

ABORTO: UMA VISÃO LEGAL E BIOMÉDICA

BERTOLDI, Maria Eugênia¹

PEREIRA, Alessandro Mazur²

CHRISTINO, Carolina³

CORDEIRO, Kaluana S.⁴

LOPES, Guilherme Xavier⁵

SILVA, Gustavo Henrique dos Santos⁶

O presente artigo tem por objetivo demonstrar os pontos de vista jurídicos e biomédicos em relação à prática abortiva, demonstrando os riscos da prática e também da ilegalidade da mesma. Isso porque o aborto tem se caracterizado como um problema de saúde pública nos países em que é ilegal, visto que é praticado clandestinamente e de forma insegura. Em contraponto, a recente legalização do aborto de anencéfalos e o pronunciamento do Conselho Federal de Medicina em favor da legalização da prática abortiva, até o terceiro mês de gestação, têm causado polêmica e apontam mudanças significativas na área jurídica brasileira. Diante disso, este trabalho é uma busca por reunir os argumentos utilizados tanto pelos defensores do aborto, quanto por aqueles que tentam impedir essa mudança legislativa. Assim, temos o intuito de mostrar que o problema do aborto vai além das crenças religiosas e morais e alcança o patamar científico, precisando ser analisado pela sociedade e pelo governo de forma ponderosa, para que cheguemos a uma solução que reduza a grande quantidade de mortes causadas pelo aborto clandestino e que, porém, não induza sua utilização como método contraceptivo. No decorrer do artigo, procuramos mostrar exemplos de países em que o aborto foi legalizado e apresentar o processo e as consequências decorrentes da legalização.

Palavras-Chave: Aborto. Mulher. Mortalidade. Embrião. Brasil.

¹ Professora nas Faculdades Santa Cruz. Pós-graduanda em Psicopedagogia e em Educação Especial. Mestra em Psicologia. mariaeugeniabertoldi@gmail.com

² Graduando em Direito nas Faculdades Santa Cruz. alessandro.mazur@hotmail.com

³ Técnica em Informática. Graduanda em Direito nas Faculdades Santa Cruz. carolinachristino@gmail.com

⁴ Graduanda em Direito nas Faculdades Santa Cruz. kalu_gatabacana@hotmail.com

⁵ Graduando em Direito nas Faculdades Santa Cruz. guilhermao_lopez@hotmail.com

⁶ Técnico em Informática. Graduando em Medicina na Universidade Positivo. gus.henrique2306@gmail.com

ABSTRACT: This article aims to demonstrate the views about the abortion of legal and biomedical points of view, establishing a basic medical definition and demonstrating the risks of the practice and also the illegality of it. Abortion has been characterized as a public health problem in countries where it is illegal, as is practiced illegally and unsafely. In contrast, the recent legalization of the anencephalic abortion and the pronouncement of the Brazilian Federal Medical Council in favor of the legalization of abortion until the third month of pregnancy, have caused controversy and indicate significant changes in the Brazilian law. This paper aims to show the arguments used by the advocates and by those who have been trying to stop this legislative change. Thus, we seek to show that the problem of abortion goes beyond the religious and moral beliefs and reaches the level of science. Society and the government need to come to a solution that reduces the large number of deaths caused by clandestine abortion and which, however, does not induce its use as a contraceptive method. Throughout the paper, we show examples of countries in which abortion was legalized and present the process and the consequences of legalization.

Keywords: Abortion. Women. Mortality. Embryo. Brazil.

1. Definição de Aborto

Em busca da definição da palavra aborto, inicia-se por conhecer sua origem semântica. A palavra aborto surgiu da fusão de duas outras palavras latinas, *abi* (privação) e *ortus* (nascimento). No dicionário, aborto significa a “expulsão espontânea ou provocada do produto da concepção antes do momento em que ele se torna viável”.

O jurista França Limongi faz a distinção entre as palavras aborticídio, abortamento e aborto. Segundo ele, a primeira é um neologismo que se refere a morte de uma criança antes de nascer, enquanto abortamento é o próprio ato de abortar. Para ele, o aborto se diferencia por implicar no sacrifício do feto.

Para Medicina, o aborto é a expulsão prematura do feto ou embrião, causando seu óbito. Ele pode ocorrer de forma espontânea ou induzida, provocando o fim da gestação e o conseqüente fim da atividade biológica do embrião ou feto, mediante uso de medicamentos ou realização de cirurgias.

