



FACULDADE BAIANA DE DIREITO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MALU LEITE GOES BOAVISTA

**A (IM)POSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DAS HIPÓTESES DO
DIREITO AO ABORTAMENTO POR DIAGNÓSTICOS DE
DOENÇAS GRAVES: UMA ANÁLISE À LUZ DA PERSPEC-
TIVA DA DIGNIDADE DA GESTANTE**

Salvador
2025

MALU LEITE GOES BOAVISTA

**A (IM)POSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DAS HIPÓTESES DO
DIREITO AO ABORTAMENTO POR DIAGNÓSTICOS DE
DOENÇAS GRAVES: UMA ANÁLISE À LUZ DA PERSPEC-
TIVA DA DIGNIDADE DA GESTANTE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito
parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Mayana Sales

Salvador
2025

TERMO DE APROVAÇÃO

MALU LEITE GOES BOAVISTA

**A (IM)POSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DAS HIPÓTESES DO
DIREITO AO ABORTAMENTO POR DIAGNÓSTICOS DE
DOENÇAS GRAVES: UMA ANÁLISE À LUZ DA PERSPEC-
TIVA DA DIGNIDADE DA GESTANTE**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/ 2025.

Dedico este trabalho a todas as mulheres que precisaram pedir permissão para sofrer menos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Verena e Emmanuel, por tanto.

À minha mãe, por nunca me permitir duvidar de mim mesma, por me dar colo e vibrar com cada uma de minhas conquistas como se fossem dela.

Ao meu pai, por ser uma fonte inesgotável de amor e pelas palavras de cuidado e atenção, que me fortaleceram nos momentos em que mais precisei.

Ao meu irmão, Zeca, que é o meu sonho realizado e me faz voltar a ser criança.

Às minhas avós, Radija, Suely e Deja, por todo o carinho. Tudo isso é por vocês.

Ao meu avô Clinio, meu careca mais lindo desse mundo. E ao meu avô Boa, que já não está mais aqui, mas cuja presença sigo sentindo a cada passo, iluminando o meu caminho.

À minha cachorrinha, Fiona Regina, que esteve no meu colo durante todo o processo de escrita, me dando lambidinhas e recebendo cafuné.

Ao meu namorado, Pedro, meu amor que preenche meu coração e traz leveza à minha vida.

À minha tia Vivi, minha inspiração, que acreditou que o Direito me escolheria - e acertou.

Às minhas melhores amigas e irmãs de alma, Flávia, Julia Pedreira, Letícia, Márcia e Paula, pelas palavras de incentivo, carinho e cuidado, que me trouxeram paz, conforto e aconchego.

Aos meus colegas de faculdade, especialmente Yasmim, Bia, Nina e Amanda, por compartilharem, com graça e alegria, a vida corrida e desesperadora do bacharelado em Direito.

À minha professora e orientadora Mayana, que me fez amar ainda mais o Direito Penal.

Aos meus tios Sérgio e Marcos, pessoas que amo com todo o meu coração.

Ao meu padrasto Vico, que demonstra seu amor por mim e por minha mãe com tantos gestos de cuidado e que, além disso, tira todas as minhas dúvidas processuais.

À Luminha, que escolheu o Direito - e de quem não tenho dúvidas de que optou pelo caminho certo.

Ao 115-N, pelos muitos ensinamentos que vão além do campo jurídico.

Aos entrevistados, que contribuíram de forma essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

E, por fim, à Faculdade Baiana de Direito, que me mostrou que, com garra e dedicação, sou capaz de alcançar tudo que eu quiser.

“Nada mais indigesto para o mundo dominador que a liberdade
de uma mulher”.

Fernanda Young

RESUMO

Com o avanço da tecnologia e modernização dos métodos de diagnóstico pré-natal, tornou-se possível identificar, com maior precisão e antecedência, diversas malformações fetais graves, irreversíveis e incompatíveis com a vida extrauterina. No Brasil, o aborto é crime, tipificado no art. 124 do Código Penal, sendo permitido apenas quando for caso de aborto necessário ou aborto humanitário. No ano de 2012, por meio do julgamento da ADPF 54, o Supremo Tribunal Federal reconheceu uma terceira hipótese ao admitir a antecipação terapêutica do parto em casos de fetos anencéfalos. Apesar desse avanço, outras malformações fetais igualmente inviáveis não são contempladas pelo ordenamento jurídico, obrigando a mulher que opta pela interrupção a buscar uma autorização judicial para realizar o procedimento dentro dos moldes legais. A presente monografia tem como propósito analisar a possibilidade de ampliação das hipóteses de aborto legal no Brasil, de modo que possa incluir outras anomalias incompatíveis com a vida extrauterina, sob a perspectiva da dignidade da gestante. A analogia com o julgamento da ADPF 54 é considerada como ponto de partida para sustentar a aplicação de uma solução semelhante em casos de outras situações igualmente incompatíveis com a vida. A pesquisa adotou o método hipotético-dedutivo e a abordagem qualitativa. Foram utilizados materiais doutrinários, jurisprudenciais e institucionais, além da realização de entrevistas com profissionais que atuam direta e diariamente com mulheres que necessitam do serviço de aborto legal nessas condições. Através do arcabouço teórico e empírico reunido, foi possível concluir que a manutenção compulsória de uma gestação inviável representa uma forma de violência institucional que desconsidera o princípio da dignidade da pessoa humana e aprofunda o sofrimento da mulher, já inserida em um contexto de vulnerabilidade. Por essa razão, defende-se que outras malformações fetais igualmente incompatíveis com a vida extrauterina devem receber o mesmo tratamento jurídico conferido à anencefalia, uma vez que, não havendo possibilidade de vida, não há bem jurídico a ser tutelado e, portanto, torna desproporcional exigir que a gestante leve a gravidez a termo.

Palavras-chave: aborto legal; malformação fetal; inviabilidade; ADPF 54; antecipação terapêutica do parto; anencefalia.

