



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

OFÍCIO CFM Nº 4867/2013 - PRESI

Brasília-DF, 21 de maio de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Senador Eunício Oliveira
Presidente da CT – Reforma do Código Penal
Praça dos Três Poderes, Anexo II, Ala Alexandre Costa, Sala 15 – Subsolo
CEP: 70.165-900 – Brasília-DF

Assunto: Justificativa de ausência

Senhor Presidente,

1. Em aditamento aos termos do Ofício CFM nº 4824/2013 – PRESI, datado de 17 de maio de 2013, informamos que não será possível a participação deste presidente na audiência de discussão sobre a reforma do Código Penal Brasileiro, a realizar-se nesta data, às 14h, devido a compromisso inadiável e de última hora.
2. Durante o I Encontro Nacional de Conselhos de Medicina - 2013, realizado de 6 a 8 de março, em Belém (PA), representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), após intenso e proveitoso debate, deliberaram por maioria, o posicionamento dos Conselhos de Medicina com respeito à ampliação dos excludentes de ilicitudes penais em caso de aborto, tema que está sendo tratado no âmbito da Reforma do Código Penal Brasileiro (PLS 236/2012), atualmente em tramitação no Congresso Nacional.
3. As conclusões seguem abaixo, formalizando, dessa forma o encaminhamento formal de nosso entendimento à Comissão do Senado responsável pela elaboração do projeto em tela. **É importante frisar que não se decidiu serem os Conselhos de Medicina favoráveis ao aborto, mas, sim, à autonomia da mulher e do médico.** Neste sentido, as entidades médicas concordam com a proposta ainda em análise no âmbito do Congresso Nacional no sentido de afastar a ilicitude da interrupção da gestação em uma das seguintes situações:

Subsecretaria de Apoio às Comissões
Especiais e Parlamentares de Inquérito
Recebido em 21/05/13

As _____

Reinilson Prado
Secretário
Matr. 228130



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- I. *Quando “houver risco à vida ou à saúde da gestante”;*
- II. *Se “a gravidez resultar de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida”;*
- III. *Se for “comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicos”;* e
- IV. *Se “por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação”.*

4. A decisão tomada durante o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina 2013 se amparou seguintes aspectos, os quais foram previamente discutidos em diferentes reuniões com base em subsídios sobre tema (ver anexo):

Éticos e bioéticos - Entendeu-se, por maioria, que os atuais limites excludentes da ilicitude do aborto previstos no Código Penal de 1940, os quais vêm sendo respeitados pelas entidades médicas, são incoerentes com compromissos humanísticos e humanitários, paradoxais à responsabilidade social e aos tratados internacionais subscritos pelo governo brasileiro. Ressalte-se que a rigidez dos princípios não deve ir de encontro às suas finalidades. Neste sentido, deve-se ter em mente que a proteção ao ser humano se destaca como apriorístico objetivos moral e ético. Tais parâmetros não podem ser definidos a contento sem o auxílio dos princípios da **autonomia**, que enseja reverência à pessoa, por suas opiniões e crenças; da **beneficência**, no sentido de não causar dano, extremar os benefícios e minimizar os riscos; da **não maleficência**; e da **justiça** ou **imparcialidade**, na distribuição dos riscos e benefícios, primando-se pela equidade.

Epidemiológicos – A prática de abortos não seguros (realizados por pessoas sem treinamento, com o emprego de equipamentos perigosos ou em instituições sem higiene) tem forte impacto sobre a Saúde Pública. No Brasil, o abortamento é uma importante causa de mortalidade materna no país, sendo evitável em 92% dos casos. Além disso, as complicações causadas por este tipo de procedimento realizado de forma insegura representam a terceira causa de ocupação dos leitos obstétricos no Brasil. Em 2001, houve 243 mil internações na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) por curetagens pós-abortamento.



Sociais – As estatísticas de morbidade e mortalidade da mulher em decorrência de práticas inseguras na interrupção da gestação são ainda maiores devido à dificuldade de acesso à assistência adequada, especialmente da parcela menos favorecida da população. Esse aspecto agrega a dimensão social ao problema, que lança no limbo um segmento importante de mulheres que acabam perdendo a vida ou comprometendo sua saúde por conta de práticas sem o menor cuidado.

Jurídicos - Entende-se que a proposta de alteração do Código Penal estabelecida no PLS 236/2012 - NÃO IRÁ DESCRIMINALIZAR O ABORTO. O crime de aborto continuará a existir, apenas serão criadas outras causas excludentes de ilicitude. Portanto, somente nas situações previstas no projeto em tramitação no Congresso que a interrupção da gestação não configurará crime. Caso seja aprovado, por exemplo, um procedimento deste tipo após a 12ª semana de gestação continuará a ser penalizado. Em conclusão, o PLS 236/2012 não irá descriminalizar o aborto, mas tão somente serão criadas outras causas de exclusão da ilicitude.

5. Diante do exposto, o CFM e os 27 CRMs expressam o entendimento alcançado, ressaltando que entendimentos distintos devem ser respeitados, como se espera num Estado Democrático de Direito. Esperamos, dessa forma, contribuir para o avanço desse debate no âmbito do Congresso, de forma específica, e na sociedade, sempre com a preocupação de qualificar o exercício da Medicina e melhorar a qualidade da assistência em saúde oferecida aos brasileiros.

6. Sem mais para o momento, despedimo-nos, colocando nossa entidade à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,


ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

Subsídios para o debate sobre os excludentes de ilicitude do aborto

***Documento síntese elaborado pelo Grupo de
Trabalho instituído pelo CFM para análise do tema***

Integrantes do GT:

Dr. Henrique Batista (coordenador)
Dr. Celso Murad
Dr. Júlio Torres
Dra. Luciana Covre
Dr. Reinaldo Ayer
Dr. Roberto Morais
Dra. Vera Fonseca

Colaborador:

Dr. Carlos Vital Correa Lima

Assessores técnicos:

Antônio Carlos de Oliveira (jurídico)
Luciana Medeiros (secretaria geral)
Paulo Henrique de Souza (comunicação)
Turíbio Teixeira Pires de Campos (jurídico)

Brasília, janeiro de 2013.