2. Origem Histórica do Aborto

Um dos primeiros registros sobre o aborto de que se tem conhecimento é o Código de Hamurabi, no qual eram previstas penas pecuniárias ao provocador do aborto, incluindo, em alguns casos, pena de reparação civil ao pai da gestante. Isso porque na Babilônia e nas civilizações influenciadas por sua cultura, tais como os assírios, os hititas, entre outros povos mesopotâmicos, o aborto era condenado pela cultura e pela religião, e se refletia no ordenamento jurídico. Entre os assírios eram comuns penas que iam de golpes até decapitação para quem provocasse ou induzisse o aborto. Em Roma, a questão do aborto passou por várias correntes ideológicas. Em alguns momentos de sua história os romanos tiveram leis omissas em relação ao tema, em outros o pai se tornou responsável pela decisão sobre a vida do feto. Não obstante, houve épocas em que a legislação condenou expressamente o aborto. (SILVA, 2011, p. 11)

Os primeiros indícios de métodos abortivos foram encontrados na China, civilização que considera legal a prática do aborto, desde o século XXVIII a.C. até os dias de hoje. Da mesma forma, na Grécia, Aristóteles defendia a prática do aborto, como se pode observar em sua obra *A República*, visto que a crença

grega era de que o feto não possuía alma até cerca de 48 dias após seu nascimento. Para ele, essa prática era uma forma necessária de controle de natalidade para a garantia do equilíbrio populacional e dos meios de subsistência. Platão e Sócrates também se pronunciavam a favor do aborto, sendo que o primeiro o recomendava às gestantes com mais de quarenta anos. Apesar disso, há relatos de dois governantes gregos, Licurgo e Sólon, os quais proibiram temporariamente a prática do aborto. (MARCÃO, 2007, p.1)

Na Idade Média, apesar de Santo Agostinho, baseado na doutrina de Platão, ter sido a favor do aborto, iniciou-se uma fase de ampla repressão a essa prática, influenciada pelo domínio do pensamento católico característico da época. O argumento da Igreja Católica era de que o feto não seria batizado e por isso sua alma estaria perdida e desprotegida por Deus.

No Brasil Colônia, condenava-se a prática do aborto por fundamentos relacionados à sua própria condição de colônia. A principal justificativa para essa posição é de que o Brasil precisava ser habitado, isto é, precisava ter pessoas aptas a desenvolver a nação, trabalhar e constituir uma população verdadeiramente brasileira. Com os mesmo objetivos, observamos que havia um incentivo ao matrimônio e uma proibição a instalação de conventos de freiras no país. Todos esses fatores, acrescidos aos valores morais da época, refletiram em um Brasil Colônia onde o aborto era ilegal e moralmente condenado. (PRIORI, 1993, p. 1)

Na fase imperial brasileira, o Código Criminal do Império de 1830, previa pena somente no caso de aborto causado por terceiro, ou seja, se o ato fosse induzido pela própria gestante não implicava em pena. Essa situação mudou com a Constituição de 1891, a qual introduziu a pena também ao aborto praticado pela gestante. (CAPEZ, 2004)

No século XX, observamos a legalização do aborto em diversos países. Primeiramente houve a legalização na União Soviética, em 1917, seguida de países como Suécia, Reino Unido, França e Áustria. Mais tarde, em meados dos anos 60, a crescente tendência da legalização do aborto pode ser justificada pela chamada “revolução sexual”, a qual ficou marcada pela nova posição das mulheres na sociedade e por uma revolução dos costumes. (SCHOR & ALVARENGA, 1983).

O Código Penal brasileiro editado em 1940, por sua vez, instituiu o aborto como crime em seus arts. 124 a 128, mas aplicou exceção da punição aos casos de gestação decorrente de estupro e risco vital da gestante. Contudo, o Poder

Judiciário, desde os anos 90, tem autorizado a interrupção da gestação também em casos de anomalia fetal grave, incompatível com a vida extra-uterina. (ROCHA, 2004, p.3)

Segundo Filgueira & Silva, em 2004, o advogado Luis Roberto Barroso, propôs a ADPF-54/DF pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, almejando uma declaração do STF em relação à descriminalização do aborto de anencéfalos, através da declaração da atipicidade material do fato em argumentação, que resumidamente consistiu nos seguintes termos:

