

**DO CRIME DE ABORTO AO ABORTO DO CRIME: OS IMPERATIVOS E AS
CONTROVÉRSIAS IMPOSTAS PELA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS***

FROM ABORTION CRIME TO CRIME ABORTION: THE IMPERATIVES AND
CONTROVERSIES IMPOSED BY THE ZIKA VIRUS EPIDEMIC

José Adércio Leite Sampaio **
Livia Maria Cruz Gonçalves de Souza ***

RESUMO: O trabalho situa o debate em torno do abortamento no âmbito da saúde pública e da saúde reprodutiva da mulher. É apontada a correlação entre a realização de abortos inseguros e o número de óbitos maternos com o modelo de legislação adotada. Em sistemas legais permissivos, os números de práticas inseguras e de mortalidade materna são baixos. Diante da ameaça de microcefalia por contaminação pelo Zika vírus, o quantitativo de abortos inseguros e, conseqüentemente, o número de óbitos maternos tendem a aumentar. A adoção de uma política criminal mais flexível ou mesmo abolicionista sobre o tema é exigência que não se pode adiar com discursos filosóficos e religiosos intermináveis. O abortamento não é uma questão de polícia, mas de saúde pública.

Palavras-chave: Aborto inseguro. Vírus Zika. Microcefalia.

ABSTRACT: This paper situates the debate on abortion in the area of public health and women's reproductive health. The correlation between the performance of unsafe abortions and the number of maternal deaths with the adopted legislation model is pointed out. In permissive legal systems, unsafe practices and maternal deaths are fewer. Faced with microcephaly threat caused by Zika virus, the number of unsafe abortions and, consequently, the number of maternal deaths tend to increase. The adoption of a more flexible or even abolitionist criminal policy on abortion is a demand that cannot be postponed by endless philosophical and religious discourses. Abortion is not a police matter but public health issue.

Keywords: Unsafe Abortion. Zika vírus. Microcephaly.

* Artigo recebido em 24 maio de 2017
Artigo aceito em 28 maio 2017

** Mestre e Doutor em Direito. Professor de Pós-Graduação da ESDHC e PUC-MINAS. Procurador da República. **E-mail: sampaio@gmail.com.**

*** Advogada, Mestre em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável pela Escola Superior Dom Helder Câmara. Doutoranda em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **E-mail: liviamaria_cg@hotmail.com.**



1 Introdução

A questão do aborto é frequentemente ponto de discussão, não só na seara acadêmica, mas na sociedade como um todo. Motivos não faltam para discussões e dissensos, uns em defesa do direito de escolha da mulher; outros a advogarem o direito à vida do feto. Razões se entrecruzam num universo em que habitam a ética, a religião, o direito e discursos que tratam da desigualdade social, da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Há estudos que revelam a inter-relação entre o número de mortes de mulheres decorrentes do aborto induzido e o regime jurídico dessa prática. Essa taxa de mortalidade das mulheres tende a ser elevada em países em desenvolvimento que possuem legislação restritiva à prática do abortamento. Nos países desenvolvidos que, em regra, dão liberdade de escolha para a mulher interromper a gravidez, o número de mortes tende a ser inferior.

Estudos demonstram que a maioria das mulheres que opta pela realização de práticas clandestinas encontra-se em situação de risco. Em geral, elas são oriundas das classes mais pobres e com baixa escolaridade. A decisão de abortar é tomada muitas vezes sob o medo de serem presas pela prática e nem sempre estão conscientes de que, na prática, podem ser mutiladas ou mortas. Além disso, não há quem lhes forneça orientação, acompanhamento e amparo, por falta de políticas públicas que lhes garantam esse direito.

A epidemia causada pelo vírus Zika, transmitido entre outros vetores pelo mosquito *Aedes Aegypti*, trouxe o debate sobre o aborto no Brasil para outro patamar visto que as gestantes infectadas pelo vírus podem transmiti-lo ao feto. A contaminação do feto estaria associada a casos de microcefalia.

Defende-se que o aumento de casos de microcefalia favoreça o aumento de abortos inseguros no país e, por conseguinte, eleve a estatística de óbitos maternos. O número progressivo de casos de microcefalia por contaminação pelo vírus Zika vem alarmando não só as autoridades brasileiras como as internacionais, tanto é que o Alto Comissário das Nações Unidas para



Direitos Humanos solicitou aos países da América Latina revisão de suas legislações a respeito da interrupção da gravidez. Recentemente, o Ministro Luís Roberto Barroso manifestou-se favoravelmente à liberalização do aborto no primeiro trimestre de gestação, tendo como justificativa a violação de vários direitos fundamentais da mulher. Segundo o Ministro, a criminalização não coadunava com os preceitos da Constituição brasileira de 1988.

Sem avançar verticalmente nos fundamentos filosóficos e jurídicos do tema, o presente trabalho procura investigar as respostas para duas questões importantes: os óbitos maternos têm relação com os abortos realizados de modo clandestino ou inseguro? É necessária e juridicamente justificada a liberação da prática abortiva em gestantes com o vírus Zika? Para respondê-las, será examinada a hipótese de que, em países com legislação sobre o abortamento mais flexível, o número de óbitos maternos é inferior ao daqueles com legislação mais rígida. Em seguida, discutir-se-ão argumentos que situam o debate no plano da saúde pública e da saúde reprodutiva, considerando-se a ocorrência epidêmica da microcefalia no Brasil. Emprega-se o método analítico dedutivo por meio de pesquisa exploratória de doutrina, jurisprudências e legislações.