África, Ásia e Oceania.....	24
<i>Austrália</i>	25
<i>África do Sul</i>	25
<i>Nova Zelândia</i>	26
<i>China/Taiwan</i>	26
A legislação brasileira relacionada à vida e ao aborto	26
<i>Constituição de 1988</i>	27
<i>Convenção Americana dos Direitos Humanos</i>	27
<i>Código Penal Brasileiro (1940)</i>	28
<i>Estatuto da Criança e do Adolescente</i>	29
O aborto e o dilema bioético	29
Posicionamentos relevantes para o debate.....	31
<i>Considerações sobre o aborto do ponto de vista religioso</i>	31
<i>Apoio à Reforma do Código Penal: excludentes de ilicitude do aborto</i> <i>(manifestação da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo)</i>	38
<i>A visão dos movimentos de mulheres sobre o aborto</i>	43
Encaminhamentos para o debate.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

Além delas, permaneceriam as regras constantes do artigo 128 do Código Penal em vigor, que possibilitam a interrupção da gestação se a mesma for resultado de estupro, colocar a vida da mulher em risco ou tiver como produto feto diagnosticado como anencefalo.

Note-se que situações que não atendam estas condições continuarão a ser objeto de criminalização e serão responsabilizadas diante da Justiça. Ou seja, o debate proposto no âmbito da Reforma do Código Penal não trata de um posicionamento favorável ou contrário ao aborto. Essa prática continuará a ser crime, o que se discute é a ampliação do número e do tipo de situações em que ele poderá ser realizado sem penalização da mulher ou do médico. Sobre esta nuance, voltaremos a falar mais adiante.

A complexidade do tema

O direito natalista é indispensável à segurança das gerações futuras. No Brasil, o feto, apesar de não ter considerado status de pessoa, tem resguardada sua existência e perspectivas de direito. A Lei nº 11.105/2005 instituiu - de modo específico - o crime de aborto, já que essa conduta não poderia estar subsumida no tipo penal de homicídio: "matar alguém", descrito no artigo 121 do referido Código.

Não obstante os esforços dos legisladores e juristas, as questões complexas e polêmicas relacionadas ao aborto de embrião humano continuam à espera de atitudes responsivas. Nesse campo, estão inseridos interesses e direitos (coletivos e individuais, morais e religiosos). Contudo, respostas não serão obtidas apenas por meio do positivismo jurídico, de maneira dissociada das reflexões bioéticas, epidemiológicas e sociais.

Além desses fatores, há ainda que se considerar que, no Brasil, a prática do aborto fora do contexto legal assume caráter de mistanásia. Por ano, milhares de mulheres (muitas das quais adolescentes e até mesmo crianças) morrem ou são vítimas de sequelas permanentes em decorrência destes procedimentos mal realizados.

consenso que garantirá o cumprimento de compromissos dos médicos brasileiros com a sociedade, com os pacientes e com a Medicina.

Portanto, consubstancia-se a recomendação de estimular nossas lideranças a uma última e profunda reflexão da qual resultará nossa resposta à dúvida que paira. Esperamos que em março, durante o I Congresso Nacional de Conselhos de Medicina de 2013, os Conselhos de Medicina possam se manifestar de forma uniforme sobre a questão, o que é há muito esperado pela sociedade.

A seguir, apresentamos alguns dados sobre o tema em função de indicadores epidemiológicos e sociais, bem como abordamos aspectos bioéticos e jurídicos pertinentes ao direito de escolha e direito à vida.

Reforma do Código Penal: mudanças com respeito ao aborto

Antes de tudo, é preciso deixar bem claro que a proposta de alteração do Código Penal estabelecida no PLS 236/2012 - NÃO IRÁ DESCRIMINALIZAR O ABORTO. O crime de aborto continuará a existir, apenas serão criadas outras causas excludentes de ilicitude.

Visando melhorar a compreensão do tema, apresentamos uma pequena análise doutrinária do conceito de crime. Para que se possa concluir pela existência de uma infração penal é preciso que o agente criminoso tenha cometido um fato típico, ilícito e culpável. Esses três elementos integram o conceito analítico de crime.

Os elementos do crime

De forma didática e bastante simplificada, o fato é típico quando está previsto na lei penal. O fato é ilícito quando o agente atua de forma a contrariar a norma penal (fato típico) e não estiver amparado por uma causa de exclusão de ilicitude. O último elemento da estrutura analítica do crime é a culpabilidade, sendo a capacidade de o agente ter consciência da ilicitude da sua ação criminosa.

Assim, temos **crime = fato típico + ilicitude + culpabilidade**.

Para que exista uma infração penal é obrigatório que TODOS os elementos estejam presentes. Portanto, não haverá o crime se não existir a ilicitude. Logo,

Assim, nessas três situações excepcionais, mesmo se o abortamento for praticado por um agente capaz e consciente, não haverá o crime, pois faltará um dos elementos da estrutura do crime: a ilicitude.

O foco central do PLS 236/2012

Feita essas considerações, já é possível esclarecer o que pretende o PLS 236/2012 em relação ao crime de aborto. O projeto de lei cria mais algumas causas de exclusão da ilicitude, afastando a ilicitude do ato nas seguintes situações:

- I. *Quando “houver risco à vida ou à saúde da gestante”;*
- II. *Se “a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida”;*
- III. *“Comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicos”; e*
- IV. *“Por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições de arcar com a maternidade”.*

Portanto, somente nessas situações não haverá o crime de aborto. Por outro lado, por exemplo, caso um médico venha a praticar um procedimento de abortamento em uma paciente sem o seu consentimento ou após a 12ª semana de gestação, será punido pelo crime de aborto.

Em conclusão, o PLS 236/2012 não irá descriminalizar o aborto, mas tão somente serão criadas outras causas de exclusão da ilicitude.