“A antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos situa-se no domínio do senso comum e não suscita qualquer das escolhas morais envolvidas na interrupção voluntária da gravidez viável. Não existe nenhuma proximidade entre nossa pretensão e o chamado aborto eugênico. A antecipação do parto em casos de gravidez de feto anencefálico não caracteriza aborto, como tipificado no Código penal. No aborto a morte do feto deve ser resultado direto dos meios abortivos, sendo imprescindível tanto a comprovação da relação causal como a potencialidade da vida extra-uterina do feto, que não é o que ocorre na antecipação do parto de um feto anencefálico. Não há potencial de vida a ser protegido. Somente o feto com capacidade potencial de ser pessoa pode ser sujeito passivo de um aborto.”⁷

Na época, o Ministro Marco Aurélio liminarmente acolheu a pretensão possibilitando o aborto de fetos anencéfalos no Brasil com fundamento nos Princípios da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, IV), Legalidade, Liberdade e Autonomia (art. 5º, II) e o da Saúde (art. 6º e 196).

Mais tarde, essa decisão veio a ser julgada pelo Procurador Geral da República, Dr. Cláudio Fonteles, o qual considerou que a liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio não tinha amparo na Constituição e que o feto anencefalo deveria também ser protegido em relação ao seu direito à vida. (FILGUEIRA & SILVA, p. 56 e 57).

Entre 2004 e 2012, houve intensas discussões e decisões acerca do tema. Em 2004, os ministros do STF decidiram abrir o caso a uma audiência pública para as entidades que quisessem participar do debate. Entre 26 de agosto e 16 de setembro de 2008, ocorreram quatro audiências com a participação de grupos de diversos seguimentos da sociedade, tais como religiosos, médicos e populares. Frente a várias posições contrárias, o STF, em 2012, acabou por legalizar do aborto de anencéfalos, com forte influência do argumento, trazido pelo Ministro Marco

⁷ Declaração de Luis Roberto Barroso perante o STF, em 2004.

Aurélio, de que o Brasil é o quarto país com maior incidência de fetos com anencefalia. (FILGUEIRA & SILVA, 2012, p. 57 a 63).

No início do ano de 2013, o Conselho de Medicina posicionou-se a favor da autonomia da mulher em relação à prática do aborto. O presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto Luiz d'Avila afirmou "Somos a favor da vida, mas queremos respeitar a autonomia da mulher que, até a 12ª semana, já tomou a decisão de praticar a interrupção da gravidez".

Segundo informações disponíveis no site do Conselho Federal de Medicina, essa posição do CFM deve ser enviada aos 15 juristas que estão analisando a Reforma do Código Penal Brasileiro. O presidente do CFM ressaltou que a decisão acerca do assunto deve ser feita pela sociedade brasileira, por meio do Poder Legislativo e que ao CFM coube apenas estabelecer sua posição. Ainda afirmou que continuariam sendo punidos pelo Conselho os médicos que praticassem o aborto ilegal, em respeito à Constituição, situação que só mudaria caso houvesse modificação na legislação brasileira.

Por maioria, os Conselhos de Medicina tem expectativas acerca da Reforma do Código Penal no sentido de que haja a licitude da interrupção da gravidez nos casos de risco a vida da gestante, comprovada anencefalia ou grave anomalia, gestação resultante de violação da dignidade sexual e por vontade da gestante até a 12ª semana de gestação.

3. A Visão Biomédica

O aborto pode ser classificado em três formas distintas: aborto espontâneo, induzido e ilegal. O aborto espontâneo é aquele que ocorre quando a gravidez é interrompida sem que haja vontade da mulher. Ele pode acontecer por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Já o aborto induzido é aquele que ocorre quando é realizado um procedimento a fim de interromper a gravidez, o qual pode ser realizado quando existem malformações congênitas, gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, gravidez de risco à vida e à

saúde física e/ou psíquica da mulher ou simplesmente por opção da mulher, sendo que a realização da última depende de permissão expressa pela legislação vigente.

É visto que se os motivos da interrupção da gravidez não estão de acordo com a legislação ou o procedimento é realizado em locais que não estão oficialmente reconhecidos para o feito, o aborto se caracteriza como ilegal. A prática abortiva ilegal é insegura e constitui uma relevante causa de mortalidade e morbidade maternas.

