

## ANÁLISE DA MORALIDADE DO ABORTO: UM OLHAR PARA O BRASIL

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-002>

**Data de submissão:** 03/01/2025

**Data de publicação:** 03/02/2025

**Elen Márcia Carioca Zerbini**  
Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura/UnB

**Nara Fagundes Correia**  
Doutoranda em Bioética/UnB

---

### RESUMO

Esse artigo discute a moralidade do aborto no ocidente, e no Brasil em específico, à luz das principais ideias do bioeticista e filósofo italiano Maurizio Mori e da também bioeticista e antropóloga brasileira Débora Diniz. Trata-se de uma passagem pelo tempo sobre as mudanças a respeito dessa temática e uma reflexão acerca do acesso ao aborto no Brasil, a partir das normativas e das políticas públicas instituídas no período mais recente.

**Palavras-chave:** Bioética. Aborto. Moralidade. Saúde Pública.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A MORALIDADE DO ABORTO NO OCIDENTE

O convite de Mori (1997) é para uma reflexão acerca do aborto, por meio da análise da moralidade do tema, em compasso com os marcos históricos que lhes são pertinentes. Em sua obra *A Moralidade do Aborto* são analisadas as convicções e as motivações para decisões sobre o aborto no ocidente e algumas posições correlatas, além da apresentação de duas definições de aborto, para atender à “exigência de uma linguagem rigorosa”, que melhor permite o desenvolvimento dos conhecimentos acerca da temática.

O tema da moralidade, é importante ressaltar, não se pauta por uma superficial análise sobre conceitos e práticas aceitas por uns e inconcebíveis por outros, mas busca com base em dados históricos, pensar criticamente e identificar quais pontos sensíveis e injustificáveis pela razão tem a manutenção, ou não, de uma convicção. A coerência interna surge, então, como um critério útil e relevante no caminho da construção de um pensamento crítico e complexo.

Para Mori (1997), a moralidade é “uma atividade *racional* e uma pesquisa *crítica*”. Destarte, para ser interpretada como tal, carece de racionalidade, devendo estar sustentada por “boas razões” e situada “dentro de um discurso ético mais geral e coerente”. E, para que uma convicção saia do âmbito privado dos moralismos isolados e seja “proponível no plano moral”, ela precisa ser “justificada racionalmente”, para assim necessariamente “ultrapassar a avaliação crítica feita pela razão” e então estar no plano da moralidade.

Pode acontecer que a análise racional mostre como uma determinada convicção, que achávamos justificada, não o seja, quer porque os dados empíricos apresentados resultam falsos, quer porque tal tese contrasta com outras teses mais sólidas e bem argumentadas, razão pela qual deve ser abandonada, para poder restabelecer a coerência interna do discurso geral. (Mori, 1997, p. 12)

A análise racional da moralidade do aborto de Mori (1997) expõe as convicções quase sempre não justificadas em torno da pauta, baseadas em proposições metafísicas e em dados não científicos, e que não consideram os aspectos sociais envolvidos. E também expõe a moralidade do aborto que mais se aproxima da justificativa racional, porque baseada em análises sociais e históricas, construídas a partir de dados produzidos por pesquisas científicas e pautadas pela ótica sanitária e humanista.

Assim, o autor coloca em debate algumas concepções primordiais para uma melhor análise do aborto, como a definição se o embrião pode ser considerado uma pessoa desde a concepção, se o direito à vida pode implicar no direito ao uso do corpo alheio, bem como qual a “verdadeira justificativa para a interdição do aborto”.