No Brasil, uma das últimas manifestações sobre o tema ocorreu durante o XVII Fórum Interprofissional Sobre Violência Sexual Contra a Mulher e Implementação do Aborto Previsto em Lei, realizado em dezembro de 2012, em Recife. No encontro, os participantes declararam integral apoio à proposta de reforma do Código Penal, em trâmite atualmente no Senado Federal, no que diz respeito, especificamente, à ampliação das excludentes de ilicitude do aborto. Para eles, tal mudança representará passo decisivo e imprescindível para garantir a vida, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Questão de saúde pública

O Código Penal Brasileiro de 1940 prevê a prática legal do aborto apenas quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar estupro ou incesto. Há, também, muito raramente, casos de má formação congênita em que a interrupção da gravidez é autorizada pela justiça. No entanto, a ilegalidade do aborto no Brasil não tem impedido sua prática.

Como reflexo dessa situação, em 2004, 243.998 internações na rede SUS foram por curetagens pós-abortamento, correspondentes aos casos de complicações. As curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação, sendo superados apenas pelos partos normais.

Além do mais, o abortamento é uma importante causa de mortalidade materna no país. Em 2001, aconteceram 9,4 mortes de mulheres por abortamento por 100 nascidos vivos. A mortalidade materna, ou seja, *“a morte de uma mulher que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez”*, de acordo com definição do Ministério da Saúde, é algo evitável em 92% dos casos.

Perfil do problema

A pesquisa Nacional do Aborto (PNA) - elaborada em 2010 e premiada com o prêmio de excelência em literatura em saúde pela Organização Pan Americana de Saúde (Opas) – revelou a magnitude deste problema no Brasil. Coordenada pela Anis e executada pelo Ibope Inteligência, foram entrevistadas mais de duas mil mulheres durante a realização da pesquisa.

Com relação ao aborto inseguro, destaca-se que a grande maioria acontece em países onde as leis do aborto são restritivas. Por ano, são realizados entre 46 a 55 milhões de aborto em todo o mundo, de acordo com a OMS. Estima-se que a maioria (cerca de 80%) de todos os procedimentos é realizada em países em desenvolvimento e o restante em países desenvolvidos.

Em 97 países, que concentram cerca de 70% da população mundial, há leis que em essência permitem o aborto induzido. Outros 93 proíbem o aborto ou o permitem apenas em situações especiais como deformações do feto, violações ou risco de vida para a mãe.

Muitos países já adotaram o caminho da descriminalização do aborto, como ocorreu na quase a unanimidade dos países europeus, nos Estados Unidos, no Canadá, na África do Sul e, mais recentemente, na Cidade do México.

Em Portugal, como na Espanha, Alemanha, Áustria, Noruega, Suíça, Bélgica, Dinamarca, Países Baixos, Grécia, Itália e, recentemente, no Uruguai, optou-se pela descriminalização do aborto até a 10^a, 12^a ou 13^a semana de gestação. Já no Reino Unido, não há crime se o aborto ocorre até a 24^a semana; na Suécia, até a 18^a; e, na Nova Zelândia, até a 20^a.

Em todos os países nos quais ocorreram reformas legais ampliando o acesso ao aborto, houve, em consequência: redução significativa da morbi-mortalidade materna, maior acesso das mulheres à informação em saúde sexual e reprodutiva e a métodos contraceptivos, com a consequente redução drástica de sua prática em condições inseguras. A seguir, apresentamos a forma como o aborto é tratado pela legislação de diferentes países:

Europa

O continente europeu é aquele onde se concentra o maior número de países com legislações favoráveis à descriminalização do aborto. A seguir apresentamos a realidade existente em alguns dos principais deles.

que houver risco para a vida ou a saúde da mulher grávida b) não excedeu 22 semanas de gestação e sempre que há risco de anomalias fetais c) quando detectar anomalias fetais incompatíveis com a vida, segundo confirmação de um comitê clínico.

França

A lei nº 75, de 17 de janeiro de 1975, descriminaliza a interrupção voluntária da gravidez na França. Segundo ela, a interrupção voluntária da gravidez antes do final da décima segunda semana pode ser solicitada pela gestante a um médico, desde que ela se apresente em situação de perigo. O médico deve dizer quais os riscos que a gestante irá se submeter e quais os riscos para suas futuras gestações, bem como quais os seus direitos à auxílios e benefícios garantidos por lei a ela e a família. A interrupção voluntária por conta de motivos “*terapêuticos*” pode ser feita a qualquer momento, desde que haja a confirmação de dois médicos que “*a continuação da gravidez põe em risco a saúde da mulher ou que existe uma alta probabilidade de que o feto sofre de uma grave particularidade reconhecida como incurável no momento do diagnóstico*”. A vontade da mãe, existência de grave doença que possa trazer riscos a saúde e a autorização de um especialista são os requisitos para que aconteça a interrupção da gravidez.

Itália

Segundo a lei nº 194, de 22 de maio de 1978, fica permitida interrupção voluntária da gravidez (IVG) antes dos primeiros 90 dias de gestação a mulher que aponta as seguintes circunstâncias: “*Em que a continuação da gravidez, parto e maternidade implica uma séria ameaça para sua saúde, física ou mental, ou em relação ao seu estado de saúde, ou social ou familiar, ou as circunstâncias em que a concepção ocorreu, ou previsões de anomalias ou má formação do embrião*” (Artigo 4º). Já a IVG após os primeiros 90 dias só pode ser praticada: “*a) quando a gravidez ou o parto constitui um grave perigo para a vida da mulher; b) quando são estabelecidos processos patológicos (apurados por um médico ginecologista e obstetra do hospital onde será feita a cirurgia, conforme artigo 7º) incluindo aqueles*

encerrada”; d) que há um risco substancial de que, se a criança nasceu sofreria de tais anomalias físicas ou mentais como a ser seriamente prejudicada.

Suécia

A lei 1974:595, de 6 de dezembro de 1974, diz que na Suécia, o aborto é permitido em todas as circunstâncias até a 18ª semana de gestação. Após isso, apenas em casos de Risco à saúde física e mental da mulher e à sua vida, ou quando a autorização é concedida pelo Conselho Nacional de Saúde e Bem Estar da Suécia.

