância, até 12 semanas de gestação, isso não impede que o Congresso Nacional, tal como ocorreu com a vaquejada<sup>94</sup>, exerça seu poder, legitimamente conferido pelo povo, de legislar, editando uma emenda constitucional que torne o direito à vida inviolável desde a concepção. Para além disso: caso o STF julgue procedente a ADPF 442, o fato de não mais ser crime não tornará o aborto um procedimento médico amplamente fornecido por toda e qualquer unidade hospitalar. Consoante exposto nesta monografia – vale repetir –, 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.

Em “O Conto da Aia”, romance de Margaret Atwood, somos apresentados a um futuro distópico: após um golpe de Estado perpetrado por fundamentalistas religiosos, as mulheres foram subjugadas e destituídas de sua humanidade. Sem direitos, sem liberdade, sem autonomia, o espaço reservado a cada mulher na nova conformação social variava de acordo com as funções por ela desempenhadas: Aias, Marthas, Tias, Esposas, Não mulheres. Em virtude da superveniência de inúmeras guerras, catástrofes e doenças, os seres humanos, nesses novos tempos, tornaram-se inférteis. Aquelas mulheres que, a despeito da onda de infertilidade que assolou a população e ocasionou a redução das taxas de natalidade, conservavam, intactas, suas faculdades reprodutivas tornaram-se Aias. Às Aias, cabia, pura e simplesmente, o papel de procriar. Os médicos que praticavam abortos eram sentenciados à morte. Seus corpos pendiam nos muros das cidades como lembretes visuais daquilo que, em tempos de baixos índices de fertilidade, representava o maior crime: a interrupção voluntária da gravidez.

Apesar de ser uma obra de teor ficcional, as reflexões suscitadas pelo livro guardam certa relação com a realidade. Nesse sentido, embora tendamos a enxergar a história da

---

<sup>94</sup> O STF, no julgamento da ADI 4.983, declarou, em 2016, que a prática da vaquejada violava a Constituição Federal brasileira. Posteriormente, em 2017, o Congresso Nacional aprovou emenda constitucional (EC nº 96, de 6 de junho de 2017) que tornou a vaquejada constitucional.

humanidade como um *continuum* progressivo que nos conduzirá, inevitavelmente, para um amanhã melhor (CASTELBAJAC, 2010), a vida não é como um conto de fadas em que, após muito sofrer, o protagonista encontra redenção num porvir de felicidades. A história humana é, ao revés, marcada por avanços e retrocessos, progressos e retrações. Momentos de maior liberalização ou de maior repressão ao aborto são consequências naturais das flutuações da arena política. Convém, porém, não nos descuidarmos: não queremos nos tornar Aias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- O ABORTO dos outros. Direção: Carla Gallo. Produção: Paulo Sacramento. Brasil: Olhos de Cão Produções Cinematográficas, 2008. 72 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=de1H-q1nN98>. Acesso em: 02 out. 2018.
- 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203819). Acesso em: 24 out. 2018.
- AGUIRRE, Luiz Pérez. **Aspectos religiosos do aborto induzido**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.
- ALDANA, Myriam. VOZES CATÓLICAS NO CONGRESSO NACIONAL: ABORTO, DEFESA DA VIDA. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 639-646, mai./ago. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200018/8795>. Acesso em: 24 out. 2018.
- ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de *et al.* Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 243-248, jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2018.
- ANIS. **Aspectos Técnicos do Atendimento ao Aborto Legal**: perguntas e respostas, 2012. Disponível em: [http://www.clam.org.br/uploads/aspectos\\_eticos\\_de\\_atendimento\\_ao\\_aborto\\_legal.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/aspectos_eticos_de_atendimento_ao_aborto_legal.pdf). Acesso em: 17 out. 2018.
- 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.
- ATWOOD, Margaret. **O Conto da Aia**. Tradução de Ana Deiró. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.
- BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 104-130, 1992. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15811>. Acesso em: 21 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200024). Acesso em: 23 out. 2018.



BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe (Org.). **Aborto e democracia**. 1. ed. São Paulo: Alameda, 2016.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: Parte Especial. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 2.