2 O abortamento sob uma perspectiva histórica e comparada

Na Antiguidade, o aborto não era considerado crime. Entendia-se que o feto fazia parte do corpo da mãe, de modo que cabia a ela decidir se continuava ou punha fim à gravidez. Havia exceções, entretanto. No Império Persa, era proibido, mas ainda assim era frequente a sua realização. O Código de Hamurabi punia apenas o aborto provocado por terceiro, não sendo o autoaborto crime. Sorano de Éfeso, ginecologista e neonatologista, defendia que o aborto só deveria ser utilizado para salvar a vida da mãe. Durante o reinado do Imperador Septimius Severus (193-211 d.C.), a prática passou a ser considerada uma lesão ao direito de paternidade, sujeitando-se às penas do Venefício. (EUA, 1973; SHAIN, 1986; SAMPAIO, 2008).



Na Idade Média, Santo Agostinho estabeleceu o marco divisor da licitude: o momento em que o feto adquiria alma: 40 e 80 dias depois da concepção, respectivamente, para o homem e para a mulher. Após esse período, deveria ser proibido. Era a doutrina corrente, embora raras eram as punições fora desses quadrantes. A situação começou a mudar a partir do final do século XVI com a proibição de qualquer tipo de aborto pela bula *Effrenatum* do papa Sixto V. A proibição se configurava mais na teoria do que na prática. Os sistemas normativos continuavam a tratá-lo como um indiferente jurídico ou até o reconhecia. O Código Criminal brasileiro de 1830, por exemplo, não tipificava o autoaborto, mas apenas aquele praticado sem o consentimento da gestante ou por terceiro. A mudança se verificou, na prática, na virada do século XIX ao século XX (PETCHESKY, 1984). O Código Penal brasileiro de 1890, como muitos de seu tempo, já capitulava o aborto praticado pela gestante.

Os sistemas normativos penais, que foram sendo aprovados, nesse período, admitiam exceções ou excludentes de ilicitude (ou tipicidade, a depender da corrente doutrinal). Em 1940, o novo Código Penal brasileiro não punia o aborto terapêutico nem o aborto sentimental (BRASIL, 1940, arts. 128, I e II). O modelo soviético, entretanto, era, no início, mais permissivo. A partir dos anos 1930, com a política de aumento da população para ampliação da conquista revolucionária, o aborto voltou a ser proibido (AVDEEV; BLUM; TROITSKAYA, 1995). Aliás, o mote de estímulo à família e ao crescimento da prole serviu a bandeiras imperialistas contra o aborto. Os nazistas recrudesceram as penas do crime de aborto, previsto desde 1872. Assim também fizeram Mussolini e Franco: a nação precisava de braços trabalhadores e guerreiros. Até mesmo a França seguiu essa orientação, aumentando as sanções ao crime. A onda antiaborto chegou à Inglaterra que tornou a prática um crime em 1929. Suécia e Dinamarca, se não a tipificaram, tornaram mais difícil a sua realização na década seguinte (HOFFMANN, 2000).

Nos Estados Unidos na década de 60, influenciados pelo modelo inglês da época, admitia-se o aborto para salvar a vida da mãe. Fora dessa



alternativa, seria considerada conduta ilícita passível de punição (EUA, 1973). Com o passar dos tempos, a lei foi se tornando mais flexível, mas só ocorreu o reconhecido direito de escolha da mulher a partir de 1973, com o Julgamento de Norma Leah McCorvey, conhecida como “Jane Roe” (EUA, 1973). A decisão da Suprema Corte pontuou que nos três primeiros meses a decisão ao abortamento se pautava especificamente no direito de privacidade da mulher respaldada na indicação de um médico. Após o primeiro trimestre, o Estado poderia intervir para proteger a saúde da mãe. Nesse sentido, o foco se volta para o risco de mortalidade. No último trimestre, no entanto, o ponto decisivo à proibição do aborto é a proteção à vida da gestante uma vez que o feto já se encontra em estado de viabilidade, ou seja, consegue se manter fora do útero da mãe. Nesses dois últimos períodos, era permitido apenas o aborto necessário.

Em Portugal, após referendo, foi aprovada a Lei 16/2007 que autorizou o aborto voluntário nas 10 primeiras semanas de gestão. O artigo 1º estabelece outras duas possibilidades de abortamento, quando feito por médico, em estabelecimento de saúde reconhecido e com consentimento da mulher: em casos de doença grave ou de má formação congênita dentro das primeiras 24 semanas. A terceira opção de abortamento pode ocorrer em qualquer momento da gestação nos casos de fetos inviáveis (PORTUGAL, 2007).

