

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO**

VANESSA MEDEIROS RODRIGUES

**ABORTO:
OS TRÂMITES LEGAIS PARA SUA EFETIVIDADE**

SOUSA-PB

2015

VANESSA MEDEIROS RODRIGUES

**ABORTO:
OS TRÂMITES LEGAIS PARA SUA EFETIVIDADE**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento à exigência para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Da Luz Olegário

Co-orientadora: Prof. Ms. Ana Carolina de Souza Pieretti

SOUSA – PB

2015

VANESSA MEDEIROS RODRIGUES

**ABORTO:
OS TRÂMITES LEGAIS PARA SUA EFETIVIDADE**

Monografia apresentada ao curso de Direito da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento à exigência para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: __/__/__

Prof^a. Dra. Maria Da Luz Olegário - UFCG
Orientadora

Prof^a. Ms. Ana Carolina de Souza Pieretti

Nome – Titulação - Instituição
Examinador (a)

Nome – Titulação - Instituição
Examinador (a)

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres mortas pela falta de informação, pelo preconceito e pela intolerância religiosa;
Às milhares de mulheres dizimadas e amputadas em silêncio e pelo silêncio inexato de todas as pessoas;
Às crianças que existem em vidas miseráveis e que, nem sequer são consideradas pela sociedade como qualquer coisa;
Às crianças marginalizadas pela hipocrisia social.

AGRADECIMENTOS

À minha avó Dina, uma senhorinha de 15 anos, pelos cuidados a mim oferecidos com todo carinho e paciência, pelas lembranças sobre como a vida é boa, mas difícil.

Ao meu pai Carlão, pela dedicação e amor concedidos ao longo de tantos anos, pelo esforço em formar uma família sempre prezando pela justiça e honestidade.

À minha mãe Vera, pelos sorrisos, abraços e confortos que tanto me abrigam em todos os momentos.

Aos meus irmãos Valéria e Carlos Alberto, pelas risadas e cumplicidades.

À minha orientadora, fundamental na realização dessa pesquisa, uma pessoa extremamente acolhedora e competente, por quem tenho uma enorme admiração.

À minha coorientadora, minha amiga linda e irreverente, companheira da vida e da luta.

Aos professores que tive durante o curso de Direito, que foram primordiais na minha formação acadêmica e também na vida. Sinto-me grata pela partilha de conhecimento, pelos sermões, pela paciência e pelos incentivos.

À minha companheira de pesquisa e amiga, Isabela Vieira, sempre me lembrando que é preciso lutar contra as injustiças sociais, mostrando que é possível mudar um pouquinho do coração das pessoas com atenção e acolhimento. Àquela que não me permite esquecer a essência das coisas com os seus “porquês” inesperados.

À minha Filha do Carbono, Ana, amiga-irmã de todas as horas e aventuras, e que mesmo impacientemente me ensina tanto sobre as efemeridades da vida.

Ao meu Gato, Bruno, que mesmo desajeitado, me ajuda há muito tempo a aturar o mundo. Meu parceiro, dessa vida, de outras mais.

À minha ilha, Vanessa Lira, Isadora Dias, Letícia Kellen e Gustavo Dias, pelo refúgio, carinho, amor e longas viagens (mesmo quando sequer saíamos do quarto).

À Luymara, que alegra a minha vida desde sempre, com suas risadas extravagantes e seu jeitinho carinhoso de me dizer que vai me matar caso eu não saia com ela. Sem dúvidas, é uma amizade pra vida toda, em quem posso confiar e amar.

Aos colegas que fiz durante o curso, pela amizade e irmandade. Em especial à Tayanne Oliveira, Jorrana Campos, Luiza Catarina, Karolinne Santeza, Thaysa Araújo, Vanessa Érica, Ana Paula, Mariana Xavier, Thiago Urquiza, Silas Marçal, Alexia Moreno, Brena Santos, Alanne Eugenia, Filipe Furtado e Pedro Fernandes. Sentirei falta do nosso contato diário, com tantas risadas e alegrias.

Aos meus amados colegas de viagens e companheiros da vida: Polyanna Figueirêdo, Victor de Saulo, Renato Filgueira, Renata Elisa, Rafael Fonseca, Lyvia Raquel e Bruno Avelino. Pessoas por quem tenho um enorme apreço e admiração.

Ao meu companheiro de vida Sylvio Gonçalves, a quem tanto amo e admiro. Minha gratidão pelos mundos fantásticos que costuma me guiar, pela doce amizade que me concede, por me proporcionar tantas alegrias e reflexões, por me fazer acreditar em outras formas de amor, enfim, por fazer sentir-me tão bem.

Nada, portanto, nos limitava, nada nos definia, nada nos sujeitava; nossas ligações com o mundo, nós é que as criávamos; a liberdade era nossa própria substância.

Simone de Beauvoir

RESUMO

Considerando toda a historicidade, sabe-se que a figura feminina sempre esteve cercada pelo sexismo que, como tal, controla a forma como a mulher deve ver/ter a si e como esta deve se [im]pôr no mundo, acreditando-se objeto de realização do Outro. A dominação masculina aos corpos femininos dita regras de como a mulher deveria se comportar em relação ao seu próprio corpo, inculcando no imaginário social que essa mesma mulher é detentora de um corpo biologicamente voltado ao cuidado e reprodução e por isso não lhe é possível dispor dele, mas observá-lo como se fosse um “patrimônio da humanidade”. O controle ao abortamento é, dessa forma, particularizado como um modo de dominação masculina, tendo em vista a total ausência de autonomia reprodutiva e sexual decorrente e que impõe à mulher uma determinada monitorização, visando, assim, legitimar o ideal biológico de que a mulher é naturalmente um ser criado para reproduzir a espécie e a ela servir. Assim, é necessário analisar as consequências da precariedade de regulamentação acerca do abortamento da gestação nos casos prescritos no art. 128 do Código Penal Brasileiro e na ADPF 54 que, embora previstos legalmente como não puníveis, encontram dificuldade sociais e institucionais para que sejam realizados. Isto posto, o presente estudo visa demonstrar, a partir de pesquisa bibliográfica de doutrina especializada e legislação referente: decreto-lei, decisões, portarias, normas técnicas, etc. e método dedutivo que no Brasil, esse controle ainda é bastante real, mesmo levando em consideração as hipóteses em que o abortamento é permitido na legislação penal, mas não é garantido de forma ideal a partir do momento em que as informações às mulheres são escassas, os poucos serviços de atendimento existentes são extremamente precários e, aos prestadores desse serviço cabe uma objeção de consciência que muito decorre de ideais machistas. Os resultados a que se chegou é que as mulheres vêm sendo obrigadas à manutenção das gestações em qualquer caso, seja pela criminalização da prática, seja pela ausência de garantias a sua realização.

Palavras-chave: Dominação masculina. Reprodução sexista. Abortamento.

ABSTRACT

Considering all the historicity, it is known that the female figure was always surrounded by the sexism, which controls the way of the woman sees/ and have herself and how she must inflict herself in the world, believing that she's an object of others realization. The male domination over the female bodies dictates rules of how the woman should behave related to her own body, instilling on the social imaginary that this woman is owner of a biologic body designated to care and reproduction, and for that is not possible to dispose of it, but to watch it like it was a "heritage of humanity". The abortion control is, in this way, particularized as a way of male domination in view of the total absence of reproductive and sexual autonomy recurrent, imposing the woman to a determinate monitorization in order to legitimate the biological ideal that the woman is a natural being created to reproduce the species and to serve it. This way is necessary to analyze the consequences of the precariousness from the regulamentation about abortion of pregnancy in the prescribed cases of 128 article from the Brazilian Penal Code and in ADPF 54 that, although legally provided as non punishable, finds social and institutional difficulties towards being realized. According to what was said before, the present study aims to demonstrate, from bibliographic research of specialized doctrine and concerning legislation: law-decree, decisions, ordinances, technical standards, etc. and deductive method that, in Brazil, this control is very real, even taking by consideration the hypothesis that abortion is allowed in the penal legislation, but it's not guaranteed of an ideal form from the moment that the information for the women are scarce, the few care services existing are extremely scarce and for the service providers it's up an objection of conscience that stems from macho ideals. The results that has come is that the women are being obligated to pregnancy maintenance in any case, coming from the practical of criminalization or by the absence of guarantee of its realization.

Key words: Male domination. Sexist reproduction. Abortion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 AS MULHERES E A HISTÓRIA: DISCRIMINAÇÃO E REPRODUÇÃO HUMANA SEXISTA	10
2.1 O CORPO FEMININO	24
2.2 OS MOVIMENTOS FEMINISTAS	29
2.3 A MATERNIDADE COMO ESCOLHA	35
3 ABORDAGEM TÉCNICA DO ABORTO	38
3.1 MORTALIDADE MATERNA	44
3.2 O USO DO MISOPROSTOL	47
3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL	51
4 ASPECTOS LEGAIS: ABORTO E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	55
4.1 A LEI VIGENTE	57
4.1.1 Aborto Necessário, Terapêutico ou Profilático.	60
4.1.2 Aborto Sentimental, Humanitário ou Ético	61
4.1.3 Aborto Eugênico, Eugênico ou Piedoso	66
4.2 A PORTARIA Nº 415 E O RETROCESSO	69
5 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

1 INTRODUÇÃO

A referente pesquisa que visa à conclusão do curso de Direito, tende finalisticamente explorar a problemática do aparato estatal aos abortamentos previstos legalmente como possíveis, a partir do seu desenvolvimento empírico tendo como base quais os trâmites legais que devem ser tomados e quais os que realmente são postos em prática, tornando mais claro o abismo existente entre esses dois parâmetros: teoria e prática.

A pesquisa foi desenvolvida com base no método dedutivo, combinado com pesquisa bibliográfica de doutrina especializada, jurisprudência e legislação referente ao tema a saber: leis, decisões do Supremo Tribunal Federal, doutrinas penais, normas técnicas, pesquisas e manuais de obstetrícia.

Dessa forma os problemas focados na pesquisa se caracterizam nos seguintes questionamentos: Quais os trâmites legais para a efetivação do aborto previsto legalmente no Brasil? E quais os problemas encontrados pelas mulheres que buscam os serviços fornecidos pelo Estado para a realização da interrupção da gravidez nas hipóteses em que a lei autoriza?

Assim, a escolha do tema em questionamento foi definida levando em consideração a grande necessidade de discursos com mais embasamentos científicos e acadêmicos, tendo em vista a total ausência desse patamar de discursos em ambientes intrinsecamente sociais, visando atingir questionamentos e discussões não só na academia, mas também nas populações diretamente atingidas.

A regulamentação dos serviços que assegurem o aborto legal é hoje uma das maiores lutas dos movimentos feministas no Brasil, considerando o número elevado de mulheres de todos os níveis e classes sociais atingidas pela ausência estatal. Mesmo sem o apoio do Estado, as mulheres continuam realizando a interrupção da gestação de forma insegura, o que as leva a situações muito mais gravosas.

O fato de bastante notoriedade na pesquisa consiste no sentido de que os direitos das mulheres se encontram sempre incorporados às pautas das campanhas eleitorais, principalmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. O aborto é pontuado como plano de governo onde os candidatos disputam qual deles é mais contrário à questão.

E nessa discussão, o direito de decisão sobre o próprio corpo, que deveria estar no âmbito da vontade exclusivamente da mulher, está ficando cada vez mais suprimido. Nesse debate, a opinião feminina não é levada em consideração, embora não impeça que os abortos continuem a acontecer, e que os seus números continuem crescentes, fazendo com que a estatística de mortes maternas por ano também aumente.

Dessa forma, é possível observar com bastante clareza que a maternidade vem sendo tratada como punição à mulher que engravidou sem que houvesse planejamento, pois na sociedade patriarcal além de ter sua sexualidade controlada, ela tem negada a sensação de prazer sexual, tido como socialmente imoral.

A mulher, que teve uma inferioridade declarada e incutida na sociedade paternalista desde os primórdios das relações sociais, vem com deveras vigor pleitear para ter seus direitos equiparados aos direitos masculinos, com observância ao princípio da igualdade, constitucionalmente assegurado, em que a é preciso alcançar e equilibrar a medida da desigualdade inerente à natureza humana.

É axiomático que as mulheres não vêm ganhando tanto espaço quanto a mídia brasileira vem a expor socialmente, no entanto a liberdade da mulher, em constâncias da pós-modernidade, continua sendo condicionada a vontade dos homens, do fundamentalismo religioso, das leis e de toda e qualquer outra coisa que não seja sua vontade própria e espontânea.

O aborto, em caso de risco à saúde da mulher e nos casos de gravidez decorrente de estupro, já são previstos como possíveis no Código Penal, mas apenas no ano de 2012, o poder judiciário, por meio do Supremo Tribunal Federal (STF), protagonizando em lugar do legislativo, veio a tornar ausente o crime de aborto no caso de gravidez de fetos anencéfalos, deixando livre o direito de decisão da mulher em querer ou não que seja feita uma antecipação terapêutica do parto, cientificamente tratada como abortamento da gravidez, asseverando a incompatibilidade com vida presente num feto anencéfalo, sendo, pois, acrescentada tal hipótese às outras já mencionadas no Código Penal.

A relevância da discussão é inegável, pois deve levar em consideração as consequências que são sofridas pela falta de amparo estatal não apenas às mulheres que se encontram em classes sociais desfavorecidas, mas principalmente, pois não têm onde buscar informações corretas e sem estas não podem pleitear os poucos direitos que possuem.

Por conseguinte, fica clara a necessidade de mais esclarecimentos do ponto de vista dos movimentos sociais, que são os meios onde estão inseridas as maiores possibilidades de conquistas, e que são vistos como o transporte de informações mais eficientes para as classes menos abastadas e que estão à mercê do descaso estatal.

Visando nesse sentido apresentar a sociedade enquanto reprodutora de um sexismo que conduz as mulheres à subordinação psíquica e corporal; avaliar os impactos da ausência de informação sobre os procedimentos a serem tomados no caso em que o aborto é permitido legalmente; analisar quais os estigmas que sobrecarregam a mulher que se enquadram nas situações previstas no art. 128 do Código Penal; discutir sobre a problemática que envolve de um lado a permissão legal do aborto em alguns casos, mas, em contrapartida, a falta de regulamentação e aparatos necessários ao atendimento; e, debater sobre as dificuldades encontradas pelas mulheres que buscam o aparato estatal.

O capítulo inicial “AS MULHERES E A HISTÓRIA: DISCRIMINAÇÃO E REPRUDUÇÃO HUMANA SEXISTA” faz uma breve abordagem histórica da vivência feminina, ressaltando os diversos pontos de vista que cercam o corpo feminino e o caráter da reprodução humana como tarefa primordial desse corpo. Também destaca a importância dos movimentos feministas para o protagonismo da mulher dentro da história humana. Fazendo-se possível observar ainda a total imposição social à maternidade, que faz com que esta não se realize pela escolha da mulher.

Já o capítulo posterior que trata de uma “ABORDAGEM TÉCNICA DO ABORTO” diz respeito aos conceitos cientificamente considerados de abortamento, abordando as classificações do aborto e fazendo distinções terminológicas necessárias à uma melhor compreensão. Versando acerca do uso do medicamento misoprostol como um aliado das mulheres na prática abortiva mais segura e de como sua utilização vem a diminuir o índice de mortalidade materna, também exposta neste capítulo. Assim, analisando como se dá o serviço de atendimento ao aborto legal no Brasil, a partir do que é realmente assegurado legalmente.

O último capítulo é responsável por uma discussão legal: “ASPECTOS LEGAIS: ABORTO E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA”. Aponta as possibilidades de abortamento previstas no texto do artigo 128 do Código Penal de 1940, confrontado brevemente aos princípios constitucionais, trazendo as interpretações doutrinárias necessárias a sua complementação. Destacando, assim, a ausência de aparato

estatal às mulheres que se encontram protegidas pelo texto legal, mas negligenciadas pelo Estado, e o pouco interesse popular em recepcionar eventuais melhorias aos atendimentos dos serviços de aborto legal.

2 AS MULHERES E A HISTÓRIA: DISCRIMINAÇÃO E REPRODUÇÃO HUMANA SEXISTA

Como manifestamente sabido, a história das mulheres sempre esteve submetida ao crivo masculino, já que substantivamente escrita por homens, o que manteve as mesmas excluídas dos relatos mais meritórios da historicidade, sendo notáveis os aspectos da dominação masculina também nesse prisma da representação do feminino.

A história oficial das mulheres sempre foi preterida nos relatos históricos necessários, e a preocupação dos historiadores em dedicar-se a historicidades que, assim como a da mulher, outrora foram destituídas de importância (no caso dos negros, do proletariado, etc), surgiu no final do século XX, mais especificamente na década de 1980, definindo um campo específico de pesquisa, que a partir de então vem sendo fortalecido, fazendo com que o conhecimento relativo à mulher seja observado de forma a contrapor os arquétipos impostos pelo ideal do “grande homem”, tão permeados durante a história ocidental (SILVA, 2008).

Conforme observa Tânia Maria Gomes da Silva (2008, p. 224) não houve cuidado algum em incluir os interesses e preocupações do sujeito feminino dentro da narrativa histórica, e tal silêncio esteve constante mesmo na historiografia de países como a França e os Estados Unidos da América, lugares onde os contextos históricos de busca pelos direitos da mulher e do próprio reconhecimento da igualdade de gênero vinham sendo cultivados a muito mais tempo do que vêm a intercorrer em países latino-americanos, ficando ainda mais a ideia de inferioridade biológica que às mulheres estava relacionada, como por exemplo,

no imaginário da sociedade brasileira no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o sexo feminino aglutinava atributos [...] que colocavam as mulheres como responsáveis por toda beleza e bondade que deveriam impregnar a vida social (ALMEIDA, 1998, p. 17).

A partir de então foi sendo descoberta a importância dessa “revolução” do feminino¹ para a própria ascensão na busca da construção e posterior desconstrução histórica, no sentido de inserir-se num meio tido como nitidamente masculino, surgido de forma mais visível com a Segunda Guerra Mundial, onde os espaços costumeiramente adotados por homens vão sendo esvaziados, mas, em contrapartida, compostos por mulheres que mostram disposição em exercer os ofícios anteriormente designados aos homens, desvelando dessa forma, uma enorme agilidade em desempenhar com maestria os ofícios até então destinados apenas ao denominado Primeiro Sexo, revelando a capacidade da mulher em executar sem maiores controvérsias todos os ofícios que não o doméstico.

