

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE II

JANAÍNA MACHADO STURZA

WILLIAM PAIVA MARQUES JÚNIOR

TANISE ZAGO THOMASI

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Tanise Zago Thomasi; William Paiva Marques Júnior. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-178-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito Governança e Políticas de Inclusão

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

A presente coletânea é composta dos trabalhos aprovados, apresentados e debatidos no Grupo de Trabalho: “Direito e Saúde II”, no âmbito do VIII Encontro Virtual do CONPEDI, realizado entre os dias 24 a 28 de junho de 2025, em formato online, que teve como temática central: “Direito, Governança e Políticas de Inclusão”.

Os trabalhos expostos desenvolveram de forma verticalizada diversas temáticas atinentes ao Direito e Saúde, especialmente na relação dialogal com o Direito Constitucional, o Direito Internacional, o meio ambiente e a conseqüente projeção interdisciplinar. As pesquisas ora apresentadas funcionam como canais indispensáveis nos debates e propostas das pendências existentes nos campos indicados e na busca de soluções efetivas para as problemáticas indicadas.

Janaína Machado Sturza, Renata Favoni Biudes e Juliana Luiza Mazaro abordam os aspectos críticos do acesso ao direito à saúde das pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) adultas, em especial, no que se reporta à efetividade das políticas públicas, bem como, como se comportam essas políticas para esse público, em especial quanto a efetivação desse acesso, visto que a legislação atualmente é vastamente consolidada.

Em outra pesquisa, Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Renata Favoni Biudes investigam os desafios impostos à complexa (in)efetivação do direito humano à saúde dos migrantes com deficiência sob a perspectiva da fraternidade, com fulcro na Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta.

Gabrielle Scola Dutra e Tuani Josefa Wichinheski refletem sobre as políticas de resolução de conflitos no contexto migratório, tendo por objetivos específicos: 1) estudar os limites e possibilidades de acesso ao direito humano à saúde dos migrantes no Brasil; e 2) abordar a mediação sanitária enquanto um mecanismo de resolução de conflitos no âmbito do direito humano à saúde em prol dos migrantes.

Tuani Josefa Wichinheski, Wilian Lopes Rodrigues e Maria Eduarda Granel Copetti investigam os aspectos climáticos, e como o fenômeno impacta na saúde dos migrantes, a partir daí contextualiza como a mediação sanitária pode auxiliar os migrantes para garantir acesso e efetividade da saúde. O objetivo geral é investigar os impactos relacionados à

migração frente às mudanças climáticas, e os desafios que os migrantes enfrentam durante o processo de migração e como isso reverbera na saúde dessa população.

Elis Silva De Carvalho e Eliana Maria De Souza Franco Teixeira alertam sobre as questões relacionadas à negativa de cobertura para tratamentos não previstos contratualmente, mas cientificamente comprovados em sua eficácia, evidenciando conflitos entre limites contratuais e o direito constitucional à saúde, no tratamento ilimitado para pessoas com TEA, analisando a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e demais normativas que têm contribuído para a consolidação dessa garantia.

Veridiana Salutti e Cristiane Ribeiro Assis tratam da proteção conferida às mulheres em relação à prática da assistolia fetal — indução de morte fetal com cloreto de potássio (KCl) — tem sido criticada por causar sofrimento ao feto após 15 semanas. Em 2024, o Conselho Federal de Medicina se posicionou contra esse método. No mesmo ano, o PL nº. 1904/2024 propôs criminalizar o aborto após 22 semanas, mesmo em casos de estupro. É urgente a implementação de políticas públicas que garantam acesso ao aborto legal, com estrutura, acolhimento, educação sexual e prevenção da violência.

Felipe Mota Barreto Martins realiza um estudo na análise dos limites e desafios da atuação das Defensorias Públicas diante do impacto do Tema nº. 1234 do STF, que alterou a competência para ações sobre fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. A decisão atribuiu à Justiça Federal a competência para demandas cujo custo anual dos medicamentos supere 210 salários-mínimos ou que envolvam medicamentos sem registro na ANVISA. Aludida alteração agrava a exclusão de hipossuficientes do acesso à justiça, especialmente nas localidades sem presença da Defensoria Pública da União (DPU). A Defensoria Pública Estadual (DPE), apesar de sua capilaridade, é limitada à Justiça Estadual, salvo convênio formal com a DPU, cuja efetividade prática ainda é tímida. O artigo defende o fortalecimento dos convênios interinstitucionais e a ampliação da estrutura da DPU como medidas urgentes para garantir a efetividade do direito fundamental à saúde e ao acesso à justiça.

Franciele Caiu Vieira propõe uma análise sistêmica em torno do papel do Estado na promoção e estabelecimento de políticas públicas direcionadas ao resguardo do direito ao fornecimento de medicamentos, bem como a sua atuação pela via judicial, sob a repercussão geral do Tema nº 1.234 do Supremo Tribunal Federal (STF), a fim de proporcionar a promoção e implementação do direito constitucional à saúde dos hipossuficientes.

Patricia Cristina Vasques de Souza Gorisch investiga, sob a ótica do Direito Internacional, um alarmante enfraquecimento dos sistemas de imunização, impulsionado por movimentos antivacina, desinformação, desconfiança institucional e desigualdades no acesso às vacinas, revelando uma crise de governança da saúde pública e a fragilidade dos marcos normativos diante de ameaças sanitárias transfronteiriças. O presente estudo se debruça acerca dos desafios contemporâneos da saúde pública internacional à luz da reemergência do sarampo, da hesitação vacinal e das dificuldades na elaboração de um tratado internacional sobre pandemias.

Para Débora Cristina Rodrigues Pires, Felipe Gomes Santiago e Joice Cristina de Paula, a saúde sofreu variações ao longo da história da humanidade, até ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. Inicialmente, foi conceituada como reflexo do mundo externo, uma vez que a saúde precária era mais acentuada nas camadas sociais de baixa renda. Com a descoberta dos causadores das doenças, surgiu um novo conceito de saúde: a ausência de doenças. Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946 e a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 foram pioneiras ao reconhecer a saúde como um direito humano. Com base na legislação internacional, a Constituição Federal ampliou o direito à saúde no plano interno, conforme artigo 196. Isto posto, a discussão repousa nos reflexos das leis internacionais no Brasil e na sua aplicabilidade.

Rosilene Neves de Oliveira Silva, Tanise Zago Thomasi, Carla Vila Nova de Oliveira, a partir do método descritivo-analítico, abordam a importância de proteger os territórios dos povos originários no Brasil como fator determinante para o bem-estar na infância e, conseqüentemente, para a consolidação da justiça ambiental no presente e no futuro. O objetivo geral é analisar o direito ao meio ambiente equilibrado como recurso essencial para a concretização dos direitos fundamentais das crianças indígenas. Concluem que políticas públicas específicas devem ser aprimoradas, normatizadas e implementadas de forma permanente para garantir assistência efetiva à primeira infância.

Jarbas Ricardo Almeida Cunha traça um panorama do histórico jurídico e doutrinário sobre o conceito do Mínimo Existencial, principalmente suas conseqüências e impactos para o Direito à Saúde no Brasil.

