

A POLÍTICA PÚBLICA DE ABORTO LEGAL EM DECORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E A INAPROPRIADA LIMITAÇÃO À IDADE GESTACIONAL

THE PUBLIC POLICY OF LEGAL ABORTION IN CASE OF SEXUAL VIOLENCE AND THE INAPPROPRIATE LIMITATION TO THE GESTATIONAL AGE

Mirella de Carvalho Bauzys Monteiro¹

RESUMO

O presente artigo analisa a política pública para a realização do aborto legal no Brasil na hipótese de gravidez decorrente de estupro, a qual está inserida dentro da política pública intersetorial de enfrentamento à violência de gênero. Assim, apresenta-se como grande dificuldade para a sua eficaz implementação a limitação imposta pelo Ministério da Saúde para a realização do procedimento somente até a idade gestacional de 20-22 semanas e/ou ao peso fetal de 500g, tendo em vista não haver respaldo técnico ou médico pelas diretrizes atuais da Organização Mundial de Saúde. Sob aspectos jurídicos, a viabilidade fetal também não pode prevalecer em detrimento da vontade da vítima gestante, conforme previsto no Código Penal. Ademais, existem diferenças de efeitos a serem suportados pela mulher caso seja realizado o aborto ou a entrega à adoção, ainda que em decorrência de antecipação terapêutica do parto, cabendo somente a ela (e ao seu representante legal) a decisão nesses casos. Por fim, diante da importância das normativas técnicas na área da saúde para o funcionamento da política pública em questão, conclui-se pela necessidade da sua modificação, para que seja efetivada a proteção dos direitos das mulheres e meninas vítimas de violência.

Palavras-chave: Aborto legal. Estupro de vulnerável. Violência sexual contra a mulher. Políticas Públicas. Direitos sexuais e reprodutivos.

ABSTRACT

The present article analyzes the public policy for the practice of legal abortion in Brazil in the case of pregnancy resulting from rape, which is part of the intersectoral public policy against violence. The limitation imposed by the Ministry of Health to the gestational age of 20-22 weeks and/or the fetal weight of 500g is considered a great difficulty for its effective implementation, considering that there is no technical or medical explanation by the current guidelines of the World Health Organization. Under legal aspects, fetal viability also cannot overcome the will of the pregnant victim, as provided in the Penal Code. Moreover, there are differences in the effects to be suffered by the woman in case of abortion or delivery for adoption, even if it is a result of therapeutic premature birth, and it is up to her (and her legal representative) the decision in these cases. Finally, given the importance of Health

¹Mestra em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – USP. Promotora de Justiça da área da Infância e Juventude do Ministério Público de São Paulo – MPSP. Membro auxiliar da Comissão da Infância, Juventude e Educação do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP.

technical regulations for the implementation of this public policy, it is necessary to modify them in order to protect the rights of women and girls victims of violence.

Keywords: *Legal abortion. Rape against vulnerable people. Sexual violence Against women. Public policies. Sexual and reproductive rights.*

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Política pública de enfrentamento à violência contra mulheres e meninas. 3. Limite de idade gestacional. 4. Argumento da viabilidade fetal. 5. Necessidade de alteração das normas técnicas. 6. Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, I, garante a igualdade material entre homens e mulheres. Contudo, na prática, ainda persiste uma grande desigualdade no país e muitas mulheres, apesar dos avanços normativos, continuam em situação de vulnerabilidade, vivenciando constantes violações à sua dignidade (CHAKIAN, 2019, p. 217). Essas desigualdades são resquícios de um patriarcado que, em tese, não existe mais, mas que, na realidade, está em permanente transformação (SAFFIOTI, 2015, p. 45). O homem mesmo sem ter o poder legal sobre a vida e o corpo das mulheres continua, infelizmente, exercendo este domínio por meio da violência, especialmente a violência sexual.

No ano de 2021, conforme o Anuário Brasileiro de Segurança, ocorreram 66.020 estupros no país, sendo que 75,5% das vítimas eram vulneráveis, ou seja, incapazes de consentir. Além disso, 61,3% tinham até 13 anos e, em 79,6% dos casos, o autor era conhecido da vítima (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022). Apesar dos altos números, recorda-se que os dados não expressam a realidade, em decorrência da grande subnotificação (INSTITUTO SOU DA PAZ et al., 2020; WASELFISZ, 2012). “Constrangimento, humilhação, medo de represálias do agressor, falta de apoio e temor da repercussão social levam a maior parte das mulheres a não comunicar o crime sexual para as autoridades da segurança pública” (PEDROSO et al., 2021, p. 1457).

A violência sexual pode gerar graves consequências na vida da mulher, especialmente em sua saúde física e emocional. Dentre elas, há o risco de gravidez em decorrência do estupro, o que só potencializa os efeitos do abuso sofrido, ao violar também o direito reprodutivo da mulher.

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma

segunda violência, intolerável para muitas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 67).

Nesses casos, com o objetivo de reduzir o sofrimento da vítima e as consequências da violência, o Código Penal, em seu artigo 128, II, possibilita a realização do aborto², o qual é conhecido como “aborto sentimental ou humanitário” (MASSON, 2021). Contudo, mesmo que tenhamos essa previsão legal há mais de 80 anos, ainda hoje verifica-se a existência de grandes obstáculos para que mulheres e meninas consigam concretizar tal direito. Isso porque não basta a previsão legal, são necessárias políticas públicas que garantam a possibilidade de realização do aborto de maneira segura por vítimas de estupro em estabelecimentos públicos de saúde no país.

Dessa forma, neste artigo, pretende-se analisar a política pública para a realização do aborto sentimental no Brasil e a dificuldade decorrente da limitação da sua realização à idade gestacional inferior a 20-22 semanas, conforme constante das normativas técnicas do Ministério da Saúde - MS. Assim, iniciaremos pela contextualização da política intersectorial de enfrentamento à violência de gênero, em que o atendimento na área da saúde é um dos seus desdobramentos, oportunidade em que deverá ser cogitada e esclarecida a possibilidade da realização do aborto para as vítimas que estiverem grávidas em virtude de violência sexual. Na sequência, apreciaremos as razões médicas e jurídicas pelas quais a limitação do Ministério da Saúde é equivocada, em grave violação às diretrizes internacionais da Organização Mundial de Saúde - OMS, à Constituição Federal, ao Código Penal e aos diversos compromissos internacionais dos quais o Brasil é signatário³, prejudicando ainda mais os direitos das mulheres e meninas vítimas de violência. Por fim, destacaremos a importância de tais normativas técnicas serem modificadas, para que a política pública possa ser implementada de maneira eficaz.

2 POLÍTICA PÚBLICA DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E MENINAS

² Sabe-se que, tecnicamente, o termo correto para a interrupção da gravidez é “abortamento”, enquanto “aborto” significaria o produto do procedimento. Todavia, utilizaremos neste artigo o termo “aborto” também como significado de interrupção da gravidez, tendo em vista que é o termo popularmente conhecido, inclusive utilizado pelo Código Penal.

³ Recordam-se dos importantes marcos internacionais para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a mulher (1979), Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), Convenção internacional sobre População e Desenvolvimento (Convenção de Cairo de 1994) e Conferência Mundial da Mulher em Pequim (1995).

Primeiramente, é importante destacar que a política do aborto sentimental deve ser implementada dentro da política pública de enfrentamento à violência de gênero, a qual, para ser eficaz, pressupõe a atuação de diversos atores e serviços públicos de diferentes setores, como segurança pública, saúde, assistência social, educação, conselho tutelar, Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, o que a caracteriza como uma política pública intersetorial.

Tratando-se a violência de gênero de um problema complexo (*wicked problems*), que envolve múltiplas causas e consequências, sua solução demanda uma abordagem integral e integrada (BICHIR; OLIVEIRA; CANATO, 2016, CUNILL-GRAU, 2016), viabilizando com que cada área governamental atue articuladamente e de maneira conjunta perante as diferentes causas e consequências (MONTEIRO, 2021, p. 61).