BOLTANSKI, Luc. As dimensões antropológicas do aborto. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 7, p. 205-245, abr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522012000100010>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33522012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000100010). Acesso em: 24 out. 2018.

BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti *et al.* Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 27-32, jan. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Código Criminal do Império do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm). Acesso em: 18 out. 2018.

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: 18 out. 2018.

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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. **Exposição de Motivos do Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Presidência da República, [2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm). Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508\\_01\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html). Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 429 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf). Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 60 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual:** Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 48 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos\\_juridicos\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf). Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco:** Manual Técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 302 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** Norma Técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 124 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf). Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos:** Norma Técnica. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 52 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_mulheres\\_gestacao\\_anencefalos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf). Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013:** Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 384 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf). Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015.** Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html). Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Interrupção voluntária de gestação e impacto na saúde da mulher,** 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/wp-content/uploads/2018/08/312d26ded56d74e21deec42b8cf612e8.pdf?x48657>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 124 p. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual\\_ceps.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_ceps.pdf). Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF 54)**. ESTADO - LAICIDADE. O Brasil é uma república laica, surgindo absolutamente neutro quanto às religiões. Considerações. FETO ANENCÉFALO - INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ - MULHER - LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA - SAÚDE - DIGNIDADE - AUTODETERMINAÇÃO - DIREITOS FUNDAMENTAIS - CRIME - INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. Requerente: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS). Relator: Ministro Marco Aurélio de Mello. Brasília, DF, 12 de abril de 2012. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>. Acesso em: 15 out. 2018.

BUZANELLO, José Carlos. Objeção 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.

CAMARGO, Maria da Graça *et al.* Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1774-1781, jun. 2014. DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201442. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13653/16523>. Acesso em: 31 out. 2018.

CAMPOS, Ana. **Crime ou Castigo?: Da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto**. 1. ed. Coimbra: Almedina, 2007.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Parte Especial**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 2.

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.

CARELI, Sandra da Silva. Maternidade x Aborto: Com a palavra a "opinião pública". **História em Revista**, Pelotas, v. 11, p. 1-28, jul. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/HistRev/article/view/11593/7442>. Acesso em: 24 set. 2018.

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

CLUBE da Luta. Direção: David Fincher. Produção: Arnon Milchan. Estados Unidos: Art Linson Productions, Fox 2000 Pictures, Regency Enterprises e Taurus Film, 1999. 1 DVD (139 min).

CHAVKIN, Wendy; SWERDLOW, Laurel; FIFIELD, Jocelyn. Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. **Health Human Rights Journal**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 55-68, June. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473038/>. Acesso em: 24 out. 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](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 do país. **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](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](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](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.

COSAC, Danielle Cristina dos Santos. Autonomia, consentimento e vulnerabilidade do participante de pesquisa clínica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 19-29, abr. 2017.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251162>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422017000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100019&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 04 nov. 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.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal: Parte Especial** (arts. 121 ao 361). 9. ed. Salvador: JusPODIVM, 2017.

CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* **Williams Obstetrics**. 24. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014.

DE ZORDO, Silvia. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, jul. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013). Acesso em: 23 out. 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](http://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.

DELMANTO, Celso *et al.* **Código Penal Comentado**. 6. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=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](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&tlng=pt](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000200011&script=sci_abstract&tlng=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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 set. 2018.

DUARTE, Graciana Alves *et al.* Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 406-420, jun. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 22 out. 2018.

DUARTE, Madalena; BARRADAS, Carlos. **Entre a legalidade e a ilegalidade: representações em torno do direito ao aborto em Portugal, 2009**. DOI: 10.4000/eces.222. Disponível em: <http://journals.openedition.org/eces/222>. Acesso em: 24 set. 2018.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: Aborto, Eutanásia e Liberdades Individuais**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São. Paulo: Martins Fontes, 2016.

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](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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700014&lng=en&nrm=iso&tlng=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%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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000400005&script=sci_abstract&tlng=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.l.], 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.l.], 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.

