

O ABORTO NO BRASIL E EM PORTUGAL

Érico Marques de Mello*

INTRODUÇÃO



O presente trabalho se propõe a estabelecer comparação entre o tratamento verificado no Brasil e em Portugal, sobre o aborto. O objetivo é apontar a diferente forma de tratamento no que tange a descriminalização.

Para a análise proposta o trabalho é dividido em dois tópicos: inicialmente, será analisada a bioética e os aspectos históricos do aborto; no segundo tópico identificação do tratamento do aborto em Brasil e em Portugal. A relevância do trabalho decorre da relevância do aborto nos dias atuais.

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 CONCEITO DE ABORTO

O aborto como liberdade reprodutiva entra na pauta nas reivindicações populares, por meio de movimentos feministas, a partir de 1968¹. Para muitos o aborto enquanto liberdade reprodutiva seria fruto de conquistas das mulheres. No sentido de que: seria errado confundir os diversos estágios da gravidez

* Mestre em Direito pela FADISP. Especialista em Ciências Políticas pela UnB. Advogado do Sindicato Nacional dos Analistas-Tributários da Receita Federal do Brasil – SINDIRECEITA. Anulo do programa de Pós-Graduação Internacional da Universidade Nacional de Buenos Aires.

¹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 18: “(...) A partir do maio de 1968 é que a defesa da legalização do aborto se põe no cenário público como uma bandeira do felimismo. É nesse contexto que países da Europa e da América do Norte começaram a descriminalizar o aborto, fruto das conquistas do movimento feminista.”

como feto.

Isso porque há a necessidade de adoção de critério objetivo, para fins de distinguir o início da gravidez. A ideia de aborto considerando relevante corrente doutrinária seria verificado após o 14º dia de gestação, quando se forma o embrião. Antes haveria apenas o zigoto.²

Na medicina, o aborto é classificado de acordo com a idade gestacional e o peso. Em geral, a definição de aborto para a medicina é verificada na idade gestacional não superior a 20 semanas. Ou seja, leva-se em consideração a massa corporal do feto.³

Não se pode olvidar que grande parte de todas as gestações resultam em abortamento, entre 30 a 40%. O risco é definido segundo a identificação da idade da gestante, superior a 35. O aborto é verificado em diferentes níveis: 90% fase anterior ao embrião; 50% na fase de embrião; e 30% dos fetais. O aborto decorre, especialmente, por alteração cromossômica ou anomalia.⁴

² MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 57: “(...) Cientistas afirmam que não se pode confundir zigoto com embrião, nem esse com feto. Sobre esse processo é importante considerar dosi aspectos: quando começa a gravidez e quando um novo indivíduo começa a existir no bojo do processo reprodutivo. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a gravidez começa quando do início da implantação e, em média, no 14.º dia começa a se formar o embrião.”

³ MCNAIR, Tiffany e ALTMAN, Kristiina. *Abortamento e Perda Gestacional Recorrente*. p. 486: “(...)

Abortamento, ou aborto espontâneo, geralmente é definido como a perda espontânea de uma gravidez pré-viável. A pré-viabilidade refere-se a um feito com peso < 500 g ou em idade gestacional (IG) < 20 semanas.

- Os abortamentos são classificados de acordo com a IG na qual ocorrem.
- *Abortamento pré-clínico ou subclínico* acontecem em 5 semanas de IG ou antes.
- Abortamento clínicos incluem os seguintes:
- *Abortamento embrionico* ocorre em 6 a 9 semanas de IG, ou quando comprimento cabeça-nádegas (CCN) \geq 5mm, sem atividade cardíaca.
- *Abortamento fetal* ocorre em 10 a 20 semanas de IG ou quando CCN > 30 mm, sem atividade cardíaca.”

⁴ MCNAIR, Tiffany e ALTMAN, Kristiina. *Abortamento e Perda Gestacional Re-*

Conforme comentado, a maior parte das perdas gestacionais são identificadas como aborto, embora tecnicamente não sejam na acepção da palavra aborto, segundo a medicina. Conforme comentado, também, a perda gestacional afeta aproximadamente 30% das concepções. Entre 12 e 15% das perdas são clinicamente reconhecidas e menos de 5% são verificadas após a 10ª semana.⁵

1.2 ANÁLISE DO ABORTO

Segundo a defesa do aborto, como direito, até a 22.^a

corrente. p. 486:

“● Trinta a quarenta por cento de toda as concepções resultam em abortamento.

● Dez a quinze por cento das gestações clinicamente reconhecidas terminam em perdas no primeiro trimestre e no início do segundo trimestre (menos de 20 semanas).

● Quase 80% das perdas esporádicas ocorrem durante o primeiro trimestre e comumente se manifestam antes de 12 semanas de IG.

● O risco de abortamento pré-clínico é estimado como cerca de 25% em mulheres com menos de 35 anos. Entre os abortamentos clínicos, esse risco aumenta significativamente com a idade materna avançada (IMA), de 8 para 12% em mulheres com menos de 35 anos, até 45% naquelas com mais de 40 anos. Acredita-se que esse aumento esteja relacionado com o aumento no risco de gestações aneupoidicas em mulheres mais velhas.

(...)

As causas comuns de perdas esporádicas incluem o seguinte:

As anomalias cromossômicas são responsáveis por aproximadamente 50% dos abortamentos.

A incidência é inversamente relacionada à IG.

- 90% em produtos de concepção anembrionicos (às vezes chamados de ‘ovos cegos’)

- 50% em abortos embrionicos

- 30% em abortos fetais

● Tipicamente trissomias autossômicas, monossomias ou poliploidias.

● Condições maternas, incluindo anomalias uterinas, endocrinopatias, estado hipercoagulável, infecção e exposição e teratógenos.”

⁵ SILVER, Roberto M. Morte Fetal. p. 121: “A perda gestacional (...) afetando mais de 30% das concepções. (...) 12 a 15% das concepções resultam em perdas gestacionais clinicamente reconhecidas. A maioria dessas perdas são abortos no primeiro trimestre, e menos de 5% das gestações são perdidas após a 10ª semana de gestação. (...)”.

semana não seria possível a sobrevivência do feto sem a mulher. Há, então, defesa do aborto até o referido período como um direito individual. Não há possibilidade de vida independente do feto, a mãe poderia espontaneamente dispor do feto, eliminando-o.⁶

Considerando que para a medicina o aborto é a perda gestacional anterior ao período de 20 semana, a perda seja verificada em momento posterior, haverá morte fetal ou natimorto. O aborto, considerando a independência do feto seria um direito da mulher.