Na África do Sul, desde 1996 com *The Choice on Termination of Pregnancy Act*, o aborto foi liberado no primeiro trimestre de gestação, a partir da décima terceira semana, apenas com autorização médica, em caso de risco grave para o bebê, de estupro, de comprometimento da saúde da mãe ou de má formação fetal. Nessas duas últimas circunstâncias, a interrupção da gestão poderá ser feita a partir da vigésima semana. (ÁFRICA, 1996)

Numa seleção de vinte e dois países pesquisados na União Europeia, a maioria permite o aborto voluntário nas primeiras semanas de gestão. França, Dinamarca, Noruega, República Checa dentre outros, autorizam a interrupção da gestão por solicitação nas 12 primeiras semanas, já a Espanha libera o abortamento por solicitação da mulher a partir da décima quarta semana. Itália



e Alemanha, entretanto, só, em casos de risco à saúde e vida da mulher (LIBRARY CONGRESS, 2015). Frise-se que, na Alemanha, pela literalidade da norma, o aborto, via de regra, é proibido. No entanto, após decisão do Tribunal Constitucional Alemão em 1993, chamado a se posicionar sobre esta questão decidiu pela ilegalidade da prática, mas com possibilidade de flexibilização, permitindo que em algumas circunstâncias como, por exemplo, se solicitado por mulher com gestação até doze semanas e indicado por médico, ou por circunstâncias eugênicas e fruto de situações criminais, o ato de retirada do feto seria legal. A decisão competia à mulher, após triagem em junta de aconselhamento. Esta seria a oportunidade de o Estado fazer valer os direitos do nascituro à vida, convencendo aquela de levar a gestação até o fim e garantir o direito de autodesenvolvimento que poderia ser afetado pela gravidez (WERNE, 1996). Assim pode-se dizer que há uma restrição normativa, mas com possibilidade de ampliação diante da renúncia à punição segundo o entendimento da corte superior.

No Brasil, o aborto é considerado crime. O Art. 128 do Código Penal Brasileiro exclui a punibilidade do aborto praticado por médico, para salvar a vida da mãe, ou decorrente estupro devendo ter o consentimento da gestante ou do responsável quando a vítima for incapaz (BRASIL, 1940). Recentemente, o Supremo Tribunal Federal julgou a ADPF 54, possibilitando a interrupção da gestação de fetos anencefálicos, o que, de certa forma, levou à conclusão de que qualquer outra forma de produção de interrupção da gravidez seria ilegal (BRASIL, 2012).

No final de 2016, entretanto, o ministro Luís Roberto Barroso, no julgamento do Habeas Corpus 124.306/RJ, posicionou-se favoravelmente à interrupção da gravidez por solicitação da mulher na duodécima semana de gestação. Segundo o Ministro, a criminalização afrontaria alguns direitos fundamentais da mulher como: a autodeterminação; o direito à integridade física e psíquica; os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à igualdade de gênero. Além disso, o impedimento ao abortamento seria uma forma de



discriminação social, pois atinge desproporcionalmente as mulheres pobres (BRASIL, 2016).

Com os crescentes casos de contaminação de gestantes pelo vírus Zika, consequentemente aumento do número de crianças diagnosticada com microcefalia, e sequelas transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, a Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADEP), ajuizou no Supremo Tribunal Federal, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5581), cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) sobre alguns pontos da Lei 13.301/2016 que dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus Zika. Dentre as solicitações, ANADEP pede que os abortamentos, nos casos de gestantes infectadas pelo Zika vírus, não sejam tipificados como crime (STF, 2016). Ainda não houve posicionamento do STF sobre essa questão.

3 As correlações entre abortos inseguros e óbitos maternos no Brasil

Antes da inovadora decisão do Ministro Barroso, mesmo com a restrição legal e jurisdicional, as estatísticas apontavam que o abortamento era a terceira causa de óbito materno, considerado pelo Ministério da Saúde brasileiro um problema de saúde pública, cuja consequência pode ser a morte ou internações hospitalares para se fazer curetagem, despertando o debate e a atenção das autoridades brasileiras para o tema (BRASIL, 2005).

A curetagem é uma técnica utilizada para esvaziar o útero, quando o abortamento não se deu por completo. É um tratamento que requer anestesia e internação da paciente em unidade hospitalar, o que aumenta a probabilidade de a mulher desenvolver alguma morbidade ou até mesmo óbito (HOLANDA et al., 2003). Dados do Sistema Único de Saúde demonstram que o número de internações para curetagem após o abortamento é mais elevado nas regiões



nordeste e sudeste. Percebe-se que o quantitativo, embora continue elevado, vem diminuindo de 2008 até 2015.

Tabela 1: INTERNAÇÃO – CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO

Column1	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Região Norte	21.255	22.074	21.783	22.616	22.749	23.480	21.222	18.670	173.849
Região Nordeste	71.403	71.303	70.788	66.269	65.444	63.670	63.613	56.238	528.728
Região Sudeste	73.677	74.726	73.496	71.104	70.083	69.965	69.427	60.988	563.466
Região Sul	21.515	21.962	21.484	21.534	22.190	21.730	21.998	19.817	172.230
Região Centro Oeste	13.355	12.743	11.856	11.477	11.428	12.152	11.406	10.197	94.614

Extraído de: BRASIL, Ministério da Saúde DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

Do mesmo modo, o número de óbitos em decorrência de curetagem pós-abortamento foi mais elevado nas mesmas regiões supracitadas.