Situação em outros países do continente europeu:

- a) Proibição do aborto, sem exceções: Malta;
- b) Aborto permitido a pedido da mulher, com algum tempo determinado de gestação (de 90 dias a 24 semanas): Holanda, Suécia, Romênia, Dinamarca, Letônia, República Checa, Eslováquia, Grécia, Hungria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Lituânia, Estônia, Eslovênia e Áustria;
- c) Aborto permitido em razão de risco de vida para a gestante, sempre:, Dinamarca, Letônia, Polônia, Eslovênia, Áustria, República Checa, Eslováquia, Romênia, Chipre, Grécia, Hungria, Alemanha, Lituânia, Estônia e Luxemburgo e Irlanda (inclui risco de suicídio);
- d) Aborto permitido em razão de risco de vida para a gestante, com algum tempo determinado de gestação: Holanda e Finlândia;
- e) Aborto permitido em razão de risco para a saúde da gestante, sempre: Dinamarca, Eslovênia, Áustria, República Checa, Eslováquia, Romênia, Chipre, Hungria, Bélgica e Alemanha;
- f) Aborto permitido em razão de risco para a saúde da gestante, com algum tempo determinado de gestação (de 90 dias a 28 semanas): Lituânia, Letônia, Holanda, Estônia, Irlanda, Luxemburgo e Polônia;

Chile

A Igreja também influencia a legislação sobre o aborto no Chile, apesar do país alegar ser um estado laico. Projetos de lei, em tramitação na Comissão Médica da Câmara, buscam a realização do aborto em casos de estupro ou risco de vida à gestante, mas ainda não houve progresso. A ONU classificou as leis chilenas como “excessivamente restritivas”, e o conselho de direitos humanos da instituição busca avanços. No país, de cada três gestações, uma é abortada, sendo este um dos mais altos índices do subcontinente. Em 2011, uma mulher tentou judicialmente interromper a gravidez, após o diagnóstico de má formação cerebral no feto. Os médicos a aconselharam a aguardar até a 43ª semana para dar a luz para não se caracterizar o aborto. O pedido judicial não foi atendido e a gestante deu a luz semanas depois, na qual o feto sobreviveu por apenas uma hora e meia após o nascimento. O caso provocou comoção nacional e estimulou movimentos pró-descriminalização do aborto a intensificarem suas mobilizações.

Colômbia

Permite o aborto para preservar a vida da mãe, em casos de má formação fetal, incesto ou estupro, com certificações de médicos e denúncias comprovadas, desde definição da Corte Constitucional em 2006. Até então, a prática era proibida no país. Se for realizado fora desses contextos, o aborto ainda é considerado crime, com reclusão de um a três anos para a mulher e para quem auxiliá-la a fazê-lo. Desde a aprovação da lei, 251 abortos foram justificados por estupro, 516 por má formação fetal e 178 por risco de morte à mãe.

Cuba

Em 1965, legalizou o aborto até 12 semanas de gestação e mantém uma taxa de abortos inferior a 21 para cada mil mulheres em idade reprodutiva, dez pontos abaixo da média regional.

Venezuela

O aborto é permitido somente quando a gestação oferece risco de vida à mulher. Caso contrário, continua sendo crime, com pena de reclusão que vai de seis meses a dois anos para a gestante, e de um à três anos para quem a auxilia-la a abortar. Em 2005, deputadas do partido do então presidente Hugo Chaves apresentaram reforma no código penal que previa a legalização do procedimento, com forte oposição da Igreja Católica e de classes conservadoras. Os abortos clandestinos são responsáveis por 16% das mortes maternas no país.

Situações em outros países ou regiões do continente americano:

- a) Aborto legalizado: Guiana, Porto Rico (por ser regido pelas leis norte-americanas) e a cidade do México (devido à regionalização estadual dos códigos penais no país, somente a capital legalizou o procedimento, que é feito em clínicas especializadas e gratuitas. Os demais estados mantêm leis conservadoras);
- b) Proibição do aborto, sem exceções: El Salvador, Nicarágua e República Dominicana;
- c) Aborto permitido em razão de risco para a saúde da gestante, sempre: Honduras (por força de seu Código de Ética Médica), Costa Rica, Peru e Paraguai;
- d) Aborto permitido quando a gravidez resulta de estupro ou outro crime sexual ou incesto: Equador, Bolívia, México, Panamá e Guatemala;
- e) Aborto permitido quando há malformação fetal: México e Panamá.

África, Ásia e Oceania

Não foram encontrados relatos consistentes sobre a grande maioria dos países desses continentes. No entanto, apresentamos a seguir aqueles disponíveis que tratam da situação em algumas nações.

ou do parceiro para terminar a gravidez. O Departamento Nacional de Saúde regula a lei e define quais clínicas públicas, privadas e hospitais são legalmente designados para realizar o serviço.

Nova Zelândia

O aborto é permitido, desde 1977, até a 20ª semana de gestação. Depois desse período, pode ser realizado se for confirmado que a saúde da mulher está em risco. A regulamentação requer que o aborto após 12 semanas de gestação seja realizado em "instituições licenciadas".

China/Taiwan

O Governo da República da China (Taiwan) propôs uma emenda à legislação vigente sobre o aborto que, entre outras coisas, estabelece um período de "reflexão" de três dias para todas as mulheres que desejem abortar. Isto devido a recentes estatísticas que revelam um número maior de abortos que de nascimentos por ano no país. Segundo um estudo de 1992 publicado pelo Journal of the Royal Society of Health, 46% das mulheres de Taiwan já se submeteram a um aborto. A agência Associated Press informa que vários proeminentes ginecólogos de Taiwan atualmente creem que há mais abortos que nascimentos por ano, uma cifra estimada em 230 mil abortos. A emenda obrigaria as mulheres a provar que consultaram seu médico antes de buscar um aborto, e as menores de 18 anos teriam que contar com autorização de seus pais ou tutores.

A legislação brasileira relacionada à vida e ao aborto

Segue abaixo o levantamento da legislação brasileira atinente ao direito à vida e ao aborto realizado com o apoio do Setor Jurídico do Conselho Federal de Medicina.