A perda gestacional pode ser pré-embriônica⁷, embriônica ou fetal. Após a 10ª semana o aborto é conhecido como tardio. Até a 10ª semana a causa do aborto é associada a problemas genéticos. Após a 10ª semana a questão essencial é o fluxo sanguíneo. Em situações gerais, a 10ª semana é observada como referência para diagnóstico da causa do aborto.⁸

⁶ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 60-61: “Na medida em que o feto depende da mulher até a 22.ª semana, na medida em que não sobrevive fora do processo gestacional, esse não é um outro ser independente. Não há, até esse período, um outro ser, na sua totalidade acabada. Portanto, não existem dois interesses. Um (o feto) sem o outro (a gestante) não vive. Logo, a mulher que opta pelo aborto nesse caso não está sendo egoísta e nem está desrespeitando a liberdade do outro, uma vez que o outro não existe. (...)”

⁷ SILVER, Roberto M. *Morte Fetal*. p. 121: “(...) as perdas gestacionais anteriores à 20ª semana de gestação são rotuladas como abortos, enquanto aquelas que ocorrem após esse período são denominadas mortes fetais ou natimortos. (...) Assim, as perdas gestacionais podem ser pré-embriônicas (anembriônica), embriônicas ou fetais. A expressão ‘ovo cego’ deve ser abandonada e substituída por perda gestacional anembriônica ou pré-embriônica. O período pré-embriônico inicia na concepção e perdura até a 5ª semana de gestação (com base na data de menstruação). Já o período embriônico vai da 6ª até a 9ª semana de gestação. Na 10ª semana de gestação, inicia o período fetal, que se estende até o parto. Como alternativa, as perdas que ocorrem da 20ª semana de gestação podem ser denominadas aborto precoces (antes da 10ª semana de gestação) ou tardios (após a 10ª semana de gestação).”

⁸ SILVER, Roberto M. *Morte Fetal*. p. 121: “(...) Por exemplo, as perdas anteriores ao desenvolvimento do embrião (perdas anembriônicas) ocorrem mais provavelmente, por problemas genéticos, em comparação com as perdas mais tardias. Em contraste com as perdas precoces, as que ocorrem após a 10ª semana de gestação são mais fortemente associadas com os distúrbios que afetam o fluxo sanguíneo placentário, como a síndrome antifosfolípico ou as trombofilias hereditárias. (...)”

O natimorto é a perda da gestação após 20 semanas, que seria o termo para criminalização da conduta tida como aborto pelo direito. Se a idade gestacional não é conhecida, o referencial se torna o peso em 500 g, para definição do que seja natimorto. Há divergência, pois muitos apontam a 24^a ou a 28^a semana como referencial.⁹

1.3 O ABORTO EM DEBATE

O aborto é um dos principais problemas da bioética considerado insolúvel. Não há trabalho intelectual, as preocupações muitas vezes estão restritas ao direito à vida, ou à liberdade reprodutiva. No Brasil a bioética não encontrou espaço para se discutir a questão do aborto especialmente nos casos de aborto como antecipação terapêutica de parto.¹⁰

A proteção legal da gestação com proibição do aborto é verificada considerando feto uma pessoa. Caso o feto seja a expectativa de uma pessoa, há tendência para se flexibilizar a proteção da gravidez. Flexibilizar ou não o aborto não é, em nenhum dos casos, alternativa para liberdade reprodutiva e sim constatação do bem jurídico tutelado.¹¹

⁹ SILVER, Roberto M. Morte Fetal. p. 121: “(...) A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o natimorto como a perda gestacional que ocorre após as 20 semanas completas de gestação. Se a idade gestacional for desconhecida, um feto com o peso ao nascimento de 500 g ou mais é considerado um natimorto. Contudo, outros defendem o uso de 24 ou 28 semanas de gestação para definir natimorto. (...)”

¹⁰ DINIZ, Debora. Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Fetal. Brasília: LetrasLivres, 2004. p. 21-92. p. 23: “(...) O aborto é um deles. Com raras exceções, representadas por iniciativas de pesquisadores feministas da bioética, o tema do aborto é tratado como um exemplo de conflito moral insolúvel, ou seja, como uma situação em que o papel da bioética seria mais o de um mero instrumento de reflexão, do que mesmo de intervenção política. Embora o tema do aborto seja assunto obrigatório em todos os cursos de bioética no Brasil, o espaço a ele reservado é sempre o da retórica do dilema moral. Não há serenidade ética ou mesmo compromisso intelectual e político no debate bioético sobre o aborto no país.”

¹¹ ERLANDSON, Doug. Bioethics Basics: A jargon-Free Guide for Beginners.

Para muitos a questão do aborto envolveria uma melhor condição de vida para gestante. A descriminalização do aborto, então, poderia oferecer maior dignidade para mulheres, pelo menos com a ampliação das hipóteses. Há grande risco para a saúde da gestante, e este risco deve ser minimizado.¹²

A questão da bioética é a decisão que envolve a forma de tratamento médico ou de disciplina de questões relevantes sobre a vida. Na forma como a vida é tratada, há a necessidade de análise de importantes questões morais, para definição de decisão. Inúmeros conflitos sobre a vida são apresentados de forma insolucionável.¹³

Na bioética é necessária discussão multidisciplinar, para que se estabelecer um conhecimento técnico e ao mesmo tempo concreto, aplicável a um determinado caso. A discussão multidisciplinar favorece a solução mais adequada possível, bem como uma compreensão mais adequada do problema analisado.¹⁴

É importante observar que muitas vezes o aborto assu-

Kindle Edition. November 18, 2012. 1.51%: "To this point we have assumed that, all other things being equal, the right to life outweighs all other rights. In fact, we have referred to them as 'lesser rights' for the purpose of emphasizing the centrality of the right to life. If this is true, as I have already pointed out, then if persons possess a right to life and if the unborn child at some stage in its development is a person, it possesses a right to life, and all other things equal, abortion is wrong."

¹² MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 60: "(...) Criar uma lei de descriminalização do aborto é apenas possibilitar a quem precisa o direito de fazer o aborto em condições dignas, tanto de saúde como de direitos legais. (...)"

¹³ ERLANDSON, Doug. *Bioethics Basics: A jargon-Free Guide for Beginners*. Kindle Edition. November 18, 2012. 1.2%: "If we are to be guided by etymology of the word, we might define 'bioethics' as the study of ethical or moral issues that arise in our treatment of living things in general. (...)"

¹⁴ DINIZ, Debora. *Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil*. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diáulias Costa. *Aborto por Anomalia Fetal*. Brasília: LetrasLivres, 2004. p. 21-92. p. 37: "(...) Em muitos países ainda há um treinamento acadêmico formal capaz de habilitar uma praticamente da bioética: são pessoas das mais diversas formações, que leem, pesquisam e escrevem sobre bioética, sem, no entanto, jamais terem sido formalmente educadas e formadas especificamente em bioética. (...)"

me função humanitária, no sentido de favorecer a saúde da mulher e a proteção da sua integridade física e mental. A preservação da saúde da gestante é fundamental, não há como se afirmar o direito ou o dever, sem considerar todos os aspectos que dizem respeito à mulher.¹⁵

De maneira geral, para a efetiva proteção do feto, há a necessidade de vida, ou seja, a vida deve ser possível, potencial e viável. A possibilidade de vida, entretanto, pode ser afastada diante de inúmeros diagnósticos médicos. O que de fato importa é se o diagnóstico afasta a possibilidade de vida efetivamente, ou se o diagnóstico indica a má-formação como possível.¹⁶

Há dúvida se o aborto é, da mesma forma como a liberdade da gestante, um problema de saúde pública ou um problema de natureza moral. O aborto enquanto saúde pública, em razão de providências médicas e de custos, decorre dos casos clandestinos sem autorização. A questão da saúde pública assume natureza moral em razão da vida do feto.¹⁷

¹⁵ RIBEIRO, Diaulas Costa. Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura jurídico-penal do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: LetrasLivres, 2004. p. 93-142. p. 112: "(...) O aborto humanitário é uma estrutura jurídica de preservação da saúde física e mental da mulher, o que, longe de ser um codinome para aborto livre, é um compromisso de preservação integral da sua pessoa."