O aborto pode ser feito de forma cirúrgica ou não cirúrgica. Na forma cirúrgica é feita pelo método de dilatação e evacuação e envolve a abertura mecânica do colo do útero seguida de evacuação dos conteúdos intrauterinos. É o método mais comum de aborto antes da 14ª semana de gestação, porém médicos experientes conseguem realizar procedimentos de extração em idades gestacionais mais avançadas. Os métodos não cirúrgicos podem ser utilizados muito cedo, entre 7 a 9 semanas de vida intra-uterina, e em abortos tardios, acima de 15 semanas de gestação. Os métodos cirúrgicos são recomendados em gestações entre essas idades gestacionais. (SHULMAN ET AL, 2012)

O aborto induzido cirúrgico pode ser realizado por diversas técnicas, dentre as mais comuns encontramos a curetagem. Esse procedimento, na maioria dos casos, necessita da dilatação do colo uterino (cérvix). A dilatação do cérvix é geralmente necessária para permitir a inserção dos instrumentos e a remoção dos conteúdos uterinos. Entretanto, gestações muito precoces podem não exigir a dilatação cervical. Em gestações que se encontram entre a 7ª e a 13ª semana o canal cervical pode ser dilatado manualmente ou através de dilatadores osmóticos ou prostaglandinas. No caso dos métodos que utilizam medicamentos, é necessário esperar algumas horas até que aconteça o efeito dos fármacos e, por essa razão, muitos médicos não realizam esses procedimentos durante o primeiro trimestre. (SHULMAN ET AL, 2012)

Existem três métodos de curetagem, sendo eles a aspiração manual à vácuo, aspiração elétrica à vácuo e curetagem precisa (Sharp Curettage). A aspiração a vácuo é geralmente realizada com um aparelho elétrico de sucção, entretanto, pode ser feita com um aspirador manual. Em gestações inferiores a 10 semanas, um aspirador manual se mostra mais seguro e eficiente que um aspirador elétrico e pode resultar em menor dor e perda de sangue.

O aspirador manual é uma seringa de 50 a 60 mL, na qual o vácuo é produzido retraindo um êmbolo no outro, conectada a uma cânula. Os produtos da concepção são aspirados pela rápida retirada e pressionamento do êmbolo da seringa de 20 a 30 vezes. A cânula é movida para dentro e para fora e simultaneamente rodada em 360°. O cateter é removido sob pressão máxima contínua negativa quando a aspiração de conteúdos intra-uterinos parece estar completa. A sucção diminui quando a seringa está 80% completa. (SHULMAN ET AL, 2012)

A aspiração elétrica a vácuo pode ser usada para abortos em todas as idades gestacionais. Para realizar este procedimento uma cureta curva de sucção rígida é inserida na cavidade uterina sem sucção. O diâmetro da cureta em milímetros deve ser igual à idade gestacional em semanas de gravidez (por exemplo, em uma gravidez de 8 semanas, usa-se uma cureta de 8mm). A cureta é conectada a um recipiente de coleta com um tubo de polietileno transparente depois da cureta ser inserida na cavidade uterina. A sucção então é aplicada utilizando o aparelho de aspiração. A cureta é rodada de um lado para o outro, fazendo um arco durante a aspiração tecidual, ao contrário da aspiração manual que é rodada para dentro e para fora. Este procedimento reduz a probabilidade de perfuração do fundo do útero pelo instrumento. Quando não houver mais tecido sendo aspirado, a cureta é retirada ainda em sucção contínua.

É preferível realizar a aspiração a vácuo dos conteúdos uterinos por curetagem específica, embora esse processo possa ser realizado ao fim do procedimento de acesso à cavidade uterina para procurar por tecido remanescente. A cureta de metal fina é utilizada para chegar por tecidos retidos e é a maior cureta que facilmente passa pelo canal cervical. Quando utilizado, o útero vazio contrai e é caracterizado por uma sensação arenosa durante a curetagem.

As cirurgias abortivas apresentam consideráveis riscos e, por isso, recomenda-se que sejam realizadas por profissionais especializados e em clínicas legalizadas e seguras. A curetagem de sucção no primeiro trimestre é o modo mais seguro para o aborto cirúrgico. Técnicas de extração realizadas no segundo trimestre como instilação intraamniótica e histerectomia carregam altos índices de complicação. (HODGSON, 1975)

Os procedimentos de curetagem por sucção realizados em regime ambulatorial têm baixas taxas de morbidade e mortalidade quando comparados com procedimentos realizados fora do ambiente hospitalar. Complicações imediatas incluem hemorragia, laceração cervical e perfuração uterina. Podem ocorrer ainda hematometra, que se caracteriza por ser uma dor aguda no pós operatório, sem sangramento vaginal, e morte materna. (CASTADOT, 1986)

Pode haver complicações tardias na curetagem por sucção após 72 horas do procedimento, as quais ocorrem em aproximadamente 1% dos casos. As complicações mais comuns são febre, infecção, hemorragia e produtos da concepção. (TIETZE, 1972.)