Mori (1997) traça uma breve história da moralidade do aborto no ocidente, que se inicia na Grécia e Roma antigas, momento em que o aborto não era criminalizado, nem problemas éticos relativos eram levantados. Passa pelos paradigmas do cristianismo, difundidos mundialmente, da soberania de Deus sobre a vida humana, a reprodução, a sacralidade do matrimônio, da infusão da alma no corpo imediata à concepção e também pela perseguição das mulheres da *pharmakopéia* por “bruxaria” uma vez que eram elas que manipulavam as poções contraceptivas e abortivas. Até os séculos XVII e XVIII pautados pelas teses do preformismo – a animação imediata do corpo – e da epigênese – a animação retardada. A tese do preformismo ganhou escopo com a imagem que havia um do *homunculus*, o indivíduo que teria sido visto, pelo microscópio, no sêmen. E a epigênese foi ganhando terreno com o nascimento da embriologia no século XIX.

Acerca desse último período, Mori afirma que a “ontogênese recapitula a filogênese”, isto é, que o desenvolvimento do embrião é análogo ao desenvolvimento das espécies e, portanto, deixa clara a sua posição de que o embrião ainda não é uma pessoa, na medida em que a potência de ser algo não é *o algo* ainda. Ele usa como exemplo o carvalho para expressar que a sua semente quando germinada ainda não é a árvore do carvalho. É somente a potência de ser carvalho. Tal qual o embrião, que ainda não é uma pessoa “em ato”.

O autor remete ainda, na perspectiva histórica, à importância da medicalização do parto, momento em que os obstetras (homens) começam a se impor às parteiras, tirando assim seu protagonismo na assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e abrindo espaço para as percepções masculinizadas do parto, do nascimento e da maternidade.

Em relação às normativas do Ocidente sobre o aborto, Mori (1997) remonta ao ano de 1803, quando a lei inglesa passa a punir severamente o aborto e é seguida por outros países europeus, como a Itália que, em 1889, o tipifica como um “delito contra a pessoa”. Assim, até a década de 1960, todas as legislações ocidentais puniam rigorosamente o aborto – exceto a Suécia e a União Soviética.

A partir desse período, em razão dos altos índices de malformação fetal, provocados pelo uso da talidomida pelas mulheres gestantes – primeiramente aquelas dos Estados Unidos e de países da Europa – para atenuar os desconfortos estomacais do período gestacional e também pelos impactos do advento da técnica por sucção nos procedimentos de aborto que o tornou mais seguro e menos traumático, ganha corpo os movimentos sociais de mulheres pelo direito ao aborto, como “garantia de igualdade entre homens e mulheres”. Nesse momento a pauta se desloca sobremaneira do âmbito privado para a esfera pública, porque, defendido como direito, não mais se encerra como evento particular sigiloso, sem projeção pública.

Como consequência, a década de 1970 inaugura o surgimento de legislações mais permissivas ao aborto, não necessariamente na perspectiva de instaurar uma nova moralidade sobre o tema, mas sobretudo como uma “necessidade de vencer a praga do aborto clandestino” (Mori, 1997). Em melhores palavras, o autor sintetiza que há solução técnico-jurídica para o conteúdo moral do aborto:

A legislação permissiva não pretende garantir moralmente o aborto, mas somente evitar o aborto clandestino que alimenta a ilegalidade e, muitas vezes, põe em risco a vida da mulher (...) a interdição obriga a todos a se abster do comportamento indicado, ao passo que a permissão não impõe a ação, mas simplesmente a permite a quem quiser adotá-la, e essa assimetria garante a liberdade de todo o mundo. (Mori, 1997, p. 32)

Para o autor, uma legislação mais permissiva está conectada com as questões dos direitos civis e humanos. E uma mais restritiva é contrária à liberdade religiosa, porque pressupõe que todas as pessoas sujeitas a ela partilham da mesma moralidade religiosa, sobretudo a cristã, e não considera a diversidade de crenças e costumes.

Depois então das décadas de 1960 e 70, o autor ratifica que houve mudanças na avaliação moral do aborto. E estabelece quatro posições sobre sua moralidade. A posição católica, que condenava desde a contracepção – o paradigma da inviolabilidade da reprodução no casamento, o *sacramentum magnum* – até a interrupção voluntária da gravidez. A posição do Movimento pela Vida, defendida por católicos que admitiam parcialmente as exceções. A posição pela legalização do aborto, que visava o não agravamento da situação da mulher, “empurrando-a para o aborto clandestino”. E a posição pela liberalização do aborto, de acordo com a qual a mulher poderia pretendê-lo “por pedido”, em uma decisão privada, e “a lei, portanto, deveria limitar-se a garantir que a intervenção médica ocorresse de forma correta” (Mori, 1997, p. 31).