¹⁶ DINIZ, Debora. Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: LetrasLivres, 2004. p. 21-92. p. 78: "(...) A vida é condição de possibilidade para o status moral de pessoa e para a proteção do direito à vida. Um feto anencefálico não experimentará jamais a vida, pois não sobreviverá fora do útero. (...)"

¹⁷ MARINO JÚNIOR, Raul. Bioética global: princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos, 2009. p. 195: "(...) A menos que nos sintamos fortemente comprometidos na certeza de que as necessidades nutricionais, educativas e domésticas das crianças indesejadas sejam preenchidas, seremos irresponsáveis em nos opor ao aborto em geral. Estaremos todos preparados para assumir os importantes cuidados dessas crianças, adaptando-as depois de nascidas do mesmo modo que nos comprometemos com sua vida fetal? Se não for assim, talvez nossa oposição ao aborto nos soa vazia e hipócrita. Talvez fosse mais simples para a Bioética considerar o aborto um problema de saúde pública e não religioso ou simplesmente moral. Esse é um assunto que exigirá grande

A questão relacionada ao aborto, por fim, diz respeito à dignidade, tendo em vista a relação entre vida e vida digna. Não é possível censurar uma decisão de aborto, sem um conhecimento adequado sobre os diversos aspectos relacionados às peculiaridades da gestação e da própria condição de vida da gestante e do fato.¹⁸

2 ASPECTOS PRÁTICOS

2.1 LEGALIDADE DO ABORTO

O grande paradigma foi observado em 1973, por meio de processo enfrentado pela Suprema Corte, o aborto foi legalizado nos EUA. A legalização do aborto, entretanto, não revelou grande polêmica, além de que as dificuldades práticas do aborto. Dois aspectos devem ser considerados: nos Estados Unidos, o serviço de saúde público não acessível para a sociedade, ou seja, o aborto era permitido, mas poucos teriam acesso; em segundo lugar, o reduzido investimento para questões envolvendo o aborto.¹⁹

ponderação!”

¹⁸ ALVAREZ, Wiliam. Interrogantes Bio-antropológicos sobre el Aborto. Disponível em: www.unipa.it/viola/Etica_de_los_derechos.pdf. Consulta em 06 de janeiro de 2014. p. 01: “(...) El concepto de dignidad a la que adieren por ejemplo los detractores el aborto sigue subordinado a contextos supuestamente superados; el aspecto religioso prima sobre lo bioantropológico. Desconocen que el concepto de dignidad humana en la modernidad, por basarse en postulados heredados de la ilustración, prescinde de cualquier fundamento teológico. Y eso que, al parecer por conveniencia, actúan a diario incoherentemente con su moción de censura dado que, además demostrarse acordes con que los menores donen células precursoras, no protestan por la exclusión de los llamados embriones inviables, requeridos para garantizar el éxito de cada fertilidad asistida llevada a cabo en clínicas de todo el mundo.”

¹⁹ MATOS, Maurílio Castro de. A Criminalização do Aborto em Questão. Coimbra: Almedina, 2010. p. 19: “Nos Estados Unidos o aborto foi descriminalizado pela Suprema Corte em 22 de janeiro de 1973, sendo conhecida a decisão como ‘Roe versus Wade’. Roe era o pseudônimo de uma jovem do Texas, à época com 22 anos, que moveu uma ação contra o Estado (o aborto era então proibido). Wade era o

Dessa forma, o caso *Roe versus Wade* é um marco nos Estados Unidos do aborto e indica uma possibilidade de caminho, cuja análise é permanentemente realizada. O aborto foi legalizado nos EUA e a experiência demonstrou que não houve alteração substancial nos índices de mortalidade. O aborto, nos Estados Unidos, é responsável por 13% de todas as mortes maternas até hoje..²⁰

nome do funcionário do mesmo estado que coibia o aborto. O pedido da jovem foi negado e a ação foi para a Suprema Corte, que demorou treze meses para julgar o caso. O filho de Roe nasceu e foi encaminhado para adoção. Mas o caso entrou para a história por que, por meio dele, a Suprema Corte legalizou o aborto no país.”

²⁰ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. p. 435: “● Quarenta e um milhões de abortos ocorreram no mundo todo a cada ano. Metade destes são inseguros, resultando em 67.000 mortes maternas provenientes do aborto e de complicações relacionadas anualmente no mundo todo, que representa 13% da mortalidade materna.

● O aborto é muito seguro nos EUA, com uma taxa de mortalidade de 0,6/100.000 no aborto legalizado.

● *Roe vs. Wade* foi um marco na Decisão da Suprema Corte em 1973, que tornou o acesso ao aborto um direito federal. Em 1993, o *Planned Parenthood vs. Casey* esclareceu ainda mais que o acesso não deveria adicionar um problema desnecessário às mulheres que procuram o abortamento induzido.

● Um extenso estudo mostrou que um abortamento não aumenta o risco de infertilidade, de câncer de mama ou de futuros abortos.

● A ocorrência de efeitos psicológicos negativos de longo prazo não tem sido mostrada em mulheres que sofreram um abortamento.”

(...)

● Os profissionais de saúde que acompanham as mulheres com uma gravidez não planejada deve estar aptos a aconselhar as pacientes sobre todas as opções disponíveis para elas, incluindo o abortamento induzido.

● Uma abordagem de aconselhamento não diretiva deve ser empregada com a paciente para garantir que ela esteja confiante em sua decisão.

● Aqueles que decidem não fornecer este serviço devido a objeções morais deve estar aptos a aconselhar pacientes, fazer encaminhamentos apropriados e manejar as complicações pós-abortamentos.

● Deve ser feitas a confirmação da gravidez intrauterina e a da data da gravidez.

● O estado de Rh materno deve ser obtido, uma vez que as mulheres Rh negativas devem receber Rhogam (ver aloimunização Rh, Capítulo 18).

● O rastreamento de DST deve ser oferecida.

● A contracepção deve ser discutida com todas as mulheres, uma vez que a fertilidade pode retornar imediatamente. As mulheres podem ovular dentro de duas semanas após o abortamento.

