

Memorial para Audiência Pública no âmbito da ADPF 442

Expositora: Helena Bonciani Nader

Instituição: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

Excelentíssima Ministra Rosa Weber,

Excelentíssimos Ministros e autoridades presentes,

Um dos argumentos utilizados para defender que o aborto permaneça criminalizado é o de que o feto não é outra coisa senão ser humano desde a concepção, tendo, portanto, direito à vida a partir desse momento. Há quem defenda este argumento afirmando tratar-se de um consenso na ciência. Gostaria de demonstrar o contrário: não existe consenso científico sobre quando se inicia a vida humana. As evidências científicas não fornecem respostas, seja na embriologia ou em outras especialidades de desenvolvimento celular, sobre o início da vida humana para efeitos de proteção de direitos. O conhecimento científico permite falar sobre critérios para definição de vida a nível celular, para qualquer ser vivo, seja uma planta, uma bactéria, ou um mamífero, mas não de vida humana em particular.

Uma célula está viva quando têm capacidade de criar cópias delas mesmas pelo seu crescimento e de se dividir em duas, e isso significa que embriões são compostos por células vivas, assim como espermatozóides e óvulos. Ou seja, a célula é a unidade fundamental da vida. A ciência afirma que organismos superiores não são mais do que comunidades de células originadas por crescimento e divisão de uma única célula fundadora. Podemos nos

desenvolver a partir de um único óvulo fertilizado, assim como qualquer outro organismo pode se originar de uma única célula fundadora.¹

Afirmar que a vida se inicia desde a concepção é uma postura moral possível, mas que encontra obstáculos em fatos biológicos. Pode ser legitimamente sustentada por convicções religiosas e filosóficas, mas não por consensos científicos. Nesse sentido é que em 1981 a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (NAS) aprovou uma resolução em que afirma que a ciência não é capaz de responder a pergunta sobre quando a vida humana se inicia.²

A despeito da relevância social do debate sobre quando a vida deve ser protegida e como, a ciência tem pouco a ver com a questão. Todos os limites propostos sobre o início da vida são marcados por dissensos científicos razoáveis: embriologistas podem dizer que a fecundação ou fertilização, isto é, a união entre um gameta masculino (espermatozóide) e um gameta feminino (ovócito) para formar uma célula diplóide (zigoto ou célula-ovo), é um momento chave no início do desenvolvimento humano.³ Outros definem o início da vida a partir da implantação do embrião e das boas probabilidades de viabilidade, o que ocorreria no 14º dia de gestação. No entanto, este é mais um critério de gravidez do que de desenvolvimento ontogenético, e por isso há opiniões que situam a vida humana em etapas posteriores.⁴ Neurocientistas podem dizer que é quando tem início a atividade cerebral.⁵

¹ ALBERTS *et al.* *Fundamentos da biologia celular*. 4ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2017.

² JOHNSEN, Dawn E.. The Creation of Fetal Rights: Conflicts with Women 's Constitutional Rights to Liberty, Privacy, and Equal Protection. *Yale Law Journal*, v. 95, n. 3, 1986. Disponível em: <http://digitalcommons.law.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6983&context=yjlj>. Acesso em 19 jul. 2018.

³ VENTURA-JUNCA, Patricio; SANTOS, Manuel J. The beginning of life of a new human being from the scientific biological perspective and its bioethical implications. *Biol. Res.*, Santiago , v. 44, n. 2, p. 201-207, 2011. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-97602011000200013&lng=es&nrm=iso. Acesso em 19 jul. 2018.

⁴ KOTTOW, M. A bioética do início da vida. In: SCHRAM, FR., BRAZ, M., (Orgs). *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/pdf/schramm-9788575415405-02.pdf>. Acesso em 19 jul. 2018.