Existem resultados conflitantes reportados de estudos avaliando o aborto induzido é um fator de risco para partos prematuros em gestações subsequentes. Mesmo assim, uma revisão de 10 estudos sobre o impacto a longo prazo do aborto induzido, por aspiração à vácuo no primeiro trimestre, revelou que as mulheres que o fizeram na primeira gestação não possuíam maior risco de gerar bebês com baixo peso e prematuros ou sofrer de abortos espontâneos em gestações subseqüentes, se comparadas com mulheres que realizaram sua primeira gravidez a termo. (HOGUE ET AL, 1983)

Mulheres que fizeram uso de drogas ou substâncias tóxicas para indução de aborto ou como auxiliares no aborto cirúrgico podem ter uma variedade de sintomas, incluindo dano à vagina e sinais de dano renal ou intoxicação hepática. (GILLIAM ET AL, 2013)

4. O Aborto no Brasil

O Conselho Federal de Medicina alegou que um dos fatores que o levou a defender mudanças no Código Penal é o fato de que no Brasil o aborto, mesmo sendo ilegal, é bastante realizado. É visto que as mulheres de classe média e alta até conseguem interromper a gravidez com certa segurança, porém as mulheres das classes menos favorecidas se arriscam e sofrem as consequências de abortos mal feitos, o que tem se caracterizado como uma questão de saúde pública.

O conselho defendeu que a mulher deve ter autonomia sobre seu corpo até um determinado tempo da gestação. Contudo, em nenhum momento, posicionou-se a favor do uso do aborto como método contraceptivo.

No país foram identificados poucos estudos de base populacional sobre o tema, menos ainda com amostras representativas da população, sendo as poucas existentes apenas de abrangência local. Isso porque, há uma tendência em haver omissão da informação sobre a prática de aborto, quando as mulheres são questionadas de forma direta. (OSIS ET AL, 1996)

Sendo assim, persiste uma relevante subnotificação das mortes por aborto, já que muitos óbitos decorrentes de infecção generalizada e hemorragia, devido a complicações de abortamentos, não são devidamente computados.

Apesar da subnotificação dos abortamentos, em 2002, um estudo brasileiro nas capitais, com utilização de um fator de correção, permitiu identificar o abortamento como a terceira causa de morte materna. (LAURENTI ET AL, 2004)

Em pesquisa realizada na base de dados eletrônica do SUS – DATASUS - foi possível encontrar a quantidade de internações por complicações na realização de aborto clandestino, isto é, se excluídos abortos espontâneos e abortos realizados por causa médica, foram realizados 99.216 internações no Brasil em 2012, a maioria ocorridas na região sudeste.

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como o procedimento utilizado para interromper uma gravidez, realizado por pessoas não-habilitadas ou em ambiente não-adequado. Abortos inseguros ocorrem tanto em países onde as leis são restritivas ao procedimento quanto naqueles onde é legal, porém, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado nos países onde essa prática é ilegal. O aborto induzido é um tema polêmico que envolve questões religiosas, culturais e políticas. Os dados existentes sobre sua ocorrência são imprecisos, mesmo onde sua prática é legal. Em países que criminalizam o procedimento, esses dados são ainda mais difíceis de serem obtidos.” (CECATTI ET AL, 2009)

5. Países com Aborto Legalizado

Em reuniões internacionais como a Conferência do Cairo, sobre População e Desenvolvimento, em 1994, e a IV Conferência Mundial da Mulher,

ocorrida em Beijing em 1995, ficou definido que a questão do aborto deveria ser tratada pelos países como problema de saúde pública e não pela ótica criminal. É claro que a discussão do direito à vida do embrião em contraponto ao direito de liberdade de decisão da mulher sobre seu corpo é polêmico e apresenta pontos de vista bastante divergentes. No entanto, apresentaremos exemplos de dois países onde o aborto foi legalizado, com uma breve retrospectiva do processo de legalização e dos motivos que justificaram tal legalização.