ABSTRACT

With the development of technology and the modernization of prenatal diagnostic methods, it has become possible to identify, with greater precision and earlier on, several severe, irreversible fetal malformations that are incompatible with extrauterine life. In Brazil, abortion is a crime, typified in Article 124 of the Penal Code, being permitted only in cases of necessary abortion or humanitarian abortion. In 2012, through the judgment of ADPF 54, the Federal Supreme Court recognized a third hypothesis by admitting the therapeutic anticipation of childbirth in cases of anencephalic fetuses. Despite this development, other equally nonviable fetal malformations are not contemplated by the legal system, forcing women who opt for termination to seek judicial authorization to carry out the procedure within legal parameters. This monograph aims to analyze the possibility of expanding the hypotheses of legal abortion in Brazil, so as to include other anomalies incompatible with extrauterine life, from the perspective of the dignity of the pregnant woman. The analogy with the judgment of ADPF 54 is considered a starting point to support the application of a similar solution in other situations equally incompatible with life. The research adopted the hypothetical-deductive method and a qualitative approach. Doctrinal, jurisprudential, and institutional materials were used, in addition to conducting interviews with professionals who work directly and daily with women who require access to legal abortion services under such conditions. Through the theoretical and empirical framework gathered, it was possible to conclude that the compulsory continuation of a nonviable pregnancy represents a form of institutional violence that disregards the principle of human dignity and deepens the suffering of the woman, who is already in a context of vulnerability. For this reason, it is argued that other fetal malformations equally incompatible with extrauterine life should receive the same legal treatment granted to anencephaly, since, in the absence of the possibility of life, there is no legal interest to be protected and, therefore, it becomes disproportionate to require the pregnant woman to carry the pregnancy to term.

Keywords: legal abortion; fetal malformation; nonviability; ADPF 54; therapeutic anticipation of childbirth; anencephaly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

APS – Atenção Primária à Saúde

Art. – artigo

CCJ – Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CFOAB – Conselho Federal da OAB

CGH – hibridização genômica comparativa

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CF – Constituição Federal

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CONDEGE – Conselho Nacional das Defensoras e Defensores Públicos-Gerais

CPF – cadastro de pessoa física

CP – Código Penal

DPE/BA – Defensoria Pública do Estado da Bahia

Dr. – doutor

FISH – hibridização in situ fluorescente

FNE – Fórum Nacional de Educação

IBDFAM – Instituto Brasileiro de Direito de Família

MCO – Maternidade Climério de Oliveira

NATJUS – Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

NAP – Núcleo de Apoio Psicossocial

NUDEM – Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PL – Projeto de lei

Prof. – Professor

RG – Registro geral

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TJSP – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 INÍCIO DA VIDA E ABORTO..... | 15 |
| 2.1 O DIREITO E AS HIPÓTESES DE ABORTO LEGAL..... | 19 |
| 2.2 A ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E A ADPF Nº 54 | 27 |
| 2.3 O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA EXTRAUTERINA | 34 |
| 2.4 REQUISIÇÃO JUDICIAL PARA O EXERCÍCIO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL | 40 |
| 3 A GESTANTE DO FETO INVIÁVEL..... | 44 |
| 3.1 OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A INVIABILIDADE FETAL | 47 |
| 3.2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A GESTANTE DO FETO INVIÁVEL | 52 |
| 3.3 OS DANOS PSICOLÓGICOS ENFRENTADOS PELA GESTANTE DIANTE DA INVIABILIDADE FETAL..... | 60 |
| 4 A (IM)POSSIBILIDADE DO DIREITO AO ABORTO LEGAL DE FETOS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA EXTRAUTERINA..... | 67 |
| 4.1 O ABORTO DE FETOS INVIÁVEIS À LUZ DO DIREITO COMPARADO | 70 |
| 4.2 A (DES)NECESSIDADE DA AUTORIZAÇÃO JUDICIAL PARA A INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASOS DE INVIABILIDADE FETAL | 74 |
| 4.2.1 Precedentes judiciais: avanços e retrocessos..... | 77 |
| 4.3 BARREIRAS À AMPLIAÇÃO DO PERMISSIVO LEGAL DO ART. 128 DO CP | 80 |
| 4.4 A ANTECIPAÇÃO DO PARTO DO FETO INVIÁVEL COMO HIPÓTESE DE ABORTO LEGAL | 88 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 94 |
| REFERÊNCIAS | 97 |
| APÊNDICE | 117 |

1 INTRODUÇÃO

O aborto é um tema complexo e político, cujo debate envolve as mais diversas crenças e ideologias. Complexo porque mobiliza questões morais, éticas, emocionais, jurídicas e médicas, abrangendo múltiplas camadas; e político porque desperta posicionamentos polarizados, dividindo a sociedade entre, de um lado, grupos conservadores, que geralmente, em nome de valores religiosos, recriminam a prática a qualquer custo e, de outro, defensores da descriminalização, que tratam o tema como uma questão de saúde pública e de garantia de direitos fundamentais.

A interrupção voluntária da gravidez encontra-se tipificada como crime no artigo 124 do Código Penal, que prevê pena de um a três anos para a gestante que provocar o próprio abortamento ou consentir que outrem o realize. Mais adiante, no artigo 128 do referido diploma legal, estão previstas as suas excludentes, sendo elas: o aborto necessário, permitido quando há risco de vida para a gestante, e o aborto humanitário, caso em que a gravidez decorre do crime de estupro.

Em abril de 2012 uma terceira hipótese passou a ser reconhecida jurisprudencialmente, marcando um avanço de extrema relevância para o ordenamento jurídico brasileiro. Através do julgamento da ADPF nº 54, o Supremo Tribunal Federal declarou a inconstitucionalidade de se enquadrar como crime de aborto a interrupção da gestação de fetos diagnosticados com anencefalia, condição que torna inviável a vida extrauterina do feto.

Mesmo que constitucionalmente laico, o Brasil é um país fortemente influenciado por valores religiosos, o que tende a dificultar uma discussão pautada na razoabilidade e centrada no olhar da mulher. Por isso, a inclusão da antecipação terapêutica do parto no rol das hipóteses de aborto legal, por meio da decisão da Suprema Corte, representou um marco jurídico e social, simbolizando um avanço em meio a uma sociedade ainda marcada pelo machismo, pela misoginia e por estruturas patriarcais que há séculos negam às mulheres o direito de decidir sobre seus próprios corpos.