“(...) após o advento da EC 45/2004, consoante redação dada ao § 3º do art. 5º da CF, passou-se a atribuir às convenções internacionais sobre direitos humanos hierarquia constitucional (...). Desse modo, a Corte deve evoluir do entendimento então prevalecente (...) para reconhecer a hierarquia constitucional da Convenção. (...) Se bem é verdade que existe uma garantia ao duplo grau de jurisdição, por força do pacto de São José, também é fato que tal garantia não é absoluta e encontra exceções na própria Carta.” (AI 601.832-AgR, voto do Rel. Min. Joaquim Barbosa, julgamento em 17-3-2009, Segunda Turma, DJE de 3-4-2009.) Vide: RE 466.343, Rel. Min. Cezar Peluso, voto do Min. Gilmar Mendes, julgamento em 3-12-2008, Plenário, DJE de 5-6-2009, com repercussão geral.”

Código Penal Brasileiro (1940)

A legislação infraconstitucional, em compasso com a norma constitucional, protege a vida na medida em que considera crime o homicídio, o induzimento, a instigação ou auxílio ao suicídio, infanticídio e o aborto, conforme preveem os seguintes artigos do Código Penal:

Art 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Art. 123 - Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após:

Pena - detenção, de dois a seis anos.

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

Pena - detenção, de um a três anos.

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

aborto com o princípio da “*autonomia da vontade*” da gestante. Ou seja, a mulher tem ou não tem o direito de decidir se levará a termo uma gravidez indesejada?

Se atentarmos para o referido princípio, concluiríamos que o direito da mulher nesta situação deveria estar vinculado à sua vontade (autônoma e espontânea) de manter ou não manter a gestação, sem sofrer coação ou indução que a levem à tomada de decisão. Esta vontade configura o princípio da liberdade individual, sendo que a autonomia da vontade pode ser entendida como a liberdade substantiva do indivíduo de tomar decisões sobre sua própria vida.

Pelas características do exercício pleno da autonomia da vontade, o indivíduo portador de sua íntegra capacidade civil de se autodeterminar também tem o direito de decidir sobre sua vida e sobre a disponibilidade e a integridade do seu corpo. Ao priorizar essa vontade individual de escolher o que é melhor para sua existência e seu bem estar.

Contudo, percebe-se a existência de um conflito entre este princípio – o da autonomia da vontade – e o princípio do direito à vida, o qual se torna mais explícito nas situações de interrupção antecipada da gestação. Ora, se por um lado a mulher tem o direito de decidir se mantém ou não uma gravidez, por outro lado não teria feto o direito à vida?

A Constituição de 1988 garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais.

Sendo assim, a Carta Magna do país proclama, portanto, o direito à vida. Neste caso, o Estado deve assumir a responsabilidade de assegurar o cumprimento desse direito em sua acepção plena. Isso implica em garantir de forma individual o direito de continuar vivo e ainda de oferecer condições de vida digna no que se refere à subsistência.

O início da mais preciosa garantia individual – o direito à vida – suscita questionamento sobre o ponto exato da origem da vida. Assim, no cruzamento entre

Há algumas convenções criadas a título de conceitos, MAS, não passam de convenções, de teorias diversas. Exemplos: a) a vida humana começa quando o óvulo fecundado se fixa no endométrio, isto é, após a nidação. b) a vida humana começa 10 a 12 semanas depois da nidação; Por quê? Antes disso o que é? Como se chama? .

Pode, também, surgir a convenção de que a vida humana só começaria quando o corpo do feto estiver completo, ou, como ele se nutre e é oxigenado através da placenta, quando nascer, quando começar a respirar e for amamentado. Por outro lado a multiplicação celular acontece desde a fecundação até a morte do ser humano, não se interrompe em momento algum, nem mesmo por algumas horas para dar continuidade depois.

NO ENTANTO, a ciência e todos nós sabemos que a vida humana principia com a fecundação de um óvulo de mulher com o espermatozoide de um homem. Mesmo que se levassem em consideração outras afirmações diferentes desta, haveríamos de considerar que "*in dubio pro reu*", como faz a justiça diante de casos de condenação duvidosos. "*In dubio pro embrião*", valeria dizer.

A vida merece respeito em todas as suas dimensões.

2) A gravidez indesejada e a busca do aborto

Para a felicidade geral e o bem de todos a gravidez deveria ser sempre desejada e planejada, mas, infelizmente, nem sempre acontece assim, quando a mulher ou o casal deseja. O relacionamento sexual também deveria ser, além de desejado, consciente e responsável. A gravidez é uma consequência e as pessoas tem que ser responsáveis pelos seus atos. Por exemplo, quem tem porte de arma, deve ser responsável pelo seu uso, não pode deixá-la em qualquer lugar vindo a ser usada de forma irresponsável. Mas, infelizmente, o mundo não é assim.

Todas as pessoas, especialmente as mulheres, deveriam conhecer e cuidar de sua fertilidade. Este processo educativo deveria passar da mãe para as filhas (pois elas é que têm períodos de alternância de fertilidade). Se todas fossem

Com certeza o aborto não é a melhor das as soluções para este tipo de problema. É uma questão de valores e não de saúde pública. Não é outra violência que vai ajudar a quem já está violentada. É uma violência para tentar corrigir outra sem bons resultados. Porque a mulher foi vitimada e agora surge uma nova vítima, a criança, que nada tem a ver com isso? Não tem sentido.

Muita coisa pode ser feita para ajudar as mulheres que estão em dificuldades por causa de uma gravidez. Existem organizações não governamentais e do governo voltadas para dar assistência à mulher grávida. Mas as ações também devem ser dirigidas ao filho de forma a não ser unilateral. Em ultima hipótese deve-se possibilitar a adoção. Matar o filho é que não é justo.

Por outro lado, nós que vivemos no meio médico diuturnamente, assistimos inúmeros casos de injustiça na sociedade em que vivemos; pessoas que necessitam de tratamentos comuns, rápidos e eficientes não são atendidas; há filas imensamente grandes, falta de leitos hospitalares, falta de medicamentos e por aí afora. Além disso, um elevado número de clínicas e hospitais fecharam suas portas por falta de uma remuneração compatível com suas despesas. Faliram.