Os Estados Unidos é um dos países desenvolvidos que adota o aborto como prática legal, desde que realizada até a 12^o semana de gestação. Entretanto, nesse país, o aborto foi considerado ilegal até 1973, quando o caso *Roe v. Wade* foi julgado pela Suprema Corte, a qual considerou que o direito à privacidade implicava em dar à mulher o poder de decisão sobre a continuidade ou não de sua gestação. Com base nessa posição, a Suprema Corte declarou a lei do estado do Texas, que criminalizava a prática do aborto, como inconstitucional. (SARMENTO, 2005, p.5 a 7)

No julgamento em questão, a Suprema Corte legalizou o aborto, mas também estabeleceu alguns parâmetros. No primeiro trimestre de gestação, o aborto poderia ocorrer por decisão da gestante aconselhada por seu médico. No segundo semestre, o aborto seria restrito apenas se indicasse algum risco à vida da mulher. No terceiro trimestre da gestação, período a partir do qual já existe vida fetal extra-uterina, os estados podiam proibir a realização do aborto, para a proteção da vida do bebê, mesmo assim devendo ser permitido, em exceção, aborto necessário para preservação da vida ou da saúde da mãe. (SARMENTO, 2005, p. 6 a 7)

A legalização do aborto nos EUA muda de Estado para Estado, sendo que alguns têm certas exigências locais para a realização do aborto. Há uma grande liberdade para gestantes decidirem sobre a continuidade de suas gestações, além de possuírem várias opções de clínicas especializadas e seguras para realizar o procedimento, as quais oferecem vários métodos de aborto. A quantidade de clínicas tem diminuído, enquanto a rejeição ao aborto aumenta

Hoje existem cerca de 130 leis norte-americanas limitando a realização do aborto e, mesmo prevalecendo a decisão da Suprema Corte, mais leis com objetivo de restrição do acesso ao aborto vem sendo aprovadas, situação justificável

já que a maioria dos Estados estão sendo governados pelo Partido Republicano, que é bastante conservador e toma uma posição claramente contrária ao aborto.

Na América Latina, o Uruguai é o primeiro país a legalizar o aborto. No fim de 2012, o Senado uruguaio aprovou a descriminalização dessa prática até o primeiro trimestre de gestação, porém estabeleceu algumas medidas obrigatórias. A mulher que decide realizar o aborto deve ser cidadã uruguaia e passar por uma equipe de ginecologistas, psicólogos e assistentes sociais, os quais informam os riscos e as alternativas do aborto. Se mesmo assim ela quiser prosseguir com o aborto, pode realizá-lo imediatamente na rede privada ou pública de saúde. Todavia, os abortos que não respeitam esses procedimentos ainda são considerados ilegais.

Em entrevista à BBC Mundo, o presidente uruguaio José Mujica afirmou que a descriminalização permite salvar vidas, pois restringe a prática de abortos clandestinos, o que tem sido confirmado pelas pesquisas. No início do ano de 2013, o subsecretário de Saúde Pública do Uruguai, Leonel Briozzo, afirmou que o país tem realizado cerca de 400 abortos legais por mês desde a promulgação da lei que descriminalizou o aborto e, se mantida essa taxa, o Uruguai terá em média 4 mil abortos por ano, uma quantidade bastante inferior a de 33 mil, estimada antes da mudança legislativa. Na opinião do subsecretário, essa lei vem tornando os abortos mais seguros e, assim, abatendo a mortalidade materna. (LISSARDY, 2012)

6. A questão das 12 semanas de Gestação

Drauzio Varella, em seu artigo “A Questão do Aborto”, relata que uma das correntes de pensamento mais difundidas na sociedade entre aqueles que são favoráveis a legalização do aborto, defende sua realização até a 12ª semana de gestação, pois nesse período o feto é portador de um sistema nervoso tão primitivo que não existe possibilidade de apresentar o mínimo resquício de atividade mental ou consciência. Para esse grupo de pessoas, abortamentos praticados até os terceiro mês de gestação deveriam ser autorizados, visto que não implicariam em dor física ou mental do bebê.

Da mesma forma, o presidente do Conselho Federal de Medicina brasileiro disse, em entrevista sobre a posição do CFM em relação ao aborto, que o Conselho sugere um limite de 12 semanas para que possa haver a interrupção de gravidez, pelo fato de que, segundo a experiência médica, a partir desse tempo há um risco maior para a gestante, além de que a partir de então o sistema nervoso central já estará formado, o que implica na discussão da capacidade sensorial do bebê e o conseqüente direito à vida.