Gabriella Schmitz Kremer e Jéssica Fachin investigam a responsabilidade aplicável à pessoa ou empresa pela falha na segurança dos dados pessoais. Nesse sentido, analisam duas importantes decisões, sendo do Superior Tribunal de Justiça, no ARES 2130619-SP, e do Supremo Tribunal Federal, na ADI nº. 6393, a fim de verificar de que modo tem se aplicado a responsabilidade civil em casos dessa natureza. Os resultados e a conclusão da pesquisa

apresentada, referem-se à utilização do princípio do mínimo existencial em relação às demandas atinentes à política pública de saúde e ao direito constitucional e fundamental à saúde, principalmente em relação a seus objetivos, princípios e diretrizes, que deve ser interpretada com o máximo de cautela possível, para que não seja classificada como uma espécie de retrocesso sanitário, tendo em vista os ditames da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde.

Gabriel Castro Barbosa, Debora Maria Ferreira da Silva e André Studart Leitão reforçam a importância da análise do direito de planejamento familiar em contraponto com o equilíbrio econômico-financeiro das relações entre consumidores e as operadoras de saúde suplementar, bem como as consequências que a cobertura obrigatória dessas técnicas poderia causar tanto aos consumidores quanto às empresas prestadoras de serviço de saúde privada em torno das técnicas de reprodução assistida como um meio eficaz para viabilizar o planejamento familiar.

Beatriz Scandolera e Luciana Rodrigues Pimentel promovem uma discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade (DAV), adentrando na sua conceitualização e no seu impacto como motor para a efetivação da autonomia da vontade enfatizado em pacientes terminais, buscando analisar de forma comparativa como Brasil e os Estados Unidos lidam com essas questões. A pesquisa traça uma retrospectiva histórica do conceito de dignidade da pessoa humana e investiga como as Diretivas Antecipadas de Vontade podem potencializar a efetivação do aludido princípio, por meio do estudo das legislações e das práticas médicas em ambos os países, revelando os desafios e avanços em cada sistema de saúde.

Por fim, em outro texto Luciana Rodrigues Pimentel e Beatriz Scandolera investigam o turismo médico na Tailândia, por meio da abordagem em torno dos desafios enfrentados pelo setor, como questões éticas, a regulação dos serviços, e a necessidade de garantir qualidade e segurança no atendimento. O que acaba gerando impacto econômico e social do turismo médico no país, bem como suas implicações para o desenvolvimento sustentável e a promoção da Tailândia como um hub internacional de saúde.

Com grande satisfação coordenamos e apresentamos a presente obra, agradecendo aos autores (as)/pesquisadores(as) envolvidos(as) em sua produção pelas profícuas reflexões surgidas e debatidas, bem como reiteram e louvam a dedicação e competência de toda a equipe do CONPEDI pela organização e realização do exitoso e arrojado evento, realizado em formato integralmente virtual.

Reiteramos a esperança que a obra ora apresentada sirva como parâmetro acadêmico para a compreensão dos problemas da complexa realidade social sob a óptica da priorização da

saúde como direito humano fundamental. Desejamos leituras proveitosas na construção de uma nova perspectiva para os desafios impostos ao Direito e Saúde no contexto contemporâneo transpandêmico de utilização dos mecanismos do Direito Constitucional e do Direito Internacional como força motriz da democratização do direito à saúde como conceito complexo e transdisciplinar.

Profa. Dra. Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Profa. Dra. Tanise Zago Thomasi - Universidade Tiradentes e Universidade Federal de Sergipe- UFS

Prof. Dr. William Paiva Marques Júnior- Universidade Federal do Ceará- UFC

SOBRE O INÍCIO DA VIDA HUMANA, ASSISTOLIA FETAL E O PL 1904/24
ABOUT THE BEGINNING OF HUMAN LIFE, FETAL ASYSTOLE AND PL 1904/24

Veridiana Salutti ¹
Cristiane Ribeiro Assis

Resumo

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de violência sexual do mundo, com um caso de estupro registrado a cada oito minutos — número provavelmente subestimado pela subnotificação. Embora o Código Penal de 1940 tenha despenalizado o aborto em casos de estupro, a ausência de regulamentação oficial até 1989 dificultou o acesso das mulheres ao procedimento, que passou a ocorrer apenas em serviços de saúde isolados. Em 1989, após mobilização do movimento feminista, foi publicada portaria no município de São Paulo obrigando hospitais públicos a realizarem o aborto legal nos casos previstos em lei. Outros estados seguiram o exemplo, mas ainda existem barreiras, como a falta de capacitação dos serviços e a recusa de médicos por objeção de consciência. Em 1998, foram formalizadas as normas técnicas nacionais, autorizando o aborto até a 20ª semana de gestação e sem a exigência de laudo do IML. Ainda assim, apenas 12% dos hospitais especializados realizaram o procedimento. A resistência de profissionais e a estrutura precária impactam negativamente a saúde física e mental das mulheres. A prática da assistolia fetal — indução de morte fetal com cloreto de potássio (KCl) — tem sido criticada por causar sofrimento ao feto após 15 semanas. Em 2024, o CFM se posicionou contra esse método. No mesmo ano, o PL 1904/2024 propôs criminalizar o aborto após 22 semanas, mesmo em casos de estupro. É urgente a implementação de políticas públicas que garantam acesso ao aborto legal, com estrutura, acolhimento, educação sexual e prevenção da violência.

Palavras-chave: Início da vida humana, Violência sexual, Aborto, Direitos da mulher, Feto abortado

Abstract/Resumen/Résumé

Brazil has one of the highest rates of sexual violence in the world, with a rape case reported every eight minutes — a number likely underestimated due to underreporting. Although the 1940 Penal Code decriminalized abortion in cases of rape, the lack of official regulation until 1989 made it difficult for women to access the procedure, which was performed only in isolated health services. In 1989, following feminist mobilization, a municipal ordinance in São Paulo mandated that public hospitals perform legal abortions in cases permitted by law. Other states followed suit, but barriers remain, including a lack of trained services and the refusal of some doctors to perform the procedure due to conscientious objection. In 1998,

¹ MESTRANDA EM DIREITO DE SAÚDE PELA UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA; MÉDICA GINECOLOGISTA E OBSTETRA, COM PÓS GRADUAÇÃO NA ÁREA DE MEDICINA REPRODUTIVA

national technical guidelines were formalized, authorizing abortion up to the 20th week of gestation and removing the requirement for a forensic medical report. Still, only 12% of specialized hospitals have performed the procedure. The resistance among health professionals and insufficient infrastructure negatively affect women's physical and mental health. The practice of fetal assistolia — inducing fetal death using potassium chloride (KCl) — has faced criticism for causing fetal suffering after 15 weeks of gestation. In 2024, Brazil's Federal Council of Medicine (CFM) opposed this method. That same year, Bill 1904/2024 proposed the criminalization of abortion after 22 weeks, even in cases of rape. It is urgent to implement public policies that guarantee access to legal abortion, with proper infrastructure, professional training, comprehensive support, sex education, and violence prevention.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Beginning of human life, Sexual violence, Abortion, Women's rights, Aborted fetus

INTRODUÇÃO

A violência sexual é uma das piores agressões a que alguém pode ser submetido. Quando a vítima é uma mulher cisgênero, pode resultar em uma gestação, trazendo para o contexto mais uma vítima, o embrião em formação. Encontrar uma maneira de defender plenamente a ambos é algo extremamente difícil, uma vez que os responsáveis por construir essa defesa podem, em alguns momentos, serem extremamente passionais, deixando de lado informações técnicas de grande relevância. Recentemente, a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) contra assistolia fetal, a suspensão da mesma por uma decisão monocrática do Supremo Tribunal Federal (STF) e a apresentação do Projeto de Lei (PL) 1904/2024 reacenderam a discussão sobre o assunto.