As mulheres demonstraram uma maior habilidade e facilidade para aprender a lidar com o maquinário das fábricas, além de sua docilidade que facilitava sua modelagem aos ideais propostos na dinâmica de exploração capitalista, sofrida inclusive em países com desenvolvimento elevado. O trabalho feminino tornou-se uma verdadeira contribuição ao sistema capitalista, tendo em vista a alta produtividade visada, o que gerou a exploração do trabalho feminino, assim como ocorreu com o trabalho infantil².

Mas, é necessário ressaltar que essa “revolução” do feminino já existia, mesmo antes da Segunda Guerra Mundial despontar, e foi a partir desse contexto histórico que sua percepção tornou-se insofismável. E é a partir dessa primeira “revolução” em fins de se buscar a cidadania, somente destinada à figura masculina, que emerge na França, em 1791, a Declaração dos Direitos da Mulher e Cidadã³ e, na Inglaterra, em 1792, a Vindicação dos Direitos da Mulher⁴, embasada em lutas sociais pelo direito a uma cidadania mais ampla, já que, conforme ressalta Márcia Larangeira Jácome (2007, p. 189),

o final do século XVIII foi período histórico marcado pela instituição da Cidadania como marco da Modernidade, e cujo maior símbolo foi a Revolução Francesa, *tal projeto de cidadania tinha como referência o homem branco e proprietário*, mostrando-se devedor das teorias sociais que

¹ Não se trata da revolução feminista propriamente dita, pela busca de direitos, mas de uma revolução mais genérica e inicial, um despertar, de onde deflagram as bases para um posterior processo de lutas.

² “[...] o modo de produção capitalista se sustenta pela reprodução não ‘valorizada’ realizada no espaço privado [...]” (VALDIVIESO, 2013, p. 31).

³ Olympe de Gouges, 1791.

⁴ Mary Wollstonecraft, 1792.

naturalizavam as relações de poder entre os sexos, e essas teorias relegavam as mulheres ao estado de natureza, ao passo em que consideravam os homens no âmbito da cultura e, portanto, partícipes do contrato social civilizatório, ainda que as mulheres tivessem participado intensamente desses movimentos, se viram excluídas do contrato social. (grifo nosso)

Doravante, a desigualdade entre gêneros começou a ser cada vez mais acentuada e perceptível pelo sujeito feminino como injusta, fazendo com que viesse a servir de parâmetro para as reivindicações postas em pauta de luta. De fato, o próprio conceito de gênero, que para Scott trata-se de um processo socialmente construído, está atribuído ao feminino, como se este precisasse de uma complementação diante do masculino - que já é tido como absoluto e supremo diante de toda possibilidade de gênero humano -, pois o *ser* homem é tido como o social e biologicamente natural.

Ademais, a luta das mulheres não é comparável a nenhuma outra luta na sociedade, como a do proletariado, dos judeus, dos negros, pois, diferentemente, as mulheres sempre existiram; consoante ao que preceitua Beauvoir (1970, p. 13 e 23) uma mulher vem tratar a si como necessidade de complementação e não como o Sujeito em si, “o laço que as une a seus opressores não é comparável a nenhum outro, e a divisão dos sexos é, com efeito, um dado biológico e não um momento da história humana”, ou seja, não é possível caracterizar na luta das mulheres o caráter de grupo minoritário perseguido por uma maioria que impõe sua lei, o que há, na verdade é uma submissão absoluta da mulher ao homem, e “o que define de maneira singular a situação da mulher é que, sendo, como todo ser humano, uma liberdade autônoma, *descobre-se e escolhe-se* num mundo em que os homens lhe impõem a condição do Outro” (grifo nosso).

As mulheres são definidas como seres *para* o Outro e não como seres *com* os outros, pois ao longo dos séculos “as mulheres têm servido de espelhos dotados do mágico e delicioso poder de refletir a figura do homem com o dobro de seu tamanho natural.” (WOOLF, 1928, p. 45). Dessa forma foi sendo naturalizada a ideia de que a mulher é feita biologicamente para o dever de cuidado, e não para um dever-ser em si. Dava-se a ideia de que à figura masculina eram cabíveis os assuntos referentes à vida pública, enquanto às mulheres, como forma de dominação patriarcal, eram incumbidos os afazeres da vida privada que se resumem no cuidado com a casa, os

filhos, o marido etc., mas, efetivamente, é o homem quem domina tanto nos espaços públicos como nos privados, pois mesmo nos espaços privados, tidos como predominantemente domésticos, a identidade feminina continua se referindo ao outro e não ao sujeito em si.

Segundo Villela, Oliveira e Silva (2008, p. 47) “o que se chama de espaço privado das mulheres pode ser entendido, de fato, como um espaço de privação”, tendo em vista que as mulheres não expressam seus sentimentos e vontades, elas estão sempre sujeitas à necessidade do outro e os seus problemas não são vistos como problemas verdadeiramente, há uma desvalorização completa do espaço feminino, pois enquanto

as mulheres são inferiorizadas socialmente, os seus problemas cotidianos também não são considerados “sérios”, pois dizem respeito ao mundo dos sentimentos, da família ou das relações próximas. A dedicação a casa e à família que é cobrada às mulheres, mesmo as das classes médias altas, escolarizadas e profissionais, não é significada socialmente como uma tarefa complexa e que exige várias habilidades. Ao contrário, é entendida como “dom” feminino, exercido “naturalmente” e sem esforço e que, portanto, não pode ser tido como causador de problemas de saúde mental, estresse, ou desconforto psíquico (VILLELA; OLIVEIRA; SILVA, 2008, p. 47).

Assim é possível solidarizar que a compreensão de que à mulher cabe o domínio do espaço privado é mais uma forma de dominação do masculino, haja vista, o espaço ser predominantemente doméstico, a mulher se devota ao outro e não é sujeito da vontade em si, mas sim de uma vontade exterior.

É nesse cenário, onde a desigualdade de gênero domina que há de se falar em uma naturalização de um “instinto materno” como sendo algo inerente à figura da mulher, sendo que, no entanto, conforme afirma Simone de Beauvoir (1967, p.9), não se nasce mulher, torna-se.

Notoriamente, esta não é uma questão vislumbrada no seio de uma sociedade patriarcal, e sim o que se constata num ideal imposto já às crianças quando em tenra idade, que é o fato de ganharem presentes de acordo com seu sexo biológico e conforme a finalidade pretendida, às meninas é dada bonecas, que conseqüentemente, devido tais estímulos externos, passam a identificar

que o cuidado das crianças cabe à mãe, é o que lhe ensinam; relatos ouvidos, livros lidos, toda a sua pequena experiência o conforma; encorajam-na a encantar-se com essas riquezas futuras, dão-lhe bonecas para que tais riquezas assumam desde logo um aspecto tangível. Sua "vocação" é-lhe imperiosamente ditada. Pelo fato de a criança se lhe apresentar como seu quinhão, pelo fato também de se interessar mais do que o menino pelos seus "interiores", a menina mostra-se mais particularmente curiosa do mistério da procriação; ela deixa rapidamente de acreditar que os bebês nascem nos repolhos ou são trazidos por cegonhas; principalmente nos casos em que a mãe lhe dá irmãos ou irmãs, logo aprende que os filhos se formam no ventre materno. (BEAUVOIR, 1967, p. 24, grifo nosso)

Destarte, corrobora-se que a alteridade predominante nas relações de gênero tem sua gênese na educação familiar, onde se confirma e estabiliza numa naturalização da vida dos sujeitos, fazendo-se denotar sua real influência nas relações sexuais, pois existe uma sujeição feminina às escolhas masculinas, devendo a mulher cultivar um pudor de seu corpo que lhes é imposto pela sociedade patriarcal sob o argumento de ser algo inerente à feminilidade, cabendo à mulher, exclusiva e impessoalmente, a função da reprodução, tal qual uma máquina onde o princípio da vida é gerado pelo homem, o falo, enquanto o útero não passa de "um abismo sem fundo no qual o homem se esgota, deixa sua força e sua vida" (PERROT, 2003, p. 20). Gutiérrez (1985, p. 37) preconiza ainda que

a indagação sobre o "ser feminino", ou sobre o conjunto de qualidade que caracterizam a "feminilidade", conduz à verificação de que tais características não decorrem de uma "essência" metafísica, nem correspondem a tendências determinadas pela "natureza". Na cultura de dominação masculina, as "qualidades" femininas são adquiridas ao longo de um processo de aprendizado, que a ideologia do sistema patriarcal impõe ao estabelecer padrões rígidos de "masculinidade" e "feminilidade", de acordo com os quais cabem ao "segundo sexo" a alteridade, a inferioridade, a passividade e a submissão.

Matos, citando Machado, assevera que

a sexualidade feminina era condicionada ao instinto maternal, como o equivalente feminino ao instinto sexual do homem. Representava-se a mulher grávida como símbolo da maternidade, e simultaneamente da

virilidade do marido, apregoava-se a virgindade como elemento da pureza de sangue, perpetuação do nome e da propriedade familiar, garantia da saúde da prole e de manter distante o perigo venéreo. Surgem mais duas representações estereotipadas da natureza da mulher: a passiva e sexualmente inocente e a mulher perigosa sexualmente, identificada com a prostituta (MATOS apud MACHADO, 1925. p. 117).

Ou seja, quando se tenta exprimir o que seria o “tornar-se mulher”, são levadas em consideração as condições de vida subjetiva e objetiva da mulher, desde a manutenção de um aprendizado inferiorizante até a ideia do que se espera da mulher, impedindo-a de se desenvolver como um ser humano em seu potencial total.

A submissão feminina está, de tal forma enraizada, que se faz necessário analisar novamente a conjuntura da Revolução Francesa para perceber que esta submissão encontra-se para a sociedade como um círculo vicioso, pois com a promulgação do Código Napoleônico de 1804⁵ é possível se vislumbrar uma confirmação do sistema capitalista com a ascensão da burguesia, conjuntamente a uma homologação ainda mais precisa da opressão ao sujeito feminino, pois mesmo que nascida antes desse momento histórico, a opressão só veio se confirmar com ainda mais veemência depois do Código em questão, tendo em vista que a divisão sexual do trabalho⁶ juntamente com a instituição da propriedade privada e do patriarcado configurou-se uma das maiores perdas dentro da luta feminina.

Destarte, é insigne que partindo de uma observação histórica da opressão da mulher desde a Idade Média as distinções feitas entre o sexo masculino e o sexo feminino advém da própria educação socialmente desigual concedida a ambos, doravante a observação do sexo, e não da própria natureza como essência e condição própria dos seres. Dessa forma, as ideias apontadas por Gutiérrez (1985, p. 31) se confirmam no sentido de que

é preciso protestar contra a “morte civil” da mulher, contra sua exclusão das funções econômicas e políticas; é preciso recusar a dupla moral sexual e reivindicar, para as mulheres, o direito ao prazer fora do casamento;

⁵ Tal legislação previa a afirmação do princípio da inferioridade da mulher, tornando-a um ser civilmente incapaz por toda a vida, sendo dessa forma, submetida ao homem. Por isso é tida, historicamente, como o documento que veio a decretar a morte civil da mulher.

⁶ “A divisão sexual do trabalho é considerada como um aspecto da divisão social do trabalho, e nela a dimensão opressão/dominação está fortemente contida. Essa divisão social e técnica do trabalho é acompanhada de uma hierarquia clara do ponto de vista das relações sexuadas de poder.” (HIRATA, 2002, p. 280)

vincular a libertação das mulheres à luta pela libertação de todos os trabalhadores e à luta pela paz [...] na luta das mulheres estão incluídas as necessidades de toda a sociedade e de que o triunfo da democracia depende da participação efetiva de todos.

Não obstante, o gênero feminino encontra-se em uma situação que lhe é socialmente imposta, onde suas reivindicações ainda são vistas e palpáveis como meramente utópicas, como algo que provêm de puro “exagero” e “histeria” feminina; assim a mulher é levada às discussões morais da sociedade como sendo

uma soma desarrazoada de atributos positivos e negativos [...] que a transforma num ser moral e socialmente perigoso, devendo ser submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que assegurassem o cumprimento do seu papel social de esposa e de mãe; o que garantia a vitória do bem sobre o mal [...]. (ENGEL, 2012, p.332)

Ocorre que a valorização social da mulher não é vista como benefício e avanço à democracia dentro do universo patriarcal, e sim como ameaça ao poder concentrado no “Primeiro Sexo”, pois é na dominação da mulher, em todos os níveis, que se continua a fazer com que elas venham a aceitar uma imposição transformada em uma espécie de “dever” perante toda a sociedade.

Cavalcante e Buglione (2008, p.126) instituem que “a diferença da anatomia sexual de homens e mulheres é um fato, mas os papéis sociais de homens e mulheres, assim como as desigualdades de oportunidades, de poder, entre outros, não derivam efetivamente de tais diferenças”, ou seja, a diferença existente encontra-se pautada em um ideal criado pela própria dominação patriarcal, física e intelectualmente, e em nada se relaciona faticamente com a diferença biológica em si, do contrário, utiliza tal diferença para justificar o papel social de cuidado que lhes é dado. Para Vânia Vicente (2013, p.78)

tendo em vista a imanência da fragilidade ao acontecimento humano e visto que tal acontecimento é, queiramos ou não, radicado no social, o *cuidado* – tradicionalmente atribuído a coisas menores, “sensíveis” e por assim dizer, de cunho privado/doméstico, donde a delegação de tal tarefa às mulheres e, igualmente, sua refutação por parte delas -, em sentido ontológico/originário, teria na política um dos seus domínios, uma vez que deve ser desvinculada da atitude de cuidado por excelência, a fim de instituir a igualdade na esfera pública, mas é o cuidado, nos termos em que

falamos acima, que deve se expandir, dando outros contornos à experiência política.

Entretanto, no período colonial brasileiro, o pouco conhecimento médico-científico acerca do corpo feminino que existia estava voltado à reprodução, revelando a supervalorização de uma “essência feminina” criada por um jogo de interesses, consoante se confirma nas palavras de Mary Del Priore (2012, p. 82 e 83)

Os documentos científicos da época (tratados, manuais, receituários) revelam o enorme interesse pela madre (nome dado ao útero) e a consequente obsessão em compreender seu funcionamento. O próprio mapeamento da anatomia do útero submetia-se ao olhar funcionalista dos médicos, que só se referiam ao que importava para a procriação. [...] No entender de muitos médicos da época, a mulher não passava de um mecanismo criado por Deus exclusivamente para servir à reprodução.

Ademais, a mulher encontra-se num durável e contínuo processo de objetificação do seu corpo, voltado à sexualidade que visa a própria reprodução como fundamento. Foucault (1977, p. 114) em seu livro *História da sexualidade I – A vontade de saber* salienta que

a personagem investida em primeiro lugar pelo dispositivo de sexualidade, uma das primeiras a ser “sexualizada” foi, não devemos esquecer, a mulher “ociosa”, nos limites do “mundo” – onde sempre deveria figurar como valor – e da família, onde lhe atribuíam novo rol de obrigações conjugais e parentais: assim apareceu a mulher “nervosa”, sofrendo de “vapores”; foi aí que a histerização da mulher encontrou seu ponto de fixação.

Ainda, na mesma obra, ele trata essa histerização do corpo da mulher como um dos conjuntos estratégicos usados para o desenvolvimento de dispositivos do saber e do poder no que diz respeito ao sexo, que “institui corpos, define naturezas, pune e estigmatiza tudo que difere das verdades instituídas” (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008, p.147). Foucault (1977, p.99) revela que o

tríplice processo pelo qual passa o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização.

Isto posto, torna-se exequível constatar de forma mais clara a carência de importância dada à sexualidade feminina em si considerada. Até então, entende-se que prazer feminino é negado e colocado em situações opostas a procriação, a forma socialmente aceitável dessa sexualidade feminina deve advir de seu “dever conjugal” onde a frigidez é tratada com normalidade e não como uma consequência provocada pelas práticas sociais, a sexualidade feminina não deve sair do leito conjugal. As fases vivenciadas intimamente pelas mulheres estão sempre sendo suprimidas e colocando-as em situação de inferioridade em relação ao sexo masculino, primordialmente pela ideia de impureza originada pela menstruação, logo após pela ausência do “dom da procriação” causada pela taciturna menopausa (PERROT, 2003).

Há aqui uma política sexual⁷, onde poder e dominação se entrelaçam findando a consolidação de papéis. Para Mayorga e Magalhães (2008, p. 144) essa política sexual

se estabelece pelo papel sexual, ditando e decretando para cada sexo um código de condutas, modos e atitudes fortemente elaborado. Basicamente, historicamente a mulher é relacionada com as funções biológicas e ao homem estaria reservado tudo aquilo que chamamos de propriamente humano, quer dizer, a cultura.

Ou seja, não é possível à mulher decidir sobre sua própria sexualidade, escolher em que momento deve ou não fazer sexo, quando deve se preservar, ou até quando lhe é viável prosseguir com uma gravidez. Conforme as palavras de

⁷ A política, nesse caso, refere-se a um conjunto de relações e compromissos estruturados de acordo com o poder, em virtude dos quais um grupo de pessoas fica sob o controle de outro grupo.

Domingues a esse respeito, “nem sempre as mulheres podem negociar o sexo, ou demonstrar a intenção legítima de se proteger, resultando dessa incapacidade muitas vezes a gravidez indesejada.” (HOUBRE, 2003, p. 95).

É relevante o fato de que a dominação do patriarcado na política sexual afeta fundamentalmente a vida da mulher e a dignidade que lhe é peculiar, tal como um ser que é dotado de direitos e deveres. Analisando de modo mais profundo, Villela, Oliveira e Silva (2008, p. 58) preceituam que

A vida “como ela é” traz uma série de constrangimentos à liberdade sexual das mulheres, incluindo aí o estupro, o incesto e qualquer outra forma de sexo forçado, a recusa de muitos homens em usar preservativos[...]. Todas essas situações representam uma dupla humilhação para a mulher, pelo uso objetual de seu corpo pelo outro e pelas consequências físicas, morais e psicológicas com que ela arca, diante dos outros e de si mesma.