7. Rumos da Legalização do Aborto

Poderíamos dizer, então, que a tendência que se observa é da legalização mundial do aborto, mas em contraponto vem ocorrendo um processo inverso nos Estados Unidos. Estados como a Virgínia e o Mississippi vêm fazendo protestos e reivindicando a volta a criminalização do aborto. Há uma crescente corrente de opinião pública requerendo reformas legislativas que limitem a prática abortiva, isto é, a atual opinião dos americanos em relação ao aborto é de 41% favoráveis e 50% contra, números que demonstram a inversão ideológica ocorrendo após 40 anos desde a legalização do aborto nos Estados Unidos. (LIMA, 2013)

Essa inversão do processo, na qual se verifica o desejo pela volta da criminalização do aborto, pode ser explicada pela antiga discussão sobre os direitos humanos. Solidificado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito a vida tem sido uma questão polêmica, por tentar definir o que realmente caracteriza a vida e quem tem direito de viver. No caso do aborto, particularmente, há aqueles que acreditam que a vida surge desde a fecundação do óvulo materno. Esses, então, defendem que qualquer tipo de aborto é uma ofensa clara ao direito da vida. Por outro lado, há aqueles que crêem que a vida se inicia após determinado tempo ou que a decisão sobre a vida do embrião deve ser dos pais. Nesse embate, a cultura e a religião influenciam significativamente os povos a tenderem a legalização ou a tentar impedir o que acreditam ser uma violação ao principal direito do homem.

Norberto Bobbio, em sua coletânea de artigos denominada A Era dos Direitos, afirma que a comunidade internacional se encontra diante do desafio de não somente proteger de forma efetiva as garantias já firmadas na Declaração

Universal dos Direitos do Homem, mas também de estar permanentemente atualizando e aperfeiçoando, a modo de não deixá-las tornarem-se rígidas, pois o objetivo de uma legislação é acompanhar as mudanças e as necessidades da sociedade, a qual também permanece em constante transformação.

8. Considerações Finais

Devemos observar que a questão do aborto não deve ser tratada partindo-se de uma visão apenas moral ou religiosa. É claro que não há como excluir a influência moral, pois é ela que cria os conceitos e valores da sociedade, os quais o Direito tem por objetivo proteger. Todavia, é preciso que o Direito e a Medicina se aliem com o intuito de resolver questões que, consideradas corretas ou não, ocorrem e influenciam na vida e na saúde da população de nosso país.

A questão principal a ser discutida é como o governo deve tratar a prática do aborto, tendo em vista que a realização clandestina dessas cirurgias se tornou um problema de saúde pública, por vir representando uma quantidade significativa de mortes e complicações cirúrgicas. Além disso, deve-se olhar para cada caso com um olhar crítico, pois muitas vezes a continuidade forçada da gravidez implica em prejuízos físicos e psicológicos à gestante.

A legalização da prática abortiva poderia trazer os mesmos benefícios observados em outros países, tais como cirurgias mais seguras em instituições legais e fiscalizadas, diminuição de mortes decorrentes do aborto, redução de complicações cirúrgicas causadas por procedimentos não profissionais, além de disponibilização de acompanhamento médico e social anterior à realização do aborto, o qual muitas vezes consegue apresentar à gestante alternativas que a levam a desistência da interrupção da gravidez e ainda dá amparo social e psicológico a mulher.

Contudo, assim como afirmado pelo Conselho Federal de Medicina, não se deve fazer da legalização do aborto uma abertura para a utilização dessa prática com um método contraceptivo. Por isso, a legalização do aborto deve vir atrelada a políticas de planejamento familiar mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- ABAD, D. M. **Algunos aspectos histórico-sociales del aborto**. Ciudad de La Habana: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2000. ISSN: 1561-3062
- ABRACINSCKAS L., GÓMEZ A. L. **Aborto em El Uurguay: Dossier**. Disponível em: <<http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/aborto.htm>>
- ALDEIA ABORTO. **Estatísticas do aborto nos Estados Unidos**. 2012. Disponível: <http://aborto.aaldeia.net/aborto-estados-unidos/>>
- ATRASH, H.K.; HOGUE, C.J. **The effect of pregnancy termination on future reproduction**. Baillieres Clin Obstet Gynaecol, 1990.
- BOBBIO, N. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 16^º Ed. ISBN: 85-7001-710-3
- CAPEZ, F. **Código de Processo Penal Anotado**, 21^a ed., São Paulo: Editora Saraiva; 2004.
- CARVALHO, T. R.; ARAÚJO, N. A antecipação terapêutica de parto na hipótese de anencefalia fetal : estudo de casos do Instituto Fernandes Figueira e a interpretação constitucional do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e do Supremo Tribunal Federal. Rio de Janeiro: Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito., 2006
- CASTADOT, R.G. **Pregnancy termination: techniques, risks, and complications and their management**. Fertil Steril, 1986.
- CECATTI, J. G.; GUERRA, G. V. de Q. L. SOUSA, M. H. G.; MENEZES, M. S. **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico**. SCIELO, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000300002&script=sci_arttext>
- DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>
- FERREIRA S. G. S. **A posição legislativa e jurisprudencial brasileira sobre o aborto**, Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2009