Contudo, em meio a comoção que o assunto envolve, muitas informações foram divulgadas de maneira equivocada ou incompleta, levando a um desserviço em um debate honesto e necessário. A falta de clareza ou a subjetivação na transmissão de informações pode ocasionar grandes desentendimentos, com consequências, muitas vezes desastrosas.

Assim, com o propósito de ofertar informações úteis e práticas a respeito do assunto, o presente artigo reúne dados que precisam ser analisados por aqueles que forem capazes de se afastar de passionalidades e dogmas determinados, buscando verdadeiramente defender, da melhor forma, os direitos humanos dos envolvidos.

DESENVOLVIMENTOS E APRENDIZADOS DO FETO HUMANO

O conhecimento sobre o crescimento fetal humano e o desenvolvimento de seus órgãos aumentou significativamente nos últimos 50 anos. Anatomistas e fisiologistas já haviam descrito alguns aspectos cruciais, por exemplo, a circulação do sangue durante a vida intrauterina através do coração fetal, o fígado, bem como a placenta. Entretanto, somente no século passado foram realizados estudos fisiológicos em modelos animais.

Sobre o feto humano, a introdução da ultrassonografia trouxe informações importantes, sobre o desenvolvimento biológico, que puderam ser ainda mais detalhadas através do auxílio do ultrassom 3D e da ressonância magnética. Com a ultrassonografia também foi possível avaliar e avaliar melhor sobre o comportamento do feto. Além disso, os avanços na assistência neonatal aos bebês prematuros auxiliaram na compreensão dos aprendizados que ocorrem ainda no período fetal.

Antes de qualquer coisa é fundamental compreender que, para a Ciência, não há dúvidas sobre o momento em que se inicia a vida humana. Conforme descrito por Moore & Persaud,

“O desenvolvimento humano é um processo contínuo que se inicia quando um oócito (óvulo) de origem feminina é fecundado por um espermatozoide, de origem masculina” (MOORE, 2016). Nesse momento surge a vida humana, com um genoma¹ único e irreprodutível, carregando em si todas as potencialidades para seu desenvolvimento. Logo, assim como em uma semente existe todo o potencial da árvore que ela pode ser ao receber os cuidados necessários até ser capaz de sobreviver por conta própria, o zigoto² carrega em si a potencialidade do humano que será.

O valor que se dá a esse ser humano em desenvolvimento depende única e exclusivamente do paradigma de quem o está avaliando. A racionalidade do observador certamente encontrará argumentos para justificar suas crenças. Por exemplo, sendo em nosso país ilegal a interrupção da gestação, salvo em casos de estupro, risco de vida materno ou anencefalia, considera-se a vida humana digna de importância a partir da nidação³. Assim métodos anticoncepcionais que, ao invés de impedir a formação do zigoto, impossibilitam sua fixação no útero materno (ex: D.I.U⁴ ou pílula do dia seguinte⁵) são utilizados no serviço de saúde de maneira legal.

Há quem justifique que o embrião, em suas primeiras semanas não passa de um amontoado de células, desconhecendo o princípio da Entropia, descrito na 2ª Lei da Termodinâmica. Segundo ele, as partículas de um sistema estão em constante movimento e em diversos estados de arranjos microscópicos, tendendo aos caos. Para vencer essa desordem é imprescindível que haja um gasto de energia. Assim, para que as células embrionárias se comportam de maneira ordenada, apesar de originariamente possuírem as mesmas características, levando a formação de órgãos e estruturas completamente distintas, estão sobre a ação de uma energia responsável pela organização desse sistema.

A respeito da individualidade do embrião, a revista Nature publicou um estudo, demonstrando a existência de um mecanismo bioquímico de defesa do feto. Ele produziria uma enzima, a IDO, capaz de destruir o triptofano materno, aminoácido que ativaria a produção de

¹ Genoma: conjunto de todos os genes de uma espécie de ser vivo

² Zigoto: célula resultante da união do gameta masculino ao feminino, em estágio anterior ao da divisão celular

³ Nidação: é o processo em que o óvulo fecundado pelo espermatozoide se implanta na parede do útero, conhecida como endométrio. Nesse momento os hormônios produzidos pelo embrião atingem a corrente sanguínea materna, sendo possível a detecção da gravidez.

⁴ D.I.U.: Dispositivo Intrauterino – através da liberação de cobre ou hormônio, torna a camada interna do útero (endométrio) menos propensa a nidação, caso haja a formação de um zigoto.

⁵ Pílula do Dia Seguinte: método contraceptivo emergencial, através do uso de uma grande dosagem de hormônio leva, com a sua metabolização pelo organismo a descamação do endométrio (menstruação), tornando a cavidade uterina hostil para a nidação de um óvulo que veja a ser fecundado.

células de defesa (células T⁶) da gestante (NATURE, 1998). Assim, possuindo um patrimônio genético exclusivo e distinto de sua mãe, o embrião necessita produzir substâncias capazes de assegurar que permaneça vivo no útero, fugindo do perigo de ser eliminado pelo sistema imunológico da hospedeira. Assim, o argumento de que a mulher tem autonomia sobre seu corpo cai por terra, uma vez que, apesar de estar em seu corpo, o conceito não faz parte dele. Tanto que, para sobreviver, esse embrião deve se defender e encontrar um equilíbrio com o sistema imunológico de sua mãe, viabilizando assim a gestação.

O cientista Jérôme Lejeune, geneticista que descobriu ser a Trissomia do cromossomo 21 a responsável pela Síndrome de Down, faz uma analogia interessante entre o embrião e um astronauta no espaço. Comenta que ambos têm a mesma viabilidade, contanto que lhes seja oferecido os suprimentos necessários para sua sobrevivência. Defende que, apesar de fornecer esses nutrientes, o organismo da mãe não “faz” a criança, da mesma forma que nem a nave espacial mais aperfeiçoada pode produzir um astronauta. O pesquisador, defende que cada embrião recebe uma combinação genética inteiramente original, que nunca se produziu antes e que não se reproduzirá no futuro. Cada conceito é único e, portanto, insubstituível. (LEJEUNE, 2014).

Uma vez concluída a fase de desenvolvimento de seus órgãos (embriogênese), o bebê passará o restante da gestação aprendendo a adaptá-los à vida que levará no mundo exterior. Seria ilusão acreditar que suas percepções só começariam a funcionar após o parto. A seguir, apresentaremos algumas informações importantes sobre esses aprendizados intrauterinos.

- SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC): Inicialmente, acreditava-se que, para serem possíveis a interação e a percepção fetais, era necessário que os neurônios estivessem revestidos por uma quantidade mínima de gordura (mielina), o que só ocorre no final da gravidez. Contudo, especialistas alertam não ser correto chamar o sistema nervoso do feto de “imaturo” por possuir mielinização insuficiente, pois sete semanas após a concepção, há substâncias (endorfinas) circulando no organismo do embrião, capazes de fazer a função que no futuro será do SNC – gerenciamento e comunicação entre as células fetais. Os sistemas endócrino e imunológico – partes vitais de um sistema de intercomunicação – estão se desenvolvendo e funcionando mais rapidamente que o cérebro. Assim, a mielina deixa de ser considerada essencial para o início das percepções fetais por não representar o único meio de comunicação dentro do sistema nervoso (MOORE et al., 2016).