Se o aborto vier a ser legalizado será que as pobres o terão como algo garantido? COM CERTEZA NÃO, A NÃO SER QUE VENHA A SER PRIORIZADO, O QUE SERIA UM ERRO ABSURDO NA SAÚDE BRASILEIRA. As mulheres ricas e bem de vida o teriam com facilidade. Com as pobres jamais aconteceria o mesmo, a não ser que, de forma absolutamente injusta, viesse a ser bem remunerado pelo SUS. Por outro lado, o mesmo aconteceria com os planos de saúde; se ele viesse a ser muito bem remunerado haveria diversos médicos o realizando. Caso contrário, como acontece atualmente com diversas condutas médicas, as filas ficariam imensas.

Ainda há outras perguntas sobre este assunto: e os homens que as engravidaram, nada acontece com eles? Se chegar o dia em que formos o ÚNICO país do mundo sem a legalização do aborto? Sentir-nos-emos profundamente

de justificação. Um problema científico não é uma questão religiosa. Mas os que possuem a fé podem reconhecer a compatibilidade dos desenvolvimentos e, se cabe a um agnóstico opinar, ver até na automontagem das moléculas segundo o padrão neumanniano o *modus faciendi divino*". Referia-se a uma interpretação da criação da vida a partir do nada absoluto. Ainda o mesmo professor, referindo-se de novo à origem da vida escreve: "É claro que a produção do primeiro autômato auto reprodutivo (refere-se ao primeiro ser vivo), neumanniano, construído de matéria orgânica por automontagem fortuita pode ocorrer em qualquer parte do universo onde as condições se apresentarem, ou seja, qualquer poça de "sopa orgânica primitiva". Mas, a probabilidade de tal acontecimento fortuito, casual, aleatório, estocástico, palavras estas todas que expressam e dizem resultar do puro acaso, é de ordem de grandeza muito próxima do zero, mas positiva. Estimativas comparáveis são tradicionalmente bem conhecidas na filosofia das ciências naturais como a probabilidade que pode haver de um grupo de macacos batendo ao acaso no teclado de uma máquina de escrever, vir a compor o texto exato das obras de Shakespeare, ou da bem maior probabilidade de vir a se auto montar um cronômetro se sacolejar numa urna um amontoado redundante de peças de um relógio".

Francis Collins é um cientista mundialmente conhecido, que descobriu e descreveu com detalhes o genoma humano há relativamente pouco tempo e é Diretor do "Projeto Genoma" nos Estados Unidos. Até os 27 anos de idade era ateu, e, após cursar Medicina, descobriu os fundamentos lógicos e benéficos da fé. Escreveu um livro intitulado "A Linguagem de Deus"; nele apresenta evidências pessoais de que Ele existe. É um livro fantástico.

A fé é uma decisão pessoal; assemelha-se ao AMOR; é uma DECISÃO, das melhores que há na face da terra. Se fôssemos raciocinar em termos matemáticos seria muitíssimo mais provável que Deus existe de que ele não existe.

À luz da FÉ a vida é um DOM de Deus; é Ele quem mantém esta infinita beleza entre nós, os humanos. Por isso ela merece absoluto respeito. Abortar é como jogar fora algo absolutamente precioso.

sociedades. Por este motivo criam números irreais de pessoas que morrem pela prática do aborto ilegal e que não são confirmados pelas estatísticas verdadeiras. É importante lembrarmos, que em diversos países europeus as populações que passaram a controlar rigorosamente a natalidade estão diminuindo e pessoas de outras nacionalidades, de outros continentes, estão migrando para lá, gerando conflitos sociais. A causa básica disso é o desamor, o desinteresse em ter filhos, o que é uma pena.

5) O tema em debate no Federal de Medicina

O CFM representa a totalidade dos médicos brasileiros ou estrangeiros que vivem e trabalham no nosso país. Se considerarmos esta totalidade imaginamos que há um elevadíssimo número de colegas que não aceitam a legalização do aborto no Brasil por entenderem que é injusta a sua prática. Conseqüentemente, pela lógica, pelo uso da razão, não poderemos, enquanto entidade superior, emitirmos pareceres a favor, que servirá de base aos políticos que pretendem legalizá-lo. Dada a complexidade da questão será muito mais lógico comunicarmos à sociedade que o assunto foi amplamente discutido em nosso meio e que se chegou à conclusão que não é da nossa competência aprová-lo ou não. Que os políticos resolvam conforme suas consciências ou recorram à consulta da população através de um plebiscito, o que seria muito mais justo.

Apoio à Reforma do Código Penal: excludentes de ilicitude do aborto (manifestação da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo)

As Comissões de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçã Prevista em Lei; de Abortamento, Parto e Puerpério; e de Mortalidade Materna MANIFESTAM O SEU APOIO ao PROJETO DE REFORMA DO CÓDIGO PENAL (CP), da Comissão do Senado Federal, no que diz respeito à nova redaçã do artigo 128, que, avançando na defesa dos direitos humanos, exclui a criminalizaçã do aborto nas seguintes hipóteses:

- I. Quando "houver risco à vida ou à saúde da gestante";

parágrafo 106 K da Plataforma de Ação de Beijing, de 1995, dispõe que “os governos devem considerar revisar as leis que contêm medidas punitivas contra mulheres que realizaram abortos ilegais”.

Assim, a aprovação da proposta representará, não só o cumprimento dos compromissos que o Brasil assumiu ao ratificar e subscrever esses Tratados Internacionais de Direitos Humanos, mas, sobretudo, uma drástica redução da mortalidade materna, desafio que nosso país precisa alcançar para atingir a meta cinco (melhorar a saúde materna) dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas.

2) O descompasso entre norma criminalizadora do aborto e a realidade

Enquanto a medicina, a bioética, a técnica genética e outras áreas da saúde caminham a passos largos, a legislação brasileira não segue o mesmo ritmo. O atual CP, que é de 1940, apresenta sinais de cansaço e esgotamento. Urge a sua atualização. Vários de seus dispositivos estão em descompasso com as legislações da maior parte do mundo e devem ser adequados aos parâmetros e princípios consolidados pelos sistemas internacionais de proteção dos Direitos Humanos.