Para atender à exigência do “uso de uma terminologia rigorosa”, necessária ao avanço dos conhecimentos, como supracitado, Mori (1997) traz para o debate do aborto a discussão sobre o início da gravidez, se na concepção, quando o óvulo é fecundado pelo espermatozoide, ou se na nidação, quando o óvulo fecundado se gruda na parede do útero para iniciar seu desenvolvimento fetal. E, ainda, o autor questiona se os métodos contraceptivos que impedem a nidação – contragestacionais – não seriam, ulteriormente, uma forma de aborto, na perspectiva daqueles que defendem o início da vida na concepção.

A concepção é uma etapa do processo reprodutivo, e não determina a diferença entre prevenir a formação de uma vida e matar uma vida já formada. (Mori, 1997, p. 37)

Outra importante discussão trazida por Mori (1997) diz respeito ao debate sobre a conceituação de pessoa. Segundo ele, o embrião é uma “pessoa em potencial, não uma pessoa *em ato*”. Em oposição ao “materialismo duro”, que reduz a pessoa a um conjunto de moléculas, o autor, baseado na visão não reducionista, segundo a qual a pessoa transcende o mundo natural, defende que a pessoa é composta de alma e corpo e é dotada de racionalidade. Sendo imperativa, portanto, uma interpretação filosófica acerca desse conceito. Esse debate metafísico é comumente trazido pelos opositores ao aborto, no sentido de afirmar a existência da pessoa no momento da concepção e, portanto, atrelar o aborto ao delito contra a pessoa, e ignorado pelos defensores, que entendem a primazia da vida e da autonomia das mulheres. (...) pessoa é uma noção que pertence não à biologia, mas à filosofia. (...) é um termo técnico que indica o composto de alma e corpo. (Mori, 1997, p. 45)

Em síntese, Mori (1997) diz que a moralidade do aborto pressupõe a resposta a dois problemas: se o feto é ou não pessoa, com direito à vida e se o direito à vida de uma pessoa implica a negação do direito à saúde reprodutiva da mulher. Assim, para ele, a verdadeira justificativa para a interdição do aborto repousa no Princípio da Sacralidade da Vida Humana (PSV), segundo o qual o processo reprodutivo não pode ser violado, “porque envolve uma intervenção divina”. Aqui a “ética da sacralidade da vida” se contrasta com a “ética da qualidade de vida”, de acordo com a qual é a inviolabilidade da vida da mulher que deve ser garantida.

O aborto para Mori (1997) coloca então em discussão, além do PSV, também as concepções tradicionais da maternidade e da procriação, do matrimônio e da família e do papel da mulher em todos esses contextos. A partir disso, faz-se convite a pensar na realidade brasileira e as involuções e diferenças que impedem o Brasil de seguir uma tendência em vários países, podendo repensar os direitos da mulher e o seu acesso ao aborto seguro.

## **2 O ABORTO NO BRASIL: MAGNITUDE E MORALIDADE**

Hoje no Brasil são três as possibilidades para o acesso ao aborto legal: estupro, risco de morte para a mulher e anencefalia do feto – esta última a causalidade tornada legal mais recentemente, no ano de 2012 pelo Supremo Tribunal Federal, o STF. No entanto, dada a história política e social do País, marcada sobremaneira pela estreita relação da igreja católica com o Estado, esse acesso se dá de forma restrita, ou mesmo não se dá. Na última década houve um substancial aumento no quantitativo de parlamentares cristãos evangélicos, o que repercute fortemente nos rumos das políticas públicas voltadas para mulheres, sobretudo aquelas relacionadas aos direitos reprodutivos.