Embora essa tenha sido uma grande evolução, é cediço que existem diversas outras condições, além da anencefalia, capazes de inviabilizar a vida extrauterina do feto. Com o avanço da medicina e o aprimoramento das tecnologias de diagnóstico pré-natal, tornou-se possível

identificar, de forma cada vez mais precoce e precisa, a presença de malformações fetais igualmente graves, letais e irreversíveis. No entanto, tais casos ainda não possuem amparo legal que permita a interrupção da gestação sem que a conduta seja considerada criminosa.

Nessas situações, as mulheres que optam por não levar a gestação a termo, para ter acesso ao aborto de forma segura e respaldada pelo ordenamento jurídico, precisam ingressar com pedido de autorização judicial, a ser analisado por um juiz da Vara do Júri – competente para julgar crimes dolosos contra a vida. Trata-se de uma exigência que, além de burocrática, impõe mais um entrave em um momento de extrema vulnerabilidade, transferindo ao Poder Judiciário a responsabilidade de decidir, caso a caso, se aquela mulher poderá ou não sofrer menos.

Se o alvará judicial não for deferido, significa que a mulher, ao menos perante a lei, não poderá realizar o procedimento e deverá seguir com a gestação a termo, ainda que ciente, desde o diagnóstico, que o filho que carrega não terá vida viável após o nascimento – sendo obrigada a parir para, em seguida, enterrar. Nesses casos, a imposição legal não atua preservando a vida do feto, porque não há vida a ser preservada. O que acontece é a perpetuação de um sofrimento que poderia ser minimizado, com a ajuda do Estado, já que esses casos não se enquadram no rol das hipóteses de aborto legal.

Trata-se, portanto, de uma evidente violação à dignidade da pessoa humana, princípio basilar do Estado Democrático de Direito. Obrigar uma mulher a seguir com a gestação fadada à morte, lhe negando o direito de decidir de que forma é melhor viver (ou sobreviver) a essa experiência é desumanizar a sua dor e reduzir toda a sua vida a uma formalidade jurídica. Diante desse cenário, surge o questionamento: seria possível reconhecer, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à antecipação do parto de fetos diagnosticados com malformações fetais que, assim como a anencefalia, inviabilizam a vida extrauterina?

A escolha do tema justifica-se pela necessidade urgente de se refletir sobre o descompasso entre o ordenamento jurídico e as novas - e cada vez mais recorrentes - demandas relacionadas à interrupção da gestação em casos de inviabilidade fetal. Embora a anencefalia já conte com respaldo jurisprudencial, dispensando a necessidade de alvará judicial, esse entendimento não foi estendido para outras malformações fetais que, da mesma maneira, tornam impossível a sobrevivência do feto após o nascimento.

Essa omissão normativa impõe, às gestantes que necessitam do procedimento, uma realidade marcada pela insegurança jurídica, pela morosidade institucional e, principalmente, por um sofrimento a mais, que poderia ser evitado. Sem o devido amparo legal, essas mulheres

ficam submetidas ao excesso de burocratização de um processo judicial justamente em um momento de extrema fragilidade. Além disso, a ausência de uniformidade no tratamento dessas demandas faz com que a garantia de um direito tão importante dependa da interpretação individual de cada magistrado, conferindo um cenário de dúvidas, desigualdades e, acima de tudo, dor física e emocional.

Com isso, o objetivo geral da presente monografia é analisar a possibilidade de extensão das hipóteses legais de aborto no ordenamento jurídico brasileiro, de modo que malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina também possam ser contempladas como causas legítimas para a interrupção da gestação. Parte-se do pressuposto de que, diante de diagnósticos difíceis, não se pode ignorar a dor de quem carrega no corpo uma vida comprovadamente fadada a um desfecho fatal.

Já no que se refere aos objetivos específicos, busca-se compreender de que modo o princípio da dignidade da pessoa humana, no contexto da gestante de um feto inviável, pode fundamentar juridicamente a antecipação do parto em casos de inviabilidade fetal. Para tanto, parte-se da analogia com o julgamento da ADPF 54 pelo Supremo Tribunal Federal como principal ponto de partida teórico e jurisprudencial, por representar um divisor de águas na forma em que o ordenamento jurídico passou enxergar, ainda que tardiamente, o sofrimento das mulheres e a extrema necessidade de resguardar seus direitos fundamentais. Por isso, a partir desse marco, pretende-se analisar a possibilidade de valer-se do mesmo entendimento para outras malformações fetais igualmente incompatíveis com a vida extrauterina.

A presente pesquisa adotou o método hipotético-dedutivo, partindo de uma necessidade concreta e crescente no cenário jurídico brasileiro: a ausência de respaldo legal para a interrupção da gestação nos casos em que o feto é diagnosticado com anomalias graves incompatíveis com a vida extrauterina. A investigação parte da hipótese de que, assim como no caso da anencefalia, outras malformações igualmente letais também deveriam integrar o rol das hipóteses de aborto legal. A abordagem adotada é qualitativa, por buscar compreender não apenas os aspectos jurídicos, mas também os impactos sociais, institucionais e humanos de um tema que exige extrema sensibilidade e compromisso com os direitos fundamentais das mulheres.

A construção do trabalho baseou-se em pesquisa bibliográfica e documental, com consulta a manuais e doutrinas de Direito Penal, códigos comentados e ao voto proferido do ministro Marco Aurélio, relator da ADPF 54, que fundamentou a decisão do STF no sentido de reconhecer a possibilidade de antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia. Também

foram analisadas jurisprudências de diversos tribunais, artigos científicos e documentos institucionais, como manuais do Ministério da Saúde e o Protocolo Assistencial de Obstetrícia da Maternidade Climério de Oliveira. Os textos da antropóloga Débora Diniz, os documentos da Defensoria Pública, do *Center for Reproductive Rights*, das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde também foram fundamentais para embasar um olhar crítico, atualizado e comprometido com a promoção dos direitos reprodutivos.