Tabela 2: ÓBITOS – CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO

Column1	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Região Norte	1	5	2	1	7	4	2	-	22
Região Nordeste	772	759	211	11	16	13	10	7	1.799
Região Sudeste	15	15	16	12	14	9	15	13	1.738
Região Sul	3	7	4	4	5	2	5	6	109
Região Centro Oeste	1	1	3	2	1	2	30	28	68

Extraído de: BRASIL, Ministério da Saúde DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

Os números apresentados se referem a internações e óbitos após o abortamento, mas não se pode afirmar o quanto desses óbitos decorre de prática clandestina. Até porque a mulher que recorre à Unidade de Saúde muitas vezes tem receio de admitir que fez o procedimento em lugar indevido e com pessoa inabilitada, por ser considerado crime, ou por medo de



preconceito, discriminação. Tal perspectiva justifica a dificuldade de as pesquisas apontarem fielmente a quantidade de abortos provocados existe na realidade brasileira.

Atualmente, o Brasil enfrenta as afecções viróticas, induzidas pelo mosquito transmissor *Aedes Aegypti*, dentre as quais dengue, chikungunia e, em fetos e embriões, a microcefalia, causada pelo vírus Zika transmitido também pelo inseto. Os casos crescentes de microcefalia podem gerar um aumento de abortamentos inseguros, consequentemente aumento dos riscos sobre a saúde da mulher. Desse modo, a questão da interrupção da gravidez parece mostrar-se antes como um caso de saúde pública e da mulher, do que como um caso de polícia.

4 Do argumento filosófico para a discussão de saúde pública

As discussões sobre abortamento gravitam, predominantemente, sobre o direito que tem a mulher de autodeterminação reprodutiva e o direito à vida do feto. A primeira assunção institucionalizada de que a interrupção do aborto era uma decisão da mulher se deu em 1973 no caso *Roe v. Wade* (EUA. 1973). Nessa ação, alegava-se que o Código Penal do Texas de 1961 violava o direito à privacidade, reconhecido pelas I, IV, V, IX e XIV Emendas da Constituição dos Estados Unidos

O Código Penal admitia o aborto feito por conselho médico para salvar a vida da mãe, sendo ilegal qualquer outra forma. O relator do acórdão na Suprema Corte Americana, Juiz Blackmun, ao iniciar seu voto reconheceu a complexidade do caso e as complicações a ele inerentes, tanto que solicitou aos pares o devido tratamento constitucional do tema. Na análise, o relator considerou que os direitos de privacidade se estenderiam ao casamento, à procriação, à contracepção, às relações familiares e à criação e educação dos filhos. Era um direito amplo o bastante para envolver a decisão da mulher em interromper ou não sua gravidez, mas não a qualquer tempo, tão-somente no primeiro trimestre de gestação, pois o risco de mortalidade seria menor. Após



esse período, apenas com autorização do Estado em caso de risco à saúde ou à vida da mãe (EUA, 1973).

À época, o acórdão deixou claros os prejuízos que o Estado poderia causar quando impedia a mulher de fazer a sua escolha. Dentre os danos apontados estavam os clinicamente diagnosticados: angústia, psicopatias, desgaste físico, dificuldades em se relacionar com uma criança indesejada.

Aquele julgado fez surgir, na sociedade norte-americana, dois grandes grupos que passaram a discutir a licitude do abortamento, os *pro-life* e os *pro-choice*. Os primeiros eram – e são – a favor da vida do feto, portanto, contra o aborto e a decisão de Roe v. Wade; e os segundos, defendendo a permanência do julgado, fundada no direito à autodeterminação da mulher. Uma forma mais simplista de enfrentar a questão parece residir na discussão sobre a condição do nascituro: seria ou não pessoa? A questão vai mais além. O debate em torno do momento em que surge a vida do nascituro, para fins de proteção jurídica e de titularidade jusfundamental, não pode, por si somente, afastar o direito à autodeterminação sexual e de reprodução da mulher (SAMPAIO, 2013).

Para Miguel Hugo Kottow Lang (2015), no debate sobre abortamento não se deve separar grupos pró e contra aborto, pois essa divisão é artificial, uma vez que o aborto inseguro é sempre indesejável. Mais que argumentos filosóficos, quase sempre, dominados por viés religioso, a discussão se deve situar no plano da saúde pública. A legalização do aborto há de ser tratada como uma alternativa para minimizar ou eliminar os abortos clandestinos, via de regra, inseguros, de modo a reduzir o índice de óbitos maternos.

O Departamento de Saúde Reprodutiva dos Estados Unidos divulgou recentemente dados indicativos de que, embora o número de abortos no país fosse elevado, o número de óbitos maternos era reduzido. Após a legalização do aborto, no período de 1973 a 2011, ocorreram 424 óbitos em 47 estados americanos que forneceram os dados para pesquisa. Para se ter uma ideia só em 2012 foram mais de 699 mil abortos legais e no período de 2008-2011 0,73



óbito para cada 100 mil abortos induzidos (PAZOL et al., 2012). Não é exceção.

A Organização Mundial de Saúde, no documento “aborto seguro”, deixa claro que países com legislação liberal sobre o aborto possuem menos complicações com as práticas inseguras do que aqueles onde a lei é restritiva, e em que há, conseqüentemente, maiores taxas de abortos clandestinos (OMS, 2004).