De fato, as diferentes discriminações se confirmam a partir do momento em que é possível enxergar que a própria violência à mulher, durante séculos (ainda permanecendo atualmente), é justificada pela sua “natural” submissão ao ser masculino, como parte da construção sociocultural da feminilidade.

Dessa forma, é possível constatar que toda a história da mulher encontra-se repleta de contradições e descontinuidades, onde ela, tal como ser biológico, histórico e social, esbarra em ideais de sua própria vida que sequer participou da construção, fazendo com que seja vista e também veja a si como uma forma compartilhada, um ser para o outro, acreditando na necessidade de cumprir “mandamentos” sociais e suprir a conveniência do que venha a ser considerado normal para uma mulher, que não teve muitas oportunidades de ser um ser em si, e se constituir socialmente como tal.

Doravante, o direito brasileiro escreve em linhas constitucionais, como Lei Maior a se obedecer, uma igualdade inter gêneros, onde homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e obrigações, onde o voto às mulheres já é possível, e sua não virgindade não é mais causa para a anulação do casamento; as linhas agora preveem uma saúde de qualidade a todos e direitos trabalhistas iguais⁸.

⁸ Estudos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) no ano de 2009 apontam que as desigualdades salariais entre homens e mulheres podem chegar a 30%, isso considerando aspectos

Porém essas liberdades cívicas, de acordo com Beauvoir, tendem a permanecer abstratas quando as mulheres trabalhadoras, na realidade, ainda ganham menos que os homens pelo simples fato de serem mulheres, insistem na abstração a partir do momento em que a essas mulheres lhes é negada a mera autonomia sobre seus próprios corpos, instalam-se quando a verdadeira igualdade de gênero ainda não é assegurada devidamente nem pelo direito brasileiro em si, tampouco pela sociedade e seu direito consuetudinário.

Mesmo diante do século XXI, as mulheres espalhadas pelo mundo ainda têm seus direitos suprimidos, ou sequer são consideradas como sujeitas de direitos, são postas ainda como propriedade do homem, fazendo-se cumprir uma espécie de contrato sexual, que advém de um contrato social ao qual as mulheres não têm acesso.

2.1 O CORPO FEMININO

Conforme assegura Beauvoir (1970, p.73), “biologicamente, os dois traços que caracterizam a mulher são os seguintes: seu domínio sobre o mundo é menos extenso que o do homem; ela é mais estreitamente submetida à espécie”, fatos esses que permitem moldá-las de acordo com as configurações econômicas e sociais.

Em face dos séculos XVI a XVIII, já nos desportares da colonização, o Brasil, refletindo iminentemente os ideais arraigados de religiosidade dos seus colonizadores, equipolente flagra Mary Del Priore (2012, p. 78) um cenário onde

o corpo feminino era visto, tanto por pregadores da Igreja católica quanto por médicos, como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e Diabo e digladiavam. Qualquer doença, qualquer mazela que atacasse uma mulher, era interpretada com um indício da ira celestial contra pecados cometidos, ou então era diagnosticada como sinal demoníaco ou feitiço diabólico. Esse imaginário, que tornava o corpo um extrato do céu ou do inferno, constituía um saber que orientava a medicina e supria provisoriamente as lacunas de seus conhecimentos.

Na contemporaneidade o corpo vem sendo visto de forma centralizada, tendo em vista a observação a partir da experiência de tratar-se de um objeto de admiração e intervenções, especialmente no âmbito da cultura de massa, e que faz parte da própria composição do ser. O corpo é exatamente o que é o ser humano, ou como afirma Breton (2007, p. 7) “antes de qualquer coisa a existência é corporal”.

No entanto, a partir do momento que essa corporeidade se espalha perante a figura do ser histórico, torna-se possível observar reflexões contidas nesse corpo perante a historicidade. Conforme explica Breton (2007, p.7 e 15), os primeiros passos das ciências sociais do século XIX podem traçar uma reflexão feita sobre o caminho histórico realizado pela compreensão da corporeidade humana como sendo um reflexo do fenômeno social e cultural que está inserido: “o corpo é vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída”.

A dessemelhança e discrepância do corpo, como algo uno, inicia-se primordialmente desde que surge o questionamento sobre o que pode o corpo; porquanto o *feedback* se solidifica a partir de um desequilíbrio aparentemente obtido na diversidade sexual de cada indivíduo, desempenhando assim uma série de determinações sociais sobre o que pode o corpo a partir de suas diferenças biológicas, a historicidade do corpo trazendo à superfície o pressuposto à superfície a dominação, não do corpo, mas de um gênero imperante como consequência de suas ações e reproduções.

Dessa maneira, torna-se fático um silêncio que permeia sobre o corpo feminino, durante muito tempo observado como se fosse apenas um objeto reprodutor, onde ao sexo feminino não é razoável a discussão. Não obstante o pudor das mulheres ao seu corpo já se encontra na sociedade patriarcal como sendo uma marca da própria feminilidade. (PERROT, 2003, p.13)

A este respeito cabe observar o corpo da mulher a partir de uma relação deste com a constituição de sua própria existência, analisando o que se mostra como relativo aos traços próprios de sua corporeidade, não só os seus lugares histórico e socialmente considerados, mas também como esses pontos vêm a se relacionar perante as esferas pública e privada, e como se afirma como motivações coerentes para ratificar as desigualdades entre os gêneros.

Dessa maneira preconiza Vânia Vicente (2013, p. 80) que proveniente da ontologia dualista⁹

se atribui à mulher uma relação essencial – identitária – com o sensível, com aquilo que tudo sente e, sentindo, de tudo (e de todos) se ocupa, com uma tendência para a confusão, pouca disposição para a nobreza do discernimento, para as ideias eternas e, neste sentido, incapazes para a atitude de controle – do corpo, da natureza, do... -. Tendência para baixo, pois. Ademais, sendo mulher e homem igualmente corpo, aquele da mulher é mais fraco e imperfeito (Aristóteles, *Geração dos Animais*). Frágil, por assim dizer. Donde o entendimento de que a mulher seria naturalmente inferior e feita para obedecer ao homem (Aristóteles, *Política*), este, o lado superior do binômio, sendo por excelência vinculado à razão. Será na esteira de tal compreensão que Aristóteles – expoente da oposição valorativa desigual na divisão sexual – dirá ser a mulher um homem incompleto, donde o sentido de complementariedade.

A problemática não consiste na vinculação da mulher ao sensível, mas à desvalorização do sensível como elemento intrínseco à figura feminina, além de tomá-la como um ser de pouca ou nenhuma capacidade para a racionalidade, tais pensamentos não leva em consideração a corporeidade em si, mas uma justificativa que venha a confirmar uma simbiose que pouco se relaciona com o corpo e que determina ao corpo feminino uma espécie de caráter enganoso para manter o homem num poder infundado, tal poder fixado no ideal de que ele vem a se exercer a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis (FOUCAULT, 1977, p. 90).

Com efeito, o corpo da mulher é definido ao longo dos anos como sendo uma obra da natureza que finaliza garantir a reprodução da espécie, e esse mesmo corpo encontra-se submerso em zonas de silêncio que vão se aprofundando de acordo com a cultura que se insere. O corpo feminino é envolvido pelo silêncio no espaço público, mas também o é no aspecto privado, pois existe um modelo de pensamento que faz remeter o domínio do espaço privado ao feminino, e do espaço público ao masculino, o que não passa de um falatório. De acordo com o que apontam Villela, Oliveira e Silva (2008, p.47), mesmo

⁹ O dualismo ontológico ou ontologia dualística, proveniente de Platão e Descartes, vem a fazer uma distinção entre as diferentes formas de realidade, sob dois pontos paralelamente opostos.

no espaço privado, que costuma ser entendido como o espaço doméstico, a mulher continua desprovida da condição de sujeito, pois é sempre mãe, esposa, filha ou irmã, ou seja, sua identidade continua referida ao outro, que domina a circulação, a dinâmica de funcionamento e mesmo o espaço físico da casa. [...] o que se chama de espaço privado das mulheres pode ser entendido, de fato, como um espaço de privação.

Nesse sentido, a questão disposta é que o espaço feminino é desvalorizado, às mulheres cabe um papel de espelho do homem para por eles ser considerada como “mulher verdadeira”; eles tinham nos corpos femininos uma forma de consolidar imagens de produtos, e o determinismo biológico da sensibilidade imposto às mulheres como suas características íntimas não as permite ser como queiram, facilitando aos homens a “união” ao feminino, finalizando encontrar a si.

Conforme aponta Simone de Beauvoir (1970, p.230) “a mulher é o Outro em que o sujeito se supera sem ser limitado, que a ele se opõe sem o negar. Ela é o Outro que se deixa anexar sem deixar de ser o Outro.”. Ou seja, a mulher é vista como o caminho para que o homem possa obter alegria e triunfo. Ainda explica que “a mulher é necessária na medida em que permanece uma ideia em que o homem projeta sua própria transcendência; mas que é nefasta enquanto realidade objetiva, existindo por si e limitada a si.” (BEAUVOIR, 1970, p.231).

Embora se busque na mulher um modo de alcançar a si, a dominação ante ela mantinha-se, em todos os sentidos, cultivada pelo silêncio, sobre a consciência de si que lhes foi, por muito tempo, negada. O silêncio dedicado ao corpo da mulher escorria, se enrijecia em sua vida íntima, e se evadia desde as etapas de transformações do seu corpo¹⁰.

A vida sexual da mulher, permanentemente oculta, era completamente diferenciada da reprodução, às mulheres não era normal o prazer, sendo este causa de reprovação, uma vez que

a noite de núpcias é a tomada de posse da esposa pelo marido, que mede seu desempenho pela rapidez da penetração: é preciso forçar a portas da virgindade como se invade uma cidadela fechada. Daí o fato de tantas noites de núpcias se assemelharem a estupros cujo relato é indizível. (PIERROT, 2003, p. 16 e 17).

¹⁰ O início e o fim do período menstrual seriam, frequentemente, considerados como momentos extremamente propícios à manifestação dos distúrbios mentais. (ENGEL, 2012, p. 334)

As raízes que fundamentam o silêncio acerca do corpo feminino se fundam em um pensamento meramente simbólico de diferenciação entre os sexos, por conseguinte Pierrot (2003, p. 20 e 21) dispõe que, outrora, as

representações do corpo feminino, tal como as desenvolve a filosofia grega por exemplo, assimilam-no a uma terra fria, seca, a uma zona passiva, que se submete, reproduz, mas não cria; que não produz nem acontecimento nem história e do qual, conseqüentemente, nada há a dizer. O princípio da vida, da ação, é o corpo masculino, o falo, o esperma que gera, o *pneuma*, o sopro criador. Cavernoso, oculto, matricial, o útero se subtrai. É um abismo sem fundo no qual o homem se esgota, deixa sua força e sua vida. Entre os medos que o homem tem da mulher e que lhe alimentam a ginecofobia, figura o do insaciável desejo feminino que o conduz à impotência. (grifo da autora)

Como forma de ataque, o corpo e a sexualidade femininos eram tidos como sendo um espaço propício à loucura, transpassado por ambiguidades, por isso inspiraram um enorme temor aos médicos e alienistas, servindo assim como um alvo prioritário para as intervenções médicas e psiquiátricas (ENGEL, 2012, p.333).

Havia uma espécie de “manual”, socialmente respaldado, a ser cumprido pelas mulheres, sob pena de não serem consideradas mulheres “apropriadas”, todo esse manual encontra-se pautado no domínio ao corpo feminino e sua sexualidade; tal feito dispõe Fonseca (2012, p. 558) sobre a existência de uma receita necessária para se integrar uma mulher ideal que

envolvia uma mistura de imagens: a mãe piedosa da Igreja, a mãe-educadora do Estado positivista, a esposa-companheira do aparato médico-higienista. Mas todas elas convergiam para a pureza sexual – virgindade da moça, castidade da mulher. Para a mulher ser “honesta”, devia se casar; não havia outra alternativa. E para casar, era teoricamente preciso ser virgem. O próprio Código Civil Brasileiro previa a nulidade do casamento quando constatada pelo marido a não virgindade da noiva.

Hodiernamente, essa “receita” outrora aceita socialmente, ainda permanece imposta às mulheres como normas morais que devem ser cumpridas, principalmente em lugares onde o conservadorismo encontra justificativas para insistir em se resguardar. Segundo leciona Beauvoir, o maior problema é que essas “condutas que

se denunciavam não são ditadas à mulher pelos seus hormônios nem prefiguradas nos compartimentos de seu cérebro: são marcadas pela sua situação.” (BEAUVOIR, 1967, p. 363). A ausência de uma educação em gênero¹¹ ainda facilita as oportunidades de que qualquer fundamento tome formas coerentes e convincentes dentro de discursos misóginos, nos quais a mulher não passa de “uma matriz, um ovário” (BEAUVOIR, 1970, p. 25) a disposição da humanidade. Logo, o silêncio continua a velar os sofrimentos que afligem o corpo das mulheres diante do mundo, seja na busca pela igualdade entre os gêneros, seja na busca do simples direito de ter autonomia sobre seus próprios corpos.

2.2 OS MOVIMENTOS FEMINISTAS

Conforme alude Scott (1986, p. 1067) o gênero nada mais é que “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é uma maneira primordial [primary way] de significar relações de poder”, o que faz transparecer a intenção da autora no sentido de afirmar o gênero como elemento historicamente social pautado, de forma primordial, no que é percebido pelas diferenciações do sexo biológico, categorizando-os como elementos cruciais nas relações sociais de empoderamento.

Já Judith Butler (2007, p. 10) faz valer a afirmação de que o gênero é uma interpretação múltipla dos sexos. Dessa forma, é possível perceber que, diferentemente do sexo, sendo Butler o gênero é algo construído discursivamente. Tal pensamento se apresenta dessa forma devido a direta influencia das feministas norte-americanas, que tinham por escopo fazer cessar o determinismo biológico já carregado pela expressão “sexo”, até então como forma de delimitar o seu aspecto social de distinções.

É nesse ponto que toda uma argumentação equivocada continua sendo constantemente construída no sentido da total equiparação de um dado puramente biológico a uma concepção intrinsecamente social. Essa junção do sexo biológico feminino com o gênero é desde o princípio alvo de discursos infundados, tendo em vista a confusão formada pela falta de informações acerca das posições conceituais

¹¹ “Os estudos de gênero, de um lado, mostraram as lacunas na educação, na saúde, no emprego, que incidem nas possibilidades reais de se ter autonomia e capacidade de participar.” (VALDIVIESO, 2013, p. 18)

de cada um, tendo o gênero assumido a sinonímia equivocada do termo “mulheres”. Dessa forma é admitida, nos diversos ângulos de discurso, a explicação disciplinada na segregação humana feita a partir da ideia de macho e fêmea doravante a constituição sexual, fazendo com que seja esse o único critério a ser observado tanto do ponto de vista científico como do social, sem distinções propriamente ditas.

Assim, os feminismos¹² demonstram o quanto a mulher busca atingir seu reconhecimento como sujeita de direitos, traduzidos nas práticas sociais das políticas feministas, inclinam-se a fazer cessar a dominação e as estruturas de poder através de críticas às formas de opressão, omissão e submissão utilizadas pela sociedade patriarcal, interferido nas dinâmicas da dominação.

A partir do momento em que se toma consciência das formas de dominação sofridas, os grupos feministas tornam-se representantes de todas as mulheres, reivindicando, além da igualdade entre os sexos, a construção de uma identidade feminina que foi ignorada e adulterada pela ordem patriarcal.

Desde sua gênese o feminismo apontou a necessidade de transformar as estruturas de que se valem o poder e a ordem patriarcal, e suas propostas políticas caminham no sentido dessa transformação. Essas relações de poder decorrentes de uma fórmula patriarcal de compor a existência humana geram resistência, tendo em vista serem elas as mesmas que ditam o feminino como base na dominação da existência humana.

Segundo Jácome (2007, p.2) o feminismo é entendido

como pensamento crítico e prática política, portanto, como um movimento político e cultural de transformação social, que tem como projeto político a luta por democracia com justiça social e cidadania plena, isto é, por um projeto de cidadania do qual as mulheres sejam, de fato, partícipes e beneficiárias.

O feminismo é visto como alternativa ético-política para a busca pela equanimidade social e é, de fato, “uma postura política, filosófica, espítêmica profundamente crítica dos paradigmas e das práticas sociais e culturais do Ocidente,

¹² Nesse sentido, a expressão “os feminismos” encontra-se dessa forma para tornar evidente a pluralidade existente dentro do movimento feminista, que fazem com que as outras pautas de luta sejam protagonizadas de forma devida.

construídas a partir da subordinação, da marginalidade e em resistência.” (VALDIVIESO, 2013, p. 9).

Proporcionalmente atesta Amóros (1997, p. 19) que, “el feminismo observa, efectivamente, que la diferencia entre los géneros em las sociedades conocidas hasta ahora se construye en forma de una jerarquía de *status*, jerarquía en la que lo masculino es hegemónico y lo femenino resulta se subordinado”.

Portanto, é cabível compreender a teoria feminista, conforme aponta Valdivieso (2013, p. 9 e 12), como um

conjunto de ideias tecidas em torno à crítica dos valores das dinâmicas patriarcais sobre as quais se estruturam os Estados e as sociedades mundiais, ideias que têm suas origens no século XVIII, quando foram realizadas as primeiras análises políticas sobre a integração social da mulher, no contexto das revoluções que puseram fim à velha ordem. [...] A questão principal é que o reconhecimento jurídico da igualdade para as mulheres se produziu a partir de um marco conceitual que deve ser revisado, porque impede, de fato, o exercício pleno da cidadania das mulheres.

No final do século XVIII o feminismo emerge com as revoluções, num período marcado pela instituição da cidadania na sociedade como resultado de importantes lutas sociais, protagonizadas pela figura do homem branco e proprietário. Nesse momento, as mulheres viviam submersas em teorias sociais que naturalizavam as relações de poder e excluía sua participação no contrato social civilizatório, o qual vem testificar o contrato sexual, em que a mulher é o objeto; como reação a isso as mulheres passam a reivindicar a igualdade de direitos, iniciando a busca pela expansão do alcance da cidadania, tornando-a um termo neutro diante das perspectivas de gênero.