Além do embasamento teórico, a pesquisa foi enriquecida por entrevistas, que se encontram no Apêndice A, realizadas com três profissionais que atuam diretamente com mulheres em situação de gestação inviável, sendo eles: uma defensora pública e uma assistente social, ambas do NUDEM da DPE/BA, que explicaram como se dá o processo de obtenção da autorização judicial, os principais obstáculos enfrentados e a forma como a morosidade do sistema pode agravar ainda mais o sofrimento dessas mulheres; e um médico especialista que trouxe esclarecimentos sobre as anomalias mais comuns nos pedidos de interrupção, além de falar sobre os impactos emocionais e físicos que recaem sobre a mulher diante de um diagnóstico tão difícil.

No capítulo “Início da vida e aborto”, são exploradas as múltiplas perspectivas sobre o início da existência humana, tema que atravessa os mais diversos campos da ciência, da filosofia, da religião e do direito. Além disso, é feita a análise do conceito jurídico de aborto, sua tipificação no Código Penal brasileiro e as hipóteses em que sua prática é permitida. Também são abordadas algumas das anomalias fetais que inviabilizam a vida extrauterina do feto e, nesse contexto, analisa-se o procedimento necessário para requerer o alvará judicial para que seja feita a interrupção da gestação nesses casos.

O capítulo seguinte, intitulado “A gestante do feto inviável”, reflete sobre a centralidade da dignidade da pessoa humana diante de uma gestação sabidamente inviável. São analisadas as barreiras institucionais e estruturais que comprometem o aborto legal, bem como a urgência de efetivar os direitos sexuais e reprodutivos como parte indissociável dos direitos humanos. A discussão percorre os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil e aprofunda os impactos psicológicos enfrentados por essas mulheres, revelando como a burocratização judicial e a violência institucional são capazes de agravar ainda mais um sofrimento já extremo.

Por fim, o capítulo “A (im)possibilidade do direito ao aborto legal de fetos incompatíveis com a vida extrauterina” buscou discutir a lacuna legislativa existente no ordenamento jurídico brasileiro, que reconhece apenas a anencefalia – e, ainda assim, somente por construção jurisprudencial – como malformação fetal apta a justificar a interrupção legal da gestação. Foi

realizada uma análise do direito comparado, abordando como outros países tratam juridicamente a gestação inviável, além do exame de precedentes judiciais brasileiros, destacando os fundamentos utilizados e os obstáculos à ampliação do rol de hipóteses de aborto legal, especialmente diante da influência religiosa em um Estado laico. Por fim, sustentou-se a aplicação da *analogia in bonam partem* como instrumento legítimo para estender o entendimento da ADPF 54 a outras anomalias igualmente letais.

2 INÍCIO DA VIDA E ABORTO

Que o aborto é, desde sempre, um dos temas mais complexos e sensíveis da sociedade, todos já sabem. Entretanto, essa temática está inevitavelmente ligada, ainda que de forma oculta, a um grande dilema: quando começa a vida? Definir o início da vida humana é uma questão que atravessa campos distintos do conhecimento, como a ciência, a filosofia, a religião e, é claro, o direito (Barretto; Lauxen, 2017, p. 4).

A resposta para essa pergunta possui um desdobramento que recai em intensos debates que atravessam séculos, sem que, até hoje, haja um consenso absoluto. E é justamente por haver essa multiplicidade de perspectivas, que tentar entender quando um ser pode se considerar propriamente vivo e o aborto se encontram entrelaçados (Kottow, 2005, p. 21).

Enquanto se tem de um lado a ciência, oferecendo diferentes marcos para procurar definir quando é o início da vida - desde a fecundação até a formação do sistema nervoso ou a viabilidade fetal - do outro, tem-se a moral e o direito, moldando suas próprias interpretações, seja para restringir ou para flexibilizar uma interrupção gestacional (Allegretti, 2005, p. 92). É justamente por isso que essa incerteza não se resume em uma questão teórica, distante da realidade. Tal indefinição, na prática, é um fator que está sempre em discussão no que tange a regulação do aborto, que carrega em seus debates a oscilação entre a proteção do embrião e os direitos da mulher (Sousa, 2020, p. 348).

No Brasil, o debate sobre o início da vida e o aborto se conectam de forma extremamente delicada, pois, embora a interrupção da gravidez seja, em regra, criminalizada pelo ordenamento jurídico, a legislação reconhece que em determinadas circunstâncias é permitida (Brasil, 1940). Entretanto, a maneira como a sociedade enxerga o aborto frequentemente se concentra em fatores religiosos, tornando a discussão ainda mais complexa e carregada de valores que vão além da simples aplicação da lei (Dworkin, 2003, p. 49).

Como explicam Débora Diniz e Ana Cristina Velez (2019, p. 221), apesar de o Estado brasileiro ser laico, os principais argumentos morais contra a legalização do aborto no Brasil se fundamentam em valores cristãos sobre o significado da vida e sua importância. Embora as autoras falem especificamente do cristianismo - já que se trata da religião mais influente na sociedade brasileira e muitas de suas normas e valores são lastreadas em ideais cristãos -, compreender como diferentes correntes ideológicas e científicas definem o início da vida é essencial para analisar os limites e as possibilidades do aborto dentro da sociedade (Bártoli; Panzeri, 2007, p. 662).

O biomédico Miguel Kottow (2005, p. 21) destaca que o início da vida é um dos temas mais controvertidos da bioética. Esse debate também existe no Direito. Cezar Roberto Bitencourt (2019, p. 425), por exemplo, defende que “formado o ovo, evolui para o embrião e este para o feto, constituindo a primeira fase da formação da vida. A destruição dessa vida até o início do parto configura o aborto, que pode ou não ser criminoso”. No entanto, para Rogério Greco (2023, p.112), "a vida tem início a partir da concepção ou da fecundação, mas para fins de proteção por intermédio da lei penal, a vida só terá relevância após a nidação".

Pode-se extrair que, enquanto de um lado Bitencourt (2019) parte do pressuposto de que a vida se inicia a partir do momento em que o embrião evolui, dando início ao estágio fetal - transformando-se, de fato, em um feto -, do outro, Greco (2023) adota uma perspectiva mais restritiva, defendendo que a vida o início da vida é realmente a partir da concepção ou da fecundação; em outras palavras, para ele a vida começa no exato momento em que o óvulo e o espermatozoide se unem.