⁶ Células T: tipo de linfócitos que fazem parte do sistema imunológico e são responsáveis pela imunidade mediada por células.

Também existe a ideia de que, assim como a ausência de atividade cerebral é utilizada para diagnóstico de morte, o mesmo critério deva ser utilizado para considerar o início da vida. Estudos demonstram que a troca de informações entre as células do concepto ocorrem antes da formação das estruturas cerebrais ou da mielina. Com sete semanas após a concepção, endorfinas já circulam no organismo do embrião permitindo a troca de informações entre as células.

- DOR FETAL: A pesquisa sobre dor fetal é complicada. Os pesquisadores não sabem ao certo se um feto sente dor. Eles precisam correlacionar as informações que possuem sobre o desenvolvimento fetal e considerar as respostas físicas e hormonais do feto. Também associam esses dados às observações em bebês prematuros assistidos na UTIs Neonatais.

Até o final da década de 1980, a comunidade médica acreditava que mesmo os recém-nascidos não podiam sentir dor, já que seus cérebros não estão totalmente desenvolvidos. Mas os cientistas começaram a considerar o conceito de nocicepção – a capacidade do corpo de perceber danos. Não é o mesmo que dor porque não requer consciência. Porém, a nocicepção pode causar uma resposta ao estresse que pode afetar como o cérebro do feto ou o sistema de resposta ao estresse se desenvolve.

Atualmente, a posição de muitas organizações médicas importantes, incluindo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), a Sociedade de Medicina Materno-Fetal (SMFM) e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), com o intuito de respaldar a prática de seus profissionais, é que um feto não é capaz de sentir dor até pelo menos 24-25 semanas.

Contudo, as evidências neurocientíficas atuais indicam a possibilidade de percepção da dor fetal durante o primeiro trimestre (<14 semanas de gestação). As evidências para essa conclusão são baseadas nos seguintes achados: (1) as vias neurais para a percepção da dor através da subplaca cortical⁷ estão presentes a partir das 12 semanas de gestação e via do tálamo⁸ a partir das 7-8 semanas de gestação; (2) o córtex não é necessário para que a dor seja experimentada; (3) a consciência é mediada por estruturas subcorticais, como tálamo e tronco encefálico, que começam a se desenvolver durante o primeiro trimestre; (4) os neuroquímicos *in utero* não causam inconsciência fetal; e (5) o uso de analgesia fetal suprime as respostas hormonais, fisiológicas e comportamentais à dor, evitando sequelas a curto e longo prazo.

⁷ Subplaca Cortical: região do encéfalo envolvida na integração de funções sensitivas e motoras

⁸ Tálamo: região do encéfalo responsável pela transmissão de impulsos sensitivos originários da medula espinhal, do cerebelo, do tronco encefálico e de outras regiões do cérebro até o córtex cerebral. Desempenha um papel importante na cognição (obtenção de conhecimentos) e na consciência.

Assim, a possibilidade da dor fetal gera tensão na prática da medicina, no que diz respeito à beneficência e à não maleficência em procedimentos realizados no período intrauterino. (THILL, 2022).

Sabemos hoje, que durante todo esse período, além do desenvolvimento biológico, o ser humano em formação já aprende e registra o que ocorre ao seu redor, mesmo que de forma primitiva em comparação aos já nascidos.

Como descrito por Joana Wilhelm, “todas as experiências biológicas ocorridas com o ser desde a formação de cada uma de suas células básicas componentes - espermatozóide e óvulo - são registradas em uma PROTOMENTE por meio de uma memória celular” (WILHEIM, 2015). E, segundo Michael Ian Paul, psicanalista e psicoterapeuta do Departamento de Psiquiatria e Ciências Biocomportamentais da UCLA, descreve “possuímos agora crescente e convincente evidência de que há receptividade mental no 1º mês do desenvolvimento embrionário (...) Em determinadas situações, estes estágios de desenvolvimento mental podem dominar a mente do adulto e estas memórias e 'interpretações' feitas pela mente fetal encontram expressão” (PAUL, 1992).

Muitos outros são os aprendizados e memórias adquiridos no período intrauterino e que preparam o feto para o ambiente em que estará inserido após o parto (ASSIS, 2017; KLAUS & KLAUS, 2001; VERNY, 1993). Ainda há muito o que se compreender, mas os achados científicos até o momento justificam que o período gestacional não é algo inerte para o ser humano em formação.

ABORTO: DEFINIÇÃO, LEGISLAÇÃO E ACESSO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define abortamento como interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação, ou um feto < 500g, ou 16,5 cm, ou seja, antes da viabilidade desse conceito em ambiente extra útero. Contudo, ao publicar em 2022 o novo *Abortion Care Guideline* (tradução livre Diretrizes de Atenção ao Aborto), usando os termos “aborto” e “interrupção da gestação” como sinônimos, gera confusão e discussão. Logo no início do manual, lembram que

o aborto é lícito em quase todos os países, embora haja variação nas circunstâncias específicas em que um indivíduo pode acessar o aborto. Além disso, quase todos os países onde o aborto está legalmente disponível regulamentam aborto diferente de outras formas de atenção à saúde. Ao contrário de outros serviços de saúde, o aborto é comumente regulado para graus variados através do direito penal, além da regulamentação sob o direito da saúde (WHO, 2022).

Também foi possível observar algumas coisas diferentes do que é divulgado na internet e na grande mídia. Em nenhum momento do documento é recomendado a assistolia fetal em casos de interrupção após 14 semanas com feto vivo. Também só se refere ao procedimento de interrupção da gestação entre 14 a 28 semanas nos casos de óbito fetal espontâneo. Em momento algum se recomenda que o procedimento seja realizado.

Na sessão *Intrauterine Fetal Demise* (tradução livre: Morte Fetal Intrauterina) está escrito que: “ a morte fetal refere-se a situações em que o feto não está mais vivo, mas o útero ainda não começou expelir seu conteúdo e o colo permanece fechado”(WHO, 2022). Orienta, ainda, que “o diagnóstico é feito por ultrassonografia após os achados clínicos, que podem incluir sangramento vaginal, ausência de batimentos cardíacos fetais na ausculta eletrônica, um falha em sentir movimentos fetais ou um útero que é significativamente menor do que o tamanho esperado” (WHO, 2022). Ainda nessa seção, em todas as orientações dadas, descreve que nenhuma evidência direta foi encontrada sobre a segurança, eficácia ou aceitabilidade de cada opção, reforçando que deve se dar atenção às competências e conhecimento dos profissionais envolvidos nessa tarefa.

Fica claro no manual produzido, que o objetivo da OMS é orientar condutas que garantam a qualidade e segurança à mulheres que optem pelo aborto. Porém, em momento alguma há instruções de se atuar ativamente ocasionando o óbito do concepto, principalmente após as 22 semanas, quando de acordo com sua própria definição, existe a viabilidade de sua sobrevivência fora do útero.