FILGUEIRA, E. B. F, & SILVA, M. R. F. **A Polêmica Discussão Sobre a Possibilidade do Aborto de Feto Anencéfalo Frente à Constituição Federal de 1988.** Natal : Revista Constituição e Garantia de Direitos, 2012.

FRANÇA, R. L. **Enciclopédia Saraiva do Direito.** São Paulo: Saraiva, 1977.

GILLIAM, M.L.; HAIDER, S. **Unsafe Abortion.** 2013. Disponível em:<
http://www.uptodate.com/contents/unsafe-abortion?source=search_result&search=abortion&selectedTitle=7~150#H18736908>

HAKIM-ELAHI, E.; TOVELL, H.M., BURNHILL, M.S. **Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases.** Obstet Gynecol, 1990

HODGSON, J.E. **Major complications of 20,248 consecutive first trimester abortions: problems of fragmented care.** Adv Plan Parent, 1975.

HODGSON, J.E., PORTMANN, K.C. **Complications of 10,453 consecutive first-trimester abortions: a prospective study.** Am J Obstet Gynecol, 1974.

HOGUE, C.J.; CATES, W. J.; TIETZE, C. **Impact of vacuum aspiration abortion on future childbearing: a review.** Fam Plann Perspect, 1983.

HOGUE, C.J.; CATES, W. J.; TIETZE, C. **The effects of induced abortion on subsequent reproduction.** Epidemiol Rev, 1982.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. **A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste.** Revista Brasileira Epidemiol, 2004;

LIMA, J. D. **Aumenta rejeição ao aborto nos EUA.** Gazeta do Povo, 2013.

LISSARDY, Gerardo. **Com lei sobre aborto, Uruguai caminha para ser o 'mais liberal' da América do Sul.** BBC Mundo, 2012 Disponível em:
<http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/10/121017_uruguai_liberal_pai.shtm
l>

MARCÃO, R. F. **O aborto no anteprojeto de Código Penal.** 2007.

NATHANSON, B.N. **Ambulatory abortion: experience with 26,000 cases.** N Engl J Med, 1972.

OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A.; RODRIGUES, T. **Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal.** Revista Saúde Pública, 1996.

PIERRE R. **Uruguay despenaliza el aborto, pero con las mujeres bajo tutela** Disponível: <http://ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=101741>

PRIORI, M. L. M. D. **A Árvore e o Fruto: Um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

ROCHA, M. I. B. **Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento.** Caxambú: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004.

SCHOR, N; ALVARENGA, A.T. **O aborto – um resgate histórico e outros dados.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 1994.

SILVA, P. A. S. **Aborto Eugénésico.** Universidade Presidente Antônio Carlos, 2011.

SARMENTO, Daniel. **Legalização do Aborto e Constituição.** Disponível na Internet em: <<http://www.mundojuridico.adv.br>>

SARMENTO, Daniel. **Legalização do Aborto e Constituição.** Disponível em:<
<http://www.mundojuridico.adv.br>>

SHULMAN, L. P., LING F.W. **Surgical termination of pregnancy: First trimester.** Uptodate, 2012. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-termination-of-pregnancy-first-trimester?source=search_result&search=abortion&selectedTitle=3~150#H2>

TIETZE, C.; HENSHAW, S.K. **Induced Abortion: A World Review,** 1986. New York: The Guttmacher Institute, 1986

TIETZE, C. **Report of the Swedish Abortion Committee.** Stud Fam Plan, 1972;

NOTÍCIAS TERRA. **Uruguai: governo diz que número de abortos diminuiu após descriminalização.** Disponível em:<<http://noticias.terra.com.br/mundo/america-latina/uruguai-governo-diz-que-numero-de-abortos-diminuiu-apos-descriminalizacao,ef6beaf4539ad310VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>>