● Os sintomas da gravidez geralmente se revolvem dentro de uma semana. A mens-

No caso do Brasil, a possibilidade do aborto (fora das hipóteses de descriminalização) foi reconhecida de forma mais ampla, no caso de anencefalia, tendo em vista a ADPF nº 54. Na referida decisão, reconheceu-se a possibilidade de aborto no diagnóstico de anencefalia, ou seja, no caso de má-formação de maior gravidade.²¹

Em 2007, a partir de consulta pública, Portugal legalizou o aborto, caso fosse realizado até a 10ª semana de gestação. Em que pese a legalização, há grande polêmica²².

Evidentemente o aborto não é apenas uma questão jurídica. Comprovadamente entre 10 e 15% das mortes maternas no Brasil decorrem de abortos clandestinos, números que correspondem aos dados dos Estados Unidos. A gestação por si só já impõe algum risco para a mulher. Quando há a procura por

truação normal pode levar até seis meses.

● O acompanhamento é geralmente recomendado dentro de duas a quatro semanas para avaliar as complicações, confirmar a resolução da gravidez e trabalhar novamente a contracepção.”

²¹ FERNANDES, Bernardo Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. 5 ed. rev. amp. at. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 366: “(...) 9) No que tange à anencefalia, explicou que as informações e os dados revelados na audiência pública em muito teriam contribuído para esclarecer seu conceito, que consistiria na malformação do tubo neural, a caracterizar-se pela ausência parcial do encéfalo e do crânio, resultante de defeito no fechamento do tubo neural durante o desenvolvimento embrionário. Explanou que, para o diagnóstico dessa anomali, seria necessária a ausência dos hemisférios cerebrais, do cerebelo e de um tronco cerebral rudimentar ou a inexistência parcial ou total do crânio. Nestes termos, aludiu que o anencéfalo, assim como o morto cerebral, não deteria atividade cortical, de modo que se mostraria deficiente de forma grave no plano neurológico, dado que lhe faltariam não somente os fenômenos da vida psíquica, mas também a sensibilidade a mobilidade, a integração de quase todas as funções corpóreas. Portanto, o feto anencefálico não desfrutaria de nenhuma função superior do sistema nervoso central 'responsável pela consciência, cognição, vida relacional, comunicação, efetividade e emotividade' (...)”.

²² MATOS, Maurílio Castro de. A Criminalização do Aborto em Questão. Coimbra: Almedina, 2010. p. 10: “Mais à frente, em 2007, estávamos em Portugal realizando um estágio de pesquisa e esse período coincidiu com a aprovação da população lusitana – que foi às urnas – com a descriminalização do aborto a pedido da mulher até a 10.ª semana de gestação. Estar em Portugal durante esse período nos possibilitou acompanhar o debate sobre a implementação da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) (...)”.

métodos abortivos fora do ideal médico-hospitalar este risco é sensivelmente agravado.²³

Estudos apontam aumento no número de abortos em Portugal, entretanto o número de aumento na interrupção não é tão significativa. É um número proporcional pequeno. Não dá para saber ao certo a repercussão em Portugal da descriminalização, na prática há dúvidas sobre o fornecimento público da interrupção.²⁴

2.2 ABORTO EM PORTUGAL

Em Portugal, a situação pode ser considerada contraditória. O primeiro plebiscito foi desfavorável para descriminalização. O que se observou inicialmente foi uma lei que dependeria de referendo ser rejeitada pela população que não esteve de acordo com o aborto. Dessa forma, o aborto foi proibido pela consulta popular em momento inicial.²⁵

Em Portugal a legalização do aborto foi observada em momento posterior, com ampla divulgação na mídia, mas mesmo assim sem considerável participação social. Apenas em

²³ FAUNDES, Anibal. Prefácio. DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: LetrasLivres, 2004. p. 13-20. p. 19: "(...) graças ao dogmatismo e à intolerância, comumente cegas diante das evidências, acabam por serem responsáveis pelos abortos que, a princípio, pretendem combater. Muito provavelmente também se tornam co-responsáveis por mortes maternas por aborto clandestino. Esta, infelizmente, é casau de 10 a 15% de todas as mortes maternas em todo o Brasil."

²⁴ MATOS, Maurílio Castro de. A Criminalização do Aborto em Questão. Coimbra: Almedina, 2010. p. 86: "Em março de 2010 a Direção-Geral de Saúde divulgou que em 2009 foram realizadas 18.951 interrupções voluntárias de gravidez, havendo um aumento em relação ao ano de 2008, quando houve 18.014 abortos (...)"

²⁵ MATOS, Maurílio Castro de. A Criminalização do Aborto em Questão. Coimbra: Almedina, 2010. p. 77: "Contudo, devido a uma negociação entre partidos, houve em Portugal, no mesmo ano dessa sessão, um plebiscito sobre a legalização do aborto e o resultado das urnas foi contrário, uma vez que a referendo realizado em 28 de junho de 1998 teve um quorum de apenas 32% de votantes e, destes, 50,95% votaram contra a descriminalização e 49,09% favoravelmente. Assim, a lei foi revogada."

2007, em um segundo plebiscito foi possível a descriminalização do aborto. A questão a interrupção da gravidez ganha destaque mas ao mesmo tempo, sem consenso.²⁶

Em que pese a aprovação no plebiscito, houve pequena participação social, o quórum foi restrito, tanto que a matéria foi enviada sem vinculação ao poder legislativo. Ainda com a aprovação o quórum foi restrito. A possibilidade do aborto estaria restrita ao período de 10 semanas de gestação, de sorte que com a significativa mudança legislativa, não se observou grande avanço, especialmente em razão da opinião pública em Portugal.²⁷

A lei foi aprovada e a interrupção voluntária do parto passou a ser autorizada sem que o sistema público de saúde estivesse adaptado. Importante observar que o sistema de saúde português não estava preparado para atendimento e procedimento de interrupção voluntária da gestação, houve avanço com regulamentação específica.²⁸

²⁶ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 77: “(...) em 11 de fevereiro de 2007 houve um novo plebiscito sobre a mesma matéria, apontando para a legalização da interrupção voluntária da gravidez até dez semanas de gestação, e o resultado das urnas foi diferente (...)”

²⁷ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 78-79: “(...) O resultado final do plebiscito, em 11 de fevereiro de 2007, foi pela aprovação da interrupção voluntária da gravidez até as 10 semanas de gestação. Foram às urnas 43,6% de eleitores portugueses; destes, 40,75% votaram contra a descriminalização do aborto e 59,25% votaram favoravelmente. Contudo, devido ao quorum restrito, o resultado não teve poder vinculativo e por isso a matéria foi enviada para o Congresso para que este elaborasse a lei a ser sancionada pelo presidente da república.”