Sobre a criminalização do aborto, no Brasil colônia, uma compilação de legislações portuguesas de 1603, as Ordenações Filipinas, regeram as questões civis, morais, criminais, entre outras, até pouco tempo depois da independência. Elas não tinham nenhum artigo sobre o aborto. Segundo a antropóloga Lia Zanotta Machado, professora da Universidade de Brasília (UnB), a prática poderia ser considerada um homicídio. No entanto, para isso, o feto deveria já ter uma alma. "Na época, a Igreja Católica entendia que isso só acontecia depois do terceiro mês de gravidez. Foi somente em 1869 que a Igreja disse que isso ocorre na concepção. Por isso, só os casos de gravidez avançada chegavam à Justiça, e eram muito poucos", diz Machado (BARIFOUSE, 2023).

Segundo a historiadora Mary Del Priore, a preocupação não era exatamente com a interrupção da gravidez em si. "Mais do que atacar o homicídio terrível que privava uma alma inocente do batismo e, portanto, da salvação eterna, caçavam-se os desdobramentos condenáveis nas ligações fora do matrimônio" (BARIFOUSE, 2023).

O aborto só foi expressamente criminalizado no Código Penal seguinte, de 1830, criado no período imperial. Quem ajudasse uma grávida a abortar, com seu consentimento, poderia ser preso por 1 a 5 anos. Sem a permissão, a pena era duplicada. A sentença era de 2 a 6 anos para quem fornecesse um meio de fazer um aborto. Um "médico, boticário, cirurgião, ou praticante de tais "artes" poderia ficar até o dobro do tempo na prisão. Mas a mulher que abortava não era considerada uma criminosa (BARIFOUSE, 2023).

Após a Proclamação da República, o Código Penal de 1890, foi o primeiro a prever expressamente uma exceção, a do "aborto necessário, para salvar a gestante de morte inevitável". Mas também foi a primeira a punir criminalmente a mulher que aborta. Contudo, sua pena seria reduzida em um terço se ela tivesse feito isso para "ocultar a desonra própria". No Código Penal seguinte, de 1940, esse atenuante baseado na defesa da honra desapareceu. E foi criada a exceção para o aborto em caso de estupro. Naquela época, o estupro não era visto como uma violência contra a mulher, mas contra sua família. Tanto que a lei previa que, se o estuprador depois se casasse com a vítima, ele não era punido, porque havia reparado o dano à honra. Isso vigorou no Brasil até 2005 (BARIFOUSE, 2023).

Atualmente, no Brasil, o aborto induzido é considerado crime contra a vida humana no Código Penal Brasileiro em vigor. Somente não é qualificado como crime em três situações: (1) quando a gravidez representa risco de vida para a gestante; (2) quando a gravidez é o resultado de um estupro; (3) quando o feto for anencefálico, ou seja, não possuir cérebro. Esse último item foi julgado pelo STF em 2012 e declarado como parto antecipado com fins terapêuticos (BRASIL, 2021). No Código Civil, no artigo 2º, lemos: 'A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro' (BRASIL, 2008).

DIREITO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Em relação à violência sexual, o Brasil apresenta uma das mais altas prevalências de estupro do mundo, com a ocorrência de um caso a cada oito minutos, de acordo com os dados de registros policiais. Estima-se que a subnotificação seja ainda muito grande, o que significa que esses números podem ser ainda maiores (BRASIL, 2023).

Apesar da despenalização para a realização do aborto legal em pacientes vítimas de estupro constar no Código Penal de 1940, não havia uma regulamentação oficial para a criação desses atendimentos até 1989, o que dificultava o acesso das mulheres a esses procedimentos. Apenas alguns poucos serviços-escola como o da Universidade Estadual de Campinas

(Unicamp) e o da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp) e alguns outros realizavam esses procedimentos e isso acontecia de maneira solitária, discreta, dissimulada, muitas vezes até com relatórios de diagnósticos distorcidos como “abortamento em curso” ou “aborto retido”, com o intuito de evitar exposição pública e possíveis confrontos políticos e religiosos com esses serviços (COLÁS et al., 2021).

Então, por iniciativa do Movimento de Mulheres e outros grupos feministas, liderados por uma médica, a Dra. Maria José Araújo, que coordenava a Secretaria Especial da Mulher e conseguiu sensibilizar a prefeita do município, na época a Sra. Luiza Erundina, que em junho de 1989 emitiu a Portaria nº 692/89, de 06/06/1989, que determinava a obrigatoriedade da realização da interrupção da gestação nos casos previstos em lei pelos hospitais públicos do município de São Paulo (SÃO PAULO, 1989).

No dia 8 de março de 1989, foi criado o “Programa de Aborto Legal por Estupro” do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, coordenado pelo chefe da clínica tocoginecológica, Dr. Jorge Andalaft Neto. Para este primeiro serviço, o programa criado adotou como protocolo que o aborto seria oferecido a mulheres grávidas até o terceiro mês de gestação, e que apresentassem boletim de ocorrência e laudo do Instituto Médico Legal, comprovando a ocorrência do estupro. O protocolo foi publicado e passou a ser adotado nos hospitais que foram sendo abertos para oferecer o serviço à população (COLÁS et al., 2021).

Vale ressaltar que um ano antes, no estado do Rio de Janeiro, também foi criada uma portaria determinando esse mesmo tipo de assistência, tendo sido definido o Hospital Fernando Magalhães legalmente, em 1988, como o primeiro hospital público do município do Rio de Janeiro, referência no atendimento aos casos de aborto previsto em lei. Por motivos político-religiosos, o serviço não foi à frente, e somente em 1996, seguindo a recomendação da III Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, programou-se o funcionamento dos serviços de aborto legal, iniciando-se então a elaboração de projetos de atendimento às mulheres que necessitavam realizar a interrupção (TALIB & CITELI, 2005).

Em novembro de 1998, José Serra, Ministro da Saúde em exercício, publicava a Norma Técnica de "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", regulamentando os serviços de abortos em casos de estupro no Brasil. Definia que a partir daquele momento, os abortos em casos de violência sexual poderiam ser realizados até a vigésima semana da gestação e dispensava a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal, exigindo-se apenas o boletim de ocorrência, que não requeria apresentação de provas para ser emitido (BRASIL, 1998).

O Ministro da Saúde Humberto Costa, em 15 de dezembro de 2004, publicou uma nova Norma Técnica, intitulada "Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento". Nela, o aborto deveria ser oferecido até a vigésima semana de gestação, mas já não havia obrigação de apresentação do boletim de ocorrência. Bastaria a palavra da mulher, afirmando haver sofrido violência, para que o aborto não pudesse ser negado (BRASIL, 2004).

O último estudo realizado no Brasil sobre a situação do atendimento nos serviços públicos às mulheres vítimas de violência sexual mostrou que dos 56 hospitais listados como serviços especializados para a interrupção da gravidez prevista em lei, somente 37 deles estavam capacitados para o aborto legal e 5 nunca tinham realizado esse procedimento. Em 6 estados, não havia serviço estruturado. Gestores e profissionais de 1.395 estabelecimentos de saúde que prestavam atendimento às mulheres vítimas da violência sexual foram entrevistados e constatou-se que apenas 12% dos serviços haviam realizado pelo menos um aborto, 53% ofertavam anticoncepção de emergência e 45% ofereciam profilaxia contra HIV (MADEIRO & DINIZ, 2016). Certamente, essa falta de estrutura pode dificultar o acesso dessas mulheres ao aborto legal antes que haja a viabilidade do feto, ou seja, antes de 22 semanas.