O Código Penal brasileiro de 1940 criminaliza a prática do aborto em todas as outras hipóteses, que não as supracitadas, com penas de até três anos de reclusão. Para além ainda da criminalização, o

acesso ao aborto legal e seguro encontra barreiras estruturais, geográficas e morais. Mesmo com os permissivos legais, cabe ressaltar que o primeiro serviço de saúde de aborto legal no Brasil surgiu somente no ano de 1989, quase cinquenta anos após o Código Penal.

Importante considerar que, conforme a lei federal 9.263/96, o planejamento familiar é direito de todo o cidadão e se caracteriza pelo conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, com assistência integral à saúde. Além de ser um direito fundamental expresso na Constituição Federal de 1988, o planejamento familiar visa promover informações sobre a sexualidade, a prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis – incluída a do HIV/AIDS – a assistência à concepção e o acesso aos métodos contraceptivos, além do atendimento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle e a prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de próstata.

O Planejamento Familiar abrange ainda o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida (Lemos, 2014), conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (Brasil, 2004) e, principalmente, na Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (Brasil, 2005b).

A PNAISM, publicada em 2004, redefiniu a agenda pública relativa à saúde da mulher, porque ampliou o leque de ações, até então focadas na assistência à saúde materna, para incluir outros aspectos relevantes da saúde das mulheres, como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros.

Assim, o conceito de direito reprodutivo ganhou um caráter político, porque trouxe a necessidade premente de transformações culturais da sociedade e o foco para a educação em saúde e para o protagonismo dos atores envolvidos com o cuidado. E vale ressaltar que o direito ao abortamento seguro é apenas um dos pontos que envolvem o direito reprodutivo.

Um estudo nacional (Diniz e Madeiro, 2016) evidenciou a existência de cerca de sessenta serviços de referência para o aborto legal no País, presentes em quase todos os Estados, geralmente nas capitais, concentrados, porém, nas regiões sul e sudeste, fato que constitui uma barreira para as mulheres das outras regiões ou para aquelas que vivem distantes das capitais. E mesmo quando esses serviços estão em situação legal, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Sistema Único de Saúde (SUS), não são facilmente acessados, porque, seja por receio do

estigma por parte da população ou por falta de apoio financeiro e de gestão, são colocados dentro de outros serviços, sem identificação, nem publicização. E não é incomum a desativação dos serviços, em razão também da resistência das equipes de saúde, originadas nas deficiências da formação acadêmica ou por razões morais e religiosas. Outros, até mesmo não executam o procedimento alegando protocolos clínicos próprios, como por exemplo limites quanto a idade gestacional.

Entre os meses de abril e maio de 2020 a organização não governamental Artigo 19 e as plataformas de jornalismo AzMina e Gênero e Número realizaram um levantamento por meio de contato telefônico individual com cada um dos 76 serviços que vinham realizando o procedimento de aborto legal no ano de 2019, com o objetivo de mensurar o impacto da Pandemia da Covid-19. Apenas 42 hospitais estavam realizando abortos legais – uma redução de 45%. Vinte hospitais disseram não estar realizando o procedimento e, destes, apenas 5 indicaram um serviço alternativo à usuária.

O Informe Nacional da Anis (Anis, 2020), também produzido no sentido do monitoramento de políticas de saúde reprodutiva durante a pandemia da Covid-19, demonstrou que, mesmo antes da pandemia, somente 9 capitais brasileiras ofereciam todos os métodos anticoncepcionais, com a Covid-19 o cenário ficou ainda mais difícil. Houve restrição da distribuição de preservativos e das cirurgias de laqueadura de trompas e de vasectomia, além da redução em 45% dos serviços que atendem procedimentos de aborto legal no País.