FLEMING, Valerie *et al.* Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. **BMC Medical Ethics**, [S.l.], v. 19, n. 31, p. 1-13, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0268-3>. Disponível em: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0268-3>. Acesso em: 02 nov. 2018.

GALEOTTI, Giulia. **Historia Del Aborto: Los Muchos Protagonistas e Intereses de Una Larga Vicisitud**. 1. ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004.

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/546773450cf20dedafcf4e44/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](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/546773450cf20dedafcf4e44/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](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](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**. 4 ed. 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.l.], 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 out. 2018.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: Parte Especial**. 12. ed. Niterói: Impetus, 2015, v. 2.

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.

HARRIS, Lisa H. *et al.* Obstetrician-gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. **Obstetrics & Gynecology**, [S.I.], vol. 118, n. 4, p. 905-912, Oct. 2011. DOI: [10.1097/AOG.0b013e31822f12b7](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822f12b7). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185126/>. Acesso em: 23 out. 2018.

HENTZ, Isabel Cristina. **A honra e a vida: Debates jurídicos sobre aborto e infanticídio nas primeiras décadas do Brasil republicano (1890-1940)**. 2013. 261 p. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106848>. Acesso em: 24 set. 2018.

HIGA, Rosângela; REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas - SP. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 372-376, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/1747/pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

HOGGART, Lesley. Internalised abortion stigma: Young women's strategies of resistance and rejection. **Feminism and Psychology**, [S.I.], vol. 27, n. 2, p. 186–202, Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0959353517698997>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353517698997>. Acesso em: 30 out. 2018.

HUNGRIA, Néelson. Primeira Parte: Artigos 121 a 136. In: HUNGRIA, Néelson; FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Comentários ao Código Penal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1977. p. 22-491. v. 5.

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](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21842). Acesso em: 24 set. 2018.



JESUS, Damásio de. **Código Penal Anotado**. 22. ed. São Paulo: Método, 2014.

KALSING, Vera Simone Schaefer. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 19, p. 279-314, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332002000200011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332002000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000200011&lng=en&nrm=iso). 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](https://doi.org/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.

LARA, Diana *et al.* El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México. **Gaceta Médica de México**, [S.I.], v. 139, sup. 1, p. 77-90, jul./ago. 2003. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms0311.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

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.

MACHA, Swebby *et al.* Increasing access to legal termination of pregnancy and postabortion contraception at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.I.], v. 126, n. 1, p. 49-51, July 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072921400160X>. Acesso em: 24 out. 2018.

MACHADO, Carolina Leme *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051714>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200345&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000200345&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 out. 2018.

MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 50, e17504, jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700500004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332017000200305&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000200305&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 set. 2018.

MACHADO, Maria das Dores Campos. O Tema do Aborto na Mídia Pentecostal: Notas de uma Pesquisa. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 200-211, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9878/9103>. Acesso em: 12 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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200563&script=sci_abstract&tlng=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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000100086&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 out. 2018.

MARQUES, Myriam Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Aborto provocado como objeto de estudo em antropologia da saúde. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 57-61, jul./dez. 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=25801&indexSearch=ID>. Acesso em: 24 set. 2018.

MASSON, Cleber. **Direito Penal Esquemático**: Parte Especial. 7. ed. São Paulo: Método, 2015, v. 2.

MCCALLUM, Cecília; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 37-56, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702016000100037&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702016000100037&script=sci_abstract). Acesso em: 10 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/S0020-7292\(12\)60016-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60016-2). Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2812%2960016-2>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MEDEIROS, Robinson Dias de *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 16-21, jan. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100004). Acesso em: 10 out. 2018.

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

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde. **Fluxo de Atendimento a Violência Sexual**, s.d. Disponível em: [http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher\\_Violencia.pdf](http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf). Acesso em: 27 out. 2018.

NORRIS, Alison et al. Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. **Women's Health Issues**, [S.I.], v. 21, n. 3, p. 49-54, May./June 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>. Disponível em: [https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(11\)00033-8/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(11)00033-8/fulltext). Acesso em: 24 out. 2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de Direito Penal: Parte Especial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, v. 2.