⁵ SASS, Hans Martin. Brain life and brain death: a proposal for a normative agreement. *J Med Philos.*, v. 14, n. 1, p. 45-59, fev. 1989. Disponível em:

Os avanços científicos no campo da fertilização *in vitro* ilustram bem como a resposta para a questão sobre o início da vida humana não está na ciência. O estudo das tecnologias de reprodução assistida permitiu observar que a fertilização pode acontecer horas ou até dias após a inseminação. Não é possível determinar quando ela acontece exatamente, e após a fertilização, há uma taxa alta de óvulos que não são implantados, ou seja, que não se tornam embriões - há todo um campo de estudo dedicado a comparar taxas de implantação de pré-embriões em diferentes momentos após a fertilização.⁶ Mesmo quando há sucesso na implantação, muitas gestações falham após o implante e resultam em aborto espontâneo.⁷ Sabe-se, assim, que grande parte dos embriões não têm a capacidade de se tornarem seres humanos. É possível dizer que nesse processo o que se inicia é a potencialidade de algo, não esse algo em si. Fertilização e implantação são etapas do processo de reprodução, mas não oferecem marcos definitivos que solucionem a questão do início da proteção jurídica à vida.

Os processos de início do desenvolvimento celular não são paralelos e idênticos ao surgimento da vida humana. Essa é a evidência que hoje a ciência possui sobre a vida humana, e evidências devem ser diferenciadas de dogmas. Determinadas decisões coletivas como a que hoje se discute neste plenário, sobre a descriminalização do aborto, não serão resolvidas por critérios científicos, mas morais. O que determina o valor compartilhado da vida humana, assim como as condições em que goza de proteção, é a moral, não a ciência. Como cientista, não rejeito a moral, mas preciso saber diferenciá-las. Há perguntas que a ciência não responde.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.908.923&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em 19 jul. 2018.

⁶ DE LOS SANTOS, MJ *et al.* Implantation rates after two, three, or five days of embryo culture. *Placenta*, v. 24, suplemento B, out. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14559025>. Acesso em 19 jul. 2018.

⁷ MALIZIA, BA *et al.* Cumulative live-birth rates after in vitro fertilization. *N Engl J Med.*, v. 15, n. 360, p. 236-243, jan. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144939>. Acesso em 19 jul. 2018.

A criminalização do aborto submete mulheres, especialmente as mais vulneráveis - jovens, pobres, negras e indígenas - a graves riscos de saúde e de vida decorrentes de procedimentos realizados de maneira insegura e clandestina. O aborto é um procedimento medicamente seguro, mais seguro do que um parto se realizado em condições adequadas.⁸ No entanto, todos os anos, pelo menos 500 mil mulheres brasileiras interrompem a gestação de forma insegura no país, e metade delas é internada em decorrência de complicações. São mulheres comuns, 15% delas têm filhos, 88% declaram ser católicas, evangélicas, protestantes, ou espíritas. Dentre mulheres com idade entre 18 e 39 anos, quase 5 milhões de brasileiras já fizeram aborto. Se todas fossem presas, seriam 6 milhões de filhos sem mães.⁹ É preciso que fique claro: se o Brasil decidir continuar criminalizando as cidadãs brasileiras, não poderá usar a ciência sobre início da vida humana como pretexto.

⁸ RAYMOND, Elizabeth G.; GRIMES, David A. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol.* v. 119, n. 2, part. 1, p. 215-219, fev. 2012. Disponível em: <<http://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=02000&article=00003&type=abstract>>. Acesso em 19 jul. 2018.

⁹ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 jul. 2018.

Memorial para Audiência Pública no âmbito da ADPF 442

Expositor: **Thomaz Rafael Gollop**

Organização/ Instituição: **Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**

Data e horário de exposição: **03/08/2018 – 10h30**

Excelentíssima Ministra Rosa Weber,

Excelentíssimos Ministros e autoridades presentes,

Hoje gostaria de apresentar uma tese muito simples e importante para uma regulação justa no tema do aborto: a ética médica não apenas proíbe que médicos divulguem informações sobre necessidades de saúde de suas pacientes, mas também exige que respeitem sua dignidade e autonomia. É isso o que estabelece o Novo Juramento Médico, atualizado em outubro de 2017 pela Associação Médica Mundial e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.¹ A nova versão do juramento consolida um paradigma para a relação médico-paciente que é orientado pelo não-julgamento e pelo respeito aos direitos humanos. Com isso, fortalece a compreensão de que a descriminalização do aborto é o único caminho possível para garantia de cuidados médicos eticamente adequados para mulheres.