Em constâncias do século XIX, o feminismo encontra-se como precursor de lutas, um movimento de caráter autônomo, com reivindicações próprias. Consolida a luta por uma cidadania mais abrangente, manifestada pelo direito a educação e ao voto. A primeira onda do feminismo é, assim, reconhecida pela pretensão aos direitos iguais entre os sexos. Essa fase de luta vem despontar na América Latina já na segunda metade do século XX, mas já em fins do século XIX a participação das mulheres nas lutas sindicais foi um fato consolidado: lutavam por melhoria salarial e

das condições do ambiente de trabalho, além disso, objetivavam debelar contra os abusos sofridos em relação a sua condição de gênero.

Já na primeira década do século XX os movimentos feministas, com toda sua diversidade política, se instauravam em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil; nessa fase os movimentos feministas começaram a se estruturar concomitantemente ao processo de articulação das classes populares, influenciados pelos ideais socialistas e anarquistas, fortalecendo ainda mais os movimentos feministas, e em 1922 a luta pelo sufrágio se solidifica e, simultaneamente a uma ação direta sincrônica aos sistemas legislativos, conseguiram incorporar em suas conquistas o direito ao voto.

Na Primeira Onda buscava-se alcançar a cidadania, mas não havia noção de gênero mais aprofundada; as características próprias da mulher, como o cuidado com a casa e a procriação, ainda estavam incutidas no pensamento das mulheres, ou seja, nessa Primeira Onda a cidadania ainda era vista sem muitas críticas à diferenciação ao gênero e a submissão das mulheres ainda era aceita pelas mesmas.

Em um contexto histórico onde o Ocidente vivenciava os movimentos de contracultura rompendo os ideais da sociedade tradicional, a Guerra-fria dividia o mundo em duas superpotências, e a América Latina começa a experimentar a ditadura militar, por volta dos anos de 1960 e 1970, surge a segunda onda do feminismo.

Nessa conjuntura o movimento feminista em geral traz novamente a discussão da garantia de acesso à cidadania, a observação das relações de gênero constituídas pelas relações de poder, e põe em pauta um profundo questionamento sobre como essas relações de poder que oprimem a mulher são naturalizadas no imaginário social, ou seja, busca-se uma cidadania que equipare socialmente homens e mulheres.

Assim, encontrou-se necessário romper com os paradigmas que realçam a dominação masculina, resultando na viabilidade da abertura de novos caminhos para que, consoante estabelece Jácome (2007, p. 4), “as mulheres manifestem sua insatisfação com a vida cotidiana, dando espaço ao inconformismo e buscando novas formas de satisfação de seus desejos e necessidades afetivas, sexuais, intelectuais, profissionais e políticas.”.

Em resumo, Kate Millet (1970, p. 13 e 14) em sua obra *Política Sexual*, explica que

É particularmente desconcertante observar que as grandes modificações provocadas pela extensão do direito de voto e pelos progressos da democracia nos séculos XVIII e XIX, a redistribuição da riqueza, que era o objetivo do socialismo (e que teve até repercussões nos países capitalistas), e, finalmente, as grandes alterações efetuadas pela Revolução Industrial e pelo surto da tecnologia, não tiveram, e até certo ponto não têm hoje, senão um efeito marginal e contingente na vida daquela maioria da população constituída por mulheres. O conhecimento deste caso deve chamar-nos a atenção para o fato de que as distinções sociais e políticas não estão baseadas na riqueza ou posição social, mas no sexo. Porque é evidente que a base da nossa civilização é o patriarcado.

Nessa dimensão, o movimento feminista tem logrado alguns êxitos, seja aumentando os acessos à cidadania, ou ampliando direitos,

mostraram a estreita relação entre direitos políticos e direitos econômicos, enfatizaram os direitos sociais e culturais, obrigaram os Estados a reconhecerem e subscreverem Convenções Internacionais etc. Nesses processos, os movimentos de mulheres se transformaram de grupos minoritários de sufragistas até chegar a ser um amplo e heterogêneo movimento social, cruzado por identidades diversas, a partir das quais tiveram que lidar com partidos políticos, organizações sindicais e de Direitos Humanos, tratando sempre de preservar a especificidade das suas reivindicações. (VALDIVIESO, 2013, p. 14)

Os feminismos vêm ressaltar ainda que as cidadãs e cidadãos possuem corpos sexuados, instaurados como espaços de resistência, e estes determinados a partir de um pátrio poder, mas rejeitando-o. Tais corpos, observados como consequência de uma dimensão centralizadora que nos é viabilizada pela ordem capitalista, transmudam-se em dinâmicas de contradição, que levam a percepção da importância das discussões políticas.

Ocorre que a corporeidade que se revela a respeito do corpo da mulher sempre esteve mantida sob o controle da ordem patriarcal, através de leis ou costumes, onde o Estado determina quais as políticas sexuais adequadas, a comunidade cristã designa como devem se comportar sexualmente, e o mercado, finalizando a aquisição de sua propriedade, o converte em uma moeda de troca.

Essa mercantilização do corpo feminino vem sendo evidenciada pelo feminismo na luta pela autonomia que, as mulheres e qualquer outra pessoa, devem ter ante seus corpos.

E é através de uma revolução sexual verdadeiramente constituída que a busca da mulher pelo direito de decidir sobre seu próprio corpo pode se materializar, já que a evolução natural dos costumes não vem suprindo os anseios das lutas feministas: o câmbio do casamento em união livre, transformando a configuração patriarcal da família; mulheres com as mesmas oportunidades que os homens para estudar e trabalhar; após a amamentação das crianças, passar ao Estado o dever de cuidado por um determinado período diário, dessa forma a mulher tem mais oportunidade e liberdade para a realização de projetos pessoais; as crianças do gênero feminino, educadas sem que lhes seja ensinado premissas de interesse das estruturas de dominação patriarcal; às mulheres jovens ser cabível a mesma liberdade sexual dos homens jovens, sem impor-lhes o tabu de uma virgindade necessária; os métodos de contracepção ser mais valorizados, levando em consideração a saúde da mulher e uma maior facilidade ao acesso, proporcionando evitar a maternidade indesejada, dando a mulher uma maior liberdade sexual (GUTIÉRREZ, 1985, p. 33 e 34). Porém, nunca nada disso será possível, sem que a ideologia patriarcal seja, de fato, superada.

Em concordância, nota-se que, a realidade biológica é claramente contrariada na circunstância em que a ideologia patriarcal reduz “a mulher à condição de objeto sexual, convencendo-a a aceitar seu papel de reprodutora, a preservar a virgindade e a ‘cultivar’ a virtude.” (GUTIÉRREZ, 1985, p.35). Sendo assim, continua Gutiérrez (1985, p. 37 e 38) que

A nova identidade feminina nasce para a História no momento em que as organizações feministas empreendem uma luta de âmbito internacional, pela emancipação e participação cada vez mais efetiva das mulheres na vida social, e pela transformação qualitativa dos relacionamentos entre os sexos. Essa luta, abrangente e totalizadora, posto que atinge a todas as camadas sociais, pode ser compreendida como uma autêntica Revolução Sexual, que não se confunde com a simples evolução dos costumes sexuais de nossa juventude. Tal Revolução precisaria derrotar, em última análise, o próprio sistema patriarcal.

Em vista dessa imprescindibilidade de se atingir a verdadeira Revolução Sexual, outrora defendida por Millet em sua obra *Política Sexual*, Mayorga e Magalhães (2008, p. 166 e 167) doutrinam que o movimento de mulheres, pautado pelos ideais feministas, são fundamentais; as

mulheres em diversos tempos e contextos propuseram revolucionar e combater o sistema patriarcal que mantém as mulheres em lugares subalternos a partir da exaltação de *verdades* – *verdades* estas que aprisionam o corpo e os desejos das mulheres num lugar de não-sujeito, de natureza e de capacidade de amar de forma incondicional a tudo e a todos, vivendo para os outros, e não com os outros. [...] A autonomia negada é a condição primeira para a organização das mulheres em lutas diversas – e a história de luta pelo aborto legal no Brasil demonstra isso. Compreender, tomando-se por base uma análise histórica e psicossocial, as justificativas e dinâmicas envolvidas no movimento social feminista nos auxilia a identificar a complexidade envolvida no debate público acerca do aborto; ajuda-nos a localizar que as perspectivas contra o direito de decidir não são neutras e ingênuas, mas buscam sustentar lugares de subalternidade das mulheres na cultura e, por fim, ajuda-nos a compreender por que a discussão sobre a autonomia das mulheres incomoda tanto.

Dessa forma, é plenamente possível observar que existe uma espécie de mal-estar causado pela ideia de autonomia feminina, tendo que vista que mulheres com autonomia prejudicariam substancialmente a estruturas e dinâmicas e dominação de ordem patriarcal.

2.3 A MATERNIDADE COMO ESCOLHA

Entre todos os direitos almejados pelas mulheres para obter autonomia sobre seus corpos, o enfoque maior será dado ao direito à maternidade, que deve ser tida como um momento de bem-estar para a mulher quando esta assim a deseja, caso contrário pode causar diversos traumas físicos e psicológicos.

Diferente dos valores que foram historicamente atribuídos à mulher (o dever da reprodução humana), a maternidade não deve ser vista como uma obrigação biológica e sim como uma opção à mulher. Obter sua liberdade sexual é também decidir quando deseja procriar, não sendo natural ao Estado e sua ordem patriarcal decidir e impô-la tal feito.

Não há respeito algum à percepção do corpo da mulher como suporte à sua existência tal como um sujeito de direitos; conforme lembra Villela, Oliveira e Silva (2008, p. 46), tratam-se das

situações de violência doméstica ou sexual ou a recusa de muitos homens em usar preservativos com suas parceiras regulares ou ocasionais para que se perceba que [...] as suas decisões em relação à sua vida e ao seu corpo não necessariamente são ouvidas e levadas em conta.

Assim, torna-se claro identificar que, a forma como se projeta a vida é vista de forma diferenciada para homens e mulheres, especificamente no que concerne ao pleno exercício da sexualidade e reprodução.

Neste sentido, Erviti (2005, p. 174 e 187) estabelece que

La vivencia de una sexualidad sana, confiada e placentera guarda relación com la capacidad para controlar embarazos no deseados como resultado de las relaciones sexuales. [...] Em resumen, la falta de autonomia en el nivel econômico y de toma de decisiones em el hogar, así como la inexistencia de un proyecto de vida propio, más allá de la existencia como compañeras, madres y cuidadoras condicionaba la vivencia de la sexualidad, sus capacidades para controlar su vida, sus relaciones, sus uniones com una pareja y sus embarazos.¹³

Assim, é primordial que seja dada às mulheres a autonomia não só no que diz respeito à sua vida sexual, mas também no que se refere às decisões tomadas no seio da sociedade e a ela relacionadas, pois, na verdade, de acordo com Mayorga e Magalhães (2008, p. 151) “o que as mulheres podem ou devem ser não é lido como construído socialmente em um sistema assimétrico de relações de poder, mas como consequência dos seus impulsos inatos.”. Ensejando, conseqüentemente, que as discussões sobre a escolha entre manter ou não uma gravidez sejam, não só permitida, mas também respeitada pela sociedade.

¹³ Tradução nossa: A vivência de uma sexualidade saudável, confiante e agradável guarda relação com a capacidade para controlar gravidezes não desejadas como resultado das relações sexuais. [...] Em suma, a falta de autonomia no status econômico e de tomada de decisões em casa, bem como a falta de um projeto de vida além da existência de si como companheiras, mães e cuidadores condicionadas a vivência da sexualidade, a sua capacidade de controlar a sua vida, seus relacionamentos, suas articulações com um casal e suas gestações.

Deve-se levar em consideração o contexto econômico, social e cultural que cada mulher vivencia. Os diferentes cenários sociais influem diretamente na tomada das decisões: o aborto, algo que deveria ser benigno para a psique e trazer alívio para a mulher, é, na maioria das vezes, circunstância de agravamento à sua saúde mental.

A prática do aborto¹⁴ é, em muitos casos, menos danoso para a mulher do que o fato de levar a termo uma gravidez indesejada, pois não há

evidências científicas bem estabelecidas que permitam apontar a realização de aborto como causa ou fator de risco para a saúde mental das mulheres. [...] Ao mesmo tempo, existem evidências de que uma gravidez não desejada levada a termo é um importante fator de risco nos quadros de depressão pós-parto e psicose puerperal, bem como são registrados casos de suicídio entre mulheres que se descobriram grávidas e, não podendo aceitar a gestação nem tendo acesso a um aborto seguro e sem culpa, preferiram por fim à própria vida. (VILLELA; OLIVEIRA; SILVA, p. 51 e 52).

A proibição para realizar a interrupção da gravidez voluntariamente traz no seu bojo a arcaica justificativa do dever de reprodução e cuidado como sendo uma capacidade natural à mulher, onde lhe era negada e silenciada a sua própria sexualidade. A proibição ao aborto era vista como uma forma de punição à mulher, que visa unicamente controlar sua sexualidade, mas pouco (ou nada) considera em relação ao papel masculino no processo reprodutivo.

Matos reconhece o homem, historicamente, como

indivíduo forte e que com sua agressividade e inteligência impôs o desenvolvimento da civilização urbana, ao passo que a mulher, por sua natureza passiva e fecunda, deve perpetuar essa civilização através da maternidade. Destacando as potencialidades masculinas, o discurso médico legitimava o domínio do homem sobre a mulher. (MATOS, 2003, p. 121)

A maternidade deve ser plenamente consciente, propondo à mulher a escolha de um momento propício para engravidar, ou de não fazer tal escolha. Seja através

¹⁴ Tal assunto será tratado de forma mais aprofundada no próximo capítulo.

do uso métodos contraceptivos, seja por meio do abortamento, considerando todo o contexto sociocultural vivenciado pela mulher.

Em resumo, Villela e Barbosa (2011, p.50), asseguram que

as mulheres não seriam determinadas pela natureza, pela biologia ou pela psicologia para serem mães, embora tivessem essa capacidade. Do mesmo modo, a potencialidade de seu corpo para gestar e parir não significaria necessariamente que a maternidade devesse se constituir em sacrifício para as mulheres, como frequentemente acontece, já que a produção de seres humanos é útil e necessária para toda a sociedade. Assim, o pensamento feminista não considera a maternidade um assunto exclusivo das mulheres e repudia que elas sejam penalizadas em decorrência de sua capacidade de gerar novos seres humanos.

Ou seja, a coerência está em desconsiderar a maternidade como objeto de imposição, mas considerá-la a partir de uma escolha advinda exclusivamente da mulher, onde não seja possível exigir dela sacrifícios desnecessários, deixando, assim, de puni-la.

3 ABORDAGEM TÉCNICA DO ABORTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abortamento consiste na interrupção da gravidez até 20 ou 22ª semanas gestacionais¹⁵ ou peso fetal inferior a 500 g. Segundo Freitas et al. (2011, p.97), cerca de 15% a 20% do número de gestações diagnosticadas findam em situação de abortamento, onde aproximadamente 80% desses casos ocorrem nas primeiras 12 semanas e, outros 15% findam espontaneamente sem que haja sequer viabilidade do produto conceptual¹⁶.

Os dois grupos principais de abortamento dividem-se em: espontâneo, que ocorre quando a interrupção da gravidez é dada de forma natural; e induzido, que ocorre quando a interrupção se dá através de algum procedimento, cirúrgico ou não. O abortamento induzido, objeto deste trabalho, acontece por motivações diversas que, recebendo juízo de valor por parte do Estado, são classificadas pela legislação brasileira como legal ou ilegal.

Desse modo, seja legal ou ilegal, a interrupção voluntária da gravidez poderá ser atingida por meio farmacológico ou pelo esvaziamento da cavidade uterina¹⁷. Assim, quando o aborto é realizado por pessoas devidamente preparadas, com instrumentos e medicação adequados, e em um ambiente apropriado, o procedimento é realizado de forma segura, no qual os riscos para a mulher são mínimos e as chances de complicações quase nulas.

Nada obstante, se o procedimento abortivo é realizado por pessoas despreparadas, sem os recursos médicos necessários e em ambientes inapropriados e desprovidos de higiene, as chances de complicações provenientes de tal procedimento são muitas e os riscos à saúde da mulher aumentam consideravelmente, pois há

¹⁵ O CFM afirma em resolução (n. 1989/12) que um diagnóstico com devido teor de precisão necessário à interrupção da gravidez só pode ser assegurado quando a idade gestacional encontra-se após a 12ª (décima segunda) semana.

¹⁶ “Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento.” (BRASIL, 2011).

¹⁷ “Dentre estas, as mais utilizadas são a curetagem, na qual ocorre uma raspagem mecânica da cavidade uterina, para a eliminação do seu conteúdo, óvulo fecundado, embrião ou feto, após dilatação do colo uterino com uso de anestesia ou analgesia, e a aspiração intrauterina. Neste caso, o conteúdo é aspirado à vácuo, com a utilização de equipamento manual ou elétrico.” (VILLELA; BARBOSA, 2011, p. 12)

uma complicação do abortamento com alto grau de morbimortalidade necessitando tratamento imediato e preciso, na tentativa de minimizar as consequências mais graves do processo. Nos países onde existe a legalização do aborto as complicações são pequenas em contraste com o número elevado da morbidade e mortalidade materna nos locais onde existe a criminalização do aborto, como é o caso do Brasil. Deve ser levada em conta a dificuldade de contar com a colaboração da paciente para esclarecer o diagnóstico, já que na maioria das vezes, trata-se de procedimentos realizados de maneira ilegal, no desejo da interrupção da gestação. (FEBRASGO, 2010, p. 23).

O aborto inseguro é considerado um problema de saúde pública, já que é causa de várias complicações, inclusive a morte de mulheres. É constante, geralmente, em países que tipificam criminalmente a interrupção voluntária da gravidez. No Brasil existe a figura aborto legal, que descriminaliza o abortamento nos casos previstos legalmente: gravidez decorrente de violência sexual, com risco de vida para a gestante e de feto anencéfalo.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – ONU) entende, em seu art. 1º, que a violência contra a mulher trata-se de “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.”.

Segundo a OMS (2002, p.147), que leva em consideração a saúde e o bem-estar das pessoas, a violência sexual é definida como

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.