²⁸ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 80: “A lei sobre a interrupção voluntária da gravidez, Lei 16/2007 de 17 de abril de 2007, entrou em vigor em 22 de abril de 2007. Como afirmava a manchete da primeira página do jornal ‘Pública’, isto não garantiu o início do atendimento na rede do SNS, pois as unidades de saúde ainda não se encontravam preparadas para esse procedimento. Além da lei, fez-se necessária a sua regulamentação e para isto foi criada uma comissão. Todo esse processo de operacionalização da data limite para que o serviço de IVG estivesse disponível, em todos os servidores de saúde destinado a esse atendimento, às mulheres portuguesas.”

2 ABORTO EM PORTUGAL

Chama a atenção o fato de que o aborto em Portugal, aparentemente, resulta de iniciação sexual sem segurança necessária. O grande número de aborto decorre de namoro, sendo que as mulheres apontam como razão a ausência de segurança financeira. Afinal, há uma causa, que não é levada em consideração.

Com a aprovação da lei de descriminalização do aborto, mediante prévia consulta pública, há – até hoje - movimento social para a revogação da referida lei. A própria lei foi aprovada em grande participação do eleitorado.²⁹

A possibilidade do aborto voluntário em Portugal a partir da 12ª semana tem relação direta com a formação do sistema nervoso central. Para muitos como apenas a partir da 12.ª semana se forma o sistema nervoso central, a possibilidade do aborto seria definida pela ausência de dor, ou pela possibilidade de eliminação do feto sem comprometer a integridade do feto e da mãe.³⁰

Mesmo após a descriminalização do aborto a questão ainda é recorrente em Portugal, em razão da não aceitação de grande parte da população. Em 2009 houve encaminhamento de petição pública, com pedido de revogação da lei de aborto. A questão ainda permanece sob debate público e não há expectativa de consenso.³¹

²⁹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 21: “(...) Portugal também é um exemplo: mesmo com a recente descriminalização do aborto até 10 semanas, em resposta ao plebiscito de 2007, já existiram manifestações e abaixo-assinados reivindicando a revogação da lei.”

³⁰ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 57: “A gestação é um processo. Contudo, pode-se afirmar que é em torno da décima semana (...) ou décima segunda semana (...) que se forma o Sistema Nervoso Central, que determina a possibilidade de dor.”

³¹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 84: “Em junho de 2009 o tema da (des)criminalização do aborto retornou ao plenário da Assembleia da República por meio de uma petição assinada por cinco mil pessoas que propunham a revogação da lei que descriminalizou o

3 ABORTO NO BRASIL

No Brasil uma das maiores preocupações com a gestação decorria da reprodução de escravos. O aborto no Brasil teve em grande medida papel eugênico, no controle social, tendo em vista a grande participação africana no período colonial. Não havia uma preocupação do ponto de vista moral e sim interesses de poder patriarcal.³²

Sem embargos, com os interesses interno, na prática havia proibição. O aborto era perseguido pela influência histórica da Igreja Católica na Coroa Portuguesa. Por interesse da Coroa, então, nunca se vislumbrou a possibilidade de legalização do aborto. O aborto era perseguido e punido com apoio do profissional da medicina.³³

A criminalização inicial, no Brasil na Colônia, não atingia a mulher, em que pese haver registro de criminalização do aborto já no Código Criminal do Império de 1830. Três legislações proibiram o aborto no Brasil: no primeiro momento, o primeiro código penal (código criminal do Império); no segundo momento, em 1890, na República, em que a punição atinge também a mulher; no terceiro momento, o atual código penal.³⁴

aborto por escolha da mulher, até dez semanas, em Portugal. (...)”.

³² MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 24: “Assim, o controle sobre o aborto tinha por metas cercar a reprodução de mestiços; enquadrar o papel da mulher com vistas à proteção da Colônia. Portanto, também no Brasil, a proibição do aborto visava interesses do poder bem menos que expressava preocupação moral sobre a possível ilicitude desse ato.”

³³ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 24: “No Brasil Colônia o aborto era julgado moralmente como negativo pela igreja, seus praticantes eram perseguidos pelos representantes da Coroa e criticados pelos profissionais da medicina. (...)”

³⁴ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 24: “A primeira lei brasileira que se conhece de repressão ao aborto data de 1830 – o Código Criminal do Império – onde este é tratado no capítulo ‘contra a segurança das pessoas e da vida’. Este código punia apenas a quem fazia o aborto. Não havia, portanto, punição nenhuma para a mulher. Em 1890, já na República, essa situação é alterada, uma vez que o Código Penal passa a penalizar

A gestação das mulheres era submetida a um controle reprodutivo, que envolvia o Estado, por meio das autoridades governamentais, e os profissionais da saúde. O controle natalista voltado para o próprio corpo da mulher foi observado já no século XX, primeira metade, realidade permanente no Brasil.³⁵

3 ANÁLISE

3.1 ASPECTOS PRÁTICOS

A questão relevante que deve ser considerada é: o momento para que o aborto seja realizado. Estabelecer um marco, como em Portugal, indica uma orientação segura, no sentido de que não vão aguardar a 35ª semana de gestão, para a realização de homicídio, com a denominação de aborto. Em outras palavras, estabelecer diretrizes para o aborto é fundamental para que se defina o tipo de procedimento que será adotado, tendo como parâmetro o maior custo-benefício, considerando a vida da gestante e o recurso financeiro necessário.

O primeiro método adotado é o aborto cirúrgico com menos de 14 semanas, que seria comum no primeiro trimestre. A possibilidade de complicação é muito baixa e é considerado um procedimento seguro.³⁶

também a mulher. Contudo, a pena poderia ser reduzida em caso de auto-aborto com vistas a ocultar a própria desonra. Essa lei vigorou até 1940, quando há a promulgação do Código Penal, em vigência até hoje, que exclui da ilicitude o aborto resultante de estupro ou em casos de risco de morte para a mulher (...).”

³⁵ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 25: “(...) na primeira metade do século XX que se dará, no Brasil, uma aliança entre a medicina, a justiça e as autoridades governamentais, de cunho natalista, com vista a controlar o corpo da mulher. (...)”

³⁶ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. *Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto*. p. 436: “● Por convenção, o abortamento em menos de 14 semanas executado cirurgicamente é referido como Dilação e Curetagem (D & C). Este é o método mais comum de abortamento no primeiro trimestre.

● Os índices de complicação de abortamento cirúrgico no primeiro trimestre são muito baixos. A falha é < 1%.

O segundo método, o cirúrgico, com mais de 14 semanas, para aborto, merece ressalvas, pois a dilatação passa a ser necessária. É considerado uma forma segura também e identificada como método preferido, por ser de menor risco. Entretanto, comparando com o primeiro, observa-se que se trata de opção não adequada.³⁷

O aborto por medicamento é considerado mais arriscado, com índice e de falha considerada elevada³⁸, em razão da

• Antes do procedimento, a cérvix deve ser aberta. Gestações muito prematuras (...) podem não requerer dilatação cervical.
(...)”

³⁷ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. p. 437: “• Por convenção, a terminologia cirúrgica em mais de 14 semanas é referida como Dilatação e Evacuação (D & E).