Portanto, tem-se aqui um exemplo claro de que a definição do início da vida, de fato, não é uma questão meramente teórica, mas sim algo que influencia diretamente a forma como o aborto é tratado na nossa legislação. Christian de Paul Barchifontaine (2010, p. 44) destaca que tanto a ciência quanto as religiões oferecem diferentes respostas sobre quando a vida começa. Por isso, para organizar essas perspectivas, o autor classifica a ciência em diferentes visões.

A visão genética, que também é adotada pela Igreja Católica, defende que a vida tem início na fertilização, pois é nesse momento que surge um ser com DNA único; a embriológica, que considera a individualidade definida apenas na terceira semana de gestação, já que antes disso o embrião ainda pode se dividir; a neurológica, que associa o começo da vida à atividade cerebral; e a ecológica, que adota como critério a viabilidade fetal – parâmetro utilizado pela Suprema Corte dos Estados Unidos para legalizar o aborto. Por fim, há a visão metabólica, que

argumenta que a vida é um processo contínuo, sem um marco exato, uma vez que espermatozoides e óvulos já são formas de vida (Barchifontaine, 2010, p. 44).

Barchifontaine (2010, p. 44) defende que, além da ciência, as crenças religiosas também desempenham um papel crucial na forma como diferentes sociedades enxergam o aborto. No catolicismo, a vida começa na concepção, uma ideia que foi reforçada pelo Papa Bento XVI ao condenar o aborto como uma negação do dom da vida. No judaísmo, acredita-se que o feto ganha forma humana no 40º dia, permitindo o aborto em casos de risco à vida da mãe ou gravidez resultante de estupro.

No islamismo, há divergências: enquanto alguns muçulmanos acreditam que a alma é infundida no feto por Alá no 120º dia, outros defendem que a vida começa na concepção, mas aceitam a interrupção da gestação em situações de risco materno. Já no budismo e no hinduísmo, a visão do início da vida é menos rígida, pois o primeiro compreende a existência como um ciclo contínuo, sem um marco fixo, e o segundo vê a fusão da alma e da matéria na fecundação, permitindo o aborto apenas quando a mãe corre risco de vida (Barchifontaine, 2010, p. 45).

Não haver um critério absoluto sobre quando a vida começa reflete diretamente na maneira em que os ordenamentos jurídicos ao redor do mundo buscam equilibrar, de um lado, a proteção do ser que está em desenvolvimento no útero materno e, do outro, os direitos da gestante (Dworkin, 2003, p. 4-5). Por isso, resta necessário compreender o modo em que o Código Penal Brasileiro disciplina a prática do aborto e quais são os fundamentos que embasam suas restrições.

Inicialmente, há de se destacar que não se trata, aqui, de arguir sobre a sua descriminalização, mas tão somente compreendê-lo em sua definição e de que modo o Direito brasileiro analisa e trata o tema. Mas, afinal, o que é o aborto?

Apesar de o Código Penal não apresentar uma definição exata e somente o tipifica como crime, a resposta é simples: “aborto, para efeitos penais, é a interrupção intencional do processo de gravidez, com a morte do feto” (Delmanto et al., 2007, p. 372). Tal interrupção pode ocorrer de maneira natural ou induzida, podendo, inclusive, ser classificada de diversas maneiras (Nucci, 2023, p. 700).

Cezar Roberto Bitencourt (2019, p. 425) explica que o Direito Penal protege a vida humana desde o momento em que um novo ser é gerado e a destruição dessa vida antes do parto configura aborto, que pode ou não ser criminoso. No Brasil, induzir o aborto é considerado crime quando o mesmo é provocado pela própria gestante, ou quando a mesma consente que

outrem lhe provoque, estando tipificado no art. 124 do Código Penal (Brasil, 1940). Sua pena pode culminar em detenção de um a três anos e seu julgamento compete ao Tribunal do Júri, já que a vida é o bem jurídico por ele tutelado (Greco, 2023, p. 120).

Ao analisar o núcleo do tipo do crime de aborto, observa-se que este, quando provocado pela gestante, quer dizer que a mulher deu a causa a interrupção, ou seja, foi quem ensejou, quem de fato agiu para que aquela gravidez fosse cessada. Observando o termo “consentir”, compreende-se que a mulher permitiu que outrem realizasse o procedimento de retirada do feto (Nucci, 2023, p. 699).

Guilherme Nucci (2023, p. 699-700) define que “o conceito de aborto é a interrupção da gravidez, cujo início se dá com a nidação (união do óvulo fecundado à parede do útero), antes do termo normal, causando a morte do feto ou embrião”. Nesse crime, o sujeito ativo é a gestante, enquanto o passivo é o feto ou o embrião. O autor argumenta que, em um segundo plano, pode-se entender a sociedade como sujeito passivo da infração, pois esta tem interesse na tutela da vida do ser em gestação no útero materno.

Há diferentes formas de ocorrer um aborto, sejam elas legais ou não. O aborto natural, por exemplo, conforme Nucci (2023, p. 700) explica, “é a interrupção da gravidez oriunda de causas patológicas, que ocorre de maneira espontânea (não há crime)”. Como não há crime, vez que ocorre sem que haja nenhum tipo de intervenção intencional, não há conduta dolosa, sendo, portanto, uma situação alheia à vontade da mulher. O aborto acidental, assim como o natural, não constitui crime e pode ser causado em decorrência de fatores externos como quedas, traumatismos ou acidentes diversos (Morais, 2008, p. 50).

Existem outras classificações de aborto, como é o exemplo do aborto criminoso, tratado neste capítulo; e o aborto legal, que será analisado isoladamente em outro momento. O aborto considerado criminoso, sujeito à punição conforme o CP, pode se desdobrar em diferentes espécies, como é o caso do aborto eugenésico e do aborto econômico-social (Sousa, 2020, p. 340).

Sousa (2020, p. 340) explica que o aborto eugenésico caracteriza-se pela interrupção da gestação “nos casos de haver sérios riscos para a prole, por predisposição ou por ocorrência de doença materna durante a gravidez que comprometam o feto, acarretando enfermidades psíquicas, corporais, ou ainda, enfermidades e sequelas permanentes”. Já o econômico-social, refere-se ao aborto motivado pela falta de recursos financeiros que garantam à gestante condições para sustentar um filho, “seja porque não recebe assistência do Estado, seja porque possui família numerosa, ou até por política estatal. No Brasil, é crime” (Nucci, 2023, p. 700).