Portanto, a Lei nº 13.340/17 (Lei Maria da Penha – LMP), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e a Lei nº 13.431/17, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima de violência, desenham uma política pública intersetorial, por meio de ações articuladas, coordenadas e efetivas, conforme artigos 9º da Lei nº 13.340/17 e 14 da Lei nº 13.431/17.

No caso das meninas, de acordo com o 9º § 1º do Decreto nº 9.603/18, que regulamenta a Lei nº 13.431/17, o atendimento intersetorial envolve diferentes procedimentos, como acolhimento; escuta especializada; atendimento na área de saúde e assistência social, comunicação ao Conselho Tutelar, à autoridade policial e ao Ministério Público; depoimento especial e aplicação de medidas de proteção. Dentre as finalidades da intervenção intersetorial, está a atuação para minimizar as sequelas da violência sofrida e a reparação integral dos direitos da criança e adolescente (art. 3º, incisos V e VI, Decreto nº 9.603/18).

Assim, é imprescindível que os entes federativos municipais implementem a referida política pública, formalizando o programa de enfrentamento à violência por meio de normativas locais, para que de fato a atuação dos setores de forma integrada e coordenada possa ser concretizada, com a criação do comitê de gestão colegiada e elaboração de fluxos e protocolos, além de estrutura apropriada e capacitação dos profissionais, para viabilizar a articulação entre os diferentes atendimentos, nos termos do 9º do Dec. 9603/18.

Ademais, pelos graves danos físicos e psicológicos possíveis, é imprescindível estar previsto no fluxo o atendimento da vítima em equipamento da área saúde (art. 11,

LMP, art. 9º § 1º, III, Dec. 9603/18), o qual deve ser ainda mais urgente nas hipóteses de violência sexual (art. 14, § 2º, da Lei nº 13431/17). Dessa forma, o art. 9º, § 3º, LMP, prevê que a vítima terá

acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

A Lei nº 12.845/13, que regulamenta o atendimento obrigatório e integral das vítimas de violência sexual, assim dispõe;

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, **visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual**, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços: I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II - amparo médico, psicológico e social imediatos; III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; **IV - profilaxia da gravidez**; V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; **VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis** (grifos nossos).

Portanto, desde logo, havendo suspeita ou confirmação da gravidez, com o fim de minimizar as sequelas, inclusive no que tange às consequências psicológicas de gerar um filho fruto da violência sofrida, cabe aos profissionais de saúde acolherem a vítima e fornecerem todas as informações necessárias acerca do seu direito ao aborto e às demais alternativas como assistência pré-natal e entrega à adoção (MS, 2012, p. 22). No caso de manifestar o desejo à realização da interrupção da gravidez, a vítima deve ser prontamente encaminhada ao hospital de referência.

Reforça-se a necessidade de que todos os integrantes da rede de atendimento conheçam o fluxo do atendimento nesses casos de violência, bem como a organização da atenção à saúde do município, para que sejam apresentadas todas as possibilidades, bem como feitas as orientações e encaminhamentos necessários das vítimas gestantes. Assim,

[a]s unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a entrevista, o registro da história,

o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar (MS, 2012, p. 21).

Aliás, no caso das meninas, havendo confirmação da gravidez, a possibilidade da realização do aborto pode até ser apresentada por ocasião da escuta especializada, justamente para viabilizar uma abordagem apropriada à sua situação, com o esclarecimento completo e espaço para manifestação de vontade, sem risco de revitimização, o que servirá inclusive de subsídio para o plano de intervenção intersetorial que conterá as providências para a proteção integral da vítima.

Importante recordar que configura estupro de vulnerável a relação sexual com meninas com menos de 14 anos de idade (art. 217-A, Código Penal), independentemente de ser consentida ou não. Portanto, ao tomar conhecimento de que uma adolescente ou criança que ainda não tenha completado 14 anos está grávida⁴, a rede de proteção deve tomar as providências dentro do fluxo da Lei nº 13.431/17, o que inclui o atendimento da área de saúde com o esclarecimento acerca do seu direito de realizar o aborto. Infelizmente, essa ainda não é a realidade, já que, conforme dados hospitalares do Sistema Único de Saúde, das internações de meninas de 10 a 14 anos relacionadas a aborto no Brasil em 2021, apenas 8% foram dentro das hipóteses autorizadas, enquanto 92% foram em decorrência de abortos espontâneos ou induzidos fora do hospital (MARTINS; PALHARES, 2022). Isso é muito grave, já que todas que recorreram ao aborto induzido dessa forma também teriam direito ao aborto legal e seguro, mas por algum motivo tiveram impedido esse direito.

Claro que não se está dizendo que o aborto deve ser imposto às vítimas, mas que seja esclarecido esse direito e oportunizada sua concretização, justamente para que tenham autonomia de tomar uma decisão consciente dentro das alternativas existentes e não sofram mais danos. Deixar de informá-las acerca dessa possibilidade e viabilizar meios da sua realização de maneira segura afronta gravemente o direito reprodutivo, a saúde e a dignidade da mulher.

Dessa forma, para que a política pública de aborto sentimental possa ser eficiente, é importante que esta seja regulamentada e estruturada, por meio de fluxos, protocolos e capacitações profissionais, dentro do atendimento da saúde na política

⁴ Em 2021, mais 17 mil garotas de até 14 anos foram mães no Brasil (FARIAS, 2022), às quais deveria ter sido esclarecida e oportunizada a realização do aborto, o que demonstra parte da dimensão que deve ter essa política pública.

intersetorial de enfrentamento à violência contra a mulher e às meninas, de forma a incluir o encaminhamento das vítimas gestantes para esclarecimento e realização da interrupção da gravidez, sem constrangimentos e obstáculos, se assim o desejarem.

3 LIMITE DE IDADE GESTACIONAL

Uma dificuldade para a eficaz implementação da política pública de realização do aborto nas hipóteses de gravidez decorrentes de estupro é a regulamentação infralegal restringir o seu exercício à idade gestacional máxima de 20-22 semanas ou ao peso fetal de 500g (MS, 2012), sem fundamentação técnica ou médica, mesmo não havendo essa restrição no Código Penal.

No Brasil, de acordo com o artigo 128 do Código Penal, é permitida a realização do aborto em duas hipóteses: “I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.” Ademais, o plenário do Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADPF 54/DF, reconheceu também o direito de interrupção da gravidez, em caso de anencefalia. Consideraram que não se trata de subsunção ao tipo penal do crime aborto, tendo em vista a ausência de viabilidade de nascimento com vida por falta de atividade cerebral, conforme o disposto no artigo 3º, caput, da Lei nº 9434/97⁵, permitindo que a gestante possa se submeter à antecipação terapêutica do parto.

Assim, verifica-se que Código Penal não traz qualquer limitação no que tange à idade gestacional ou ao peso do feto para a realização do aborto legal, inclusive na hipótese da gravidez decorrente de estupro.

Com o fim de concretizar a previsão legal, em 1999, o Ministério da Saúde editou a “Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, que teve o importante papel de viabilizar a estruturação do serviço de realização do aborto legal no Brasil dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua edição mais recente é de 2012 e traz diretrizes gerais bastante importantes para o adequado atendimento das vítimas.

⁵ Art. 3º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (grifos nossos).

Porém, de acordo com tal documento, “sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento” (MS, 2012, p. 76). Além disso, acrescenta:

Embora o conceito de abortamento preconizado pela Organização Mundial da Saúde estabeleça limite de 22 semanas de idade gestacional, casos que ingressem para atendimento entre 20 e 22 semanas devem ser rigorosamente avaliados, considerando-se a possibilidade de erro de estimativa da idade gestacional. Portanto, recomenda-se limitar o ingresso para atendimento ao aborto previsto em lei com 20 semanas de idade gestacional ou, quando disponível, com predição de peso fetal menor que 500 gramas (MS, 2012, p. 81). [...] Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação do abortamento e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar” (MS, 2012, p. 81).