• A D & E é considerada o método preferido para a terminação no segundo trimestre, quando profissionais altamente experientes estão disponíveis, e a autópsia de um feto intacto não é requerida. Em mãos experientes, a D & E é o método mais seguro de terminação no segundo trimestre.

• Menos de 5% dos abortamentos são feitos por D & E. Os índices de complicações do abortamento no segundo trimestre da gravidez aumenta com a idade gestacional.

• Complicações, como trauma cervical, perfuração uterina, hemorragia e produtos retidos, são mais comuns após 18 semanas de gestação e podem resultar em morbidade significativas.”

³⁸ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. p. 437: “(...)”

O abortamento medicamentoso é seguro e efetivo, geralmente usado por até 63 dias de gestação. Em gestações mais avançadas, há um índice de falha mais elevado, ou mais sangramento.

O abortamento medicamentoso pode causar mais dor e sangramento do que o abortamento cirúrgico.

O procedimento leva mais tempo para conclusão do que a terminação cirúrgica e requer várias visitas.

A paciente deve ser confiável, uma vez que o acompanhamento é essencial. Se a terminação medicamentosa falhar, ou se resultar em abortamento incompleto ou sangramento excessivo, a evacuação uterina é requerida.

O abortamento medicamentoso pode ser feito usando-se mifepristona (RU-486) e misoprostol, ou metotrexato e misoprostol.

A mifepristona funciona como um antagonista de progesterona e altera o suprimento sanguíneo endometrial, bloqueando o suporte da gravidez e amaciando a cérvix.

O metotrexato inibe a síntese de DNA e afeta as células de rápida divisão incluindo trofoblasto.

O misoprostol é uma prostaglandina usada para induzir contrações uterinas após

possibilidade de sangramento excessivo. Há alguns riscos do abortamento medicamentoso, após o segundo trimestre, que não requer anestesia, nem profissional habilitado. O exame merece atenção, com complicações inclusive mortalidade elevadas.³⁹

Algumas complicações são observadas, no abortamento por medicamento, especialmente em razão da possibilidade de hemorragia, ou possibilidade de perfuração, diante da necessidade de intervenção cirúrgica.⁴⁰

administração de mifepristona ou metotrexato, promovendo, assim, a expulsão dos PCs.

O abortamento medicamentoso por mifepristona/misoprostol é 94 a 98% efetivo, dependendo da idade gestacional e da dose de misoprostol, e é mais rápido e está associado a menos sangramento do que o abortamento medicamentoso com metotrexato/misoprostol.

As recomendações baseadas em evidências sustentam o uso de mifepristona e misoprostol com até 63 dias de gestação e com uma dose mais baixa de mifepristona, diferente do regime provocado pela FDA, que possui uma idade gestacional limite de 49 dias.

O abortamento medicamentoso com metotrexato/misoprostol pode ser mais lento e menos efetivo (94 a 96%).

Onde o acesso ao metotrexato ou à mifepristona é limitado, o misoprostol sozinho pode ser usado em intervalos de doses de 24 horas repetidos para o abortamento medicamentoso. A efetividade pode variar de 47 a 96%.

Os efeitos colaterais após a administração de mifepristona e misoprostol consistem primariamente em dor, sangramento e desconforto gastrointestinal (GI)."

³⁹ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. p. 438: "● A terminação medicamentosa oferece várias vantagens sobre a D & E, porque ela não requer anestesia, nem um profissional habilitado, e o exame fetal pode ser executado em um feto intacto, como em casos de terminação genética.

● Contudo, quando comparado com a D & E, o procedimento pode levar 24 horas ou mais, as complicações principais e a mortalidade são mais altas, e febre e efeitos colaterais GI são comuns quando as prostaglandinas são usadas.

● O objetivo geral é administrar medicações que causam contrações uterinas e levam à expulsão dos PCs. As medicações incluem alta dose de ocitocina intravenosa e diferentes preparações de prostaglandinas vaginalmente administradas (...). Menos comumente, as soluções hipertônicas (salina ou ureia) podem ser administradas de modo intra-amniótico para induzir abortamentos no segundo trimestre. Antiprogestinas, como a mifepristona, também podem ser usadas."

⁴⁰ HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. p. 438: "● As complicações com abortamento medicamentoso

Conforme se observa alguns estudos da medicina indicam que o abortamento deve ocorrer por meio de procedimento cirúrgico, tendo por preferência método cirúrgico. A opção indica a necessidade de gasto público considerável, especialmente se adotado o parâmetro de 14 semanas.

Em Portugal há relativo retrocesso no serviço de saúde, no caso do aborto, diante da redução do gasto público, ou mesmo de uma coparticipação da população nos gastos relacionados à saúde. No Brasil o maior problema não estaria no acesso ao sistema de saúde, e sim como decorrência da ausência de legislação.⁴¹

Em suma: em Portugal há um sistema limitado, pois o

geralmente se originam de PCs retidos, sangramento e infecção.

- A perfuração também é um risco de abortamento cirúrgico. Se há suspeita de perfuração, o procedimento é interrompido, sucção não é aplicada e a paciente deve ser examinada com ultrassom e observada. Se a paciente mostra sinais de sangramento e instabilidade, o manejo cirúrgico (...) deve ser feito.

- O sangramento uterino excessivo ou hemorragia pode ser tratado com uterotônicos pós-parto.

- Deve-se suspeitar de hematometria se uma paciente tiver dor intensa e um útero úmido imediatamente após o abortamento cirúrgico. A metilergometrina deve ser administrada, e a aspiração do coágulo uterino executada.

- A endometrite pós-abortamento é suspeitada em pacientes com pós-absorção de febre.

A doxiciclina oral ou intravenosa e uma cefalosporina, com ou sem metronidazol, devem ser administradas.

- PCs retidos após o abortamento também podem resultar em febre. Isto pode levar à sepse fatal, se não reconhecida e tratada.

- A administração de dioxociclina profilática oral, antes ou após o abortamento cirúrgico, pode reduzir o risco de endometrite pós-abortamento em cerca de 40%.

- Há também um raro risco de sepse fatal resultante do abortamento medicamentoso relacionado a “*Clostridium sordellii*”. A administração bucal (...) de misoprostol, com ou sem antibióticos profiláticos, pode diminuir este risco adicional.

- As principais complicações da terminação o segundo trimestre incluem lacerações cervicais ou uterinas e lesão, atonia uterina com hemorragia subsequente, tecido placentário retido e desequilíbrio de eletrolítico, levando à coagulação intravascular disseminada em casos nos quais as soluções hipertônicas são usadas.”

⁴¹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 66: “(...) O que significa esse avanço dos direitos humanos e a explícita legalidade do retrocesso do papel do Estado na saúde em Portugal e ausência destas ações legais no Brasil?”.

acesso se torna insuficiente diante do custo individual. Enquanto no Brasil, a insuficiência além da ausência de recursos públicos efetivos, há entraves burocráticos e legais.