No entanto, há de se atentar que o aborto inseguro não é apenas aquele considerado ilegal, pois abortos legais podem ocasionar insegurança, complicações físicas ou mentais (GONZÁLEZ; CORTÉS; BURGO, 2014). De todo modo, a prática de abortamento parece ocorrer mais entre grupos de mulheres jovens, com pouca instrução, baixa renda e que estão à margem da sociedade. Frise-se que, dentre as circunstâncias que afetam a saúde além das drogas, violência, AIDS, estão a gravidez precoce e o aborto clandestino. (CARVALHO; PAES, 2014)

Ao analisar a prática ilegal de abortamento no Brasil, é possível perceber que a desigualdade social das mulheres repercute nas conseqüências à sua vida e saúde. Se, por um lado, ainda que no subterrâneo jurídico, as que o fazem exercem de fato a sua autodeterminação; por outro, as mais pobres tendem a pagar mais caro por suas decisões. Um número reduzido de mulheres, de acordo com o Ministério da Saúde, que consegue arcar com ônus financeiro da intervenção, garante um abortamento rápido, seguro e sem riscos, enquanto a maioria delas se submete a técnicas inseguras que causam várias complicações, inclusive o óbito (BRASIL, 2005). Nas palavras de Roberto da Matta, elas experimentam o alimento cru imposto pela mazela social que enfrentam.¹

¹ O cru seria tudo que está fora dessa área da casa onde somos vistos e tratados com amor, carinho e consideração, podendo – conseqüentemente – escolher a comida. Ou seja- o cru é tudo aquilo que está fora do controle da casa. Tudo que pode até mesmo estar oposto ao mundo da casa, como uma área cruel e dura do mundo social. (DA MATTA, 1986 p.35)

Como no Brasil, a lei sobre o aborto é sempre percebida como um “não pode”, como óbices aos projetos de vida, estando os cidadãos sempre na condição subordinada ou de tutelada, em menoridade autodeterminativa. O aborto clandestino pode ser interpretado como forma de a própria sociedade tracejar, ao seu modo, a linha tênue entre o taxativo e o flexível na órbita do juridicamente proibido, algo comparado ao “jeitinho brasileiro” que compõe os retratos do Brasil, “O que faz do Brasil Brasil” (DA MATTA, 1986, p. 83).

Talvez a grande questão não seja a legalização do aborto somente, mas encontrar a falha no sistema de gestão das políticas públicas de educação sexual e reprodutiva. É fundamental que se enxerguem os indivíduos como sujeitos de direitos, garantindo-lhes dignidade e respeito. E que o Estado, sem fugir dessas premissas, tenha elementos bastantes para planejar e executar suas ações legislativas inclusivamente, de modo a obter os melhores ganhos sociais. Estudos e dados estatísticos devem ser tomados, de modo crítico, na devida conta.

Ao se analisar, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade materna no Chile, verifica-se que o governo implantou novo sistema de saúde voltado para o atendimento à mulher, melhorando o acesso e utilização dos serviços de saúde, assim como aumentou o nível de educação das mulheres. O que poderia demonstrar que a redução de óbitos maternos não está diretamente ligada à legalização do aborto (KOCH et al., 2012).

Recente pesquisa do Institute Guttmacher, entretanto, apontou que faltam evidências a respeito do aborto clandestino e suas consequências no Chile, pois o único estudo apresentado ocorrera na década de noventa, como o apontamento de um quantitativo de 160.000 abortos por ano (PRADA; BALL, 2016). O mesmo estudo demonstrou que, apesar de não se terem dados concretos, o número de óbitos maternos em razão de complicações decorrentes de aborto provocado diminuiu consideravelmente, 22 mortes no ano de 2013, em comparação com os anos sessenta, com 294 óbitos e anos noventa com 55 mortes.



A Organizações das Nações Unidas (ONU) lançou em 2000 os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para reduzir a pobreza extrema por meio de uma ação conjunta de todos os países. Dentre os objetivos estabeleceu-se como meta mundial até 2015, a redução da taxa de mortalidade materna. Os resultados dessa iniciativa foram positivos. De fato, a pobreza extrema reduziu mais da metade assim como a taxa de pessoas subnutridas; aumentou-se a taxa de matrícula de meninas nas escolas; houve a diminuição na taxa de mortalidade infantil e na taxa de mortalidade materna, em torno de 45 %. (PNUD, 2015).

O Relatório Nacional de acompanhamento dos ODM de 2005 estabeleceu como meta brasileira para diminuição da taxa de mortalidade materna, a promoção do Sistema Único de Saúde, possibilitando cobertura universal à assistência à saúde reprodutiva e sexual da mulher (IPEA, 2010). Quando um país investe em educação, bons frutos podem ser colhidos. Ponderou-se que um maior nível de escolaridade interferiria direta ou indiretamente nos benefícios, como a diminuição de óbitos maternos. Fosse por meio de acompanhamento reprodutivo e planejamento familiar, fosse pelo acesso aos serviços de atendimento à saúde na fase pré e pós natal (KOCH et al., 2012).