Portanto, conforme o Ministério da Saúde, não é possível a realização do aborto após a 22ª segunda semana de gravidez, devendo, neste caso, a gestante levar a termo a gestação, encaminhando-a para acompanhamento pré-natal e entrega para adoção, se assim desejar. Ressalta-se que essas informações, apesar de mencionarem como fonte a Organização Mundial de Saúde, não trazem a sua referenciação adequada, o que inviabilizou a sua conferência. No mesmo sentido é a Norma Técnica “Atenção humanizada ao abortamento”, também do Ministério da Saúde (2011b) e o documento “Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde” (MS, 2011a). Este último faz alguns acréscimos à conceituação:

Todavia, não há como confundir o conceito médico de abortamento com o seu conceito jurídico-penal. Para o conceito médico, abortamento é a interrupção do processo gestacional até a 20ª ou 22ª semana de gravidez, desde que o produto da concepção pese, pelo menos, 500 gramas. A partir dessa idade gestacional, fala-se em “antecipação do parto”. Mas, para o conceito jurídico-penal, abortamento é a conduta de interrupção da gestação, a qualquer tempo, antes de seu termo final, dolosamente, causando a morte fetal. Esse conceito decorre da descrição da conduta do aborto no Código Penal (tipificação)

Assim, aqui há o reconhecimento que de fato o conceito jurídico-penal não faz restrição de tempo gestacional, porém, mantém a limitação da suposta conceituação médica, trazendo como referência uma outra nota técnica do próprio Ministério da Saúde e indica que, após a idade gestacional de 22 semanas, por conta da viabilidade de vida

extrauterina, seria hipótese de “antecipação do parto”, sem mencionar detalhes e diretrizes sobre este procedimento.

Na mesma linha são as diretrizes do recente manual “Atuação técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento” do Ministério da Saúde (2022), que contém inúmeras impropriedades técnicas e jurídicas, as quais não cabe apontar neste artigo⁶, criando obstáculos à concretização do direito à saúde de meninas e mulheres, além de grave retrocesso aos direitos humanos. Este documento mantém a restrição do aborto para até a idade gestacional de 21 semanas e 6 dias, já que, a partir de então, considera que há viabilidade fetal, falando-se em parto prematuro e não mais abortamento. Recomenda o referido documento, portanto, a manutenção da gravidez e “doação” do bebê nestes casos, diante dos grandes riscos de sequelas caso seja induzida a antecipação do parto e nascimento prematuro. O único fundamento técnico apresentado e carente de fonte é a viabilidade fetal, indicando como impossível pela via médica realizar a morte do feto após a mencionada idade gestacional (MS, 2022). Ressalta-se que a constitucionalidade deste documento, especialmente no que tange à limitação à idade gestacional, deve ser discutida pelo Supremo Tribunal Federal, na recém proposta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 989.⁷

Na presente pesquisa, foi bastante difícil encontrar algum documento que trouxesse a origem da fundamentação técnica para a restrição da idade gestacional na realização do aborto. No Brasil, diversos são os artigos e manuais médicos que, na linha das notas técnicas do Ministério da Saúde, replicam a mesma conceituação médica para a limitação do aborto à idade gestacional de aproximadamente 20-22 semanas (CREMESP, 2002; TRAINA, s.d; CORREIA et al., 2021; RIBEIRO; SPINK, 2011; GIULIANI et al., 2019; CREMERS, 2019; FEBRASCO, 2010; UFTM, 2021; PEDROSO et al., 2021). Contudo, todos esses documentos não indicam a fonte da informação ou fazem referência a orientações da Organização Mundial de Saúde que, quando consultadas, verificou-se não conter este dado especificamente.

⁶Diversas notas foram publicadas com críticas às impropriedades do referido manual, destacando-se a produzida pelo Ministério Público do Estado de São Paulo (2022), disponível em: <https://www.mpsp.mp.br/documents/20122/5193653/NOTA+NU%CC%81CLEO+DE+GE%CC%82NERO.pdf/c153e93e-4d95-eaaa-4ec3-9f789a2db01f?t=1656769208216> e a pelo Instituto de Bioética -ANIS (2022), disponível em: http://cepia.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Anis_Esclarecimentos-sobre-o-documento-%E2%80%9CAten%C3%A7%C3%A3o-t%C3%A9cnica-para-preven%C3%A7%C3%A3o-avalia%C3%A7%C3%A3o-e-conduta-nos-casos-de-abortamento%E2%80%9D.pdf

⁷ <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6437138>

Em pesquisa às diretrizes técnicas da OMS, foi possível localizar um conceito semelhante, em uma publicação de 1995, segundo o qual: “Abortion is the termination of pregnancy before the fetus is capable of extrauterine life” (WHO, 1995, p. 19) (em tradução livre: aborto é o término da gravidez antes que o feto seja capaz de vida extrauterina).

Todavia, nas orientações mais atualizadas (OMS, 2022a), sistematizadas no documento “*Abortion care guideline*”, esta definição de abortamento de 1995, que inspira até hoje as diretrizes técnicas brasileiras, é a correspondente ao conceito de aborto espontâneo: “*Miscarriage (spontaneous abortion): Spontaneous loss of a pregnancy prior to 24 weeks’ gestation, that is, before the fetus is usually viable outside the uterus*” (OMS, 2022a, p. XV) (Em tradução livre, “Aborto espontâneo (aborto espontâneo): Perda espontânea de uma gravidez antes das 24 semanas de gestação, ou seja, antes que o feto seja geralmente viável fora do útero”), seguindo o mesmo conceito da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) também da OMS (2022b). Após esse prazo (aproximadamente 20 semanas), diante da viabilidade fetal, a perda espontânea da gravidez será considerada como morte fetal ou nascido morto (“stillbirth”, em inglês) (MACDORMAN et al., 2015; TAVARES DA SILVA et al., 2016; WHO, UNICEF, 2021)⁸. Portanto, a morte do feto nesses casos é decorrente de causas naturais, conforme a Modificação Clínica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (ICD-10-CM)⁹.

Constata-se, destarte, que a definição de aborto com a restrição à idade gestacional e/ou viabilidade fetal não deve ser utilizada como referência para o aborto legal nas hipóteses de violência sexual, vez que não se trata de perda espontânea da gravidez, mas hipótese de aborto induzido ou provocado. Assim, a conceituação correta, conforme a Classificação Internacional de Doenças da OMS (2022b), é “intentional loss of an intrauterine pregnancy due to medical or surgical means” (em tradução livre: perda intencional de uma gravidez intra-uterina devido a meios médicos ou cirúrgicos), que pode ser através da utilização de fármacos (abortamento farmacológico) ou procedimentos transcervicais (abortamento cirúrgico) (OMS, 2013, p. iv; 2022a, p. xv), em qualquer momento gestacional. Logo, o conceito de aborto dos manuais e notas técnicas brasileiras está desatualizado há bastante tempo, por confundir com as situações

⁸Nesses casos, deve ser expedida a Declaração do Óbito para o natimorto (MS, 2014), informação importante para análise da mortalidade fetal e implementação de políticas públicas de prevenção.

⁹Disponível em: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/P00-P96/P90-P96/P95-/P95>

de perda espontânea da gravidez, em que o tempo de gestação permite a diferenciação da classificação entre aborto espontâneo e morte fetal.

Além disso, a viabilidade fetal e/ou idade gestacional não podem servir de restrição, porque não há nenhum impedimento técnico ou médico para a realização do aborto para além das 20-22 semanas. Tanto que o documento “Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde” (OMS, 2013) prevê justamente que a morte fetal seja induzida nesses casos de idade gestacional avançada, recomendando, para tanto, dois procedimentos:

Quando são usados métodos farmacológicos de abortamento depois das 20 semanas de gestação, deve ser considerada a indução da morte fetal antes do procedimento. Os métodos farmacológicos modernos, como a combinação de regimes de mifepristone e misoprostol ou de uso exclusivo de misoprostol, não produzem diretamente a morte do feto; a incidência de sobrevivência transitória do feto depois da expulsão está relacionada com o aumento da idade gestacional e a diminuição do intervalo do abortamento. Entre os regimes utilizados frequentemente prévios ao procedimento para induzir a morte do feto estão incluídos:

Injeção de cloreto de potássio (KCl) intracordonal ou intracardiaca, que é sumamente eficaz; porém, requer experiência para sua aplicação de forma segura e a interrupção cardíaca precisa ser observada através de ultrassonografia.