Os artigos 125 e 126 do referido código preveem as situações de interrupção da gravidez que são provocadas por terceiros, tanto sem (art. 125 do CP) quanto com (art. 126 do CP) o consentimento da gestante. Em ambos os casos se tem um crime comum, que ainda que passe ao indivíduo a ideia de que sempre será cometido por um médico, poderá, na realidade, ser praticado por qualquer pessoa. Mais adiante, o art. 127 traz as qualificadoras das hipóteses dos dois artigos anteriores (Nucci, 2023. p. 706).

Antes da análise isolada do art. 128 do Código Penal Brasileiro, que diz respeito às hipóteses legais, fez-se necessário tratar dos aspectos particulares que envolvem a criminalização do aborto, além de compreender de que forma a ausência de um consenso ideológico quanto ao que se entende pelo começo da vida tende a refletir diretamente na maneira em que a sociedade e o sistema jurídico lidam com os casos de abortamento.

No Brasil, tal indefinição é traduzida através de um tratamento penal que, ao mesmo tempo em que criminaliza a prática, admite exceções quando estão enquadradas em circunstâncias específicas (Bitencourt, 2019, p. 431). Afinal, se a lei abre brechas, é porque há o reconhecimento de que existem situações em que a interrupção da gravidez transcende qualquer julgamento ético ou moral e se torna uma necessidade imposta pela própria realidade. Nesse contexto, a seguir serão analisadas as hipóteses que levantam tal discussão.

2.1 O DIREITO E AS HIPÓTESES DE ABORTO LEGAL

São três as hipóteses que possibilitam o aborto no ordenamento jurídico brasileiro. Conforme visto anteriormente, o art. 128 do Código Penal prevê situações específicas em que a punição para o crime de aborto é excluída. Esse dispositivo legal estabelece que: “Não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando capaz, de seu representante legal” (Brasil, 1940).

O primeiro inciso se refere ao chamado aborto necessário, enquanto o segundo foi denominado pela doutrina e pela jurisprudência como aborto humanitário (Brasil, 1940). A terceira possibilidade é o caso do feto diagnosticado com anencefalia que, apesar de não constar expressamente no referido código, é fruto de uma construção jurisprudencial, possuindo efeito erga omnes (Brasil, 2012a). O aborto legal permite que a mulher realize o procedimento da interrupção da gravidez sem que seja necessário apresentar qualquer autorização judicial (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 21).

É fundamental ressaltar que, embora essas hipóteses possuam respaldo legal para afastar a ilicitude do aborto, o tema ainda provoca grande controvérsia. Mesmo quando uma mulher passa pelo procedimento dentro dos limites previstos em lei, é comum que ela se torne alvo de intensos debates, muitas vezes carregados de julgamentos baseados em visões polarizadas, que nem sempre levam em conta a complexidade da situação (Diniz; Velez, 2008, p. 648).

Por isso, essa discussão vai além do aspecto jurídico, tocando em questões éticas e sociais que refletem os valores e as contradições de uma sociedade laica, porém diversa, como a brasileira. No Brasil, os serviços de aborto legal são oferecidos em unidades de referência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), destinadas ao atendimento das mulheres que se encontram nas situações previstas pela legislação vigente (Diniz, 2011, p. 982).

A Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”, do Ministério da Saúde (2005, p. 22), sugere que “abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g.”. No entanto, lei não estabelece um limite gestacional para a realização da interrupção nas hipóteses em que é descriminalizado. Como o Código Penal não fixa prazos, em tese, a cessação poderá ocorrer independentemente do tempo de gestação (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 17).

No ano de 2024, o Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) de oito Defensorias Públicas Estaduais lançaram o “Protocolo de atendimento a pessoas em situação de aborto legal”, onde informa que, nos termos do Código Penal Brasileiro, não há qualquer limitação relacionada à idade gestacional dos casos legalmente permitidos. Assim, a intenção da gestante em interromper a gravidez é o elemento central, podendo o procedimento ser realizado a qualquer tempo, desde que se enquadre nas hipóteses previstas em lei. Não somente, também explica que (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 17):

Com os avanços científicos associados às técnicas de interrupção da gestação, não há qualquer justificativa para condicionar o acesso ao aborto legal à idade gestacional. Evidências demonstram que os riscos do procedimento são baixos em qualquer idade gestacional, com poucas variações, sendo em qualquer caso inferiores aos riscos de parto. Tanto é assim, que, nos casos de malformações incompatíveis com a vida, geralmente o diagnóstico somente é possível em idades gestacionais mais avançadas, e isso não impede o acesso ao aborto. Nesse sentido, o Ministério da Saúde possui normas técnicas que indicam métodos para realizar a interrupção segura da gestação até 27 semanas ou mais. Restringir a realização do aborto conforme a idade gestacional apenas para as hipóteses de gestação decorrente de violência sexual é uma discriminação que não encontra respaldo no Código Penal e viola o direito das mulheres à saúde.

Todavia, ainda que seja um direito legalmente garantido, a gestante que necessita do aborto legal ainda enfrenta dificuldades burocráticas onde a decisão final não é somente baseada

na legislação (Morais, 2008, p. 56). Alguns hospitais e profissionais da saúde ainda hesitam em realizar o procedimento em estágios mais avançados da gravidez, o que pode representar mais um entrave para a mulher que já se encontra em uma situação de profunda fragilidade (Defensoria Pública da União, 2022).

Justamente por haver tal incongruência entre o que é previsto em lei e o que de fato se observa na prática, que resta demonstrada a necessidade de haver uma interpretação jurídica consolidada com a sua aplicação, especialmente no que se refere ao direito ao aborto legal, para que, além de garantir segurança jurídica a todos os envolvidos - tanto a gestante quanto a equipe médica -, sejam minimizados os empecilhos que dificultam o acesso da mulher a esse direito. No que concerne às hipóteses do direito ao aborto legal, a primeira delas é o chamado “aborto necessário” e está prevista no art. 128, inciso I, do Código Penal (Brasil, 1940).