Uma outra barreira que se soma é a falta de capacitação das equipes de saúde que compõem esses serviços. Há uma limitação no conhecimento acerca das normativas que respaldam a realização do procedimento. Como exemplo, muitos ainda exigem que a mulher apresente Boletim de Ocorrência, nos casos de violência e/ou desconhecem os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas (PCDT) para o procedimento – uso de medicamentos e das técnicas invasivas, como a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e a curetagem.

Nesse sentido o Ministério da Saúde (MS) dispõe da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005a), publicada primeiramente no ano de 2005, depois com nova edição em 2011, que visa a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, na perspectiva de um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde, a partir da introdução de novas abordagens no acolhimento e na atenção, permitindo então a consolidação de padrões de atenção à saúde, com base na necessidade das mulheres.

Cabe ressaltar que o Brasil autoriza o uso de um único medicamento, o Misoprostol, exclusivamente em ambiente hospitalar. Um outro medicamento utilizado em outros países, a Mifepristona, não tem autorização do órgão federal regulador dos fármacos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Ademais, o abortamento é um ato médico, não cabendo a outro profissional de saúde executá-lo. Tal fato restringe o acesso ao procedimento aos serviços que dispõe de profissional especialista, podendo este ainda alegar objeção de consciência à prática do aborto, respaldado em dispositivos normativos de códigos profissionais e de políticas públicas, que visam à proteção da integridade de pessoas em situação profissional de conflito moral (Diniz, 2011).

Em um conflito entre deveres públicos e direitos individuais, esse dispositivo é acionado para proteger a moral privada do indivíduo, como no caso do médico que declara objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente. Em nome de convicções individuais, esse dispositivo protegeria o sentimento de integridade moral do médico, ao autorizá-lo a não participar de um procedimento que acredita ser moralmente errado, embora legal. (Ibidem)

Essas normativas preconizam o direito individual do médico à objeção de consciência à prática do aborto, mas a regulamentação estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) define também que os serviços públicos credenciados para atendimento das mulheres em situação de violência sexual devem garantir o atendimento em tempo hábil por outro profissional da instituição ou por outro serviço. Não sendo reconhecido o direito à objeção, então, na ausência de outro médico para atender a mulher, se houver risco de morte para ela, se a omissão do atendimento puder causar danos ou agravos à sua saúde ou se for um atendimento de urgência (Freitas, 2011).

Em soma a esse cenário inibidor para o acesso ao aborto legal, muito recentemente o governo brasileiro editou normativa – Portaria 2.282, de 27 de agosto de 2020 – que obriga os profissionais de saúde ou os responsáveis pelo estabelecimento de saúde a notificarem as autoridades policiais quando do acolhimento da paciente com indícios ou confirmação do crime de estupro, além de recolherem evidências. A mesma normativa extingue ainda a consideração prevista na norma técnica anterior – Portaria 1.508 GM/MS, de 1º de setembro de 2015 – sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, que não obriga as vítimas de estupro à apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento. E expressa, também como obrigação da equipe de saúde, a oferta para a mulher em atendimento da possibilidade de visualização do feto por meio de exame de ultrassonografia. Aqui a exigência parece projetada para dissuadi-la de prosseguir com o aborto legal e mesmo para atrasar os cuidados médicos.

Na ocasião da edição dessa normativa o Ministério da Família, Mulher e Direitos Humanos também anunciou a criação de um canal exclusivo para profissionais médicos para a denúncia de mulheres e meninas de quem suspeitassem a realização de aborto ilegal. Em suma, a Portaria 2.282/20 dificulta ainda mais o acesso ao aborto legal, potencializando as ameaças aos direitos à vida, saúde,

privacidade e sigilo médico, além da não discriminação, e de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Essa foi uma das medidas do governo brasileiro no mandato de 2019 a 2022, dentre outras, que revelam o caráter conservador dos governantes em exercício. Os discursos se pautavam nas plataformas morais de “defesa da vida e da família”.