Injeção intra amniótica ou intra fetal de digoxina. A digoxina tem uma taxa de fracasso mais alta do que o KCl para provocar a morte fetal; não obstante, é tecnicamente mais fácil de usar, não requer uma ecografia se administrada por via intra amniótica, e sua segurança foi demonstrada (os níveis de soro maternos permanecem nos níveis terapêuticos ou subterapêuticos de digoxina). A digoxina requer tempo para a absorção fetal; em consequência, costuma ser administrada no dia anterior à indução do abortamento juntamente com o misoprostol (OMS, 2013, p. 40).

Observa-se que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP já se manifestou pela legalidade na indução da morte fetal intraútero antes de sua expulsão, nos casos de aborto induzido, inclusive ressaltou que o procedimento vem sendo utilizado amplamente conforme divulgação da literatura médica, “não havendo óbices do ponto de vista médico e tampouco ético” (CREMESMP, 1998). Por isso que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (2021) prevê a importância dos programas de residência em Ginecologia e Obstetrícia incluírem em seus cursos e capacitarem os médicos residentes a realizarem o procedimento de indução do óbito fetal nas hipóteses de aborto legal acima das 22 semanas de gravidez (LATHAM et al., 2021, p. 5). Aliás, nesses casos não há que se falar em “feticídio”, como equivocadamente apontam as recentes diretrizes do Ministério da Saúde (2022), pois não

é um termo apropriado tanto do ponto de vista clínico (ANIS, 2022), vez que não se confunde com o aborto induzido, quanto jurídico, já que a indução da morte fetal configura aborto.

Portanto, não há impossibilidade médica para a realização do aborto para além das 20-22 semanas, recomendando-se os protocolos médicos atualizados a indução da morte do feto, justamente em razão da viabilidade de vida extrauterina. Destarte, realizar a interrupção da gravidez a partir de então não implica em antecipação terapêutica do parto, como de maneira inapropriada o citado manual do Ministério da Saúde (2022) também afirma. Será assim apenas se o médico que realizar o procedimento não induzir a morte fetal previamente, como recomenda a OMS, mas apenas provocar a expulsão uterina do feto. Neste caso, se o feto nascer com vida, não há que se falar em aborto e, dependendo do quão prematuro, será necessária estrutura hospitalar suficiente para a tentativa de manutenção da sobrevivência após o nascimento.

Ressalta-se que, por falta de qualquer amparo técnico, a mencionada orientação técnica da OMS critica as políticas dos países que impõem esses limites:

As leis ou políticas que impõem limites ligados à idade gestacional para a realização do abortamento podem ter consequências negativas para as mulheres que ultrapassaram esse prazo. Essas políticas ou leis obrigam algumas mulheres a procurar serviços de prestadores inseguros ou a induzir o abortamento com misoprostol ou com métodos menos seguros, ou, então, a procurar serviços em outros países, o que é caro, torna mais demorado o acesso, aumentando o risco para a saúde e gerando injustiça social. Além do mais, alguns contextos de prestação de serviços restringem os serviços oferecidos em função de prazos de gestação que não estão baseados em evidências. [...] Essas políticas também promovem o uso contínuo de procedimentos menos seguros, como a dilatação e a curetagem (OMS, 2013, p. 93/94).

Na realidade, a idade gestacional é importante apenas para fins de escolha do método abortivo adequado, mas não impedimento para a realização do procedimento (OMS, 2022a), pois, como visto, há meios de induzir a morte do feto viável, como a injeção de cloreto de potássio (OMS, 2013). Por isso, a OMS alerta que limitar o acesso ao aborto desta forma viola os direitos humanos e causa diversos prejuízos à gestante, especialmente quando a gravidez causa sofrimento substancial, como nos casos de violência sexual:

The reviewed evidence demonstrated that [...] gestational age limits delayed access to abortion, especially among women seeking abortions at later gestational ages, women close to the gestational age limit and those living in areas with limited access to clinics. [...] The studies also showed that where women requested an abortion and were denied care due to

gestational age this could result in the unwanted continuation of pregnancy, especially among women with cognitive impairments or those who presented at 20 weeks' gestation or later. This outcome can be viewed as incompatible with the requirement in international human rights law to make abortion available when carrying a pregnancy to term would cause the woman substantial pain or suffering, regardless of pregnancy viability (WHO, 2022a, p. 28)¹⁰.

No Brasil, essa limitação normativa tem de fato limitado o acesso ao aborto, como é confirmado em estudo realizado por PEDROSO et al. (2021), tendo em vista que a idade gestacional avançada (≥ 23 semanas) foi apontada como um dos principais motivos para a não realização do aborto legal nas mulheres grávidas em decorrência de estupro que procuraram o serviço médico, diante da regulamentação do Ministério da Saúde.

Por fim, ressalta-se que diversas são as diretrizes médicas que atestam a segurança do aborto em gestações adiantadas (ANIS, 2022), também não se podendo alegar inviabilidade técnica da sua realização, sob o argumento de que seria mais arriscado para a mulher. Inclusive, há o entendimento de que mesmo nas idades mais avançadas a realização do aborto é mais segura que a do parto:

Apesar dos riscos relacionados ao aborto aumentarem com a idade gestacional, o risco de morte entre abortos acima de 21 semanas de gravidez é bastante incomum (8,9 óbitos a cada 100.000 procedimentos) e representa $\frac{1}{4}$ do risco de óbito relacionado à gravidez no termo (BARTLETT et al., 2004; HARRIS; GROSSMAN, 2011). Ou seja, o aborto, mesmo nas idades gestacionais mais avançadas, é marcadamente mais seguro do que o parto (PARO; ROSAS, 2020).

Portanto, observa-se que as normas técnicas brasileiras do Ministério da Saúde (2012, 2011a, 2011b, 2022) e diversos artigos e manuais médicos brasileiros estão desatualizados no que tange ao conceito de aborto induzido e às possibilidades médicas para a sua realização, independentemente da idade gestacional e viabilidade fetal, o que demanda urgente atualização, diante dos prejuízos causados especialmente às gestantes vítimas de violência sexual que tem dificuldades para realizar o procedimento se assim desejarem.

¹⁰ Em tradução livre: “As evidências analisadas demonstraram que [...] os limites de idade gestacional dificultaram o acesso ao aborto, especialmente entre as mulheres que buscam abortos em idades gestacionais avançadas, mulheres próximas ao limite de idade gestacional e aquelas que vivem em áreas com acesso limitado a clínicas. [...] Os estudos também mostraram que quando as mulheres solicitavam um aborto e lhes era negado atendimento devido à idade gestacional, isso poderia resultar na continuação indesejada da gravidez, especialmente entre as mulheres com deficiências cognitivas ou aquelas que se apresentavam com 20 semanas de gestação ou mais tarde. Este resultado pode ser visto como incompatível com a exigência da legislação internacional de direitos humanos de disponibilizar o aborto quando uma gestação a termo causaria à mulher dor ou sofrimento substancial, independentemente da viabilidade da gravidez” (OMS, 2022, p. 28).

4 ARGUMENTO DA VIABILIDADE FETAL

No que tange aos aspectos jurídicos, observa-se que manter a restrição normativa para a realização do aborto, sob a justificativa da viabilidade de vida extrauterina a partir das 20-22 semanas, também é uma escolha equivocada, infundada, inconstitucional e ilegal da política pública. Isso porque o fundamento para a permissão do aborto em decorrência do estupro permanece o mesmo, independentemente do tempo gestacional e da concreta viabilidade fetal.

Conforme Cleber Masson,

no aborto em caso de gravidez resultante de estupro o Código Penal encontra seu fundamento de validade **na dignidade da pessoa humana** (CF, art. 1º, inc. III). Entendeu o legislador que seria atentatório à mulher exigir a aceitação em manter uma gravidez e criar um filho decorrente de uma situação trágica e covarde que somente lhe traria traumas e péssimas recordações (MASSON, 2021, p. 89).