Nesse caso, é permitido que se interrompa a gravidez para que seja possível salvar a vida da gestante. Dessa forma, “entre dois bens que estão em conflito (vida da gestante e vida do feto ou embrião), o direito faz clara opção pela vida da mãe. Prescinde-se o consentimento da gestante neste caso” (Nucci, 2016, p. 767). Por isso, para garantir a proteção da vida da gestante em situações que, em regra, envolvem urgência, a decisão pelo aborto independe de sua vontade e concordância.

Esse tipo de amparo legal é fundamental porque reconhece que a vida da gestante, uma pessoa já formada, consciente e inserida na sociedade, deve prevalecer em situações em que sua sobrevivência está em risco. Conforme explica Cosenzo (2021, p. 374), “na escolha difícil entre preservar a vida de quem já nasceu e de quem está para nascer, o legislador optou por permitir retirar a vida do feto e poupar a parturiente”.

Por isso, para garantir a proteção da vida da gestante em situações que, em regra, envolvem urgência, a decisão pelo aborto independe de sua vontade e concordância. Nesse caso, “não há necessidade de intervenção judicial para autorizar a realização do ato, que fica a critério exclusivo do médico sua imprescindibilidade” (Cosenzo, 2021, p. 374).

Além disso, a priorização da vida da mulher evita que decisões sejam tomadas com base em crenças pessoais ou dilemas morais que não levam em conta a realidade médica. Não obstante, Eduardo Luiz Santos Cabette (2018, p. 19) é preciso ao explicar que a legislação não prevê este tipo de aborto quando está em jogo tão somente a preservação da saúde da gestante, devendo o fundamento da decisão ser única e exclusivamente o risco de morte da mulher.

Para que se fale na excludente de ilicitude do aborto em relação ao aborto necessário, é indispensável o preenchimento de três requisitos: (i) o procedimento precisa ser realizado por um

médico; (ii) deve haver risco de vida à gestante (e não somente perigo para a saúde); e, por fim, (iii) deve haver a impossibilidade do uso de outro meio para salvá-la (Cunha, 2016, p. 104). Havendo outra forma de resguardar a vida da mulher, não caberá a realização da interrupção da gravidez, mas tão somente se não houver outros recursos que possibilitem a sobrevivência desta.

Cabette (2018, p. 19) defende que, sendo o aborto necessário, a realidade da morte e suas implicações não são as mesmas quando se tem de um lado um ser humano já formado, com histórias e relações de vida, e do outro um embrião ou feto. Caso haja um conflito, não se considera um ato de injustiça ou crueldade optar por escolher pela vida de um ser humano já desenvolvido em detrimento do produto da concepção que ainda está no estágio de formação.

O aborto necessário existe justamente para evitar que a vida da mulher seja colocada em segundo plano, garantindo que, diante de um parto que oferece risco de vida, a decisão médica priorize a pessoa que já está plenamente formada e cuja existência não deve ser sacrificada em prol de um feto ou embrião que ainda não teve qualquer experiência de vida (Bitencourt, 2019, p. 432). Sem essa previsão legal, mulheres poderiam ser condenadas a morrer em gestações inviáveis, sem qualquer possibilidade de escolha ou proteção, o que tornaria o direito à vida delas algo condicional e, muitas vezes, negligenciado.

A segunda hipótese de aborto legal, amparada pelo art. 128, inciso II, do CP, é o chamado “aborto humanitário” ou “aborto sentimental” (Brasil, 1940). Trata-se dos casos em que a gravidez decorre de estupro e, diferentemente do aborto necessário, para que este ocorra, é imprescindível haver o consentimento da gestante (Bitencourt, 2019, p. 432). Uma mulher vítima de violência sexual carrega traumas significativos para o resto da vida e a maternidade, que é sinônimo de fonte inesgotável de amor, não pode carregar o fardo de ter sido fruto de um momento tão traumático e desumano.

Rogério Sanches Cunha (2016, p. 104) entende que nada justificaria impor-se à vítima do atentado sexual, ofendida em sua honra, implicar manutenção em uma maternidade que talvez lhe fosse odiosa e que sempre relembriaria a vítima um triste acontecimento em sua vida. Obrigar que uma mulher carregue em seu ventre um feto ou embrião fruto de uma relação não consentida, de um momento em que sua dignidade foi amplamente esmagada, seria, no mínimo, um ato de tortura.

Cezar Roberto Bitencourt (2019, p. 433) leciona que, sendo então a gravidez resultante de estupro, para que se realize o procedimento abortivo, além de não ser necessário possuir

qualquer autorização judicial, há dispensa de sentença condenatória ou processo criminal movido contra o autor do crime sexual. Todavia, para que esse aborto humanitário seja realizado, deve-se preencher alguns requisitos.

Primeiramente, a gravidez precisa resultar de um estupro e a gestante, ou seu representante legal (em caso de incapacidade), deve consentir de forma clara e inquestionável, com a realização do procedimento. Sendo a gestante incapaz, é imprescindível que a autorização seja formalizada, podendo ser por escrito ou através da presença de testemunhas, garantindo, assim, a total segurança da gestante e do médico profissional envolvido. A comprovação do crime pode ser feita através de qualquer meio legal aceito e, nesse contexto, além de não precisar de uma autorização judicial, dispensa de ação criminal movida contra o autor do estupro ou sentença condenatória (Bitencourt, 2019, p. 433).

Em geral, o que é de fato essencial para que o procedimento seja realizado é a demonstração concreta de que houve um estupro. Sendo assim, é possível analisar que aqui não está em pauta a saúde, mas tão somente o fato de como se deu aquela gravidez e as possíveis consequências oriundas dessa gestação. Rodrigues (2013, p. 18) explica que, nesse caso, o médico é quem atuará como árbitro, devendo este se valer de todos os meios que estejam à sua disposição para a comprovação da violência sexual.

Em 2022, um caso ocorrido no estado de Santa Catarina ganhou grande repercussão nacional, evidenciando que, de fato, existe um abismo entre o que é previsto pela legislação brasileira e o que tem sido garantido às vítimas de violência sexual. Uma criança de apenas 11 anos engravidou em decorrência de estupro, motivo pelo qual buscou realizar o procedimento abortivo nos moldes legais, conforme é devidamente amparado pelo Código Penal brasileiro (Muniz, 2022).