Ocorre que, na conjuntura atual, o Brasil e vários países da América Latina se encontram numa encruzilhada, afetados pelo vírus Zika, com risco de aumento de casos de microcefalia. Como o abortamento ainda é crime, a elevação do número de abortos clandestinos parece ser a conclusão inelutável e, com ela, o incremento da taxa de mortalidade materna. Esse cenário, associado à falta de prioridade governamental na efetivação de políticas públicas de afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, tornou as predições daquele Relatório intenções sem valia; ou, de modo mais cruel, um jogo político de palavras, reduzidas à sua dimensão formal. A realidade se tornava ainda mais angustiante do que antes, como os zumbidos ameaçadores do Aedes. Foi nesse contexto que a ANADEP pediu ao STF a liberação do abortamento nos casos de mulheres infectadas pelo Zika. As razões lhes pareciam mais do que



relevantes: a ineficiência e omissão do Estado na prestação de serviços de saúde; a inexistência de uma efetiva política pública que garantisse, além de um planejamento familiar responsável, o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

5 Saúde reprodutiva e o vírus Zika: a necessidade de resposta imediata

Não há dúvida de que o tema aborto é delicado e complexo, mas não se trata de discutir apenas a permissão legal para aborto voluntário nos países em desenvolvimento, que possuem o maior percentual de leis restritivas. O assunto, nos limites deste artigo, limita-se a situá-lo no âmbito de saúde pública. Como já informado pela Organização Mundial de Saúde, mais 22 milhões de abortamentos inseguros provocam cerca de 47 mil óbitos maternos por ano. (OMS, 2013)

A Organizações da Nações Unidas recomendou recentemente que os países em desenvolvimento, principalmente os da América Latina, com maior percentual de contaminações pelo vírus Zika, reavaliassem as legislações sobre aborto. O Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos defendeu a descriminalização do aborto em casos de bebês com deficiências consideradas graves, inclusive microcefalia: “Em meio à epidemia de Zika em diversos países, o Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos defendeu, que os chamados direitos reprodutivos da mulher sejam garantidos, incluindo a descriminalização do aborto (BBC,2016).

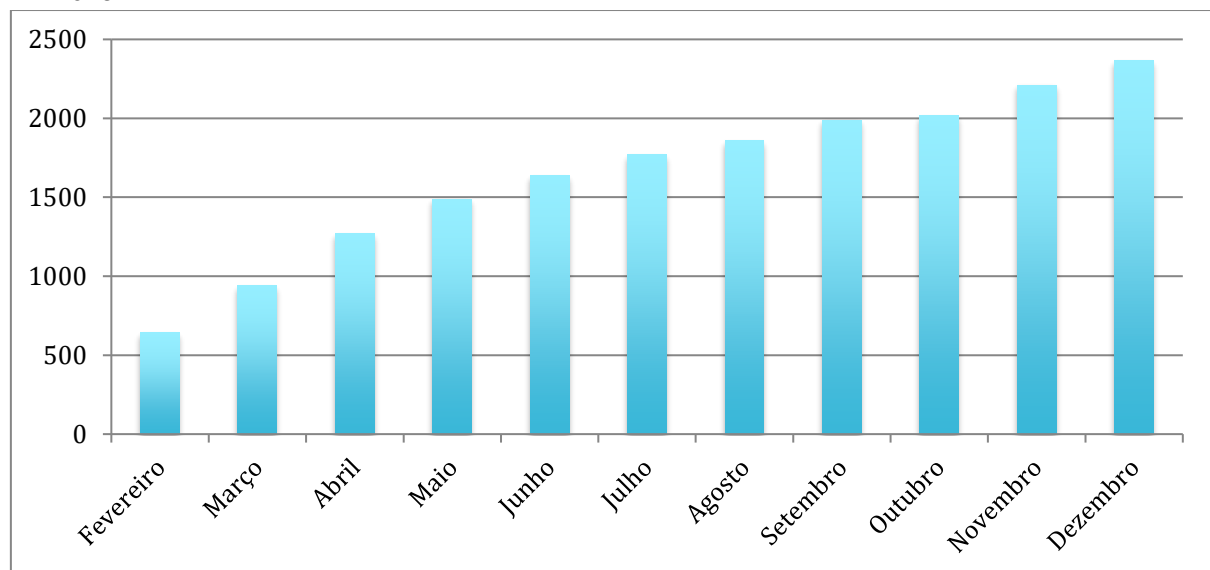
Tal recomendação, talvez, esteja pautada na possibilidade de ocorrer uma procura por abortos clandestinos diante do temor causado pela microcefalia, o que colocaria a vida da gestante em risco, aumentando o índice de óbitos maternos. A diretora-geral da OMS, Margaret Chan, declarou, em início de fevereiro de 2016, que a situação emergencial em que vive o Brasil é parecida com a que ocorreu na Polinésia Francesa em 2014, ambas denotam um problema de saúde pública de importância internacional. (OMS, 2016)



Nesse contexto, Clarissa F. Etienne, diretora da Organização Pan-Americana da Saúde, solicitou ajuda financeira à comunidade internacional, para que a estratégia contra o vírus Zika seja efetiva. O foco se volta para mulheres em estado fértil, principalmente aquelas que vivem em condições mais precárias e mais propícias aos criadouros dos mosquitos, colocando-as em maior exposição maior ao risco de contágio (OPAS, 2016).