O clássico juramento de autoria atribuída ao médico grego Hipócrates foi registrado como guia ético para a categoria médica pela primeira vez em 1777. O texto é um produto de seu tempo histórico. Preconizava que médicos não dariam nenhuma substância abortiva à nenhuma mulher. Determinava também que não praticassem a chamada “talha”, ou seja, que não realizassem procedimentos com bisturi. Em 1948, sob a influência do aprendizado trágico da Segunda Guerra Mundial, a Associação Médica Mundial adotou uma releitura do Juramento de Hipócrates. A chamada Declaração de Genebra ateu-se aos princípios básicos, como

¹ Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Edição 354, 12/2017

preservar a saúde do paciente acima de tudo, proteger a confidencialidade de segredos conhecidos no exercício da profissão, vedar práticas discriminatórias no cuidado a pacientes e usar o conhecimento médico a serviço da humanidade.²

O juramento foi revisado 6 vezes nas últimas sete décadas. A última revisão, de 2017, avança com firmeza no marco do respeito aos projetos de vida diversos como central à atenção médica ética. Dentre seus ditames estão 1) o respeito à autonomia e à dignidade dos pacientes; 2) o dever de se preocupar primeiramente com a saúde e o bem-estar dos pacientes; 3) a proibição de considerações sobre idade, doença ou deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação sexual, estatuto social ou qualquer outra que se sobreponha ao interesse dos pacientes; 4) o dever de sigilo médico total; 5) o dever de exercer a profissão com boas práticas médicas; 6) o dever de compartilhar com os pacientes conhecimentos médicos que podem beneficiar sua saúde; 7) a proibição de que o médico utilize de conhecimentos para violar direitos humanos e liberdades civis, mesmo sob ameaça.³

O atual marco da criminalização do aborto no Brasil impede que esses preceitos éticos sejam cumpridos. Quando, acuados pela lei penal, médicos são negligentes ou retardam atendimento a mulheres que chegam aos serviços de saúde com sintomas característicos de abortamento,⁴ violam o ditame de dar prioridade à saúde e ao bem-estar dos pacientes. Se médicos chegam a denunciar à polícia pacientes que teriam recorrido a abortos inseguros, violam o sigilo médico e devassam segredos confiados por mulheres em busca de atenção à saúde.

² World Medical Association. 1948 Declaration of Geneva. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Decl-of-Geneva-v1948.pdf>. Acesso em 03/07/2018.

³ World Medical Association. 2017 Declaration of Geneva. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Decl-of-Geneva-v1948.pdf>. Acesso em 03/07/2018.

⁴ Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça. Processos de aborto em trâmite no estado do Rio de Janeiro. 1 nov. 2017. Disponível em: http://sistemas.dpge.rj.gov.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/Relatorio_Final_Processo_Aborto.pdf, acesso em 03 jul. 2018.

A criminalização do aborto impõe procedimentos inseguros a mulheres pobres, de baixa escolaridade, negras, nordestinas e com baixo acesso à informação. Enquanto isso, mulheres com situação socioeconômica favorável conseguem acessar medicamentos e serviços de aborto seguro. É impossível, nesse contexto, respeito ao preceito ético da não discriminação no acesso à saúde. O aborto é um procedimento seguro - mais que um parto.⁵ Assim, adoecimentos e mortes em decorrência de abortos são evitáveis. Se médicos sabem como garantir abortos seguros, mas a criminalização faz com que mulheres adotem práticas arriscadas para exercer sua autonomia reprodutiva, o preceito ético de não utilização de conhecimentos para violar direitos humanos e liberdades civis é desrespeitado.

Segundo dados do Sistema Único de Saúde, em 2017 houve 210.210 internações por ano de mulheres para curetagens, em sua maioria por abortos inseguros e incompletos, cujos custos são elevados.⁶ O aborto inseguro é a terceira causa de morte materna no Brasil: apenas segundo os registros dos sistemas de saúde, sabemos que de 200 a 300 mulheres morrem por ano tentando exercer autonomia sobre seus projetos de vida.⁷ Esse cenário só é possível às custas de violações diárias à ética médica.

Em 2017, uma jovem de 26 anos do interior de São Paulo foi uma das vítimas do cenário desolador de violação da ética médica que a criminalização do aborto fomenta. Ao buscar ajuda em um hospital quando estava em processo de abortamento, foi denunciada por uma médica. Acabou interrogada enquanto sangrava. Ainda hoje enfrenta um processo criminal.⁸ Em 2018,

⁵ RAYMOND, Elizabeth G.; GRIMES, David A. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol.* v. 119, n. 2, part. 1, p. 215-219, fev. 2012. Disponível em: <<http://journals.lww.com/greenjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=02000&article=00003&type=abstract>>, acesso em 3 jul. 2018.