As graves consequências da violência sexual, dentre elas a gravidez, afetam primeiramente e diretamente a vida e a saúde da vítima, pessoa humana já nascida e independente, o que justifica o privilégio dos seus direitos em detrimento dos do não nascido que, recorda-se, ainda não tem sua dignidade efetivamente protegida constitucionalmente e está vinculado ao corpo da genitora. Ademais,

[o] direito à vida, como qualquer outro direito, pode ser relativizado quando o princípio da proporcionalidade o recomendar. Se assim não fosse, seriam inconstitucionais as causas de exclusão da ilicitude. Não se poderia, exemplificativamente, matar em legítima defesa. Por outro lado, a dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, tem valor absoluto e não pode ser mitigada. Não se justifica uma vida indigna por parte da mulher para manter uma gravidez resultante de um crime contra a ela perpetrado. Há, no fundo, colisão entre duas vidas, e é razoável preferência pela vida da mulher. Vida sem dignidade equivale, para a Constituição Federal, a inexistência de vida humana (MASSON, 2021, p. 89).

Ressalta-se que, ainda que não haja um risco efetivo à vida da gestante, por não possuir qualquer comorbidade física, a manutenção da gravidez pode ocasionar graves danos à sua saúde. Segundo a OMS (2022a), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade. Há condições de saúde que são agravadas pela gravidez, sendo que “a área de saúde mental inclui a angústia psicológica ou o sofrimento mental causado, por exemplo, por atos sexuais

coagidos ou forçados [...]” (OMS, 2013, p. 92). Portanto, a permissão para a realização do aborto nesses casos pressupõe a preservação da saúde física ou mental da vítima.

Destarte, em decorrência de todos os danos e riscos, a proteção e prevalência da dignidade humana da gestante vítima deve persistir mesmo se houver concreta potencialidade de vida do feto. Não faz sentido cogitar que, no início da gravidez decorrente de estupro, haja prevalência na proteção dos direitos da gestante e, a partir da 22ª semana, passa-se a privilegiar os direitos do feto. As difíceis consequências desta gravidez continuam atingindo a vítima mesmo diante da viabilidade fetal. Aliás, o nascituro possui direitos desde a concepção (art. 2º, Código Civil) e não a partir de determinada idade gestacional. Foi o legislador que, numa ponderação de valores, fez a opção pela relativização dos direitos do feto em detrimento do direito da gestante vítima, sem estabelecer qualquer restrição. Em outras palavras, o Código Penal escolhe a vida da mulher grávida como mais importante e, assim, sua vontade que deve prevalecer, independentemente da viabilidade fetal e do tempo de gravidez, caso ela manifeste a vontade de realizar o aborto. Isso é direito da própria vítima, pois somente ela sabe a dimensão do sofrimento em que está passando com a violência a que foi submetida e que resultou na gravidez.

Importante frisar que o privilégio da saúde da grávida de estupro em detrimento da vida em potencial do nascituro, independentemente da idade gestacional, não viola o Código de Ética Médica (CFM, 2019), pois este prevê que é princípio fundamental do médico atuar “a serviço da saúde do ser humano” (inciso I), devendo, para tanto, “agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (inciso II), além de ser vedado a ele “descumprir legislação específica nos casos de [...] abortamento” (art. 15). Assim, há uma exceção à prática obstétrica de buscar pela preservação do binômio materno-fetal, em decorrência da opção realizada pelo Código Penal, não cabendo ao médico proceder de outra maneira, se esta não for a vontade da vítima.

Ademais, no caso de vítima ser criança ou adolescente, sua proteção integral e prioritária também é prevista na Constituição Federal, o que reforça a importância de permitir o exercício do direito ao aborto. Mesmo que não tenha comorbidade suficiente a configurar uma gravidez de risco, o seu desenvolvimento sadio pode ser comprometido em decorrência do estupro e gestação vivenciada.

É inegável que os crimes sexuais, de uma forma geral, produzem drásticas consequências na vida das vítimas diretas e reflexas. Porém, quando os crimes sexuais atêm como vítima uma pessoa menor de idade,

especialmente levando-se em consideração que se trata de pessoa em desenvolvimento, estas consequências, via de regra, tendem a ser mais graves, demandando um tratamento especial para se evitar a revitimização e para possibilitar, ainda, que tal pessoa consiga superar este fato e prosseguir com sua vida da melhor forma possível (IULIANELLO, 2019, p. 105).

Segundo Michèle Rouyer (1997, apud IULIANELLO, 2019, p. 111),

quanto menor for a idade da vítima, maiores são os riscos de que as “feridas sejam irreversíveis”. As sequelas na criança em fase pré-pubere “dificultam sua evolução psicoafetiva e sexual, afetam as identificações que ela poderia construir e impedem que a adolescência seja um período de construção construtiva”.

Observa-se que é obrigação do poder público contribuir para a compensação dos danos suportados pela vítima, por meio da tomada de providências para restauração da sua dignidade (IULIANELLO, 2019). A vítima tem direito à reparação, o que não é atrelado apenas ao aspecto econômico, mas abarca

o conjunto de ações realizadas pela sociedade e pelas pessoas responsáveis pela vitimização para compensar as consequências do fato”, sendo que uma das principais estaria relacionada ao reequilíbrio psíquico da vítima, estando, por conseguinte, associada à noção de reparação integral [...] (IULIANELLO, 2019, p. 95).

Em razão disso, para a tomada da melhor decisão, é também direito fundamental da vítima o acesso à informação. Este direito “é condição prévia para o exercício de outros direitos e responde a uma necessidade básica das vítimas, que é a possibilidade de conhecer as consequências de um fato que lhe afeta pessoalmente e poder exercer um controle sobre elas” (IULIANELLO, 2019, p. 90).

Ressalta-se que a violência sexual representa o extremo de todas as formas de restrição na autonomia sexual e reprodutiva feminina e, manter a gravidez nesses casos, pode significar a continuação desta violência, tornando mais difícil a sua superação (DREZETTI et al., 2012). Portanto, não esclarecer e oportunizar a realização do aborto a essa vítima, por qualquer motivo, inclusive a concreta potencialidade de vida extrauterina, contribui para a perpetuação dos efeitos da violência e sua consequente revitimização, além de violar, mais uma vez, a sua dignidade e o seu direito de dispor do próprio corpo.

Tomamos como exemplo um caso em que a gestação era sentida como a perpetuação do estupro pela genitora, na medida em que os movimentos do bebê e as imagens dele na tela do ultrassom revitimizavam essa mulher, remetendo-a constantemente ao trauma (TJPE, 2019, p. 105).

Também não há que se cogitar que, nos casos de viabilidade fetal, o médico ou juiz tenham poder de decidir pela antecipação terapêutica do parto, caso a gestante tenha manifestado seu desejo pela realização do aborto, já que as consequências são bastante diferentes.

Primeiro, caso a prematuridade seja grande, existem maiores riscos de sequelas para o feto sobrevivente, além de demandar melhor estrutura hospitalar, como existência de UTI Neonatal, o que dificulta e onera a sua realização. Aliás, nesse ponto, o mencionado recente manual do Ministério da Saúde (MS, 2022) reforça bem esses riscos, mas não para recomendar a realização do aborto nesses casos, mas a manutenção da gravidez até o fim, em grave violação aos direitos da gestante vítima, conforme já ressaltamos.

Além disso, mesmo que aparentemente seja atendida a vontade de interrupção da gravidez, a escolha entre antecipação terapêutica do parto, com posterior entrega à adoção, e a realização do aborto produzirá efeitos completamente distintos para a vida da gestante, o que faz com que somente ela (e seu representante legal) tenha o poder de decidir, de maneira esclarecida e informada, já que, repita-se, é quem sofrerá todos os efeitos dessa decisão.