Para se ter uma ideia do número de crianças diagnosticadas com microcefalia ou alteração no Sistema Nervoso Central, abaixo seguem os dados dos informes de epidemia em todo ano 2016, apresentado pelo Ministério da Saúde. Note-se que, de fevereiro a dezembro, os diagnósticos de microcefalia triplicaram. Esses números demonstram que as políticas públicas voltadas ao combate do mosquito não estão surtindo efeito.

Gráfico 1: NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MICROCEFALIA NO BRASIL NO ANO DE 2016



Extraído de: BRASIL, Ministério da saúde. Informes epidemiológicos. Disponível em: <<http://www.combateaedes.saude.gov.br/pt/situacao-epidemiologica>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

Os direitos reprodutivos da mulher, agora sob a perspectiva dos riscos causados por uma epidemia internacional, retornam ao centro das atenções e dos debates sanitários e jurídicos em todo o mundo. No Brasil, autoridades



jurídicas e sanitárias, até mesmo algumas organizações religiosas, já se manifestam sobre a possibilidade de liberação do aborto especialmente nos casos de microcefalia comprovada.

Tais direitos, por eles mesmos, deveriam pautar as decisões de políticas públicas, de modo a evitar que manipulações de dados, distorções ideológicas e vieses cognitivos acabem impedindo seu pleno exercício. O exemplo assumido no texto da microcefalia revela bem o limite e risco da discussão. É que, nesses casos, o diagnóstico definitivo é feito, de regra, próximo ao 3º trimestre, período em que o feto deve estar com idade gestacional por volta de sete meses, próximo do nascimento. Em momento tão adiantado de gestação, todo discurso sobre o status do feto perde o sentido. Nesse como em outros casos de interrupção da gravidez, deve ser levado em conta o respeito à decisão da mulher, pois a ela cabe decidir o que fazer (SENRA, 2016).

Tendo em vista o julgamento na ADPF 54/DF, em que o STF decidiu que não há crime na interrupção de gestação de fetos anencefálicos, e o recente posicionamento do Ministro Luís Roberto Barroso, resta aguardar se as razões dessas decisões poderão ser invocadas como argumentos para a defesa do abortamento em casos de microcefalia, para, adiante, poder fundamentar mais plenamente o direito à autodeterminação da mulher.

6 Considerações finais

O trabalho buscou averiguar se existe uma relação entre o número de abortos e óbitos maternos com a legislação pertinente à prática de aborto. Tentou-se identificar se, em países com legislação restritiva, o número de abortos clandestinos é maior do que países que permitem tal procedimento. Observou-se, a partir da pesquisa exploratória, que o número de abortos em países que não permitem o procedimento é elevado, como o Brasil por exemplo, se comparados com países com políticas mais liberais.

No Brasil, tomou-se a análise do número de óbitos e curetagem pós-abortamento ocorridos na rede do Sistema Único de Saúde. Os dois



procedimentos decorrem de abortamento, mas não se pode afirmar que se trate sempre de abortos clandestinos. De toda forma, as pesquisas sugerem que tal quantitativo é decorrente de aborto inseguro, por se tratar de pacientes com situação econômica e social de vulnerabilidade, moradoras de regiões mais carentes e que não têm à sua disposição políticas públicas efetivas de informação, educação sexual e reprodutiva, tampouco planejamento familiar.

Comparando a estatística americana com a brasileira, por exemplo, os dados são alarmantes. O número de abortos nos Estados Unidos ultrapassa 699 mil por ano acompanhado de 424 óbitos em quase quarenta anos, enquanto o Brasil carrega em sete anos, de 2008 a 2015, 3.736 óbitos pós-abortamento. Tal número chama à reflexão sobre a questão de se realizar um procedimento seguro, do ponto de vista clínico.

Um dos problemas que aflige hoje não só o Brasil, mas toda comunidade internacional, é a proliferação do Zika vírus, transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Como foi demonstrado no texto, pesquisadores já reconheceram o nexo entre mulheres infectadas com Zika e a microcefalia ou alterações do sistema nervoso central do feto. Tal afecção demonstra a fragilidade das políticas públicas de saúde e saneamento básico nos países da América Latina, os quais possuem maior índice de contaminação pelo inseto.

Acredita-se que, diante de tal ameaça, o número de abortamentos inseguros pode ser ainda mais elevado, pois as mesmas regiões que possuem alto grau de aborto clandestino ou inseguro possuem maior probabilidade de contaminação pelo vírus Zika, em razão das condições sanitárias deficientes. Por mais que se tenha adiado a questão da legalização do aborto, o momento pede uma reflexão depurada de vieses cognitivos ou, pelo menos, ideológico. Cuida-se, primariamente, de um problema de saúde pública de âmbito internacional.

Talvez a discussão vá além da dicotomia “pro-choice” e “pro-life”, discutida na literatura a partir do julgamento de *Roe v. Wade* pela Suprema Corte dos Estados Unidos e, de lá, ao mundo. Trata-se antes de prevenir a morte de mulheres que podem vir a se submeter ao aborto em fase mais tardia,



que ultrapassa o primeiro trimestre, uma vez que o diagnóstico de microcefalia até então ocorre no terceiro trimestre, aumentando assim os riscos de complicações.