Soma-se à dificuldade de acesso, a falta de médicos preparados e dispostos a realizarem a interrupção da gravidez, principalmente nos casos decorrentes de estupro. Isso acontece tanto pela não familiaridade dos protocolos e técnicas desse procedimento quanto pelo desconhecimento das questões éticas e legais associadas. Estudo realizado com 1.174 estudantes de Medicina constatou que 50,8% deles referiram ter objeção de consciência para realizar a interrupção da gravidez decorrente de estupro, sendo essa proporção bem menor para os casos de anencefalia fetal (31,6%) e de risco de morte materna (13,2%). Entre os estudantes que se recusam a realizar a interrupção da gravidez, a maioria (72,5%) não faria o encaminhamento dessas mulheres para outro profissional e não explicaria as opções de tratamento (MADEIRO et al., 2016).

O Código de Ética Médica define ser direito do médico “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (CFM, 2019). Contudo, uma vez que seja um direito legal da paciente, não orientar a mesma ou deixar de encaminhá-la a um profissional que possa assisti-la, pode ser caracterizado como negligência médica. Tal situação também contribuem para que a viabilidade fetal seja atingida antes que a menina ou mulher receba os cuidados necessários em casos de violência.

Vale destacar que o aborto, mesmo realizado em ambiente hospitalar e com assistência médica habilitada, possui riscos de complicações. As complicações imediatas das intervenções,

uma vez que se está interrompendo um a gestação biologicamente viável, podem ser hemorragia, perfuração uterina com histerectomia⁹, restos placentários, infecção local, peritonite¹⁰, sepse¹¹, coagulopatia¹² e óbito. A mulher submetida ao aborto pode apresentar dismenorréia¹³, dispareunia¹⁴, dores abdominais e dificuldade para ter sucesso em novas gestações devido a inflamações nas trompas ou aderências consequentes ao procedimento. Conseguindo engravidar, também podem ocorrer abortos espontâneos, placenta prévia¹⁵, incompetência istmo cervical¹⁶, acretismo placentário¹⁷, gestações ectópicas¹⁸ e baixo peso fetal devido a manipulação do endométrio para a eliminação do concepto no aborto (HARDY & ALVES, 1992).

Como complicações tardias do aborto, são relatados Transtorno de Estresse Pós Traumático¹⁹ (DAUGIRDAITE et al., 2015), abuso de álcool e drogas ilícitas, acompanhados de comportamentos suicidas (FERGUSON et al., 2013), maior taxa de mortalidade associada à depressão e comportamentos de risco que levam as mulheres a, por exemplo, contaminação pelo HIV ou desenvolvimento de doenças circulatórias, que evoluam para infarto ou acidente vascular cerebral (AVC) (REARDON et al., 2002).

⁹ Histerectomia: procedimento cirúrgico para remover todo ou parte do útero.

¹⁰ Peritonite: inflamação do peritônio, ger. devido à infecção dos órgãos abdominais ou à perfuração do abdome

¹¹ Sepse: infecção generalizada causada pela presença, na corrente sanguínea, de micro-organismos tóxicos ou causadores de doenças.

¹² Coagulopatia: ou distúrbios hemorrágicos são condições que afetam a forma como os coágulos sanguíneos se formam, gerando sangramentos mais fáceis e abundantes que o normal ou por condições que normalmente não os produzem

¹³ Dismenorréia: cólica antes ou durante a menstruação

¹⁴ Dispareunia: dor durante o ato sexual

¹⁵ Placenta Prévia: quando a placenta cobre completamente ou parcialmente a abertura interna do colo do útero, resultando em sintomas como sangramento vaginal leve a intenso, aumentando o risco de parto prematuro

¹⁶ Incompetência Istmo Cervical: deficiência funcional do colo uterino, o que o impede de manter-se fechado até o final da gravidez. Esta situação pode causar partos prematuros e até mesmo provocar abortamentos tardios de repetição

¹⁷ Acretismo placentário: O acretismo placentário é uma complicação obstétrica grave, na qual as vilosidades placentárias se fixam de forma anormal à parede uterina. A condição resulta em dificuldade ou impede a expulsão da placenta após o parto, por comprometer o plano de clivagem da placenta com o útero – causando sangramentos intensos pós-parto.

¹⁸ Gestações ectópicas: é a implantação do saco gestacional em outro local que não o endométrio da cavidade uterina — isto é, nas tubas uterinas, nos cornos uterinos, no colo do útero, no ovário, ou na cavidade pélvica ou abdominal. A gestação ectópica é uma condição com risco de morte para uma mulher grávida; essas gestações não podem ser levadas a termo

¹⁹ Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT): é um distúrbio da ansiedade que se desenvolve após a exposição a um evento traumático. Caracteriza-se por pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks relacionados ao trauma, além de esquiva de lembranças desse evento. Pessoas com TEPT também podem apresentar cognições negativas, mau humor, hipervigilância e distúrbios do sono. Esse transtorno pode ser incapacitante e afetar significativamente a vida social, ocupacional e interpessoal das pessoas afetadas.

Submeter as mulheres ao aborto, seja ele terapêutico ou emocional, sem oferecer a elas acompanhamento adequado visando minimizar suas complicações, consiste em uma política pública ineficiente e desumana, focada apenas em resultados e não no indivíduo em sofrimento.

ASSISTOLIA FETAL

Para quem não se atenta a esse fato, ao induzir a interrupção da gestação após 22 semanas, surge a dificuldade de ter que se prestar assistência a um bebê vivo e sem problemas de saúde que foi expulso do ambiente útero por não ser desejado por sua mãe. Para evitar esse problema, quem defende o direito de interrupção da gestação em qualquer idade gestacional propõe que esse bebê seja morto ainda no útero da mulher. É nisso que consiste a assistolia fetal. A injeção de cloreto de potássio (KCl) no coração do feto, guiado pelo ultrassom, para que o mesmo já saia morto do útero, dispensando assim a assistência médica e todo custo social e financeiro que seu tratamento e manutenção em UTI neonatal que isso poderia acarretar.

Não foi encontrada nas bases de pesquisa científica como Pubmed, Scielo e Google Acadêmico nenhuma publicação sobre o tema “assistolia fetal”. Em seu posicionamento sobre *Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica*, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), ao listar quais as competências relacionadas ao atendimento de meninas e mulheres em situação de violência devem ser desenvolvidas pelos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, cita “ realizar aconselhamento e obter consentimento para indução de óbito fetal e aborto acima de 22 semanas de gravidez nos casos previstos em lei” (FEBRASGO, 2020). Contudo, não cita a referência na qual tal conduta deve se basear, nem a justificativa ou protocolo para tal procedimento de ser realizado.

O KCl é um íon cardiotoxíco. Seu uso causa excitação das fibras nervosas tipo C, produzindo fibrilação ventricular cardíaca. Isso provoca extrema dor antes de promover a morte. Certamente, sua escolha para a realização da assistolia fetal, por quem adota essa prática deve-se ao fato de ter um baixo custo e, por não ser um medicamento controlado, ser de fácil acesso. Ambas são características importantes em políticas de saúde.