A primeira diferença de efeitos está no próprio procedimento a ser realizado no que tange ao aborto e à entrega à adoção. Como vimos, a realização do aborto não depende de qualquer decisão judicial ou sequer elaboração de boletim de ocorrência. Assim, o procedimento faz parte dos desdobramentos legais para a proteção da vítima de violência sexual, bastando, para sua realização, a manifestação de vontade perante a equipe médica. Já a entrega para adoção demanda que, após o parto, a vítima seja encaminhada para a Vara da Infância e Juventude e submetida ao procedimento previsto no artigo 19-A do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual inclui, no mínimo, a oitiva pelo Setor Técnico da Vara da Infância e Juventude e participação em audiência na presença do juiz e do Ministério Público. Por mais que a lei determine que todo esse procedimento seja realizado sem constrangimento à mulher, de maneira acolhedora e respeitosa, sabe-se que passar por isso não é algo simples. Além disso, por mais que opte pelo sigilo dos seus dados na entrega à adoção, o adotando terá direito a conhecer sua origem biológica, nos termos do art. 19-A, § 9º o.c.c. o art. 48 do Estatuto da Criança e do Adolescente, havendo o risco, assim, de ela ser procurada pelo filho biológico em algum momento posterior da vida.

Ademais, estudos apontam que a mãe que entrega o filho para adoção vivencia um luto sem fim em razão desta perda, de maneira diferenciada daquela que lida com a morte efetivamente. Conforme Maria Antonieta Pisano Motta (2001, p. 247):

Diferentemente das pessoas enlutadas que mais cedo ou mais tarde precisam encarar que a pessoa perdida está realmente morta, essas mães sabem que seu filho está vivo e que a possibilidade de um futuro contato pode ser mais do que fantasia. Além da esperança de um encontro acidental, existe a possibilidade de uma busca intencional por parte da mãe ou do filho e de uma reunião futura. Esta possibilidade pode alimentar esperanças conscientes e inconscientes, desencorajar a resolução das fantasias de buscas e interferir no processo de tomar contato com a realidade da perda. Essas afirmações vêm de encontro àquelas realizadas por Roles (1989), para quem o processo de acomodação é perturbado pela incerteza em que essas mães mergulham depois da entrega, em relação ao destino da criança, ao que esta possa estar fazendo, como está passando e assim por diante. Um ano e meio depois, M1 ainda sonhava com os filhos, tanto com o que entregou por ocasião de nossa pesquisa como com o que entregara antes, deixando entrever que o que nos dissera então, “a gente nunca esquece que tem um filho por aí”, era uma realidade.

A mencionada psicóloga e psicanalista ressalta que, por mais que a decisão de entrega tenha sido voluntária, a mãe vivencia tristeza, remorso, medo, vergonha e culpa excessiva, inclusive influenciando o relacionamento com futuros filhos (MOTTA, 2001). Aliás, um dos casos por ela apresentado é justamente o de uma mãe que entregou o filho para adoção em decorrência de uma gravidez resultante de estupro. Esta mãe apresentou grandes dificuldades de elaboração de seu luto, pois, mesmo que tenha sentimentos negativos em relação à criança, totalmente justificáveis, já que era uma lembrança da violência vivida, “paralelamente, ocorreram sentimentos de estar vinculada a ela, de amá-la e desejar ficar com ela” (MOTTA, 2001, p. 251/252). Nesses casos, as mulheres não recebem autorização social e “nem uma autopermissão para enlutarem-se pela perda, sentem-se envergonhadas por prantear a perda de um bebê que elas próprias ‘decidiram’ entregar em adoção” (MOTTA, 2001, p. 253).

Por outro lado, importante estudo realizado por Drezetti et al. (2012) aponta que o sentimento de alívio foi predominante nas mulheres que realizaram o aborto legal em decorrência de violência sexual (74.4%), havendo menor incidência de sentimentos negativos, como depressão (16.3%) e culpa (9.3%), os quais são restritos aos primeiros dias após a realização do procedimento. Destaca-se que nenhuma das mulheres relatou arrependimento pela realização do aborto nessas circunstâncias (DREZETTI et al., 2012).

Assim, desmitificando que o aborto causa um sofrimento eterno na vida da mulher, conclui este estudo que:

There is no evidence indicating the existence of so-called "abortion trauma syndrome" as suggested by some authors, which cause severe psychological damage to women. Rather, studies have found satisfactory and appropriate emotional responses to legally induced abortion. Negative effects are exceptional, usually less severe than those arising from pregnancy maintained until the end against woman's desire. In this study, the respondents' answers did not suggest emotional harm related to abortion. The negative feelings identified, transiente and of short duration, can be part of the normal and proper emotional response to the crisis. (DREZETTI et al., 2012, p. 824)¹¹.

Portanto, verifica-se que as consequências são bastante distintas em relação à realização do aborto ou à entrega à adoção. É importante esclarecer que não se pretende dizer que a realização do aborto é a melhor opção para a gestante vítima, mas que, diante da previsão legal, cabe somente a ela decidir o melhor para sua saúde física e mental, devendo todas as opções serem igualmente ofertadas, sem hierarquização entre as alternativas disponíveis (ANIS, 2022). Isso inclusive nas hipóteses de idade gestacional bem avançada, em que a possibilidade de vida extrauterina é bastante provável, pois, como visto, apenas a vítima poderá ter real dimensão do sofrimento que está passando e dos efeitos que será capaz de suportar.

5 NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DAS NORMAS TÉCNICAS

Por fim, destaca-se que, para que a política pública possa ser mais eficaz, as normas técnicas do Ministério da Saúde precisam ser modificadas. Isso porque a inconsistência entre as normativas do Ministério da Saúde, as diretrizes internacionais e o Código Penal cria margem à interpretação pessoal dos profissionais de saúde, o que prejudica, em muito o atendimento das vítimas. Neste sentido, aponta PINA (2022):

É um assunto de muita discussão entre as equipes que fazem abortamento em lei. Alguns hospitais definem o limite de 22 e, em outros, 20. Há até mesmo alguns que fazem com até 24 semanas. O procedimento não se faz sozinho. São equipes que dependem de médicos e enfermeiros,

¹¹ Em tradução livre: não há evidências indicando a existência da chamada "síndrome do trauma do aborto", como sugerido por alguns autores, que causam graves danos psicológicos às mulheres. Pelo contrário, estudos encontraram respostas emocionais satisfatórias e apropriadas ao aborto induzido legalmente. Os efeitos negativos são excepcionais, geralmente menos severos do que aqueles decorrentes da gravidez mantida até o final contra o desejo da mulher. Neste estudo, as respostas dos respondentes não sugerem danos emocionais relacionados ao aborto. Os sentimentos negativos identificados, transitórios e de curta duração, podem ser parte da resposta emocional normal e adequada à crise (DREZETTI et al., 2012, p. 824).

então os hospitais definem essas regras”, diz a ginecologista Carolina Pereira. [...] “Se for seguida a nota técnica do Ministério da Saúde, o hospital segue a indicação de interrupção da gravidez até a 22ª semana. Mas existem profissionais de saúde e médicos se baseiam no Código Penal, e aí podem realizar o procedimento independentemente da idade gestacional”, explica a médica. A decisão, portanto, é com base em interpretação pessoal, e o hospital pode se negar a fazer o procedimento após a 20ª semana alegando seguir a recomendação do Ministério da Saúde.

Tanto que, conforme o já mencionado estudo realizado por PEDROSO et al. (2021), entre os principais motivos para a não realização do aborto legal, nas mulheres atendidas no Hospital Pérola Byington, está a idade gestacional avançada (≥ 23 semanas). Ou seja, nem em um dos principais hospitais referência para a realização do aborto no Brasil é garantido o direito ao aborto legal nas gestações mais avançadas tal qual permitido pelo Código Penal.

Ademais, a psicóloga Daniela Pedroso, ouvida por PINA (2022), acrescenta que essa limitação atinge mais as meninas vítimas que, geralmente, não possuem “conhecimento do próprio corpo para entender o que está acontecendo. Isso o que faz com que elas busquem o serviço de saúde tardiamente, o que vai resultar em uma possível não realização do procedimento de aborto”. Neste mesmo sentido é o entendimento de PARO e ROSAS (2020) que, com base em diversos estudos, apontam que a necessidade do aborto no segundo trimestre gestacional afeta mais as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, as crianças e as adolescentes, tendo em vista a demora em reconhecer a gravidez, o desconhecimento sobre a possibilidade legal de realização do aborto, além das dificuldades de acesso à reduzida estrutura de equipamentos de saúde.