No dia 8 de março de 2021, o então presidente Jair Bolsonaro não assinou a declaração do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU), que tinha como um dos compromissos a realização de ações à saúde feminina durante o combate a Covid-19 para diminuir as desigualdades históricas. Mais de 60 países assinaram a declaração pelos direitos das mulheres e meninas, entre eles, México, Alemanha, Argentina, Austrália, Canadá, Estados Unidos, França, Israel, Japão e Reino Unido. Em tempo, até o ano de 2016, o Brasil se pautava pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU, tais como a redução da taxa de mortalidade materna e o acesso universal à saúde reprodutiva.

O ponto de discordância do governo do presidente Jair Bolsonaro para não assinar o documento foi justamente a questão da inclusão dos serviços de saúde sexual e reprodutiva na declaração.

Tanto o presidente quanto a ministra da Família, Mulher e Direitos Humanos, Damarens Alves, advogada e pastora evangélica, posicionavam-se publicamente contra os direitos sexuais e reprodutivos. Em janeiro de 2019, primeiro mês em exercício, o presidente Bolsonaro editou a Lei nº 13.798, que instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, como um adendo ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Na realização das atividades alusivas ao período, recomendações como o foco no cuidado pela “vida que chega” e a importância da família como “um pilar educacional importantíssimo para a saúde reprodutiva” revelavam a contraposição às políticas públicas que vinham sendo implementadas, seja por não considerar a autonomia das adolescentes e mulheres adultas relacionada à saúde sexual e reprodutiva, seja por não defender o ambiente escolar como um importante espaço promotor de práticas de cuidado em saúde.

E não é somente no poder executivo que se encontram forças políticas contrárias à garantia dos direitos das mulheres. No Legislativo Federal novos projetos de lei traduzem a pauta conservadora em políticas estranhas à democracia e à razão pública, como por exemplo o registro compulsório da gravidez, a chamada bolsa-estupro e o Estatuto do Nascituro (Freitas, 2011).

Na década de 1990, das 23 proposições sobre aborto apresentadas ao Congresso Nacional – ampliando ou restringindo os permissivos legais, facilitando ou barrando o acesso aos serviços de saúde – pouco mais de 50% foram favoráveis à liberalização do acesso ao aborto (Freitas, 2011). Uma

única proposta sobre aborto foi aprovada neste período, na área trabalhista, que garantiu o abono das faltas em decorrência de abortamento. Em 2001 houve uma proposição favorável à aprovação de todas as propostas liberalizantes (Ibidem).

Tramita na casa legislativa desde 1991 o Projeto de Lei 1.135 que propõe a descriminalização do aborto, por meio da revogação do Artigo 124 do Código Penal brasileiro, que prevê detenção de um a três anos para a gestante que provocar aborto em si mesma ou consentir que outro o faça. Em 2011, depois de exatos vinte anos de tramitação, o PL foi arquivado.

Desde as eleições parlamentares de 2002 o Congresso Nacional vem se constituindo crescentemente por parlamentares que se identificam com a plataforma religiosa e/ou outras pautas flagradamente conservadoras, o que dificulta sobremaneira o avanço das leis que protegem as mulheres dos abortos inseguros.

Na esteira dos aspectos legais do aborto no Brasil vale ressaltar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) Nº 442/DF apresentada ao STF em 2018 visando a não recepção parcial dos Artigos 124 e 126 do Código Penal, isto é, a solicitação da descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. A publicidade dada a essa ADPF, por si só, abriu novamente espaço para a discussão do aborto no País como um problema da saúde pública e não do direito penal.

Durante a arguição 36 entidades interessadas apresentaram *amicus curiae*, que são ofertas por outras instituições de subsídios às decisões dos tribunais, para embasar questões relevantes e de grande impacto. A Anis fez um compilado dos principais argumentos (Anis, 2019). Essa é considerada a ação com maior número de pedidos de ingresso como *amicus curiae* da história do STF.