⁶ SIH-SUS (2017).

⁷ MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2014-2016).

Monteiro, M F G. “*Principais causas de mortalidade materna por grandes regiões do Brasil. Triênio 2014 a 2016*”. Comunicação pessoal ao Grupo de Estudos sobre Aborto – GEA, por meio eletrônico (email). Rio de Janeiro. 26 jun. 2018.

⁸ PASSARINHO, Nathalia. A mulher denunciada por médica de plantão e processada por aborto: 'Fui interrogada enquanto sangrava'. *BBC News Brasil*, 8 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44293621>, acesso em 03 jul. 2018.

é mais do que urgente que jovens médicos iniciem suas carreiras em condições adequadas de zelar pelo mais inovador e protetivo preceito do Novo Juramento Médico: “Respeitarei a autonomia e a dignidade do meu doente”. Isso só será possível com o acolhimento da demanda dessa ADPF 442, e a descriminalização do aborto no Brasil até 12 semanas de gestação.

Memorial para Audiência Pública no âmbito da ADPF 442

MEMORIAL “ROTA CRÍTICA DO ABORTO NO BRASIL”

Expositor: Olímpio Babosa de Moraes Filho

Instituição: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC

Data e horário de exposição: 03 (sexta-feira) de agosto de 2018

Horários: 08h40 a 12h50

Excelentíssima Ministra Relatora Rosa Weber, demais Ministros e autoridades presentes,

Agradeço a oportunidade de estar aqui hoje e de contribuir com o debate dos efeitos da criminalização do aborto sobre as políticas de planejamento reprodutivo. Minha tese abordará um tema crucial a essa discussão: a chamada rota crítica do aborto.

Falo hoje como médico ginecologista e obstetra, além de professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE). Trabalho há 30 anos em uma maternidade de ensino da UPE, onde também sou Gestor Executivo há 4 anos. Nesta maternidade disponibilizamos o aborto previsto em lei desde 1996, sendo o primeiro serviço de aborto legal consolidado fora do eixo Rio-São Paulo. É devido à minha experiência, estudos e pesquisas que trago evidências para enfrentar a constatação que faço hoje: descriminalizar o aborto é imprescindível para que as políticas de planejamento reprodutivo sejam mais efetivas.

Quando uma mulher realiza um aborto e busca um serviço de saúde, ela entra no que se chama de rota crítica do aborto. A rota se inicia com o ingresso dessa mulher no serviço de saúde, procurando assistência pós-aborto. Como já dito por outros expositores hoje, estamos falando que ao menos 500 mil mulheres por ano seguem fazendo abortos clandestinos, e que metade dessas mulheres precisa procurar o serviço de saúde para se submeter a uma internação. Esse é um momento crucial na vida dessa mulher. É no momento de acolhimento que se pode entender o que a levou aquela mulher a não querer continuar com sua gravidez. Se

consideramos que, segundo os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 55% das gestações que chegam a termo no Brasil não são planejadas e, mais grave ainda, entre 19% e 30% das mulheres nessa situação não desejam a maternidade^{1,2}, esse é um cenário que demanda urgente compreensão no Brasil.

É justamente no sistema de saúde onde, durante a escuta médica, tem-se a chance de descobrir se a gravidez foi fruto de uma violência sexual, de uma relação não consentida, ou da falta de informações sobre planejamento reprodutivo e, a partir daí, prover informações sobre a melhor maneira de lidar com a situação vivida por aquela mulher. A entrada da mulher na rota crítica do aborto é o momento crucial para quem busca a diminuição dos números de aborto no país. Estamos falando do momento chave de prover informações e assistência a cada mulher, para que aquela situação não volte a se repetir. Dados médicos informam que uma mulher que sofre um aborto clandestino, apresenta elevado risco de vivenciar nova gestação não planejada e um novo aborto inseguro dentro de 5 anos^{3,4,5}.