É por isso que é imprescindível a revisão do Capítulo “Dos Crimes Contra a Vida”, especialmente no que tange ao aborto, cuja criminalização tem se mostrado ineficaz e produzido custos e danos sociais imensos, principalmente para as mulheres.

Como é sabido, a interrupção voluntária da gravidez no Brasil é criminalizada pelo Código Penal, nos seus artigos 124 e seguintes. E há apenas duas causas de exclusão de ilicitude (descriminantes), previstas no artigo 128, I e II: se não há outro meio de salvar a vida da gestante; e quando a gravidez for resultante de estupro.

Mas, naquela época, há mais de sessenta anos, quando não se falava em métodos de diagnóstico nem em tratamento intrauterinos, era impossível prever o acontecimento de anomalias fetais e a medicina engatinhava em uma área que, hoje, atingiu um grau de refinamento impressionante, capaz de diagnosticar doenças

anomalias incuráveis, cuja ocorrência se dá por um defeito no broto uretérico ou no blastema metanéfrico. Nesses casos, o recém-nascido não apresenta formação de urina e morre em horas após o nascimento, por falência respiratória causada por hipoplasia dos pulmões, que se caracteriza pela redução do número de células pulmonares, espaço aéreo e alvéolos. Assim, o feto com agenesia renal bilateral, além da ausência dos rins, não apresenta pulmões funcionais e, portanto, sua sobrevivência é impossível.

E há várias outras anomalias graves e incuráveis das quais se ocupa a Medicina Fetal, todas passíveis de diagnóstico preciso, tão-somente com o recurso da ultrassonografia, que está disponível para a imensa maioria das gestantes brasileiras que recorrem ao SUS.

O acesso às técnicas de diagnóstico genético no pré-natal, sabidamente, preserva inúmeras gestações. Antes da existência dessas técnicas, mulheres interrompiam gestações com medo de virem a ter filhos comprometidos por afecções genéticas graves. Hoje, temos meios para assegurar que o feto é normal, o que ocorre na maioria das vezes, e a gravidez prossegue naturalmente.

Assim, nos termos da proposta que ora apoiamos, a alternativa eventual de interromper a gravidez dar-se-ia apenas nos casos menos frequentes, nos quais o feto viesse a ser comprometido por doença grave e incurável.

É importante salientar, ainda, que o diagnóstico de anomalias fetais é realizado, na maioria dos casos, em pacientes que não possuem antecedentes de doenças hereditárias e não apresentam riscos genéticos aumentados. Há, entretanto, gestantes que possuem maior risco genético. É o caso das mulheres que engravidam após os 40 anos de idade e que, em função de sua idade, enfrentam um risco aumentado para aberrações cromossômicas em suas gestações. Por outro lado, há, evidentemente, um universo de doenças geneticamente determinadas e que possuem risco elevado de recorrência.

- II. *Educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não-lesbofóbica (respeito à diversidade também se aprende na escola);*
- III. *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos;*
- IV. *Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres;*
- V. *Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão (as mulheres representam apenas 8,9% do total de deputados federais e senadores);*
- VI. *Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar;*
- VII. *Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais;*
- VIII. *Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias (promover uma cultura de igualdade: desafio ou utopia?);*
- IX. *Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia;*
- X. *Enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas;*
- XI. *Gestão e monitoramento do plano.*

Na sequência, a 3ª Conferência Nacional de Política para Mulheres, realizada em dezembro de 2011, cujas conclusões foram posteriormente ratificadas em fevereiro de 2012 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher também se manifestou sobre o tema. Nos tópicos do plano de ação aprovado, a questão do aborto surge em articulação com uma série de outros temas, conforme apresentamos abaixo:

- a. *Revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez;*
- b. *Promoção da atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras;*
- c. *Ampliação da Licença Maternidade de 4 para 6 meses;*
- d. *Educação Não-Sexista – com sistema educacional não discriminatório, que não reproduza estereótipos de gênero, raça, etnia ou orientação sexual;*

religiosos, de forma a assegurar os direitos consagrados na Constituição Federal e nos instrumentos e acordos internacionais assinados pelo Brasil;

6. **Participação e controle social** – o debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas devem ser garantidos e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas.
7. **Transparência dos atos públicos** – o respeito aos princípios da administração pública, tais como legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, com transparência nos atos públicos e controle social, deve ser garantido;
8. **Universalidade das políticas** – as políticas públicas devem garantir, em sua implementação, o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais para todas as mulheres.

Encaminhamentos para o debate

Conforme ressaltado ao longo deste documento que oferece subsídios ao debate sobre o posicionamento dos conselhos de medicina com respeito à proposta que amplia o leque da exclusão de ilicitude para a prática do aborto no país há importantes aspectos relacionados à Saúde Pública, à Bioética e aos Direitos Humanos e Individuais que devem ser tomados em perspectiva na avaliação do tema.

O avanço da proposta de Reforma do Código Penal brasileiro, que contempla este ponto e atualmente se encontra no Senado, lança o caráter urgente para que a classe médica expresse seu entendimento sobre esta questão. Tal atitude é esperada pela sociedade, devendo servir de norte para os desdobramentos desta discussão na esfera parlamentar.

Ao produzir esta síntese, o Conselho Federal de Medicina – por meio de Grupo Técnico específico – procurou lançar luz sobre as inúmeras nuances relacionadas à interrupção voluntária da gestação. Esta provocação objetiva

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Códigos e Leis:

AMÉRICA LATINA. Passeata reivindica descriminalização do aborto na Argentina. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/mundo/america-latina/passeata-reivindica-descriminalizacao-do-aborto-na-argentina,08e99c01358da310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html> . Acesso em: 22 jan. 2013.

ARGENTINA. Ley nº 11.179 (T. O. 1984 actualizado). Código Penal de La Nación Argentina. Disponível em: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

ARGENTINA. Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Aborto_na_Argentina>. Acesso em: 22 jan. 2013.