De certo, não é assunto fácil de se tratar, mas é preciso analisar todos os aspectos envolvidos, para se chegar à melhor solução possível para garantia do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. No Brasil, o cenário parece indicar progressiva liberação. De um quadro de quase absoluta vedação, com exceção dos chamados abortos sentimental e terapêutico, passou-se a admiti-lo na hipótese de gravidez de anencefálico. A possibilidade de essa ampliação chegar aos casos de microcefalia ou mesmo de, enfim, deixar à decisão livre e informada da mulher, como parece sugerir o recente voto do Ministro Luís Roberto Barroso, no HC 124.306/RJ, deixa luzes de esperança à afirmação da liberdade contra a incriminação.

REFERÊNCIAS

ÁFRICA. **Choice on termination of Pregnancy Act 92 of 1996**. Disponível em: <http://www.saflii.org/za/legis/consol_act/cotopa1996325/>. Acesso em: 17 jan. 2017.

AVDEEV, Alexandre; BLUM, Alain; TROITSKAYA, Irina. The history of abortion statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. **Population an English Selection**, p. 39-66, 1995.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus 124.306**. Voto do Ministro Luis Roberto Barroso. Rio de Janeiro, 09 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. **Código Penal** 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03> . Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL, Supremo Tribunal Federal (STF). **Arguição de descumprimento de preceito fundamental (Med. Liminar) - 54**. Voto do Ministro Marco Aurélio. 12 Abr. 2012 Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Gráfica Brasil, 2005. 32 p.



BRASIL, Ministério da Saúde DATASUS. **Procedimentos Hospitalares**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Informes epidemiológicos**. Disponível em: <<http://www.combateaedes.saude.gov.br/pt/situacao-epidemiologica>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico de Microcefalia**. Prevenção e combate Dengue, Chikungunya e Zika. Disponível em: <<http://www.combateaedes.saude.gov.br/pt/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino—uma abordagem sociológica. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 548-557, 2014.

DA MATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 86 p.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA), United States Supreme Court. **Roe v. Wade**. United States: USSC, 1973. Disponível em: <<http://caselaw.findlaw.com/us-supreme-court/410/113.html>>. Acesso em: 17. jan. 2017

GONZÁLEZ, Miguel A Martínez; CORTÉS, Esperanza Aguilera; BURGO, Cristina López del Aborto y salud de la mujer. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, n. 6, p. 496-497, 2014.

HOFFMANN, David L. Mothers in the Motherland: Stalinist pronatalism in its pan-European context. **Journal of Social History**, v. 34, n. 1, p. 35-54, 2000.
HOLANDA, AAR et al. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: curetagem versus aspiração manual a vácuo. **RBGO**, v. 25, n. 4, p. 271-6, 2003.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Relatório nacional de acompanhamento**. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília, 2010.

KOCH, Elard et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. **PLoS one**, v. 7, n. 5, p. e36613, 2012.

LANG, Miguel Hugo Kottow. **Aborto: tomando el debate en serio**. Santiago: 2015. 6 p. Disponível em:



<https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Kottow/publication/277971756_Abortion_taking_the_debate_seriously/links/56cf11a208ae059e375906ec.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

LIBRARY OF CONGRESS. **Abortion Legislation in Europe, 2015.** Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/europe.php>>. Acesso em: 17 jan. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro:** orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: OMS, 2004.

PAZOL, Karen et al. Abortion surveillance. United States, 2009. **MMWR Surveill Summ**, v. 61, n. 8, p. 1-44, 2012.

PETCHESKY, Rosalind P. **Abortion and womans choice:** the state sexuality and reproductive freedom. New York: Longman, 1984.

PRADA, Elena; BALL, Haley. Aborto inducido en Chile. **Institute Guttmacher**, n. Disponível em : <<http://www.guttmacher.org>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SAMPAIO, José Adércio L. **Direito à Intimidade e à Vida Privada.** Belo Horizonte: Del Rey, 2008. 615 p.

SAMPAIO, José Adércio L. **Teoria da Constituição e dos Direitos Fundamentais.** Belo horizonte: Del Rey, 2013. 840 p.

SENRA, Ricardo. In: O Globo. **Ex-ministro da Saúde apoiará pedido de aborto legal por microcefalia no STF.** Disponível em: <<http://goo.gl/9HjX8H>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SENRA, Ricardo. In: BBC Brasil. **Aborto já é livre no Brasil. Proibir é punir quem não tem dinheiro', diz Drauzio Varella.** Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160201_drauzio_aborto_rs>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SENRA, Ricardo. In: BBC Brasil. **ONU defende descriminalização do aborto em meio à epidemia de zika.** Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160205_onu_aborto_zika_rs>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SHAIN, Rochelle N. A cross-cultural history of abortion. **Clinics in Obstetrics and Gynaecology**, v. 13, n. 1, p. 1-17, 1986.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Defensores públicos questionam lei sobre combate a doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. **Notícias STF**, 25 ago. 2016. Disponível em: <<http://stf.jus.br>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