Dentre as complicações ginecológicas decorrente do ato sexual forçado, conforme dados da OMS (2002, p. 160), “há o sangramento ou a infecção vaginal, tumores fibróides, diminuição do apetite sexual, irritação genital, dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário.”. Dessa forma, uma gravidez decorrente de violência sexual fundamenta a dupla preocupação com a saúde da mulher, pois ocasiona intensas reações de complexidade física, biológica,

mental e social. É, assim, vista como algo insuportável para a maioria das mulheres, além de ser incisivamente considerada como uma segunda violência sofrida.

A gravidez ectópica, onde o risco de vida à mulher é inestimável, é assim considerada quando há “implantação e desenvolvimento fora da cavidade endometrial, podendo ocorrer nas tubas uterinas (localização mais comum), nos ovários, na cavidade abdominal e no colo uterino.” (FREITAS et al., 2011, p. 767).

Nesses casos, associa-se a essa condição uma potencial incidência de morbimortalidade materna, que torna os casos em que o perigo de vida à gestante é quase iminente, passíveis de interrupção da gestação. Aqui, o abortamento faz parte do próprio manejo médico a ser tomado, quando esta não se resolve espontaneamente.

Freitas et al. (2011, p. 767) orientam que

O diagnóstico precoce da GE permite sua detecção antes que a ruptura tubária ocorra, possibilitando a diminuição da morbimortalidade materna, além da preservação da trompa afetada por cirurgias mais conservadoras. As manifestações clínicas da GE tipicamente aparecem entre 6 e 8 semanas do último período menstrual normal, podendo, entretanto, aparecer mais tarde, especialmente nas gestações que não se desenvolvem nas tubas uterinas. A tríade clássica de sintomas de GE é dor, amenorreia e sangramento vaginal anormal. Entretanto, esse grupo de sintomas está presente em apenas 50% dos casos, sendo mais típico em pacientes em que já houve ruptura tubária.

Já a gravidez de feto anencéfalo trata-se de uma má formação fetal “sem condições de cura ou tratamento que possa restaurar-lhe a saúde física e/ou mental” (Freitas et al., 2011, p.767), que geralmente é diagnosticada no primeiro trimestre da gestação, ou seja, antes de 12 semanas já é possível identificar a patologia.

Segundo Penna (2005) citando DIAS & PARTINGTON (2004)

a anencefalia é um defeito congênito decorrente do mau fechamento do tubo neural que ocorre entre o 23 e 28 dias de gestação. Trata-se de um problema da embriogênese que ocorre muito precocemente na gestação, causado por interações complexas entre fatores genéticos e ambientais.

A situação do Brasil na existência de casos de anencefalia é considerável, Penna (2005), citando PINOTTI (2004) diz que “a incidência é de cerca de 18 casos para cada 10.000 nascidos vivos. O prognóstico de uma criança nascida a termo é de manutenção de batimentos cardíacos por poucas horas e, no máximo, alguns dias.”.

Nesta ocasião há incompatibilidade da vida fetal extrauterina, mas a possibilidade de interromper a gravidez só se tornou real para todas as mulheres em 2012, com o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), onde o Supremo Tribunal Federal (STF) deu provimento à sua possibilidade.

Clinicamente, após avaliação do histórico e de todo o procedimento necessário ao exame físico, o aborto pode ser de tais tipos: abortamento retido, ameaça de abortamento, abortamento inevitável¹⁸, abortamento incompleto com colo aberto, abortamento incompleto com colo fechado, abortamento completo, abortamento infectado e séptico, gestação anembrionada, abortamento habitual e abortamento eletivo previsto em lei. É de acordo com o tipo de aborto diagnosticado na mulher que o médico avaliará qual o tipo de conduta a ser tomada.

No aborto séptico, por exemplo, demonstra-se que há um fator de risco em “toda e qualquer manipulação uterina no sentido de interromper a gestação antes das 22 semanas (prática do aborto) com precária ou nenhuma condição técnica e higiênica. O baixo nível sócio econômico e cultural é diretamente proporcional ao risco de um aborto séptico” (FEBRASGO, 2010, p. 24), onde há pouca ou nenhuma autonomia de decisão dada às mulheres, que não protagonizam sua própria vida, mas são vítimas de um sistema sociocultural que as permite (ou proíbe, direta ou indiretamente) a realização da conduta abortiva em alguns casos, mas não lhes oferecem os meios necessários para que realizem tal conduta de forma segura, dessa forma, permitidas ou não, as mulheres acabam procurando outros meios de realização, que quase sempre as levará ao diagnóstico de aborto infectado¹⁹.

¹⁸ Para alguns autores o abortamento inevitável e o incompleto são a mesma classificação.

¹⁹ Geralmente, os casos de aborto infectado e séptico ocorrem quando a sua prática é criminalizada. Assim, “a descriminalização do aborto parece ser a única perspectiva viável para reduzirmos a morte materna e igualarmos a situação incômoda, injusta e eticamente incorreta onde quem tem condições financeiras se beneficia de práticas, embora ilegais, seguras de interrupção da gestação, sobrando para as demais mulheres, com baixo poder sócio econômico, um grande risco ao eleger o mesmo caminho.” (FEBRASGO, 2010, p.26).

No abortamento eletivo previsto em lei, que são os casos que há indicação médica para interrupção da gravidez, ou onde há solicitação da mulher e/ou seu representante, que a lei permite o abortamento. À mulher deve ser garantida a opção pelo procedimento que prefere realizar, de acordo com sua situação gestacional e após esclarecimentos sobre cada método (suas vantagens e desvantagens), ela deverá escolher a forma técnica que considerará ser empregada: farmacológica, aspiração manual intrauterina (AMIU) ou dilatação e curetagem.

Os métodos a serem utilizados, necessariamente, variam conforme a idade gestacional. Em uma gestação de mais de 12 e 14 semanas, por exemplo, o método de AMIU ou dilatação e curetagem devem ser combinados com uma preparação do colo uterino, tal procedimento facilita e simplifica o processo cirúrgico, pois diminui a probabilidade da necessidade de utilização de dilatação mecânica.

Os métodos farmacológicos, o mifepristone usado em combinação com o misoprostol, se mostram bastante eficazes, se administrados corretamente, até a 12ª semana. Mas é necessário que, no abortamento farmacológico, seja viável a possibilidade de se realizar aspiração a vácuo intrauterina, seja através do próprio serviço de atendimento ou da possibilidade de ser encaminhado a outro serviço, tendo em vista a possibilidade de abortamento incompleto ou até mesmo de falha.

Acontece que o método da dilatação e curetagem deve ser minimamente utilizado, pois é menos seguro, considerando a aspiração a vácuo, e consideravelmente mais dolorosa e desagradável para as mulheres, fazendo-se prevalecer os métodos farmacológicos e AMIU. Mesmo com as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, no Brasil, a curetagem e dilatação “pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 10).

Conforme observado, as causas de abortamento são inúmeras, mas a maioria permanece presa pelo silêncio da vergonha e criminalidade, conservando-se indeterminadas. De acordo com a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011, p. 22), muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, no entanto

em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e

autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Assim, é possível concluir que deve ser direito inerente à mulher ter um atendimento especializado e humanizado, sempre garantindo primariamente a saúde desta, não importando, em primeiro caso, se a interrupção ocorreu por vontade pessoal ou não.

3.1 MORTALIDADE MATERNA

A morte materna, conforme expresso na 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, consiste na

morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Historicamente, a gestação e o parto mostram-se como sendo causa de óbito e complicações entre as mulheres. A mortalidade materna é forte indicadora das disparidades econômicas e se encontra na 2^a posição no mundo dentre as principais causas de óbito entre as mulheres. Acontece que uma porcentagem de 99% dessas mortes ocorre em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a média de óbitos é de mais 1.000 (mil) a cada 100.000 (cem mil) nascidos vivos (OMS, 2011).

A morte materna é um fenômeno evitável e pouco provável, desde que sejam levados em consideração todos os cuidados necessários. Ainda, de acordo com o que dispõe a OMS (2011, p.42) os óbitos maternos, em sua maioria, vêm ocorrer

durante ou pouco depois do parto, sendo que quase todos poderiam ter sido evitados se as mulheres tivessem sido assistidas naquele momento por um profissional de saúde qualificado e com equipamentos e medicamentos necessários para prevenir e administrar complicações.

A maioria dos óbitos maternos ocorre durante ou logo após o parto e a sua maioria poderia ter sido evitada se houvesse o atendimento médico adequado no momento necessário, evitando maiores complicações do quadro. Dentre outros, o aborto inseguro é causa de aproximadamente 70.000 (setenta mil) óbitos maternos anualmente.

Só no Brasil ocorre aproximadamente meio milhão de abortos induzidos por ano, sendo, assim, a maior causa de morte materna no país. Consoante determina a OMS (2013, p. 17)

Cada ano, calcula-se que são realizados 22 milhões de abortamentos inseguros. Quase todos os abortamentos inseguros (98%) ocorrem em países em desenvolvimento. [...] Aproximadamente 47000 mortes relacionadas com a gravidez são provocadas por complicações derivadas de um abortamento inseguro. Estima-se também que 5 milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes de um abortamento inseguro.

Mesmo sem a existência de fontes confiáveis sobre a real dimensão do problema, sabe-se que desde os anos 90 os números mortalidade materna vêm declinando em algumas regiões. As razões em comum a essas regiões são: “aumento no uso de contracepção para retardar e limitar a procriação, maior acesso e uso de serviços de atenção em saúde de alta qualidade e mudanças sociais mais amplas, como aumento da instrução e melhora do status das mulheres”. (OMS, 2011, p.41)

As altas taxas de mortalidade materna do Brasil configuram-se como causa de violação aos direitos das mulheres e é um preocupante problema de saúde pública que vem atingindo as brasileiras de forma socialmente díspar, mostrando que é também um problema social. As investigações feitas pelo Comitê de Mortalidade Materna evidenciam que os números de mortes maternas de mulheres em idade fértil decorrentes de aborto inseguro são muito maiores que os números oficiais, tendo em vista que a clandestinidade que envolve o procedimento dificulta até o atendimento, quem dirá o diagnóstico e os registros.

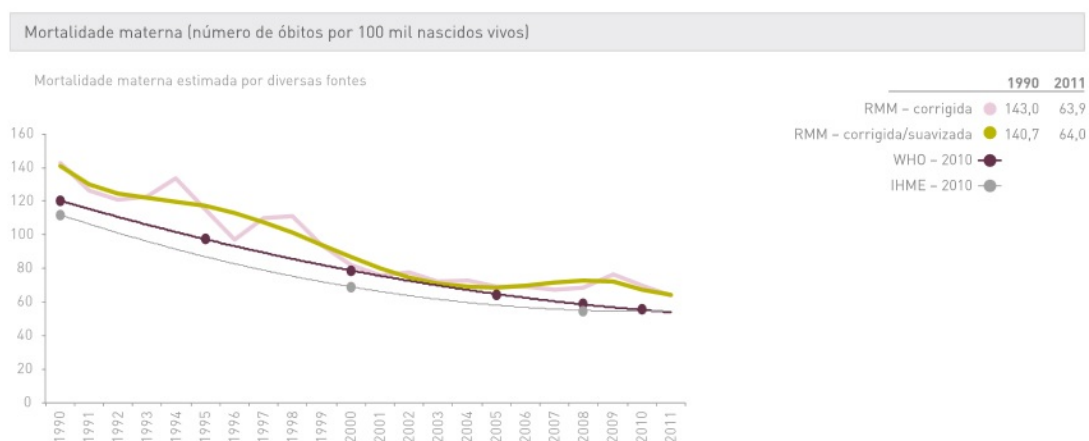
Tais dados são registrados socialmente como se fossem um cálculo matemático, onde a mortalidade materna é proporcional ao nível de desenvolvimento econômico e social do país, que é inversamente proporcional a um

acompanhamento médico de qualidade, que, por sua vez é inversamente proporcional ao acesso limitado ao abortamento em condições seguras, mesmo nos casos em que a lei permite a sua realização. Ou seja, as maiores incidências de abortamentos inseguros acontecem em países que estão em desenvolvimento, e é justamente nesse cenário que as taxas de mortalidade materna são dominantes e os serviços necessários à realização do abortamento em condições seguras são limitados.

No Brasil para que haja uma “redução da mortalidade materna, o SUS trabalha para melhorar a saúde das gestantes, a promoção da igualdade entre os sexos e a valorização das mulheres, ou seja, alcançar as metas números três e cinco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que estão interligadas.” (BRASIL, 2011, p. 10).

Segundo os dados do 5º Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), os números de mortalidade materna vêm diminuindo consideravelmente desde 1990, mas não alcançará até 2015 a meta A²⁰. Entre os anos de 1990 e 2010, o número de óbitos maternos, na América Latina, caiu de 130 para 76 para cada 100 mil nascidos vivos, ou seja, uma redução percentual de 45%.

Gráfico 1 – Mortalidade materna (número de óbitos por 100 mil nascidos vivos)



Fonte: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento, 2014, p.79.

²⁰ “A) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990.” (relatório dos ODM, 2014, p. 78)

No Brasil, entre os anos 1990 e 2011, houve uma considerável diminuição de 55% na taxa de mortalidade materna, isto é, baixaram de 141 para 64 os óbitos por 100 mil nascidos vivos, conforme aponta o gráfico 1. Mas mesmo o país estando em melhor estimativa, segundo a OMS, ainda não atingiu a meta A da ODM 5, tendo em vista que a meta prevista para 2015 calculava-se em uma estimativa de 35 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos.

3.2 O USO DO MISOPROSTOL

Como já aludido anteriormente, o abortamento farmacológico (também chamado medicamentoso ou não cirúrgico), é realizado através do uso de medicamentos, cujos efeitos induzem o aborto. Conforme aborda a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011, p. 35) do Ministério da Saúde “é a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso”.

Comumente utilizado para a prática de aborto sem auxílio profissional, ocorre geralmente em países que possuem legislação que restrinja e/ou proíba a prática abortiva. Nesses países, as mulheres fazem uso de medicamentos oficialmente destinados a outros fins, visando interromper uma gravidez que por motivos diversos não deseja. Dessa maneira, tais práticas são amplamente difundidas, trazendo à discussão mais uma forma de aborto clandestino.²¹

Dentre as substâncias em questão, a mais utilizada pelo público em geral para esses fins abortivos chama-se misoprostol, mais conhecido no mercado farmacêutico como Cytotec®, é um análogo da prostaglandina E1 (PG E1). Atualmente tal medicamento adquiriu tanta importância que foi incluído no rol de substâncias essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Amplamente utilizado pelo serviço médico especializado, tem seu uso indicado pela área da obstetrícia como forma de solução para alguns tipos de abortamento permitidos legalmente, e até para a indução de partos com feto vivo. Seu histórico, conforme assegura a FEBRASGO (2010, p. 37), relata que:

²¹ “O abortamento ser ou não legal não produz nenhum efeito sobre a necessidade de praticá-lo, porém, afeta dramaticamente o acesso das mulheres a um abortamento em condições seguras.” (OMS, 2013, p. 17).

Em Obstetrícia seu primeiro uso foi para a indução do parto em feto morto pela via oral (1987) e, a seguir, a via vaginal (1989) para a mesma finalidade. Nos anos seguintes seu uso em Obstetrícia se estendeu: indução do parto em feto vivo, abortamento retido, abortamento legal, e mais recentemente para o tratamento do abortamento incompleto e para a hemorragia pós-parto. Neste período também se diversificou as vias de administração, somando-se a oral e vaginal as vias sublingual, retal e bucal.

Estudos comprovam que o consumo do misoprostol pelas mulheres como uma forma de interrupção da gravidez é crescente, e seu uso é de grande importância ginecológica e obstétrica, se concebendo outros meios por elas considerados, dentre as realidades socioculturais vivenciadas nos países da América latina.

Segundo Aníbal Faúndes (2010, p. 20)

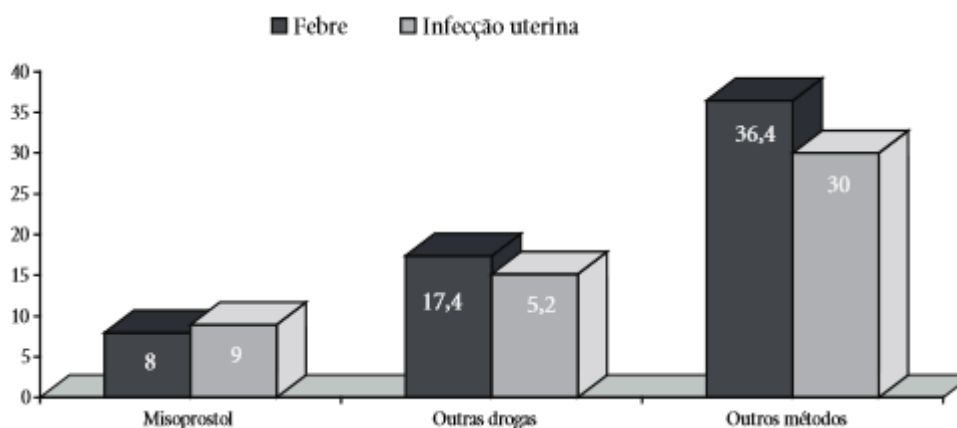
Atualmente, o misoprostol está sendo amplamente utilizado tanto pelos profissionais como pelo público. Mais importante, sua disponibilidade tem sido de enorme benefício para a saúde das mulheres, tanto no seu uso oficial e lícito quanto no clandestino. O uso fora das leis atuais para interrupção da gravidez diminuiu consideravelmente a gravidade das complicações do abortamento clandestino, fazendo com que as gravíssimas infecções e lesões traumáticas, tão frequentes até antes do surgimento do misoprostol, já sejam virtualmente desconhecidas pelas novas gerações de ginecologistas.

O acesso das mulheres a um abortamento seguro é uma questão de saúde pública que diz respeito a sua autonomia em decorrência dos seus direitos sociais e reprodutivos (que devem ser amplamente assegurados pelo Estado). Quando à mulher não há possibilidade de realizar um abortamento de forma segura, esta o realizará de qualquer forma, por outros meios não considerados cientificamente, donde os riscos decorrentes são inúmeros²², mas que o desespero de levar a termo uma gravidez indesejada faz com que muitas mulheres utilizem tais métodos, em si mesmas ou por outras pessoas não capacitadas devidamente (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Incidência de infecção por aborto induzido, segundo método de indução.