Certamente, quem defende essa técnica não sabe que após 15 semanas o feto já possui toda estrutura básica responsável pela sensação de dor e propriocepção. Não imagina o quão doloroso e cruel é a assistolia de um bebê viável. Como não foram encontrados estudos sobre o assunto, utilizaremos como referência os parâmetros utilizados pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária. Acreditando ser a eutanásia um potencial causador de sofrimento nos

animais, o KCl é considerado um agente complementar , devendo ser utilizado apenas com o animal sobre o efeito de anestesia geral. (CFMV, 2013).

Em 11 de maio de 2012 o Conselho Federal de Medicina Veterinária publicou a Resolução nº 1000, ciente “que os animais submetidos à eutanásia são seres sencientes e que os métodos aplicados devem atender aos princípios do bem-estar”, em seu artigo 15º considera o uso do KCl inaceitável como método de eutanásia animal, juntamente com outras técnicas como incineração, traumatismo craniano e afogamento .

PL 1904/2024

Ao criminalizar o aborto induzido, nossa legislação busca proteger o ser humano em formação no útero, reconhecendo a sua dignidade ao lhe assegurar o direito à vida, o mais importante de todos, uma vez que sem ele nenhum outro pode ser garantido. Como descrito no artigo 6º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, “o direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida” (ONU, 1966).

Assim, ao fazer uso do termo “aborto”, o legislador conceitualmente só permite a eliminação do ser em formação enquanto não houver sua viabilidade. Se a eliminação do conceito fosse aceitável em qualquer idade gestacional, o termo correto seria “interrupção da gestação”.

A livre interpretação de que não há limite para tal procedimento na lei se dá apenas para quem não está familiarizado com a definição do termo aborto. Para assegurar que não houvesse limites para evitar a existência de uma criança indesejada, proveniente de uma violência sexual, o que acarretaria, entre outras coisas, ônus ao Estado. Para assegurar essa conduta, em fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde publicou um documento para normalizar o uso do cloreto de potássio (KCl) nos procedimentos de abortamento legal no Brasil. (BRASIL, 2024). Porém, no dia seguinte, a Ministra da Saúde, Nísia Trindade Lima, manifestou-se, afirmando que “o documento não passou por todas as esferas necessárias do Ministério da Saúde e nem pela consultoria jurídica da Pasta, portanto, está suspenso”.

Por que usar em um ser humano um método proscrito aos animais, apenas por ainda estar no útero da mulher? Baseado nos conhecimentos científicos e da prática médica de assistência a conceptos após 22 semanas de gestação, amparado pela Constituição Federal, Código de Ética Médica e outros pactos internacionais do qual o Brasil é signatário e buscando evitar que tal método fosse utilizado inadvertidamente, em 21 de março de 2024, através da

Resolução nº 2.378/2024, o Conselho Federal de Medicina define que "é vedado ao médico a realização do procedimento de assistolia fetal, ato médico que ocasiona o feticídio, previamente aos procedimentos de interrupção da gravidez, quando houver probabilidade de sobrevivência do feto em idade gestacional acima de 22 semanas" (CFM, 2024a).

Diante dessa resolução do CFM e buscando manter seu posicionamento de defesa da interrupção da gestação em qualquer idade gestacional, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) acionou o Supremo Tribunal Federal questionando a legitimidade dessa resolução. Assim, em 17 de maio de 2024, o Ministro Alexandre de Moraes, desconsiderando os conhecimentos técnicos e científicos do CFM sobre o assunto e alegando indícios de abuso de poder, suspendeu a resolução do CFM, devendo valer tal suspensão até que a Corte avalie a validade da regra.

Na defesa de que cabe ao Congresso, com seus representantes eleitos pelo povo, discutir e votar se haverá em nossa legislação maiores detalhes que assegurem o respeito à vida do feto a partir de sua viabilidade e capacidade de sobrevivência em ambiente extra uterino, é apresentado em 17 de maio de 2024 o PL1904 para aprovação. Contudo, no intuito de validar a significância da vida do feto após 22 semanas, o Deputado Sóstenes Cavalcante propõe que ao interromper a gestação após esse período, sejam os envolvidos julgados conforme o delito de homicídio simples previsto no art. 121 do Código Penal, que versa sobre o homicídio. Mesmo destacando que "o juiz poderá mitigar a pena, conforme o exigirem as circunstâncias individuais de cada caso, ou poderá até mesmo deixar de aplicá-la", coloca a vítima do estupro na posição de algoz, podendo ser condenada criminalmente (CAVALCANTE, 2024). A subjetividade da condenação ou não conforme a vontade de cada juiz foi um ponto muito criticado nesse projeto de lei. A quantidade de protestos e questionamentos levaram a solicitação de uma Audiência Pública para discussão do assunto.

Em 19 de maio de 2024, representantes do CFM, entre eles o presidente José Hiran da Silva Gallo e o relator da resolução Raphael Câmara, reuniram-se com ministro Alexandre de Moraes para discutir aspectos legais, técnicos e éticos da norma, que teve sua vigência suspensa. O ministro do STF ouviu atentamente os argumentos apresentados pelos representantes do Conselho. Como autor da liminar que sustou os efeitos da norma, ele ressaltou que sua decisão será submetida ao julgamento em Plenário (CFM, 2024b).

Os conselheiros pontuaram ao ministro que pela Lei nº 3.268/1957 o CFM tem a outorga legal de definir os critérios éticos e técnicos para o exercício da profissão médica no País, com o objetivo de assegurar a eficácia e a segurança dos seus atos, como no caso da

assistolia fetal. Durante a audiência, o presidente do CFM lembrou que o tema tem sido alvo de distorções em sua abordagem, gerando confusão na análise da Resolução CFM nº 2.378/2024. No entanto, assegurou, essa posição não foi tomada para trazer prejuízo à mulher ou outros grupos, nem para impedir o funcionamento de estruturas que são de competência do Governo (CFM, 2024b).

Em 17 de junho de 2024, repercutindo a Resolução do CFM e as discussões a respeito do PL 1904/2024, a Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) divulga uma declaração se posicionando sobre a proibição de indução de assistolia fetal no aborto legal no Brasil. Em sua justificativa para a realização do procedimento não demonstra, contudo, quais os benefícios para a mulher. Apenas destaca que, evidências científicas indicam a assistolia fetal para prevenir sinais de vida durante a indução do aborto ou expulsão fetal. Afirma que a probabilidade de sobrevida neonatal transitória após a expulsão aumenta com idade gestacional e o intervalo entre o preparo cervical e o aborto. Indica que, assim, a indução de assistolia fetal deve ser sempre uma opção (FIGO, 2024). Nitidamente essa orientação visa apenas o conforto do profissional que teria que lidar com um feto vivo e viável, necessitando de intenso suporte médico, mas sem alguém disposto a se responsabilizar por ele.

CONCLUSÕES

Os avanços na validação dos Direitos da Mulher, principalmente nas últimas décadas, possibilitam deixar para traz o caráter coadjuvante e submisso de sua presença na sociedade e permitem sua participação ativa no mercado de trabalho e relacionamentos sociais. Ainda há muito que se conquistar, mas o progresso é significativo.