BRASIL. Código Penal (1940). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei do Senado nº 236 de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf> Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 jan. 2013

BRASIL. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1o do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente

INGLATERRA. Abortion Act 1967. Chapter 87. An Act to amend and clarify the law relating to termination of pregnancy by registered medical practitioners. [27th October 1967]. Disponível em <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/pdfs/ukpga_19670087_en.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

ITÁLIA. Lei nº 194, de 22 de maio de 1978. Fica permitida interrupção voluntária da gravidez (IVG) antes dos primeiros 90 dias de gestação a mulher que aponta as seguintes circunstâncias. Gazzetta Ufficiale, 22 maggio 1978. Disponível em: <<http://www.salute.gov.it>>. Acesso em: 22 jan. 2013. (O link apresentado é do portal do Ministério da Saúde Francês. O correto é indicar a página exata da internet. Saliento que, o texto da ementa deve ser FIEL ao da publicação e no idioma de cada país)

LEGALIZAÇÃO do aborto no Uruguai. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/novo/noticia/14096-Legalizacao-do-aborto-no-Uruguai> Acesso em: 22 jan. 2013.

PORTUGAL. Lei nº 16 de 17 de abril de 2007. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República, 17 abr. 2007. 1ª Série, p. 2417-8. Disponível em: < <http://dre.pt/pdf1s/2007/04/07500/24172418.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

RELIGIOSOS defendem legalização do aborto na Argentina. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/923413-religiosos-defendem-legalizacao-do-aborto-na-argentina.shtml>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

SUÉCIA. A lei 1974:595, de 6 de dezembro de 1974, diz que na Suécia, o aborto é permitido em todas as circunstâncias até a 18ª semana de gestação. (segundo informações do The Pew Fórum e do site www.lange.nu, que contém a lei original e a mantém atualizada). (Não identifiquei a lei mencionada no link www.lange.nu O correto é indicar a página exata da internet. Saliento que, o texto da ementa deve ser FIEL ao da publicação e no idioma de cada país. NÃO MONTEI A REFERÊNCIA).

URUGUAI é o primeiro país da América do Sul a descriminalizar o aborto. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,uruguai-e-o-primeiro-pais-da-america-do-sul-a-descriminalizar-o-aborto-,947164,0.htm> . Acesso em: 23 jan. 2013.

URUGUAI. COM lei pró-aborto, Uruguai tende a ser o 'mais liberal' da América do Sul. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2012/10/com-lei-pro-aborto-uruguai-caminha-para-ser-o-mais-liberal-da-america-do-sul.html> . Acesso em: 23 jan. 2013.

URUGUAI. DESCRIMINALIZAÇÃO do aborto entra em vigor no Uruguai, mas decisão pode passar por referendo. Disponível em: <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/noticias/25789/descriminalizacao+do+aborto+>

MOTERANI, Patrícia. Aborto é mais frequente em países onde é proibido, aponta estudo. Disponível em: <<http://colunas.revistamarieclaire.globo.com/mulheresdomundo/2012/01/20/aborto-e-mais-frequente-em-paises-onde-e-proibido-aponta-estudo/>> . Acesso em: 23 jan. 2013.

REVISTA CIÊNCIA E CULTURA. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, v. 64, n. 2, Jun 2012.

Documentos:

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1.990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao aborto: Norma Técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Política para Mulheres. II Plano Nacional de Política para as Mulheres – 2008. Disponível em: <www.spmulheres.gov.br>. Acesso em: 17 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração e Plataforma de Ação de Beijing. Disponível em: <<http://www.unric.org/pt/actualidade/27555-declaracao-e-plataforma-de-accao-de-beijing-quinze-anos-apos-a-sua-adopcao>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

PESQUISA NACIONAL DO ABORTO (PNA). 2010. Aborto, mulheres e saúde. Cien. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública (ABRASCO), vol. 17, n. 7, 2012.

Eventos:

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CIPD), 1994, Cairo, Egito.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Beijing, China.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICA PARA MULHERES, 3., Dezembro 2011. Ratificada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, SPM, Fevereiro 2012, Brasília, DF.

CONGRESSO NACIONAL DE CONSELHOS DE MEDICINA, 1., 2012, Brasília, DF.

HENSHAW, S. K; SILVERMAN, J. The characteristics and prior contraceptive use of US abortions patients. *Family Planning Perspective*, v. 20, n. 4, p.158-9,162-8, 1988.

Hooper SB, Harding R. Fetal lung liquid: A major determinant of the growth and functional development of the fetal lung. *Clin Exper Pharmacol Physiol* 1995, 22: 235-247.

KERO, A; et al. Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, v. 58, p. 2229-269, 2004.

LANGER, A; ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: Impacto sobre La salud y La sociedad em America Latina y El Caribe. In: Ramos S & Gutiérrez M. A., editoras. *Nuevos desafios de La responsabilidade política*. CEDES., v. 4, n. 5, p. 95-122, 2002.

LAZARUS, A. Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion. *Journal of Pychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, v.4, n. 3, p.140-50, 1985.

MAJOR, B. et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *ArcGenPsychiatry*, v. 57, p. 777-84, 2000.

PALMA, M. F. Constituição e Direito Penal: as questões inevitáveis. In: MIRANDA, J. (org.). *Perspectivas constitucionais nos 20 anos da constituição de 1976*. Coimbra: Coimbra Editora, 1997, v. 2: p. 235, 1997.

PEDROSO, D. Estudo de fatores relacionados ao abortamento previsto em lei em situações de violência sexual. Tese (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de Santo Amaro, 2010.

PEDROSO, D. et al. História de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei. IPAS Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.aads.org.br/arquivos/Biografia2008.pdf>. Acesso em 21 jan 2013.

POTTER, EL. Bilateral absence of ureters and kidneys. *Obstet Gynecol* 1965, 25:3-12.

RUSSO, N. F; ZIERK, K. L. Abortion, childbearing, and women's well-being. *Professional Psychology: Research and Praticce*, v. 23, n. 4, p. 269-80, 1992.

Shaw GM, Jensvold NG, Wasserman CR, Lammer. J *Epidemiologic characteristics of phenotypically distinct neural tube defects among 0,7 million California births,1994 Feb;49(2):143-149.*

Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People - The World Professional Association for Transgender Health. Disponível em: www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf. Acesso em: 21 jan. 2013.