Cabe, assim, enfatizar aqui o papel histórico de controle social exercido pelos movimentos sociais. Tanto grupos feministas, como outros com pautas progressistas, como os direitos humanos, entre outras, monitoram e advogam diuturnamente pela garantia dos direitos das mulheres. A sociedade civil tem papel primordial, pois, ainda nos governos tendencialmente progressistas que já existiram, o aborto é dificilmente pautado e quando o é traz consigo a moral cristã tão presente na trama social brasileira, que desconsidera a autonomia da mulher e o aborto como uma questão de saúde pública, não moral ou religiosa. Assim, o constante advocacy da sociedade civil, em todos os seus movimentos, colabora significativamente para o avanço da pauta do aborto no país.

As Pesquisas Nacionais de Aborto (PNA) realizadas nos anos de 2010 e 2016 pela Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero que buscaram traçar a magnitude do aborto no Brasil demonstraram que *o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões* (Diniz, Medeiros e Madeiro, 2017), com maior frequência entre as de menor escolaridade, as pretas, pardas e indígenas vivendo nas

regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. E especifica que, aos 40 anos, 1 em cada 5 mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do País já realizou ao menos um aborto. No ano de 2015 cerca de 416 mil mulheres abortaram.

Esse quadro ratifica e reforça que o acesso ao aborto seguro no Brasil deve ser assegurado como uma medida de proteção à saúde mental e física das mulheres. Evidenciado como evento frequente, ele segue e seguirá ocorrendo independente de sua situação legal. E se as barreiras para o seu acesso não forem devidamente confrontadas, a vida das mulheres seguirá em risco nas medicações dos mercados clandestinos, nas clínicas ilegais e inseguras e/ou no sistema penitenciário.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O bioeticista italiano Maurizio Mori nos anos 90 apresentou razões que levaram as pessoas a considerarem ou não o aborto como um direito a ser garantido. Mais de 30 anos depois percebemos que o Brasil ainda anda a passos curtos sobre esse importante tema. Questões relacionadas à moralidade cristã colocam anualmente em perigo milhares de mulheres que são criminalizadas pelo Estado, quando decidem, por diversas razões, sobre a submissão a um processo de abortamento.

Mais que a preocupação com a saúde das mulheres e a possível prole, o ponto moral da negação desse, que deve ser um direito, está atrelado ao paradigma da sacralidade da vida do vir- a-ser, e não ao respeito à autonomia da pessoa. Assim, é de suma importância que todos os conceitos que emergem na discussão sobre a moralidade do aborto sejam muito bem debatidos, sob contextos históricos pertinentes e localizados geograficamente, pautados pela racionalidade e pela pesquisa crítica, para que não se resumam aos moralismos das convicções particulares. E por último, mas não menos importante, refletir sobre a flexibilizações das leis acerca do aborto não empurra as mulheres para a prática, contudo, sua criminalização coloca a vida de milhares delas em risco todos os anos.

## REFERÊNCIAS

ANIS – Instituto de Bioética. Aborto: por que precisamos descriminalizar? – Argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442. Brasília: Letras Livres. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília. 2004.

.Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília. 2005a.

.Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília. 2005b.

Cavalcanti C, Rondon G. Monitoreo de Políticas de Salud Reproductiva en el Marco de las Respuestas al Brote de Covid-19 y Acciones de Incidencia a Nivel Nacional para Fortalecer el Acceso a Servicios Esenciales de Salud Reproductiva. Anis – Instituto de Bioética: Brasília. 2020.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

Diniz, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Revista de Saúde Pública Nº 45(5). 2011. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2721.pdf>

Diniz D, Madeiro AP. Serviços de Aborto Legal no Brasil – Um Estudo Nacional. Revista Ciência e Saúde Coletiva Nº 21. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.10352015

Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Revista Ciência e Saúde Coletiva Nº 22(2). Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2017.

Freitas A. Aborto: guia para profissionais de comunicação. Recife: Grupo Curumim. 2011.

Lemos A. Direitos Sexuais e Reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Saúde Debate Nº 38(101). 2014.

Mori M. A Moralidade do Aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher. Brasília: Editora UnB, 1997.