Como observamos, mesmos nos casos em que a legislação autoriza o aborto, a estruturação dos serviços públicos e a formação de profissionais capacitados para esse tipo de assistência ainda são deficitários. Assim, essa incapacidade logística de atender a todos casos de gestação proveniente de violência sexual, risco de vida iminente da mulher ou anencefalia inviabiliza qualquer possibilidade institucional de se fazer uso do aborto como instrumento de planejamento familiar para a população em geral. De maneira mais efetiva e útil, a atenção a educação sexual da população e oferta livre de métodos transitórios ou definitivos de anticoncepção evitariam a busca por medidas extremadas e com repercussões a curto, médio e longo prazo para as mulheres.

Faz-se necessário a adequação do Sistema Único de Saúde para assistir adequadamente as mulheres que possuem o direito de optar pelo aborto. Também, em uma sociedade focada na

proteção dos direitos da mulher, mais do que atuar nas consequências da violência sexual, é fundamental a atenção a criação de políticas públicas e legislações que ampliem a identificação e punição efetiva dos agressores.

Destaco que seja fundamental associar a essa discussão o suporte às mulheres que, em situação de vulnerabilidade e desespero, escolham pela interrupção de sua gestação. E nos casos em que a viabilidade fetal já está presente (após 22 semanas), que essas mulheres possam receber o amparo necessário para suportar as dificuldades que enfrentarão durante o período gestacional até que seja seguro o nascimento desse bebê. Caberá ao Estado acolher e amparar essa criança, encaminhando-a para uma família ou instituição que possa oferecer a ela os cuidados e educação necessários.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, C. (2017). Gestação: Encontro entre Almas. In *Gestação: Encontro entre Almas* (1st ed.). AME Editora.
- BARIFOUSE, R. (2023, September 22). *As mudanças na legislação brasileira sobre o aborto nos últimos 100 anos*. BBC News.
- BRASIL. (1998). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, Norma Técnica*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- BRASIL. (2004). *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (2nd ed.). Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2008). *Código Civil Brasileiro e Legislação correlata* (2nd ed.). Senado Federal.
- BRASIL. (2021). *Código Penal* (4th ed.). SENADO FEDERAL.
- BRASIL. (2023). 17o Anuário Brasileiro de Segurança Pública. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>
- BRASIL. (2024). *Norma Técnica 2/2024*. SAPS/SAES/MS. <https://static.poder360.com.br/2024/02/nota-tecnica-2-2024-ministerio-saude.pdf>
- CAVALCANTE, S. (2024). PROJETO DE LEI N.º 1904/2024. *CÂMARA DOS DEPUTADOS*. https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2425262&filename=PL%201904/2024
- CFM. (2019). *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019*. Conselho Federal de Medicina.
- CFM. (2024a). *RESOLUÇÃO Nº 2.378*. Conselho Federal de Medicina. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2378_2024.pdf
- CFM. (2024b, June 16). *Resolução 2.378/2024: CFM vai ao STF para esclarecer pontos da norma sobre assistolia fetal*. <https://Portal.Cfm.Org.Br/Noticias/Resolucao-2-378-2024-Cfm-Vai-Ao-Stf-Para-Esclarecer-Pontos-Da-Resolucao-Sobre-Assistolia-Fetal>
- CFMV. (2013). *Guia Brasileiro de Boas Práticas para a Eutanásia em Animais: Conceitos e Procedimentos Recomendados*. Conselho Federal de Medicina Veterinária.
- COLÁS, O., ROSAS, C., & PEREIRA, I. (2021). Resgate histórico do primeiro programa público de interrupção da gestação por estupro no Brasil. *Femina*, 49(3), 183–186.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224086/femina-2021-493-p183-186-resgate-historico-do-primeiro-program_NcFocrR.pdf

- DAUGIRDAITE, V., VAN DEN AKKER, O., & PUREWAL, S. (2015). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review. *Journal of Pregnancy*, 2015, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2015/646345>
- FEBRASGO. (2020). Diretrizes para o atendimento em violência sexual: o papel da formação médica. *Femina*, 49(4), 230–236. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224094/femina-2021-494-p230-236-diretrizes-para-o-atendimento-em-viol_E8hdaxm.pdf
- FERGUSSON, D., HORWOOD, L., & BODEN, J. (2013). Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9), 819–827. <https://doi.org/10.1177/0004867413484597>
- FIGO. (2024). FIGO position statement on the recent prohibition of induction of fetal asystole for legal abortions in Brazil. Disponível em: https://www.figo.org/sites/default/files/2024-06/FIGO%20Position%20Statement%20on%20the%20IFA%20prohibition_June%202024_1.pdf
- HARDY, E., & ALVES, G. (1992). Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4), 454–458. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400010>
- KLAUS, M., & KLAUS, P. (2001). *Seu Surpreendente Recém Nascido*. Artmed.
- LEJEUNE, J. (2014). *Au commencement, la vie: Conférences au grand public (1966-1986)*. Mame.
- MADEIRO, A., & DINIZ, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 563–572. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
- MADEIRO, A., RUFINO, A., Santos, P., Bandeira, G., & Freitas, I. (2016). Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 86–92. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014>
- MOORE, K., PERSAUD, T. (VID), & TORCHIA, M. (2016). *Embriologia Clínica* (10a ed.). Elsevier.
- NATURE. (1998). *Fetal Fascination* (Vol. 394). Macmillan Publishers Ltd. <https://www.nature.com/articles/29647>
- Nogueira, E. F., Fernandes, J. P. M., Camargo, G. D., Assis, V. T. de, & Scalia, L. A. M. (2024). Espiritualidade e religiosidade na prática médica em um hospital universitário. *Revista Bioética*, 32. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243695pt>
- ONU. (1966). *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos*. https://www.cne.pt/sites/default/files/dl/2_pacto_direitos_civis_politicos.pdf
- PAUL, M. (1992). *implications of the recognition of fetus states of mind - a discussion with Dr Alessandra Piontelli*. UCLA - Neuro Psychiatric Institute.
- REARDON, D., NEY, P., SCHEUREN, F., COUGLE, J., COLEMAN, P., & STRAHAN, T. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 95(8), 834–841.
- SÃO PAULO. (1989). PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 692 DISPOE A OBRIGATORIEDADE A REDE HOSPITALAR DO MUNICÍPIO, DO ATENDIMENTO MEDICO PARA O PROCEDIMENTO DE ABORTAMENTO, NOS CASOS DE EXCLUSAO DE ANTIJURIDICIDADE, PREVISTOS NO CODIGO PENAL. *Diário Oficial Do Município de São Paulo*, 34(76), 12. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-692-de-26-de-abril-de-1989/consolidado>
- TALIB, R., & CITELI, M. (2005). Serviços de aborto legal em Hospitais Públicos Brasileiros (1989-2004): Dossiê. *Católicas Pelo Direito de Decidir*. https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/253313/mod_resource/content/2/Aborto%20legal%20-%20do-ssi%3%AA.pdf

- THILL, B. (2022). Fetal Pain in the First Trimester. *The Linacre Quarterly*, 89(1), 73–100.
<https://doi.org/10.1177/00243639211059245>
- VERNY, T. (1993). *A Vida Secreta do Bebê Antes de Nascer* (3rd ed.). C.J. Salmi.
- WHO. (2022). *Abortion Care Guideline*. World Health Organization - Human Reproduction Programme.
- WILHEIM, J. (2015). *O que é psicologia pré natal*. Casa do Psicólogo.