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.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. **O aborto no Brasil: Análise das Audiências Públicas do Senado Federal (2015-2016)**. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/31032>. Acesso em: 24 set. 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.

PIRES, Teresinha Inês Teles. **Direito ao aborto, democracia e constituição**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2016.

PORTO, Rozeli Maria. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 661-666, maio/ago. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200021>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200021&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 nov. 2018.

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.

PORTUGAL. **Ordenações Filipinas.** Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/15ind.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.

PRATEANO, Vanessa Fogaça. **A via-crúcis pelo direito ao aborto,** 2017. Disponível em: <http://revistavirus.com.br/a-via-crucis-pelo-direito-ao-aborto/>. Acesso em: 21 set. 2018.

RAMEIRO, Ana Patrícia Ferreira. Notas sobre aborto numa perspectiva feminista. **Diálogo,** Canoas, n. 25, p. 107-121, abr. 2014. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/view/1315/1051>. Acesso em: 24 set. 2018.

RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana; MICHEL, Agustina Ramón. Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. **Reproductive Health,** [S.I.], v. 11, n. 72, Sept. 2014. DOI: 10.1186/1742-4755-11-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197265/>. Acesso em: 24 out. 2018.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher:** reflexões fenomenológico-existenciais. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17463>. Acesso em: 24 set. 2018

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 16, n. 3, p. 419-428, set. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122139016>. Acesso em: 24 set. 2018.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos de População,** São Paulo, v. 23, p. 369-374, jul./dez. 2006. Disponível em: [https://www.rebep.org.br/revista/article/view/223/pdf\\_209](https://www.rebep.org.br/revista/article/view/223/pdf_209). Acesso em: 24 set. 2018.

ROCHA, Wesley Braga da *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética,** Brasília, v. 23, n. 2, p. 387-399, maio/ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232077>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000200387](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200387). Acesso em: 31 out. 2018.

RODRIGUES, Sérgio. **O aborto e o anencéfalo,** 2012. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/sobre-palavras/o-aborto-e-o-anencefalo/>. Acesso em: 10 out. 2018.

SARMENTO, Daniel. Legalização do aborto e Constituição. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 43-82, abr. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.12660/rda.v240.2005.43619>. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43619>. Acesso em: 24 out. 2018.

SAVULESCU, Julian. Conscientious Objection in Medicine. **BMJ: British Medical Journal**, [S.l.], 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: 02 nov. 2018.

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

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 675-680, ago. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200023>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000200023&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200023&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2018.

SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta T. de. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 17-22, dez. 1994. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.38134>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38134>. Acesso em: 24 set. 2018.

SIQUEIRA, Geraldo Batista de. Aborto humanitário: autorização judicial. **Justitia**, São Paulo, v. 53, n. 156, p. 9-14, out./dez. 1991. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br//dspace/handle/2011/23480>. Acesso em: 24 set. 2018.

SIMÕES, Clarissa Mortari *et al.* ADPF 54: a (in)eficácia social da decisão do STF sobre o aborto de anencéfalos na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 73, p. 84-97, maio./jun. 2016. Disponível: [http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista73/revista73\\_84.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista73/revista73_84.pdf). Acesso em: 24 set. 2018.

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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800021&script=sci_abstract&tlng=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.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios Básicos de Direito Penal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

VALENZUELA Y., Carlos. Aborto terapéutico y ética científica. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, Santiago, v. 76, n. 5, p. 285-289, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000500001>. Disponível em:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000500001&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000500001&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 24 set. 2018.

VIEIRA JUNIOR, Luiz Augusto Mugnai. O status jurídico brasileiro do aborto: uma questão de gênero?. **Arquivos do MUDI**, Maringá, v. 20, n. 2, p. 72-88, jan. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/33294/pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. **Aborto, saúde e cidadania**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

VILLELA, Wilza Vieira *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 24 out. 2018.

VILLELA, Wilza Vieira; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200025>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 out. 2018.

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](https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.258.7567). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5075459/>. Acesso em: 02 nov. 2018.