Especificamente no caso do Brasil, o número de abortos legais tem aumentado, em razão de decisão judicial, que decorrem de casos específicos de má-formação do feto. Há grande combate ao aborto no Brasil, especialmente por influência religiosa, como há também grande interesse de parte da população da legalização do aborto. O crescimento é superior a 40%.⁴²

No Brasil a questão do aborto entra na pauta em razão do feto anencefálico. Historicamente observou-se no Estado do Mato Grosso do Sul o primeiro precedente que viabilizou o aborto em razão da má-formação grave do feto. O primeiro caso julgado envolvendo aborto por anencefalia é de 1991.⁴³

Com a ADPF nº 54, houve concessão de liminar pelo Min. Maro Aurélio, no STF, com julgamento de mérito. Nesse caso específico não se discutiu o aborto enquanto liberdade reprodutiva da mulher. A questão esteve relacionada ao feto anencefálico, ou seja, se as gestantes com feto diagnosticado com um tipo específico de má-formação poderia ter acesso ao aborto, como forma de antecipação terapêutica do parto.⁴⁴

⁴² MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 37: “Em janeiro de 2009 foi divulgado na mídia um crescimento de 43% no número de abortos legais – tanto nos casos previstos no Código Penal como nos que se originaram por decisão judicial, no caso de má-formação letal do feto – realizados no SUS, passando de 2.130 abortos realizados em 2007 para 3.053 realizados até novembro de 2008. Os motivos para esse aumento podem ser a melhor qualificação dos serviços e divulgação dos mesmos, bem como aumento de sentenças favoráveis a situações de má-formação do feto. Contudo, lembrou Dulce Xavier, de ‘Católicos pelo Direito de Decidir’, que ainda é necessário ampliar a rede de serviços de abortamento legal, uma vez que os estados do Amapá, Mato Grosso do Sul, Piauí, Roraima e Tocantins não contavam, ainda, com esse serviço (...)”

⁴³ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 45: “(...) o debate do aborto na atual década refere-se à discussão acerca do aborto em casos de gestação com anencefalia. (...) O primeiro alvará de que se tem notícia foi expedido em 1991 na cidade de Rio Verde de Mato Grosso, no Mato Grosso do Sul. (...)”

⁴⁴ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra:

Em suma, a crítica formulada para o Brasil é a ausência de ampliação das hipóteses de aborto, como exceção no direito penal, especialmente com uma melhor alternativa. Um dos problemas no Brasil é a ausência de previsão de aborto para a hipótese de má-formação do feto. A má-formação está presente em grande parte da legislação no direito comparado, como hipótese de aborto.⁴⁵

3.2 OUTROS ASPECTOS PRÁTICOS

Considerando a realidade de Brasil e Portugal, há resultado no sentido de que 15% das mulheres já realizaram aborto, sendo que 60% delas com idade entre 18 e 29 anos. O principal método adotado pelas mulheres foi o medicamento. Entretanto é muito grande o número de mulheres que buscam apoio do sistema de saúde por complicações pós-parto.⁴⁶

É importante considerar que no Brasil o número de aborto conhecido, em razão da busca médica pós-parto indica número superior a um milhão apenas, entre 1992 e 2005. A

Almedina, 2010. p. 46: “(...) Em 01.º de julho de 2004 o relator da ADPF 54, o ministro Marco Aurélio, concedeu liminar à CNTS reconhecendo o direito da gestante em antecipar o parto em caso de feto com anencefalia. (...)”

⁴⁵ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 47: “(...) na antiga normatização lusitana estava previsto o aborto quando da má-formação fetal. (...) se centra apenas em casos de fetos com anencefalia, sendo que existem outros casos de má-formação que também comprometem a vida do feto após o parto e, especialmente, por que o ideal seria que houvesse maturidade no país para discutir o aborto como livre escolha da mulher, o que tendemos a acreditar que seja difícil nos marcos das instituições brasileiras, a julgar pelo debate na Câmara dos Deputados.”

⁴⁶ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 37: “(...) O resultado apnotou que 15% das mulheres já tinham realizado um aborto em sua vida e que 60% tinham entre 18 e 29 anos quando da sua realização. O procedimento utilizado por metade das mulheres foi o medicamento, mesmo percentual de mulheres que recorreram aos serviços de saúde devido a complicações após o abortamento. A divulgação desses dados possibilitou a retomada do debate de que o aborto é uma realidade comum para as mulheres brasileiras, apesar de proibido por lei e condenado por diferentes religiões (...)”.

expectativa do SUS é de que a cada 3 nascimentos, estima-se um aborto. O número é inaceitável para um país que criminaliza o aborto enquanto conduta.⁴⁷

Quanto ao problema de saúde pública, o aborto é uma das principais causas de morte para mulheres, especialmente nas cidades mais pobres. No Brasil, nas cidades mais pobres as gestantes sofrem com casos de morte, em razão do pós-aborto. Observam-se problemas não apenas em cidades mais pobres, como em grandes capitais também.⁴⁸

Em Portugal o setor privado, assim como o setor público, já realiza o aborto. No caso do setor privado opta pelo procedimento cirúrgico, enquanto no setor público, o aborto é realizado por medicamento. Grande parte das interrupções voluntárias da gestação ocorrem em hospitais públicos. A grande maioria das mulheres são da periferia urbana.⁴⁹

⁴⁷ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 36: “Pesquisa recente realizada que toma como referência os registros no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, aponta, em 2005, uma estimativa de 1.054.243 abortos realizados. Mesmo que entre 1992 e 2005 tenha havido uma diminuição do número de atendimentos relativos a abortos induzidos – provavelmente em virtude do acesso ao medicamento misoprostol que, segundo pesquisas clínicas, tem produzido um número pequeno de agravamento – o padrão tem produzido um número pequeno de agravamento – o padrão brasileiro é alto, uma vez que estima-se que em cada três nascidos existe um aborto induzido (...)”

⁴⁸ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 36: “No Norte e no Nordeste do país as mulheres sofrem mais em relação ao aborto clandestino, devido ao alto índice de morte, além da curetagem pós-abortamento ser o segundo procedimento obstétrico mais realizado, o que mostra que muitas têm sido as complicações advindas do abortamento. Entre as adolescentes, com 15 a 19 anos, os riscos são maiores também no Distrito Federal e nos estados do Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro. (...)”

⁴⁹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 85-86: “Segundo a Direção Nacional de Saúde, no primeiro semestre de 2009 foram realizadas 9.972 interrupções de gravidez em Portugal, envolvendo situações de má-formação congênita e de livre escolha das mulheres, o que equivale a 5,5% a mais que no ano anterior durante o mesmo período. Destes – grande parte realizados em Lisboa – 70% foram realizados em hospitais públicos e 30% no setor privado. No setor público a maioria dos abortos foram realizados por meio medicamentoso e no setor privado a maioria pelo meio cirúrgico. As mulheres eram majoritariamente da periferia urbana e tinha entre 20 e 30 anos, sendo que 40%

Inclusive Portugal recebe mulheres de várias partes do mundo interessadas no aborto. Curiosamente 20% das mulheres que realizam a interrupção da gestação são africanas. Em geral predomina aborto de mulheres com idade entre 19 e 29 anos. A maior parte católica e ativa profissionalmente, com ensino secundário.⁵⁰

Das mulheres que foram submetidas à interrupção voluntária da gestação quase 20% já tinham realizado aborto antes. E quase a metade já tinha filhos. Quase 10% já teria realizado aborto por mais de uma vez. Um número significativo de gestantes que optaram pelo aborto já tinham realizado antes.⁵¹

Grande parte dos casos de aborto, tinham gestação que ocorreram com utilização de métodos contraceptivos. Os métodos não foram suficientes na grande maior parte dos casos, que também se deu em contexto de namoro. Considerável número foi submetido ao aborto afirmando não saber o ocorrido.⁵²

não tinham filhos (...)."