²² “Provocado ou espontâneo, legal ou clandestino, o aborto sempre fez parte da vida das mulheres em todos os tempos e culturas. A criminalização do aborto não reduz sua prática, mas traz consequências graves.” (FRENTE NACIONAL CONTRA A CRIMINALIZAÇÃO DAS MULHERES E PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO, 2013, p.177).

Goiânia – 1994



Fonte: Faúndes (2010, p.14) citando Viggiano et al. (1996)

Foi no Cytotec que muitas mulheres encontraram uma forma mais segura de por fim a uma gravidez indesejada.²³ O Ministério da Saúde (MS), na finalidade de contribuir para a utilização adequada do Misoprostol, publica manuais e normas técnicas que visam

Informar e capacitar os profissionais de saúde do SUS na atenção à saúde da mulher e suas questões reprodutivas. [...] no entanto, não se configura como garantia de que as mulheres serão adequadamente atendidas e de que os procedimentos usados são aqueles indicados pelas normas e manuais do MS. (ARAÚJO, 2013, p.205)

No final da década de 1980 muitos países, inclusive o Brasil, adotaram o uso do misoprostol como forma de tratamento a úlcera gástrica. Provocar contrações uterinas, dentre os efeitos colaterais dispostos na bula do medicamento, fez com que o Cytotec fosse contraindicado a gestantes no início da gravidez (ARAÚJO, 2013, p.205).

Mas, foi no início dos anos 1990 que o uso do misoprostol como medicamento abortivo se popularizou. Esse foi o principal motivo das dificuldades e restrições para a comercialização de tal medicamento em alguns períodos. Villela e Barbosa (2011,

²³ São inúmeros os motivos que levam uma mulher à decisão de por fim a uma gestação, tais motivações não se agregam diretamente a cor da pele ou a situação social e econômica, mas, acontece que esses fatores indicam um grau de risco considerável em se tratando do procedimento disponível para realização do aborto, que varia de acordo com o poder aquisitivo da mulher. Dessa forma, é inegável que os fatores econômicos e sociais influenciam consideravelmente nos diferentes graus de risco à saúde, sofridos pela mulher. A lei proibicionista só vem aprofundar ainda mais essas desigualdades socioeconômicas.

p.72) preceituam que “o endurecimento das medidas de restrição à comercialização do misoprostol no país faz parte de um contexto mais amplo de restrição dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.”.

Acontece que a maioria das pesquisas e estudos realizados vieram comprovar uma diminuição considerável da morbidade e mortalidade materna decorrente de aborto inseguro com relação ao uso do misoprostol. Segundo relata Araújo (2013, p. 208)

Pesquisas realizadas em Fortaleza, região Nordeste do Brasil, revelam que a grande maioria das mulheres internadas nos hospitais pesquisados tinha feito uso dessa substância. O primeiro estudo revisou os prontuários de 1.916 pacientes que passaram por curetagem uterina: dessas, 593 (31%) foram classificadas como tendo aborto provocado e, destas últimas 444 (75%) relacionadas ao uso de misoprostol. [...] Os autores chamam a atenção para a possibilidade de que os abortos classificados como “espontâneos” tenham sido na verdade “provocados”.

Estudos revelam que ao longo dos anos houve períodos em que as vendas de misoprostol nas farmácias e drogarias aumentaram consideravelmente, e o número de internações por complicações do aborto despencaram. Dessa forma, Pieretti (2012, p.121) revela ainda que “ao analisar a chegada do Citotec ao Brasil, constata-se que o medicamento em seu período legal ocasionou uma redução na morbimortalidade por abortos.”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 21) assegura ainda que

Entre as mulheres que declaram ter induzido o aborto, os estudos indicam que de 50,4% a 84,6% utilizaram o misoprostol, havendo maior prevalência do uso dessa substância no Nordeste e Sudeste. Considerando que os estudos de meados dos anos 1980 registram entre 10% e 15% de uso de medicamentos como método abortivo e altas taxas de morbimortalidade por aborto induzido, a entrada do misoprostol no cenário das práticas abortivas provocou uma mudança: ele passou a ser o método preferencial das mulheres, pois traz menores riscos à saúde e implica menor tempo e custo de internação hospitalar pós-finalização do aborto.

Em resumo, acontece que neste momento o uso do misoprostol ainda é amplo, tanto na prática obstétrica como nas realizações de abortos praticados

clandestinamente pelas mulheres de modo geral. Mas, a positividade de resultados está relacionada ao correto uso do medicamento, esse uso coerente demanda um determinado grau conhecimento profissional por parte de quem faz uso: indicações, doses, via de administração, tempo de intervalo para as doses, contraindicações, efeitos colaterais e precauções a se tomar (FAÚNDES, 2010, p. 17). Ainda assim, o misoprostol é considerado, dentre outros, o método mais seguro para a realização do abortamento nos casos em que o atendimento especializado não é possível.

3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL

Segundo a OMS deve haver uma rede de serviços de abortamento

integrados ao sistema de saúde, seja como serviços públicos ou através de serviços sem fins de lucro, financiados com fundos públicos, para que lhes seja reconhecida a condição de serviços de saúde legítimos e para proteger as mulheres [...] do preconceito e discriminação (OMS, 2013, p. 64).

No Brasil, a cidade de São Paulo, em 1989, foi pioneira no serviço de atendimento ao aborto legal. Mas acontece que o acesso a esse direito pelas mulheres, depois de mais de duas décadas, ainda encontra-se restrito, tendo em vista que a maior parte desses serviços só está disponível nas capitais e, muitos simplesmente não oferecem o atendimento adequado (MONTEIRO; LAPA, 2013, p.199).

São três as possibilidades legais²⁴ para a realização do abortamento seguro²⁵ no Brasil: aborto necessário, em que há de risco de morte à mulher; aborto em caso gravidez resultante de estupro; e, aborto no caso de gravidez de feto anencéfalo.

Conforme as orientações do Ministério da Saúde um serviço de atendimento humanizado para mulheres em situações de abortamento, deverá orientar²⁶ e

²⁴ Essas possibilidades legais ao aborto serão especificadas diretamente no próximo capítulo.

²⁵ A referência da lei como autorizadora do acesso ao aborto seguro diz respeito ao fato de que o aborto sempre ocorrerá independente de sua criminalização ou não, o que mudará, dependendo do caso concreto, é o acesso a esse abortamento, que poderá caracterizá-lo como seguro ou não.

²⁶ “A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-

acolhê-las devidamente. As mulheres que chegam ao serviço de atendimento, em qualquer tipo de situação de abortamento, encontram-se já fragilizadas por diversos sentimentos negativos, e por esse e outros motivos que não cabem menção, o acolhimento e orientações iniciais são fundamentais para que essa atenção seja qualificada²⁷.

Preferencialmente, o serviço de atendimento especializado deve ser feito por uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social. No caso de impossibilidade da presença dessa equipe especializada será necessário, no mínimo, um médico que seja capacitado a escutar a paciente, visando tornar a consulta menos dolorosa, do ponto de vista emocional. Prioriza-se que já na primeira entrevista com a paciente todas as informações sobre a situação por ela vivida sejam cuidadosamente anotadas, para que o próximo profissional a atendê-la não tenha que fazer as mesmas perguntas e essa mulher não precise ser exposta a uma revitimização, pois provavelmente ela já foi obrigada a repetir a história inúmeras vezes (VIANA, 2008, p.177).

Acontece que, mesmo havendo esses casos em que o aborto é permitido legalmente, a sua regulamentação feita pelo MS não é aplicada de forma eficaz, pois até o acesso a esses serviços médicos especializados é restrito.

Os serviços para casos de aborto de gestação originada de estupro não estão disponíveis em todas as unidades de atendem mulheres grávidas, nem no SUS nem nas privadas. Além disso, existem profissionais que se recusam a realizar o procedimento, alegando objeção de consciência. (VILLELA; BARBOSA, 2011, p.77). Mesmo com a aplicação de normas técnicas pelo Ministério da Saúde para regulamentar os serviços de atendimento humanizado, Villela e Barbosa (2011, p. 79) afirmam que

se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada. A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.” (BRASIL, 2011, p. 23)

²⁷ A OMS dispõe algumas considerações básicas necessárias ao serviço de atendimento ao aborto: “informação medica precisa sobre o abortamento de forma que a mulher possa entender e lembrar, bem como aconselhamento não tendencioso, se a mulher assim o solicitar, para facilitar a tomada de decisão informada; serviços de abortamento providenciados sem demora; tratamento oportuno caso haja complicações decorrentes do abortamento, incluídas as complicações do abortamento inseguro; informação sobre contraceptivos, serviços e encaminhamentos, para ajudar a evitar uma nova gravidez indesejada e minimizar a necessidade de outro abortamento.” (OMS, 2013, p. 64)

o esforço desenvolvido pelo governo, em parceria com as Organizações Não Governamentais e com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, no sentido de capacitar outros hospitais e equipes para a realização do aborto previsto em lei, e expansão desses serviços não ocorreu com a velocidade desejada. Em 2009, apenas 60 hospitais estavam cadastrados junto ao Ministério da Saúde como serviços de referência para a realização do aborto legal, estando esses serviços predominantemente concentrados no eixo Rio/São Paulo e na região Sul. Além da escassez e da má distribuição geográfica [...] nem sempre as equipes estão satisfatoriamente treinadas para a realização do procedimento; falta conhecimento sobre fluxos de atendimento e rotinas previstos pela Norma Técnica; faltam material e espaço adequados.

Ocorre que essa objeção de consciência, muitas vezes alegada pelos médicos, encontra-se positivada no Código de Ética Médica, que lhes impõe algumas restrições, ou seja, pontua quando não é permissível alegar tal objeção: quando da ausência de outro médico; quando a sua negação possa trazer danos irreversíveis ao paciente; e, em caso de urgência.

Ainda, disposto no art. 43 do mesmo dispositivo legal, é vedado descumprir legislação específica em relação ao abortamento. Mas, o que acontece na prática cotidiana desses serviços é que essas objeções são ignoradas, seja pela falta de conhecimento, seja pela falta de fiscalização por parte do Poder Público.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 21) norteado pelos preceitos impostos pelo Código de Ética Médica organiza algumas disposições onde não é possível a utilização da objeção de consciência para se negar a realizar o abortamento, são elas:

- a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro (a) médico (a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);
- c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Tal feito, na dimensão de assegurar um atendimento humanizado às mulheres, a ausência de acolhimento por parte da equipe responsável não pode ser a causa de mais um fator de sofrimento e complicação à saúde física e mental da paciente. (VILLELA; BARBOSA, 2011, p.81).

Nessa perspectiva, cabe um empenho prioritário por parte gestores e profissionais da área de saúde “comprometidos com a consolidação das diretrizes do SUS no sentido de buscar formas para divulgar os serviços junto à população e estabelecer estratégias de gestão, e para garantir monitoramento e controle social que assegurem a efetivação desse direito.” (VILLELA; BARBOSA, 2011, p.88).

Dessa forma a FEBRASGO (2010, p.45) assevera que

É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

Tanto a orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde para o abortamento seguro da OMS, quanto a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, regulam um serviço de atendimento especializado coerente com os diferentes contextos socioculturais, frisando o cuidado com a saúde física e mental da mulher acima de tudo.

Mas o que acontece na realidade fática é bem oposto ao que preceitua as disposições da OMS e do MS, tendo em vista os estudos e pesquisas realizadas. A falta de orientação médica e o pouco conhecimento dos direitos por parte das pacientes²⁸ põe em risco a integridade física e mental dessas mulheres, que sofrem pela situação a que estão sujeitas, diversas vezes.

²⁸ Uma das formas da paciente ter acesso ao conhecimento desses direitos seria durante o seu atendimento nos serviços especializados, mas o desconhecimento por parte da equipe de atendimento dificulta a própria prestação do serviço.

4 ASPECTOS LEGAIS: ABORTO E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A prática do aborto não é historicamente recente, mas nem sempre foi objeto de crime. Em Roma, por exemplo, na Lei das XII Tábuas e nas leis da República, não tratavam o aborto como crime, pois o produto da concepção era considerado como parte do corpo da mulher, e quando esta abortasse estaria dispondo do seu próprio corpo. Mais tarde, o aborto passou a ser considerado como uma violação aos direitos à prole que possuía o homem, sendo então criminalizado. Mas foi no advento do cristianismo que a prática abortiva passou a ser condenada socialmente, aqui o aborto criminoso equiparou-se ao homicídio.

No Brasil, o Código Criminal do Império de 1830, bastante influenciado pela Igreja, não permitia a prática abortiva realizada por terceiro com ou sem o consentimento da gestante, salvo quando esta o realizasse em si. Já durante a República, no Código Penal de 1890, essas gestantes que realizavam o aborto em si eram agraciadas apenas com uma redução de pena, ou seja, o aborto passou a ser previsto como crime em todas as modalidades.

Já para o Código Penal de 1940, ainda vigente, o aborto será considerado crime ainda que a gestante pratique em si mesma. As ressalvas que dispõe são apenas duas: risco de morte à mulher e gravidez resultante de estupro. Mas no ano de 2012, com o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da ADPF 54, tornou-se possível a interrupção terapêutica do parto no caso de gravidez de fetos anencéfalos, que anteriormente eram pleiteadas através de ações judiciais independentes, nas quais a mulher que gestava um feto anencéfalo estava sujeita à decisão de cada juiz para conseguir realizar a antecipação de seu parto. Mesmo assim, de acordo com o que dispõe Villela e Barbosa (2011, p. 18)

apesar desses permissivos legais, durante muito tempo não houve qualquer mobilização do poder público no sentido de permitir sua efetivação, e apenas no final dos anos 1980 começam a ser estruturados serviços de saúde para a prática da interrupção de gestações decorrentes de estupro. Quase ao mesmo tempo, começavam a haver solicitações de autorização judicial para a realização de abortos em fetos anencefálicos.

Mesmo prevendo essas permissivas, o direito brasileiro não vem de forma alguma assegurar seu devido funcionamento. O acesso a esses serviços ainda é bastante restrito e os avanços ao longo dos anos são poucos, além disso, na maioria das vezes encontram-se geograficamente inviáveis, pois não estão disponíveis em todas as unidades da Federação. A OMS dispõe sobre as barreiras legais, reguladoras ou administrativas encontradas pelas mulheres no acesso ao abortamento seguro, muitas dessas barreiras são bastante notáveis no Brasil, dentre elas visualiza-se:

- restringir a variedade de prestadores de serviços de saúde e de instalações que podem prestar serviços de forma segura, por exemplo, médicos em instalações com hospitalização e equipamento sofisticado;
- não assegurar a derivação em caso de objeção por razões de consciência;
- exigir períodos de espera obrigatórios;
- censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações ligadas a saúde;
- excluir do seguro de saúde a cobertura para serviços de abortamento, ou não eliminar ou reduzir os honorários para mulheres de baixa renda e adolescentes; [...] (OMS, 2013, p. 94)

Acontece que as mulheres não são sequer informadas (nem nas delegacias, nem nos hospitais) sobre seus direitos e sobre quais procedimentos devem tomar quando se enquadram nessa situação que o Código Penal de 1940 as autoriza. Dessa maneira, a OMS (2013, p. 94) conclui que

A mulher é desencorajada de procurar os serviços com o prestador formal de serviços de saúde. Os profissionais da saúde tendem a ser excessivamente precavidos na hora de resolver se a situação cumpre com o embasamento jurídico do abortamento e, conseqüentemente, negam a gestante os serviços aos quais ela tem direito do ponto de vista legal.

Essa ausência efetiva de aparato estatal quanto às informações, às estruturas, a fiscalização dos serviços que já existem, revela um grande problema para o acesso ao abortamento seguro, mesmo nos casos em que a lei exclui a punibilidade da prática.

4.1 A LEI VIGENTE

O Código Penal brasileiro de 1940 não define em seu texto o que venha a ser aborto, dessa forma alguns doutrinadores vêm esse tipo penal como controvertido, pois não existe uma definição clara do termo *provocar aborto* utilizado pela legislação penal para tipificar a conduta criminosa. Acontece que Greco (2012, p. 223) citando Marques (1999) esclarece que “para o Direito Penal e do ponto de vista médico-legal, o aborto é a interrupção voluntária da gravidez, com a morte do produto da concepção”.

Diferentemente do ponto de vista médico, que conceitua o aborto de forma mais específica, para o direito o aborto consiste genericamente na interrupção da gravidez com posterior destruição do produto concepção, ou seja, é a eliminação da vida intrauterina. Ainda segundo dispõe Nucci (2013, p. 592), o aborto nada mais é que “a cessação da gravidez, antes do termo normal, causando a morte do feto ou embrião”.

Acontece que a criminalização do aborto visa proteger a vida, pondo o princípio do direito à vida acima de todos os outros princípios, que na prática passam a ser inobservados completamente. Assim, com essa finalidade de proteger a vida é necessário demarcar quando a vida se inicia para que possa ser possível proceder com a correta tipificação.

Ademais, existe uma polissemia na conceituação acerca do início da vida. É um conceito incontroverso nos diversos ramos da ciência, pois conforme afirmam Coutinho, Maia e Silva (2008, p. 9) sabe-se que

há um ceticismo entre a maioria dos biólogos quanto à possibilidade de se estabelecer uma definição para o conceito de vida. Assim, muitos consideram essa procura uma especulação “meramente teórica” ou metafísica, em detrimento daquilo que realmente importaria: os “fatos” da pesquisa empírica. Para esses biólogos definir vida não ajudaria em nada na resolução dos quebra-cabeças da ciência normal em Biologia. Por isso, as perguntas “O que é vida?” e “Em que momento pode considerar alguma coisa como viva?” não seriam relevantes.