Claro que é possível alegar a ausência de força legal da regulamentação do Ministério da Saúde e buscar meios para obrigar a realização do aborto nesses casos, seja judicialmente ou extrajudicialmente, inclusive com a atuação do Ministério Público. Porém, a política pública para ser eficaz e bem implementada precisa garantir com que seus executores, ou seja, os funcionários públicos da linha de frente, cumpram os seus deveres espontaneamente e sem demora. Logo, os papéis dos agentes precisam ser bem claros e regulamentados, para que a política pública funcione de maneira mais eficaz, sem obstáculos e independentemente de determinação judicial.

Ressalta-se que o conjunto de ações e serviços de saúde no Brasil constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado e regulamentado pela Lei nº 8.080/90. De acordo com o seu artigo 15, os entes federativos, no seu âmbito administrativo, devem

elaborar: normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade (inciso V); normas para regular atividades dos serviços privados de saúde (inciso XI); e normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde. No âmbito da União, é o Ministério da Saúde que desempenha essa função. Conforme o Decreto nº 7508/2011, que regulamenta a Lei nº 8080/90, cabe também aos entes federativos, orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde (art. 13, II).

Portanto, as normativas e diretrizes técnicas editadas pelo Ministério da Saúde tem importante papel na regulamentação da prestação dos serviços de saúde, inclusive servindo como parâmetro de qualidade. Dessa forma, dificilmente um estabelecimento de saúde ou um médico, se não estiver respaldado por alguma outra normativa técnica local ou por decisão judicial, assumirá o risco de descumprir a orientação do Ministério da Saúde, podendo até, dependendo das circunstâncias, ser acusado de erro médico¹² ou crime.

Aliás, o próprio Conselho Federal de Medicina (2022) orientou, recentemente, que todos os pedidos de interrupção de gestação solicitados com base em situações previstas em lei devem ser atendidos segundo parâmetros definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹³ que, no caso, como vimos, fazem restrição à idade gestacional.

Destaca-se que aqui não se trata de situação de alegação da objeção de consciência pelo médico que não quer realizar o aborto por motivos pessoais, mas de notas técnicas que orientam a sua não realização em gestantes com mais de 20-22 semanas, mesmo ausente restrição no Código Penal.

Por isso, a OMS (2013, p. 95) faz importante alerta acerca da posição dos profissionais da saúde nessas situações:

O medo de violar uma lei gera um efeito dissuasor. [...] 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 à gestante os serviços aos quais ela tem direito do ponto de vista legal (OMS, 2013, p. 95).

Assim, a ausência de orientação governamental apropriada quanto à identificação das hipóteses de aborto legal pelos profissionais da saúde cria incertezas tanto para quem busca como para quem fornece o atendimento. Portanto, recomenda a

¹² Erro Médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência (GOMES; FRANÇA, 1999, p.25).

¹³ Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-esclarece-criterios-legais-para-a-interruptao-da-gestacao/>

OMS (2022a) que as diretrizes devam se basear nos direitos humanos, melhores práticas e em evidências de saúde pública, o que não está sendo o caso do Brasil. Por isso, “as normas e os padrões devem ser desenvolvidos e atualizados visando a eliminar as barreiras para obtenção do melhor padrão possível em saúde sexual e reprodutiva” (OMS, 2013, p. 65).

Destarte, destaca-se também a urgência da estruturação técnica de serviços de referência para a realização dos abortos nas hipóteses legais, inclusive para os casos de idade gestacional para além das 20-22 semanas, que demanda disponibilização de equipamentos hospitalares específicos e a contratação de profissionais especializados e capacitados a realizar o procedimento de indução da morte fetal, conforme recomendado pela OMS (2013).

Por fim, aponta-se que existem diversas outras dificuldades inerentes à política pública em questão, mas que, pelo propósito do presente artigo, não seria possível abordar neste espaço, preferindo-se aprofundar na questão da regulamentação inadequada no que tange à limitação à idade gestacional e viabilidade fetal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito ao aborto legal nas hipóteses de gravidez decorrente de estupro é um avanço na busca da superação da desigualdade sofrida historicamente pelas mulheres e meninas. Tal direito, para que seja concretizado, depende da implementação de uma política pública eficaz. Só assim será alcançada a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, bem como viabilizado o enfrentamento da violência sexual e reparação dos seus danos. Aqui é oportuno destacar a conclusão de Pimentel e Villela (2012, p. 20):

Tratar do direito ao aborto hoje significa ter como referência a justiça social e considerar os direitos de quem aborta e de quem exerce essa intervenção – mulheres e profissionais de saúde, a partir de quatro princípios éticos: o princípio da integridade corporal, que é o direito à segurança e o controle do próprio corpo, como um dos aspectos do conceito de liberdade reprodutiva e sexual; o princípio de igualdade, que inclui a igualdade de direitos entre mulheres e homens e entre todas as mulheres; o princípio da individualidade, que diz respeito à capacidade moral e legal das pessoas, implicando no direito à autodeterminação, o respeito à autonomia na tomada de decisões sexuais e reprodutivas e o princípio da diversidade, que se refere ao respeito pelas diferenças entre as mulheres.

De início, destaca-se a importância de que o serviço público de abortamento seja incluído efetivamente e de maneira integrada no fluxo da política intersetorial de enfrentamento à violência contra a mulher, para que se oportunize, por ocasião do

atendimento da saúde, a apresentação de todas as possibilidades para a hipótese de gravidez e a realização do encaminhamento respectivo, sem obstáculos, dificuldades ou constrangimentos.

Além disso, deve ser modificada e atualizada a regulamentação do Ministério da Saúde (2011a, 2011b, 2012, 2022), a fim de não mais haver a restrição à realização do aborto sentimental após as 20-22 semanas de idade gestacional e/ou ao peso fetal de 500g, a qual não tem fundamento técnico ou jurídico, além de violar a dignidade da gestante vítima de violência e estar em desacordo com as diretrizes técnicas internacionais da Organização Mundial de Saúde, da qual o Brasil faz parte.

A viabilidade fetal não pode servir de argumento para o impedimento à realização do aborto após a 22ª semana, tendo em vista que o Código Penal já realizou a opção pela prevalência dos direitos da vítima de estupro, independentemente da idade gestacional. Logo, cabe somente a ela decidir dentre as diferentes possibilidades existentes, como a realização do aborto ou a entrega para adoção, diante das consequências que poderá sofrer conforme a decisão tomada.

Por fim, deve ser viabilizada estrutura no Sistema Único de Saúde, a fim de serem criados nos Estados e Municípios protocolos e serviços de referência com equipamentos e equipes capacitadas à realização do procedimento de aborto em qualquer idade gestacional.

Caso contrário, o Poder Público contribuirá para que os direitos das mulheres e meninas continuem a ser constantemente violados, em grave descumprimento às diretrizes internacionais, à Constituição Federal e às leis brasileiras, inviabilizando-se com que sejam minimizadas as sequelas das violências por elas sofridas.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO DE BIOÉTICA - ANIS. *Esclarecimentos sobre o documento “Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento”*. Junho de 2022. Disponível em: http://cepia.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Anis_Esclarecimentos-sobre-o-documento-%E2%80%9CAten%C3%A7%C3%A3o-t%C3%A9cnica-para-preven%C3%A7%C3%A3o-avalia%C3%A7%C3%A3o-e-conduta-nos-casos-de-abortamento%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 19 jul.2022.

BICHIR, Renata; OLIVEIRA, Maria Clara; CANATO, Pamella. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*, Brasília, n. 26, p. 81-102, 2016. Disponível

em:

<<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf>>. Acesso em: 26 set.2021.