⁵⁰ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 86: "A maioria das interrupções voluntárias de gravidez tem sido realizada em Lisboa na Maternidade Alfredo da Costa. (...) entre janeiro e abril de 2009 foram realizadas 150 abortos em mulheres de 16 até 44 anos, sendo preponderante a faixa etária entre 19 e 29 anos. Dessas mulheres 76% eram portuguesas e 20% africanas. A maioria era de religião católica, o que equivale a 56%. Sobre o acesso ao ensino, 40,7% possuíam ensino básico, 45,7% ensino secundário e 14% ensino superior. Acerca da situação de trabalho 61,3% eram ativas profissionalmente, 27,3% estudantes e 10,7% encontravam-se desempregadas. O nível sócio-econômico de 51,3% das mulheres era baixo, 15,3% tinham situação sócio-econômica média e 6% elevada."

⁵¹ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 87: "Sobre o percurso reprodutivo das mulheres atendidas para IVG na Maternidade Alfredo da Costa, (...) 40,7% nunca tinham (...) engravidado; 53% não tinham filhos; 71,3% nunca haviam realizado um aborto; 21,3% tiveram um aborto e 7,4% dois ou mais abortos."

⁵² MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 87: "Sobre a gestação que originou a IVG, (...) 50,7% se originaram em um contexto de namoro, 40,7% em situação marital e 8,7% por meio de relação ocasional. Sobre a contracepção, 70% das mulheres faziam uso de algum método (...); 16,7% não sabem o que aconteceu e 2% faziam uso de métodos de duração prolongada ou tinham feito laqueadura tubária. A pílula, com 53,3%, e o preservativo, com 41,9% são os métodos contraceptivos mais utilizados."

Muitas das razões são apresentadas para o aborto pelas mulheres, especialmente falta de condições financeiras. A instabilidade financeira aparece como a principal razão do aborto. Há registros de ausência de interesse, por exemplo. E em alguns casos em que foram incentivadas por pessoas próximas.⁵³

Um problema o aborto são os recursos públicos de saúde necessários, para implementação do aborto, enquanto liberdade reprodutiva das mulheres. No Brasil há o sistema único de saúde, que também não poderia oferecer prevenção adequada para as mulheres diante da proibição do aborto.⁵⁴

CONCLUSÃO

A partir dos aspectos analisados neste trabalho, observa-se que em Portugal a legalização do aborto atende a pressupostos que são verificados na União Europeia. Em que pese se tratar de tendência mundial, no Brasil o aborto é criminalizado, ressaltadas hipóteses excepcionais.

⁵³ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 87: “Os motivos alegados para a IVG foram: instabilidade financeira (41,3%); falta de condições (22,7%); emprego/estudos, não deseja mais filho/não está preparada para ser mãe (20,7%); relação conjugal inconsistente (12%); falta de um pai para o potencial filho (6%); filho não desejado (5,3%) e pressão para IVG (1,3%). Sobre o período gestacional a grande maioria fez o aborto entre quatro e nove semanas (94,7%) e uma minoria quando das dez semanas (5,3%). A decisão para a realização do aborto foi compartilhada em 95,3% das ocasiões com pessoas significativas, segundo as próprias mulheres, sendo que 72,7% com o namorado ou companheiro, 29,4% com amigas e 25,9% com a mãe e/ou o pai (...)”

⁵⁴ MATOS, Maurílio Castro de. *A Criminalização do Aborto em Questão*. Coimbra: Almedina, 2010. p. 65: “(...) A legalização do aborto está inscrita na luta do movimento pela emancipação das mulheres, ligada diretamente aos direitos humanos, com a compreensão de que mulheres e homens são sujeitos de sua história. Toma como centro, também, do seu argumento as condições desumanas a que essas mulheres são submetidas quando realizam o aborto clandestino e alta taxa de complexação do quadro de sua saúde e mesmo de mortes derivados deste cenário de clandestinidade. (...) Contudo, o pagamento pelos servidos públicos de saúde é a contradição dos direitos, afirma a desresponsabilidade do Estado para com os seus cidadãos e coloca os serviços de saúde como um produto a ser consumido conforme as possibilidades financeiras de cada um.”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, Wiliam. Interrogantes Bio-antropológicos sobre el Aborto. Disponível em: www.unipa.it/viola/Etica_de_los_derechos.pdf. Consultada em 06 de janeiro de 2014.
- DINIZ, Debora. Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: LetrasLivres, 2004.
- ERLANDSON, Doug. Bioethics Basics: A jargon-Free Guide for Beginners. Kindle Edition. November 18, 2012.
- FAÚNDES, Anibal. Prefácio. DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: LetrasLivres, 2004.
- FERNANDES, Bernardo Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. 5 ed. rev. amp. at. Salvador: Juspodivm, 2013.
- HANSON, S. J. e BURKE, Anne E. Controle de Fertilidade, Contracepção, Esterilização e Aborto. In: JOHNSON, Alaina e UEDA, Stefanie. Doença Trofoblástica Gestacional. HURT, K. Joseph, GUILLE, Matthew W., BIENSTOCK, Jessica L., FOX, Harold E. e WALLACH, Edward E. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins. Tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- MARINO JÚNIOR, Raul. Bioética global: princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos, 2009.
- MATOS, Maurílio Castro de. A Criminalização do Aborto em

Questão. Coimbra: Almedina, 2010.

MCNAIR, Tiffany e ALTMAN, Kristiina. Abortamento e Perda Gestacional Recorrente. In: In: JOHNSON, Alaina e UEDA, Stefanie. Doença Trofoblástica Gestacional. HURT, K. Joseph, GULE, Matthew W., BIENSTOCK, Jessica L., FOX, Harold E. e WALLACH, Edward E. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins. Tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Antecipação Terapêutica do Parto: Uma releitura jurídico-penal do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, Debora e RIBEIRO, Diaulas Costa. Aborto por Anomalia Federal. Brasília: Letras-Livres, 2004.

SILVER, Roberto M. Morte Fetal. In: QUEENAN, John T. Gestação de Alto Risco: Diagnóstico e tratamento baseados em evidências. Tradução: Raynsa Galvão e Sérgio H. Prezzi. Porto Alegre: Artmed, 2010.