Mas, para fins de tipificação do crime de aborto esse conceito torna-se necessário, já que o crime visa proteger a vida é necessário saber a partir de que

momento esse bem jurídico terá possibilidade de ser atingido. Nesse sentido a doutrina majoritária assevera que

temos a *nidação* como termo inicial da vida, por intermédio do tipo penal do aborto. Portanto, uma vez implantado o ovo no útero materno, qualquer comportamento dirigido finalisticamente no sentido de interromper a gravidez, pelo menos à primeira vista, será considerado aborto (consumando ou tentado). (grifo do autor) (GRECO, 2012, p. 229)

Dessa forma, sabe-se que o delito do aborto se configurará a qualquer momento da gestação, e que esta terá início na concepção e se findará no início do trabalho de parto, pois a partir do momento em que o parto se inicia devem ser considerados os tipos penais do infanticídio ou homicídio e não mais o delito de aborto. (CAPEZ, 2014, p.94).

Similar ao que ocorre nas especificações médicas feitas ao aborto, a doutrina penalista em sua maioria também o divide em espécies, que são:

- a) Aborto natural: quando o próprio organismo feminino se encarrega de expulsar o produto da concepção, ou seja, é uma interrupção espontânea, patológica.
- b) Aborto acidental: ocorre quando a interrupção da gravidez decorre de causas exteriores, traumáticas.
- c) Aborto criminoso: é a interrupção forçada ou voluntária da gravidez, neste caso quando a mulher não é amparada pelos dispositivos legais permissivos.
- d) Aborto social ou econômico: é a cessação da gravidez por razões sociais ou econômicas, como no caso em que a mãe não terá condição nenhuma para cuidar do seu filho, por falta de amparo estatal, por política estatal ou por já ter uma família numerosa. (Não existe essa possibilidade no Brasil, caso ocorra será tipificado conforme prevê o Código Penal).
- e) Aborto eugenésico, eugênico ou piedoso: é quando se interrompe a gravidez, gerando a morte do feto ou embrião que possua alguma deformidade ou enfermidade incurável. Nesses casos o aborto é permitido apenas quando a deformidade ou enfermidade forem incompatíveis com a vida extrauterina, como ocorre no caso da gravidez de anencéfalo. (ADPF 54 do STF)

f) Aborto necessário ou terapêutico (art. 128, I, CP): é o abortamento, via de regra, realizado por médico quando a gestante corre risco de vida ou quando não há outro meio de salvá-la. É uma hipótese específica de estado de necessidade, já que não há a necessidade de que o perigo seja atual.

g) Aborto sentimental, humanitário ou ético (art. 128, II, CP): ocorre quando a gravidez é consequência de um crime de estupro. Aqui o legislador visa proteger a integridade física e mental, prevalecendo a dignidade humana da mulher que foi vítima de um crime hediondo e que não deseja gestar o produto dessa concepção.

Ocorre que o enfoque maior a ser dado encontra-se nas hipóteses em que o aborto é permitido legalmente, visando esclarecer até que ponto a mulher que está sujeita a essas situações legais será amparada e informada pelo serviço público²⁹ sobre seus direitos, principalmente no que tange aos procedimentos a serem realizados para garantir seu devido acesso aos serviços de aborto legal³⁰.

Destarte verifica-se que na situação que se situa o Brasil “estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros ao ano. O artigo 128 do Código Penal de 1940 prevê o abortamento legalizado para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher, a questão está em cumprir a legislação” (BRASIL, 2011, p.8).

O abortamento e a interrupção da gravidez estão entre as discussões mais polêmicas no ramo da bioética. As pessoas adotam um discurso institucionalizado e massificado que leva em consideração pontos de vista pouco científicos e são movidas por sentimentos, crenças, valores e costumes. Isso segmenta toda a discussão em apenas dois polos opostos que são basicamente insignificantes para a verdadeira finalidade necessária: os pró-vida, que são a favor da proibição; e, os pró-escolha, que se posicionam favoráveis à autonomia corporal e sexual da mulher. Acontece que tais perspectivas limitam o avanço da discussão, gerando um grande desconforto para ambos os posicionamentos observados.

²⁹ “Os encaminhamentos oportunos a unidades adequadas reduzem demoras na procura por cuidados clínicos, aumentam a segurança e podem mitigar a gravidade das complicações decorrentes de abortamento.” (OMS, 2013, p. 67)

³⁰ “O acesso às informações e um determinante chave do abortamento seguro. A legislação penal, incluindo o fornecimento de informações ligadas ao abortamento, e a estigmatização do abortamento desencoraja muitas mulheres de solicitar informações sobre os serviços de abortamento a seus prestadores habituais de serviços de saúde. Possivelmente a mulher prefira não consultar seu prestador habitual de serviços de saúde ou procurar atendimento fora de sua comunidade.” (OMS, 2013, p. 95)

4.1.1 Aborto Necessário, Terapêutico ou Profilático.

Conforme o art. 128, I, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, não é punível o aborto realizado por médico: “I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante” (BRASIL, 1940).

Tal espécie de aborto configura-se numa modalidade especial de estado de necessidade e que só pode ser realizada por meio do médico, pois se entende que apenas este é apto para concluir pela necessidade de interrupção da gravidez. Aqui a interrupção da gestação deve ser realizada de qualquer maneira, independente da autorização da gestante ou de seu representante legal, pois é uma das condutas médicas a serem realizadas quando a gravidez ectópica inviável for diagnosticada, caso contrário o médico sequer poderia tomar tal medida.

Nesse caso “não se trata apenas de cuidar da saúde da mulher, mas, sobretudo, que ela esteja de fato em risco de morte. Esse tipo de aborto é legalmente permitido, embora com o crescente avanço da ciência biomédica perceba-se uma tendência de diminuição de casos”, conforme afirma Domingues (2008, p.72 e 73).

Nota-se então que há risco de perigo a dois bens jurídicos e o legislador optou por proteger um bem considerado maior, que é a vida da gestante, sobrepondo-o a um bem menor, ainda potencial e presumido. Assim, conforme dispõe Capez (2014, p. 104) o médico

deverá intervir após o parecer de dois outros colegas, devendo ser lavrada ata em três vias, sendo uma enviada ao Conselho Regional de Medicina e outra ao diretor clínico do nosocômio onde o aborto foi praticado. É dispensável a concordância da gestante ou do representante legal, podendo o médico intervir à revelia deles, até porque muitas vezes a mulher se encontra em estado de inconsciência e os familiares podem ser impelidos por motivos outros, como o interesse na sucessão hereditária, no momento de decidir sobre o sacrifício da vida da genitora ou do feto.

Já Kyriakos e Fiorini (2002, p137) preceituam que nos casos de abortamento necessário não é necessário considerar

A idade gestacional, face ao bem jurídico maior consistente na preservação da vida da mulher. Assim ela deve ser informada do seu estado e dos riscos aos quais está exposta. Cabe a ela, em primeiro lugar, a decisão sobre os próximos acontecimentos. Se inconsciente sua vida deve ser resguardada, com a opção pelo aborto.

Não obstante, alguns doutrinadores penais lecionam no sentido de que não cabe a mulher a decisão do abortamento ou não, ou seja, não cabe à mulher decidir entre a sua vida e a vida fetal, pois geralmente quando a gravidez é diagnosticada ectópica com risco de vida à mulher o produto da concepção também não terá grandes chances de sobrevivência. Dessa forma, asseguram que não cabe à mulher decidir pelo abortamento nesses casos.

Destarte, é significativo observar que essa figura legal vem apenas assegurar uma conduta médica³¹ já realizada para determinados diagnósticos que calculam a viabilidade da gestação e o seu risco para a vida da gestante.

4.1.2 Aborto Sentimental, Humanitário ou Ético

De acordo com o dispositivo legal do art. 128, II do Código Penal brasileiro não será punível o aborto quando praticado por médico “II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.” (BRASIL, 1940). Segundo aduz Domingues (2008, p.73) esta hipótese fundamenta-se “no direito à honra, à integridade física e psíquica da mulher e à segurança social, já que o estupro é delito previsto no Código Penal em seu art. 213”.

Ao Estado não cabe obrigar uma mulher a manter uma gestação decorrente de um coito forçado, pois isso violaria, dentre outros já mencionados, o princípio da dignidade da pessoa humana. Uma mulher que engravida em decorrência de uma violência sexual é duplamente ofendida, tendo em vista as graves consequências físicas e psicológicas sofridas, assim, o dever do Estado está em minimizar ao máximo o sofrimento dessa mulher.

Diferentemente no inciso I do art. 128 do CP, é claramente observado no texto positivado no inciso II do mesmo artigo, que existe aqui a necessidade

³¹ Existe uma enorme celeuma doutrinária no que diz respeito a possibilidade de realização da interpretação *in bonam partem* no caso da não possibilidade da conduta ser realizada por médico.

primordial do consentimento da gestante ou de ser representante legal, quando aquela for incapaz.

Assim, segundo a FEBRASGO (2010, p.46) o procedimento a ser realizado

quando houver gestação em decorrência de estupro, a paciente (se menor de 18 anos acompanhada de seu representante legal) deverá ser encaminhada a uma maternidade, preferentemente um serviço de medicina fetal, para realizar a interrupção da gestação. Caso tenha o Boletim de Ocorrência policial (chamado comumente de BO) referendando o estupro, este deve ser entregue ao profissional de saúde que a receber. Não tendo o boletim, o profissional de saúde deverá averiguar a veracidade da história da paciente e, confirmando ser caso de estupro com subsequente gestação, estará autorizado a encaminhar o procedimento. Nestes casos é recomendado a equipe de saúde que a narração do estupro seja considerado como “presunção da verdade”. Em caso de gravidez acima de 20 semanas de idade gestacional, a mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

Assim para que seja possível o acesso ao abortamento seguro à mulher que o solicite, deverão existir os suprimentos e aparelhamentos necessários, além da capacitação profissional e técnicas adequadas ao atendimento dessas mulheres. Devendo ser observadas pelos profissionais e gestores da área da saúde algumas normas técnicas de acolhimento e orientação necessárias à existência do amplo acesso ao serviço de atenção humanizada em toda a rede de saúde pública, proporcionando uma maior proteção.

A mulher que sofre violência sexual necessita de um aparato estatal mais delicado, exigindo uma ação articulada entre diversos setores. Em 1999, com o surgimento da norma técnica editada pelo Ministério da Saúde para conduzir a *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes*, já em sua 3ª edição atualizada em 2012, o atendimento a esses casos vem se fixando de forma mais efetiva, fazendo ampliar o acesso a esses serviços especializados dentro do SUS, apesar disso, esses serviços estão distantes de serem suficientes à demanda cogitada, pois além de sua má distribuição dentro do território nacional, encontram-se também desestruturados. (VIANA, 2008).

Viana (2008, p.172) assevera que para um atendimento apropriado às mulheres em situação de violência existe a necessidade de que

Todos os profissionais de saúde se comprometam na construção de uma prática clínica em que os aspectos médicos, psicológicos e sociais precisam ser considerados para estabelecer a real dimensão do problema. Entre os aspectos médicos, a Aids, as DSTs e a gravidez decorrentes da violência são preocupações que demandam ações imediatas. [...] Estudos realizados na América Latina mostram que apenas 5% a 8% dos casos de agressão sexual a adultos são denunciados.

Acontece que nem sempre os profissionais de saúde se disponibilizam às capacitações primordiais ao fornecimento do serviço adequado, e nos poucos casos denunciados as mulheres, fragilizadas, não sabem como agir diante da ausência do aconselhamento adequado já nas delegacias. Falta capacitação às delegacias que atendem a essa demanda, deixando a desejar no que tange às informações básicas às mulheres em situação de violência sexual, que posteriormente encontram-se perdidas dentro de burocracias desnecessárias.

Viana (2008, p. 173) afirma ainda que

A inexistência de serviços, ou o desconhecimento de sua existência, soma-se às dificuldades já vividas por essa mulher ao passar pela situação de violência e contribui para que esta não procure a ajuda necessária. A contracepção de emergência, hoje disponível nos serviços de saúde, ainda não está acessível às mulheres que precisam- seja pela descontinuidade de sua distribuição pelo poder público, seja pela polêmica ainda existente sobre sua suposta condição de abortivo. [...] O certo é que muitas mulheres ainda preferem esconder de todos o que viveram, e a consequência poderá ser uma gravidez indesejada.

Dessa forma, o saldo visualizado é completamente negativo, pois além da situação de violência sexual traumática, e de uma possível gravidez forçada que se deriva, a mulher que consegue chegar ao serviço de atendimento legal (pois não são todas), muitas vezes é “acolhida” com desconfiança, pouco sabendo dos direitos que a preserva e dos procedimentos realmente necessários, tornando-se uma pessoa impossibilitada, dessa maneira, de evitar condutas desgastantes.

A norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra as Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012, p. 69), reeditada pelo Ministério da Saúde em 2012, assegura 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.

Quando a gravidez resulta de um estupro é necessário que haja uma orientação à mulher quanto aos seus direitos legais, devendo prevalecer a vontade dela em interromper ou manter a gestação e, independente de sua escolha, o Estado deve assegurar qualquer dos procedimentos indispensáveis, assegurando-a em sua autonomia.

A falta de informação à população sobre a existência dos serviços e até sobre a possibilidade de interrupção da gravidez, faz com que algumas formalidades sejam exigidas de forma abusiva às mulheres, impedindo-as de ter acesso aos serviços de atendimento, servindo como barreiras.

Ademais, “ninguém pode deixar de ser atendido em serviços de saúde por ter decidido não denunciar seu agressor. O serviço que recusar atendimento sob esse pretexto está incorrendo em omissão de socorro.” (VIANA, 2008, p. 183)

Villela e Barbosa (2011, p. 80) sustentam que “os problemas de infraestrutura e de funcionamento dos serviços para à demanda de aborto legal podem ser um reflexo da falta de vontade política dos gestores e da resistência dos profissionais em cumprir a normatização relativa ao preceito legal.”. Ainda citando Soares (2009) afirmam que são inúmeros os fatores enfrentados, entre eles estão:

a influência de valores religiosos, o medo da estigmatização por parte do profissional que realiza o procedimento, posturas morais e sexistas presentes na equipe de saúde e, ainda, preconceitos baseados em estereótipos de gênero relativo às mulheres, a sua autonomia sexual e a seus direitos reprodutivos.

Segundo a OMS (2013, p. 94) essas barreiras fazem com que as mulheres continuem optando pelo silêncio mesmo quando amparadas pelo direito,

geram demoras no acesso aos serviços, podendo ter como resultado a não prestação dos serviços devido aos limites estabelecidos por lei a idade gestacional; geram procedimentos administrativos complexos e cansativos; aumentam os custos de acesso aos serviços de abortamento; limitam a disponibilidade dos serviços e sua distribuição geográfica equitativa.

A Portaria nº 1.508/GM, publicada pelo Ministério da Saúde em 1º de setembro de 2005, objetiva orientar as mulheres sobre os procedimentos que devem ser tomados caso desejem realizar a interrupção da gestação, estabelecendo diretamente os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nas situações de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em cinco termos. Sendo assim necessário ressaltar que a interrupção da gravidez nessas situações não prescinde de processo

judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los. (BRASIL, 2012)

Assim, é possível observar que as formalidades legais são mínimas, prescindindo apenas do que for estritamente necessário para que se realize a interrupção da gravidez. Sendo observável que as formalidades não podem impedir as mulheres de dispor do seu direito.

4.1.3 Aborto Eugenésico, Eugênico ou Piedoso

Em 12 de abril de 2012 a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54 do Supremo Tribunal Federal (STF), ajuizada em 2004 pela Corte pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), “julgou procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, inciso I e II, todos do Código Penal”.

Ou seja, com o julgamento da ADPF 54³² o STF decidiu pela possibilidade da interrupção gestacional da gravidez de feto anencéfalo, conforme a decisão da mulher, desde que devidamente comprovada anencefalia fetal. Segundo o Min. Gilmar Mendes em seu voto “não se pune o aborto praticado por médico, com o consentimento da gestante, se o feto padece de anencefalia comprovada por junta médica competente”. (STF, 2012, p.306)

Acredita-se que a legislação penal ao punir o aborto visa proteger a vida em potencial, útil e viável, assim, não há como o Estado obrigar uma mulher a gestar um feto inviável, e que é comprovadamente incompatível com a vida extrauterina e fora do útero poderá viver apenas algumas horas. Ainda, segundo confirma Nucci (2014, p. 599) o Estado brasileiro é laico, ou seja, não adota qualquer crença ou culto religioso. Dessa forma, mesmo que

alguns, por sentimentos religiosos, acreditem que faz parte da missão da gestante carregar dentro de si um feto inviável, pois o sofrimento é parcela integrante da existência humana, sendo moral e espiritualmente elevado que o faça, não se pode transformar a crença de um em mandamento para todos.

³² “Em 17 de junho de 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS formalizou a arguição de descumprimento de preceito fundamental ora em exame parcial. Sob o ângulo da admissibilidade, no cabeçalho da petição inicial, apontou, como envolvidos, os preceitos dos artigos 1º, IV – dignidade da pessoa humana –, 5º, II – princípio da legalidade, liberdade e autonomia da vontade –, 6º, cabeça, e 196 – direito à saúde –, todos da Carta da República e, como ato do Poder Público, causador da lesão, o conjunto normativo ensejado pelos artigos 124, 126, cabeça, e 128, incisos I e II, do Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Afirmou, mais, que diversos órgãos investidos do ofício judicante – juízes e tribunais – vêm extraindo do Código Penal, em detrimento da Constituição Federal, dos princípios contidos nos textos mencionados, a proibição de se efetuar a antecipação terapêutica do parto nos casos de fetos anencéfalos. Alegou ser a patologia daquelas que tornam inviável a vida extra-uterina.” (STF, 2012, p.2)

Deve haver respeito aos direitos à saúde e autonomia reprodutiva da mulher, tendo em vista que estes devem prevalecer diante da possibilidade de existência de algumas horas de vida que já são biologicamente inviáveis.

Alguns autores sequer consideram como sendo antecipação do parto o fato de interromper a gravidez de feto anencéfalo, conforme preceitua Pierangeli (2010) citado por Nucci (2014, p.599)

em se tratando de anencefalia, não pode a interrupção da gravidez ser considerada como aborto ou antecipação do parto, posto que falta o elemento básico, fundamental, que é a existência da vida humana. A malformação congênita do anencéfalo inviabiliza a vida extrauterina. (...) A interrupção da gravidez ou antecipação do parto, em caso de anencefalia, constituem condutas atípicas. Como se trata de conduta atípica, fica sem sentido a exigência de autorização judicial para a realização da medida médico-cirúrgica, podendo o médico atuar livremente, posto que se trata de atuação com finalidade terapêutica, que também torna sua conduta atípica.