Não sobra espaço para diálogo se estamos lidando com uma prática que é crime e que enfrenta um forte estigma moral e legal. A criminalização impede que a rota crítica seja um momento de proteção e cuidado, e inclusive de prevenção de um segundo aborto. As mulheres que realizam abortos, hoje, temem os profissionais de saúde e não nos procuram. E aquelas mais corajosas que buscam os serviços de saúde se calam sobre a verdade do aborto: temem sofrer vários tipos de violência; entre elas, ser denunciadas e presas. Preciso dizer que nenhum médico pode faltar com a confidencialidade ou sigilo da paciente, mas nem sempre é assim. Assim, nós médicos perdemos um momento crucial para realizar ações de planejamento reprodutivo, que evitariam novas gestações indesejadas e abortos. E o pior, muitas morrem ou são vítimas de sequelas graves, em decorrência do retardo do diagnóstico e da falta de tratamento tempestivo e adequado^{6,7,8}.

Não à toa, os países de leis mais restritivas sobre o aborto são também aqueles com as maiores taxas de aborto, porque a criminalização impede que se cuide desta mulher na rota crítica. Ou seja, por motivo da criminalização do aborto, a mulher não procura ajuda na Rede de Saúde e resolve o seu problema na clandestinidade, sem acesso e orientação a métodos contraceptivos de elevada efetividade, o que perpetua o ciclo de vulnerabilidade, gravidez indesejada e aborto de repetição^{5,6}.

Todos nós expositores desta audiência pública temos um ponto de convergência: ninguém é a favor da morte ou do aborto. Todos nós queremos diminuir os números de abortos no Brasil, porque somos todos a favor da vida. Como médico, tenho o dever ético de defender a vida. A diferença crucial é como escolhemos enfrentar o problema do aborto provocado. A única forma de diminuir o número desses abortos é o aumento dos permissivos do aborto, como acontece na quase totalidade dos países desenvolvidos^{3,5,9,10}.

Defendo que o aborto não seja tratado como um crime, mas sim como uma questão de saúde pública. Só assim conseguiremos tirar as mulheres de uma situação de vulnerabilidade e garantir a elas segurança e assistência na decisão que vierem a tomar e oferecer a correta informação e acesso aos métodos contraceptivos efetivos e seguros¹¹ para que a mulher não venha a ter uma nova gravidez indesejada, e consequentemente, outro aborto¹². A rota crítica do aborto é um momento fundamental para informar e aprimorar as políticas de planejamento reprodutivo, que só são possíveis quando a mulher se sente segura para buscar o serviço de saúde e contar a verdade de sua história para a equipe médica⁶. Descriminalizar é a única forma de compreender as causas da gestação interrompida, e lidar com as consequências a longo prazo para a saúde sexual e reprodutiva daquela mulher. Caso contrário, as mulheres continuarão a não procurar o serviço de saúde tempestivamente, e quando procurarem, continuarão negando informações que levarão a erros de diagnóstico e procedimentos inadequados, com graves sequelas e mortes.

Encerro esse pequeno texto com as palavras do ex-presidente da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), Mahmoud Fathalla: “AS MULHERES NÃO MORREM PORQUE SUA DOENÇA NÃO PODE SER TRATADA. ELAS ESTÃO MORRENDO PORQUE AS SOCIEDADES AINDA NÃO TOMARAM A DECISÃO QUE SUAS VIDAS DEVEM SER SALVAS”³.

Obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS, Brasília, 2006
2. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.
3. Human rights aspects of safe motherhood. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006; 20: 409–19.
4. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MR, eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009:1–9.
5. World Health Organization (WHO). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 2011, Geneva: World Health Organization.
6. Marston Cicely and John Cleland. Relationship between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 29(1): 6-13.
7. The Law Library of Congress, Global Legal Research Center. *Abortion legislation in Europe*. 2015, Washington D.C. The Law Library of Congress.
8. Henshaw Stanley, Susheela Singh and T Haas. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(1): 44-48.

9. Stephenson P, Wagner, Badea M, Serbanescu F. Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion-lessons from Romania. *American Journal of Public Health*. 92:82,1328-31.
10. Charlotte Hord, Henry P. David, France Donnay and Merrill Wolf. Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy. *Studies in Family Planning*, 1991, 22(4): 231-240.
11. World Health Organization (WHO). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use: Fourth Edition, 2009. Geneva: World Health Organization.
12. Padmadas, Sabu S, Mark Lyons-Amos, and Shyam Thapa (2014). Contraceptive behavior among women after abortion in Nepal. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.012>.