CHAKIAN, Silvia. *A construção dos direitos das mulheres: histórico, limites e diretrizes para uma proteção penal eficiente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO SÃO PAULO. *Direitos sexuais e reprodutivos*. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=58>. Acesso em: 09 jul.2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Parecer 23.480/98*. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=5632&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20SE%3o%20Paulo&numero=23480&situacao=&data=00-00-1998>. Acesso em: 19 jul. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Vítimas de violência sexual – Abortamento*. Orientações Éticas e Jurídicas aos médicos. 2018. Disponível em: https://cremers.org.br/conteudos/livros_e_cartilhas/cartilha_abortamento.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

CORREIA, Bruna de Queiroz; MARCONI, Gabriel Alves; LOUREIRO, Giulia Menegon; SILVA, Manoella Guatimuzim; BELCHIOR, Marilza Vallejo; RODRIGUES, Marina Abs da Cruz; BELLAN, Laura Motta; GALÃO, Adriani Oliveira. *Atualizações em violência sexual feminina e aborto permitido por lei*. UFRS: 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/224078/001127933.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 jul.2022.

CUNILL-GRAU, Nuria. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*, Brasília, n. 26, p. 35-66, 2016. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2026.pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela; VERTAMATTI, Maria; MACEDO JUNIOR, Hugo; BLAKE, Márcia; GEBRIM, Luiz; VALENTI, Vitor; ABREU, Luiz. Pregnancy resulting from sexual abuse: Reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - Pregnancy and violence. *Healthmed*. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264672737_Pregnancy_resulting_from_sexu

al_abuse_Reasons_alleged_by_Brazilian_women_for_carrying_out_the_abortion_-_Pregnancy_and_violence. Acesso em: 09 jul.2022.

FARIAS, Vitor. *Mais de 17 mil garotas de até 14 anos foram mães em 2021, mostram dados do SUS*. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/06/22/brasil-tem-mais-de-17-mil-maes-de-ate-14-anos-mostram-dados-do-sus.ghtml>. Acesso em: 09 jul. 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério*. 2010. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%C3%84NCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=4>. Acesso em: 09 jul. 2022.

GIUGLIANI C.; RUSCHEL, A.E.; SILVA, M.C.B, MAIA, M.N., OLIVEIRA, D.O.P.S. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1791. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791). Acesso em: 09 jul. 2022.

GOMES, Júlio Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso. *Erro médico: um enfoque sobre sua origem e consequências*. Montes Claros (MG): Unimontes, 1999.

INSTITUTO SOU DA PAZ; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Análise das ocorrências de estupro de vulnerável do Estado de São Paulo*. 2020. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Criminal/notas_tecnicas/RelatorioOcorrenciaEstuprosVulneraveisSP-REVISADO%20\(1\).pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Criminal/notas_tecnicas/RelatorioOcorrenciaEstuprosVulneraveisSP-REVISADO%20(1).pdf). Acesso em: 19 jul. 2022.

IULIANELLO, Annunziata Alves. *Depoimento Especial: um instrumento de concretização da proteção integral de crianças e adolescentes submetidos a abuso sexual*. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2019.

LATHAM, Anibal Eusébio Faundes; ROSAS, Cristiano Fernando; PARO, Helena Borges Martins da Silva; PEDROSA, Michele Lopes; ALBUQUERQUE, Rivaldo Mendes de; MEDEIROS, Robinson Dias de. *Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica*. FEBRASGO position statement. Número 4 – Abril 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/FPS---N4---Abril-2021---portugues.pdf>. Acesso em: 20 de jul. de 2022.

MACDORMAN, Marian F.; REDDY, Uma M.; SILVER, Robert M. Trends in Stillbirth by Gestational Age in the United States, 2006–2012. *Obstetrics & Gynecology*: December 2015 - Volume 126 - Issue 6 - p 1146-1150
Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2015/12000/Trends_in_Stillbirth_by_Gestational_Age_in_the.5.aspx. Acesso em: 28 jul. 2022.

MASSON, Cléber Rogério. *Direito Penal*. 14. Ed. Rio de Janeiro: Gen, Método, 2021, v. 2.

MARTINS, Cristiano; PALHARES, Isabela. A cada aborto legal, 11 meninas são internadas por interrupções provocadas ou espontâneas. *Folha de São Paulo*, 26 jun. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/06/a-cada-aborto-legal-11-meninas-sao-internadas-por-interruptoes-provocadas-ou-espontaneas.shtml>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção humanizada ao abortamento*: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção à saúde do recém-nascido*: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1edrev.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Nota de Posicionalmente: Aborto Sentimento (ou Humanitário ou Ético)*. Boletim Criminal Comentado CAOCRIM n.º 188, de junho de 2022. Disponível em: <https://www.mpsp.mp.br/documents/20122/5193653/NOTA+NU%CC%81CLEO+DE+GE%CC%82NERO.pdf/c153e93e-4d95-eaaa-4ec3-9f789a2db01f?t=1656769208216>. Acesso em: 19 jul. 2022.

MONTEIRO, Mirella de Carvalho Bauzys. *Direito à permanência escolar: Contribuições para políticas públicas*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. 2021.

MOTTA, Maria Antonieta Pisano. *Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção*. São Paulo: Cortez, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. Geneve: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

PARO, Helena Borges Martins da Silva; ROSAS, Cristiano Fernando. *Nota oficial da Rede Médica pelo Direito de Decidir*. Global Doctors for Choice/Brasil: Cinco lições que o Brasil deve aprender com o caso da menina de apenas 10 anos do Espírito Santo. 18 de agosto de 2020. Disponível em: https://www.mujeresdelsur-afm.org/wp-content/uploads/2020/08/Nota_Rede-M%C3%A9dica-pelo-Direito-de-Decidir_Cinco-lic%C3%A7%C3%B5es-que-o-Brasil-deve-aprender-com-o-caso-da-menina-de-10-anos-do-Esp%C3%80rito-Santo.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

PEDROSO, D. .; JULIANO, Y. .; DE SOUZA, P. C. .; DREZETT, J. . Gravidez decorrente de violência sexual: Caracterização sociodemográfica das mulheres e desfechos do aborto em um serviço público de referência, São Paulo, Brasil. *Latin American Journal of Development*, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 1455–1471, 2021. DOI: 10.46814/lajdv3n3-035. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/jdev/article/view/363> Acesso em: 9 jul. 2022.

PIMENTEL, Silvia; VILLELA, Wilza. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. *Cienc. Cult.*, São Paulo , v. 64, n. 2, p. 20-21, June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200010>. . Acesso em: 09 jul. 2022.

PINA, Rute. Qual o prazo para a realização de um aborto legal? Entenda o que diz a lei. *Universa Universo Online*, 22 jun. 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2022/06/22/entenda-se-existe-prazo-para-fazer-aborto-legal-e-o-que-diz-a-lei.htm>. Acesso em: 09 jul. 2022.

RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. (2011). Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 63-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/GcxvMpczwM4cpXcRqpNYxmn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2022.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. 2015.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *ADPF Nº 54 DF*. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. Disponível em:

<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 09 jul. 2022.

TAVARES DA SILVA, F., GONIK, B., MCMILLAN, M., KEECH, C., DELLICOUR, S., BHANGE, S., TILA, M., HARPER, D. M., WOODS, C., KAWAI, A. T., KOCHHAR, S., MUNOZ, F. M. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*, 34(49), 6057–6068. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.044>. Acesso em: 29 jul. 2022.

TRAINA, Évelyn. Caso Complexo 4 - *Maria do Socorro Fundamentação Teórica: Abortamento*. UNIFESP. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Maria_Socorro/Complexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf. Acesso em: 09 jul. 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO. *Entrega responsável de crianças para adoção: a experiência da 2ª Vara da Infância e da Juventude do Recife/ Tribunal de Justiça de Pernambuco*. – Recife: ESMAPE/TJPE, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. *Protocolo de Assistência ao Abortamento*. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-clinicos/ProtocoloAssistenciaaoAbortamentofinal.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2022.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2012*. Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA/Flacso Brasil, 2012. Disponível em: https://flacso.org.br/files/2020/03/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Abortion care guideline*. Geneva: 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 09 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40349>. Acesso em: 09 jul. 2022.

WORLD HEATH ORGANIZATION. *International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. 2022b. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>. Acesso: 21 jun. 2022.

WORLD HEATH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR): materials to support implementation*. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036666>. Acesso em: 28 jul. 2022.

Recebido em: 29/07/2022

Aceito em: 24/08/2022