Freitas et al. (2011, p.67) lembra ainda que é necessário reforçar “a importância do psiquismo materno-fetal. Se uma gestação normal produz mudanças profundas na sensibilidade feminina, podemos apenas imaginar o abalo que um diagnóstico de malformação possa representar no âmbito familiar.”

Ademais, as tecnologias de diagnóstico por imagem vem avançando, o que permite um acompanhamento visual do desenvolvimento embrionário e fetal quase exato, fazendo com que o crescimento nos números de abortos de fetos portadores de anomalias incompatíveis com a vida extrauterina sejam constantes nos últimos anos.

Assim, conforme menciona o constitucionalista Pedro Lenza (2014, p.1216)

Desconsiderando-se os aspectos moral, ético ou religioso, tecnicamente, em relação à interrupção de gravidez de feto anencefálico, desde que se comprove, tecnicamente, por laudos médicos, com 100% de certeza, que o feto não tem cérebro e não há perspectiva de sobrevivência (situação não imaginada na década de 1940 — quando o Código Penal foi elaborado — e, atualmente, totalmente viável em razão da evolução tecnológica) [...]. A decisão caberá à gestante com o apoio do Estado e de junta médica e multidisciplinar.

E, de acordo com o pronunciamento do Min. Marco Aurélio em seu voto no mérito da ADPF 54 (STF, 2012, p.67 e 68)

não se pode exigir da mulher aquilo que o Estado não vai fornecer por meio de manobras médicas. [...] Não se coaduna com o princípio da proporcionalidade proteger apenas um dos seres da relação, privilegiar aquele que, no caso da anencefalia, não tem sequer expectativa de vida extrauterina, aniquilando, em contrapartida, os direitos da mulher, impingindo-lhe sacrifício desarrazoado. A imposição estatal da manutenção de gravidez cujo resultado final será irremediavelmente a morte do feto vai de encontro aos princípios basilares do sistema constitucional, mais precisamente à dignidade da pessoa humana, à liberdade, à autodeterminação, à saúde, ao direito de privacidade, ao reconhecimento pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de milhares de mulheres. O ato de obrigar a mulher a manter a gestação, colocando-a em uma espécie de cárcere privado em seu próprio corpo, desprovida do mínimo essencial de autodeterminação e liberdade, assemelha-se à tortura ou a um sacrifício que não pode ser pedido a qualquer pessoa ou dela exigido.

Ou seja, forçar uma mulher a manter uma gestação inviável é como institucionalizar uma forma de violência. Violar direitos existentes e palpáveis em razão de um direito à vida logo será nulo direito é difundir um discurso ultrapassado de submissão da mulher à reprodução humana.

Doutrinariamente é possível falar, inclusive, na ausência de fato típico nesses casos. Fernando Capez (2014, p.106) assegura que, em se tratando de abortamento de feto anencefálico,

não há crime, ante a inexistência de bem jurídico. O encéfalo é a parte do sistema nervoso central que abrange o cérebro, de modo que sua ausência implica inexistência de atividade cerebral, sem a qual não se pode falar em vida. A Lei n. 9.434, de 4-2-97, em seu art. 3º, permite a retirada *post mortem* de tecidos e órgãos do corpo humano depois de diagnosticada a morte encefálica. Ora, isso significa que, sem atividade encefálica, não há vida, razão pela qual não se pode falar em crime de aborto, que é a supressão da vida intrauterina.

Para que se exerça regularmente o direito ao abortamento de feto anencéfalo, o Min. Gilmar Mendes na conclusão do seu voto na decisão de mérito da ADPF 54 (STF, 2012, p. 307) asseverou que

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.

4.2 A PORTARIA Nº 415 E O RETROCESSO

A Portaria 415 do Ministério da Saúde, de 21 de maio de 2014, veio à tona para promover um avanço significativo no que diz respeito aos serviços de atendimento ao aborto legal, incluindo o procedimento e todos os atributos da interrupção da gravidez/antecipação terapêutica do parto previsto nos dispositivos legais, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

A portaria em questão veio facilitar o atendimento ao aborto legal nos hospitais públicos, estabelecendo ao Estado um pagamento de R\$ 443,30 aos hospitais por cirurgia realizada, e também alterava a denominação de “curetagem” para “interrupção da gestação/antecipação do parto”. Dessa forma, veio ampliar o número de serviços, combatendo um dos problemas vivenciados pelas mulheres: a má distribuição geográfica dos serviços de aborto legal, que no momento estão contabilizados em 65.

Dessa forma tudo estava caminhando bem, até que apenas uma semana depois, ou seja, em 28 de maio de 2014, a Portaria nº 437 que veio revogar a Portaria nº 415 entrou em vigor devido às pressões religiosas, que passaram a denominar a portaria nº 415 de *legalização do aborto*.

O Movimento Nacional da Cidadania pela Vida - Brasil sem Aborto, em nota pública, afirmou a sua preocupação a respeito da Portaria 415, pois “esta ampliava as possibilidades do aborto no Brasil e trazia grande inconsistência jurídica, permitindo interpretações distorcidas da lei 12.845/2013³³, indevidamente citada na referida Portaria”.

³³ Lei que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral das pessoas em situação de violência sexual.

5 CONCLUSÃO

As mulheres sempre estiveram e continuam sujeitas a algo, seja às vontades masculinas, seja às vontades da Igreja ou do Estado. O corpo feminino é visto como objeto de desejo, pecado e reprodução, não lhes cabendo mais nada além do dever de serviço ao homem e à maternidade, mesmo que esta não fosse a opção desejada.

Em questão, a efervescência do debate a respeito do direito de decisão das mulheres sobre seu corpo³⁴, sobre se devem ou não interromper a sua gestação, tendo em vista a maternidade como uma escolha afastada das vontades do Estado, anda em bastante evidência também no direito brasileiro, já em constâncias do século XXI.

Nesse contexto, o Brasil vivencia mais uma vez um momento onde opiniões conflitantes reiniciam seus embates, envolvendo um direito que deveria decorrer da esfera da liberdade da mulher e de seu poder para definir-se acerca de seu corpo. Uma vez que, conforme o texto constitucional, a decisão sobre a interrupção da gravidez deveria advir fundamentalmente da dignidade da pessoa humana, do principio da liberdade e autonomia e do direito à saúde.

A discussão que divide o debate sobre o aborto perante o meio social e popular em duas vertentes é pouco acertada, pois restringe o debate a meros sentimentalismos. O debate a ser instigado deve vir também de um ponto de vista mais científico, na observação de dados concretos das pesquisas, fazendo com que seja trilhado pelo meio popular também um caminho intermediário, onde o aborto deve ser observado como um procedimento médico necessário à saúde e autonomia da mulher, mas não considerado como o único caminho.

É preciso que haja uma ponderação nas discussões institucionais no sentido do pensar de forma coletiva, deixando de lado as crenças e opiniões pessoais que pouco ou nada podem fazer quando o assunto trata-se de salvar a vida das mulheres.

³⁴ Fala-se aqui em direito da mulher ao seu próprio corpo em relação a decisão de continuar ou não uma gestação, considerando que a gestação é um fenômeno que ocorre no corpo da mulher, e que mesmo em se tratando de outro corpo é a mulher que deve decidir o quantum que pertence ao seu próprio corpo em si considerado.

A necessidade de discutir o aborto de forma madura e pouco fantasiosa vem se tornando cada vez mais essencial; a partir do momento em que a incidência de casos de abortamento como quarta causa de mortalidade materna (chegando em determinados momentos a liderar em alguns estados) em um país de geografia continental como o Brasil, não existe mais a possibilidade de colocar uma venda negra nos olhos, sendo, pois, inevitável enxergar que mães, irmãs, amigas, tias, avós, filhas, enfim, mulheres continuem sofrendo em silêncio.

Os motivos que podem levar uma mulher a decidir pelo abortamento são inúmeros, mas diante de tantas diferenças e, por muito, opostos, existe um ponto em comum entre essas mulheres: o medo da decisão em si, mas também o medo da ausência dela, tendo em vista a completa falta de aparato estatal para a mulher que opta por levar a termo a sua gestação.

A postura estatal, tomada doutrinariamente como paradigma de uma hipocrisia social, é extremamente conflitante, visto que vem a deixar uma enorme parcela de mulheres em uma situação de embate, porque as que decidem levar em diante sua gravidez, mesmo diante de uma situação pessoal incompatível, encontra um obstáculo estatal no sentido da total ausência de aparato.

A gestante não tem garantia, sequer de que o feto terá um desenvolvimento saudável, considerando-se a desqualificação e até ausência do suporte necessário, como por exemplo, os serviços de pré-natal e atenção ao parto, onde não há o mínimo de humanização e acessibilidade.

Por outro lado, a mulher que decide pela interrupção de sua gravidez, seja esta prevista ou não legalmente, é sempre penalizada pelo Estado, porém o grau de penalidade sofrido vem a ter uma discriminação em decorrência da classe social em que essas mulheres estão inseridas, não obstante, tornando-se evidente que a penalidade experimentada de forma mais profunda e marcada é percebida pela mulher que está inserida em uma classe social e economicamente inferior, já cercada de todos os tipos de estigma.

As contradições estatais acerca da questão do aborto apenas prosseguem paulatinamente a tornar ainda mais profundos os abismos entre a legislação e a sua ausência de aplicabilidade na realidade social, já que é possível observar a existência de mulheres que se tivessem uma garantia de vida com o mínimo de dignidade não poderiam cogitar a possibilidade de abortamento.

Mas, a posição do Estado nesse sentido é: cercear cada vez mais a qualidade dos direitos fundamentais quando garantidos e castigar também penalmente, com expressa previsão no Código Penal, diante da carência de escolhas regulamentadas perante a realidade palpável. Desse modo o que vemos é um texto legal que não condiz com os preceitos constitucionais e não é mais passível de aplicação na sociedade, encontra-se ultrapassado.

Dessa forma, vão seguindo os mais diversos argumentos contrários ou favoráveis ao direito da mulher de decisão acerca da interrupção de sua gravidez e quando os riscos de alguns posicionamentos se mostram abrangentemente prejudiciais, os discursos de poder que legitimam esses riscos devem inexistir visando um avanço para a minimização destes.

O fato é que, independente de opiniões desfavoráveis e proibições legais, abortos vêm acontecendo e as mulheres continuam a morrer ou sofrer consequências graves e muitas vezes irremediáveis devido às formas inseguras a que precisam se submeter. O que existe, na prática, é uma negligência descomunal relativamente à saúde das mulheres e o próprio acesso, haja vista a falta de informações e até mesmo de serviço no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, de necessidade inegável para autonomia da mulher no próprio controle de sua gravidez.

Acontece que até nas hipóteses em que a lei não criminaliza o a realização de abortamento, a mulher sofre desde o absentismo de informação até o atendimento que é completamente insatisfatório e sujeito a obstáculos impostos pela convicção íntima dos funcionários públicos responsáveis pelo serviço.

É certo que a mulher é penalizada pelo Estado mesmo nos casos em que a lei descriminaliza a prática, em face do íntegro distanciamento da regulamentação e fiscalização do serviço de atendimento às mulheres que se encontrarem na situação referida legalmente. Elas ficam expostas a riscos inteiramente desnecessários, assim fazendo-se crer, concretamente, que a ilegalidade do aborto torne ainda mais conflitante o ideal de igualdade entres os homens e as mulheres, fundamentalmente previstos na Carta Magna de 1988.

É forçoso enfatizar que o problema do aborto vem a afetar de forma frequente as mulheres que vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, tendo em conta que as mulheres mais frágeis a aturar as consequências do aborto clandestino são as jovens, negras e pobres, identificando-se, dessa forma, um

acentuado reflexo da prática do aborto inseguro nas desigualdades sociais, de classe e etnia, fazendo com que torne-se visível uma violação vigorosa aos direitos humanos e fundamentais dessas mulheres.

À vista disso, o que existe é uma necessidade alarmante de que os discursos que a população empodera-se em nosso país estejam baseados nos fatos que acontecem cotidianamente, para que haja um posicionamento ético e pautado pelo respeito à tangível situação que põe em maior risco a saúde da mulher.

O problema surge a partir da inquietação com a situação das mulheres que têm sua possibilidade de conduta descriminalizada e até mesmo autorizada pela Lei nos casos de aborto decorrente de gravidez onde há risco de vida pra mulher, resultante de violência sexual e de feto anencéfalo. Porém o que essas mulheres vivenciam na prática é, mais uma vez, a ausência estatal, porque não existe o mínimo de regulação e aparato para a realização de um direito garantido.

O que se vê na realidade é que o Estado, revestindo-se de violador institucional, vem a punibilizar indiretamente essas mulheres que optam pelo abortamento da gestação, mesmo nos casos que estão amparadas pela exclusão do ilícito, incluindo nesses casos também as mulheres que anseiam pela chegada de sua gravidez e em meados descobre que a existência de seu feto é incompatível com a vida.

Deste modo, conforme foi ressaltado em diversas oportunidades durante a pesquisa, existem três possibilidades de aborto permitidas pela legislação brasileira, mas a ausência de mecanismos para a realização e regulamentação do serviço vem punindo muitas mulheres.

A começar pela total falta de informação acerca dos trâmites legais necessários; o cabe às mulheres é um íntegro desconhecimento sobre os casos em que a legislação concede o direito ao aborto, e se lhes são sabidos muitas vezes se desconhece como chegar a efetivá-los, e por essa falta de informação elas vêm a sofrer todo um processo de estigma por parte dos profissionais que são incumbidos a efetivação do procedimento, até mesmo por falta de treinamento e informação especializada também destes. O fato é que apenas a autorização legal não significa dizer que o abortamento será feito de forma segura e acessível a todas as mulheres, e é dessa segurança e acessibilidade que as mulheres carecem. Seguiremos em marcha até que todas sejamos livres!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Jane Soares de. **Mulher e Educação a paixão pelo possível**. São Paulo: Editora UNESP, 1998.

AMORÓS, Celia. **Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad**. Madrid: Cátedra, Feminismos, 1997.

ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn (orgs.). **Aborto Medicamentoso no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo *et al.* (coord). **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano VII, N. 6 – dez 2013. SOS Corpo, Recife, 2013.

BEAVOUIR, Simone de. **Segundo Sexo II: A experiência de vida**. 2 ed. Paris: *Librairie Gallimard*, 1967.

_____. **Segundo Sexo I: fatos e mitos**. 4 ed. Paris: *Librairie Gallimard*, 1970.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Aborto e Saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf> Acesso em: 08 de fev. de 2015

_____. Senado Federal. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 20 de fev. de 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Federal - ADPF54**. Relator: ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>> Acesso em: 08 fev. 2015.

BRETON, David Le. **A sociologia do corpo**. 2. Ed. Petrópolis: Vorazes, 2007.

BUTLER, Judith. **Gender trouble: feminism and the subversion of identity**. New York: Routledge, 2007

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: parte especial. v.2.** 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

ERVITI, Joaquina. **El aborto entre mujeres pobres.** 1 ed. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação: Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.** São Paulo: 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FREITAS, Fernando; *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal: parte especial. v. 2.** 9. ed. Niterói: Impetus, 2012.

GUTIÉRREZ, Rachel. **O Feminismo é um humanismo.** São Paulo: Nobel, 1985.

HIRATA, H. **Globalização e divisão sexual do trabalho.** *Cadernos Pagu*, n. 17/18. CAMPINAS: Unicamp, 2002. p. 139-156.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA E SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS (coord.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** 2014 Brasília. Disponível em:
<http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf.>
Acesso em: 08 de fevereiro de 2015.

JÁCOME, Márcia Larangeira. **Apontamentos sobre a ação dos movimentos de mulheres por direitos no Brasil no século XX.** In: ROMANO, Jorge; ATHIAS, Renato (orgs.). Olhar crítico sobre participação e cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização e governança no Brasil. 1. ed. São Paulo: Action Aid e Editora Expressão Popular, 2007. p. 187-221. Disponível em:
<http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=56&func=startdown&id=168 > Acesso em: 18 dez. 2014

KRUG, Etienne G.; *et al.*, eds. **World report on violence and health.** Geneva: *World Health Organization*, 2002

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado.** 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MAIA, Mônica Bara (org). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto.** Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MATOS, Maria Izilda Santos de; SOIHET, Rachel (orgs.). **O corpo feminino em debate.** São Paulo: UNESP, 2003.

MILLET, Kate. **Política Sexual**. n. 37. Lisboa: Dom Quixote, 1970.

Nota pública do Movimento Nacional da Cidadania pela Vida – Brasil sem Aborto – sobre a REVOGAÇÃO da Portaria 415/2014. Disponível em: <http://www.brasilsemaborto.com.br/index.php?action=noticia&idn_noticia=343&cache=0.693223704903003> Acesso em: 24 de fev 2015.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (org). **Resgatando saberes e ressignificando práticas: Interfaces do campo da saúde coletiva**. 1 ed. Campina Grande: EDUEFCG, 2012.

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). *In*: CAMARGO, Kenneth Rochel. **Revista Physis**. v.15 n.1. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S010373312005000100006>> Acesso em: 05 de fev. 2015.

PEREIRA, Irotilde G.; *et al.* **Aborto legal: implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

PRIORE, Mary Del (org.). **História das mulheres no Brasil**. 10. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2012.

SILVA, Tânia Maria Gomes da. **Trajatória da historiografia das mulheres no Brasil**. v. 8, n. 1. Vitória da Conquista: Politeia: História e Sociologia, 2008.

SCOTT, Joan W. Gender: a useful category of historical analysis. *In*: The American Historical Review. v. 91. n. 5. Chicago: 1986, p. 1053-1075. Disponível em:<<http://www.jstor.org/stable/i305087>> Acesso em: 01 de fev. 2015.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: UNESP, 2011.

WOOLF, Virgínia. **Um teto todo seu**. 1928. Disponível em: <<http://virginiawoolf.files.wordpress.com/2012/03/um-teto-todo-seu-virginia-woolf.pdf>> Acesso em: 18 dez 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Geneva: 2013

_____. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. São Paulo: CBCD, 1995.

_____. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva: 2011