Não bastasse o trauma de vivenciar toda a situação com tão pouca idade – ser vítima de um crime hediondo e precisar optar por se submeter a um procedimento cirúrgico tão invasivo, no auge da transição entre a infância e a pré-adolescência -, a menor, ao invés de ser acolhida e receber o atendimento médico imediato a que tinha direito, foi submetida a diversas violações institucionais que agravaram ainda mais o abalo psicológico já instaurado (Muniz, 2022).

Mesmo acompanhada de sua representante legal e amparada por uma hipótese de aborto legal expressamente prevista em lei, a unidade hospitalar que a atendeu recusou-se a realizar o aborto, alegando estar impossibilitada por conta de normas internas que limitavam a interrupção da gestação até a vigésima semana – exigência que, como visto anteriormente, sequer encontra respaldo legal (Defensoria Pública da União, 2022, p.1).

Além da conduta reprovável do hospital, a atuação da juíza responsável pelo caso causou indignação, especialmente após trechos da audiência serem vazados, expondo a insensibilidade com que a menor foi tratada. Durante a oitiva, a magistrada fez perguntas moralistas, desconsiderando completamente a situação de vulnerabilidade da criança, atribuindo-lhe responsabilidades descompassadas com sua idade e, sobretudo, o seu papel de vítima (Defensoria Pública da União, 2022, p.1).

A então juíza, além de negar a interrupção, proferiu comentários que transformaram a audiência em um verdadeiro “abatedouro psicológico”, como assim pode ser classificado, fomentando ainda mais a dor da vítima que, além da violência física sofrida, teve que suportar um episódio de violência institucional, justamente por parte de quem deveria protegê-la e acolhê-la. Em uma das suas falas mais perturbadoras, a autoridade judicial chegou, inclusive, a se referir ao abusador como “pai”, naturalizando o vínculo com o agressor e, conseqüentemente, relativizando a gravidade do crime de estupro (Defensoria Pública da União, 2022, p.1).

Diante da gravidade do caso, a Defensoria Pública da União (2022, p. 2) emitiu uma nota pública de repúdio, classificando o episódio como um exemplo paradigmático de violência institucional:

Causam revolta as falas das representantes do sistema de justiça, que induziram a vítima a erro, narrando que, em caso de interrupção da gravidez, o bebê nasceria e ficaria chorando, agonizando até morrer. Causam revolta as falas que indagam se a vítima quer escolher um nome para o bebê; ao indagar se a vítima sabia como engravidava; que indagam quanto tempo a vítima suportaria permanecer com o bebê na barriga, para que pudessem acabar de formá-lo; que indagam se a vítima acha que o pai concordaria com a entrega do bebê para adoção; que afirmam que a tristeza da vítima e de sua mãe seria a felicidade de um casal que aceitaria cuidar da criança. Enfim, o que se assistiu no lamentável vídeo desta audiência foram perguntas que não observaram os protocolos, com conteúdo manipulador, constrangedor, revitimizante e traumático para uma criança, estuprada e grávida, para que seu corpo feminino infantil fosse instrumentalizado, em total violação ao seu próprio bem-estar físico e psíquico. O que se conclui é que a violência institucional contra a vítima redobra a tragédia por ela vivida, multiplicando exponencialmente o sofrimento ao qual foi exposta.

A vítima, após semanas de sofrimento e exposição, tendo de enfrentar, ainda tão nova, obstáculos institucionalizados, finalmente conseguiu ter acesso ao direito de aborto legal (Muniz, 2022). No entanto, a pergunta que surge é: a que custo? Antes de alcançar a proteção que a lei já lhe assegurava, foi impelida a novas violências justamente por aqueles que deveriam garantir a sua integridade. Foi exposta e silenciada, tudo isso enquanto ainda era, juridicamente e essencialmente, uma criança.

Por isso, esse episódio escancara uma dura e sofrida verdade: nem sempre basta a lei garantir nossos direitos. O Estado foi falho por permitir que isso acontecesse; algo que poderia

ter sido resolvido de maneira simples, apenas seguindo o que está disposto na lei. A justiça deve ser aliada, e não um instrumento de opressão. Portanto, trata-se não somente de uma afronta à legislação, mas de uma violação desumana, dolorosa, humilhante e cruel dos direitos mais básicos (Eluf, 2022).

Dando continuidade as hipóteses do aborto legal no Brasil, a terceira possibilidade refere-se aos casos de fetos diagnosticados com anencefalia. Ainda que tal hipótese não esteja expressamente prevista no Código Penal, a mesma foi reconhecida em 2012, pelo Supremo Tribunal Federal, através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. O entendimento da Corte para proferir essa decisão foi baseado na constatação de que a interrupção da gestação em casos de anencefalia não deve ser considerada como conduta delituosa, visto que tal condição inviabiliza a vida extrauterina do feto, tornando desproporcional a continuidade da gravidez (Brasil, 2012a).

Por isso, foi consolidado o entendimento no sentido de proteger a dignidade da mulher, afastando a necessidade de autorização judicial para que a gestante possa interromper a gestação antes do ciclo gestacional habitual (Brasil, 2012a). Dada a relevância do tema para o presente objeto de estudo, tal hipótese será mais bem aprofundada nos capítulos seguintes, seguindo uma análise detalhada dos seus fundamentos jurídicos e das implicações, especialmente sob a ótica da dignidade da mulher.

Embora a lei dispense autorização judicial para interromper a gestação nos casos amparados pelo ordenamento jurídico - o que, em tese, deveria facilitar o acesso ao procedimento -, a realidade tem sido oposta. Na prática, o sistema de saúde impõe dificuldades que vão desde a falta de informação, até a resistência de profissionais que invocam a chamada “objeção de consciência” para negar atendimento às mulheres que necessitam do serviço (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 24).

A chamada “objeção de consciência”, prevista no Código de Ética Médica, é a recusa em executar uma ação que vá contra os princípios ou crenças pessoais de quem a pratica. Conforme explicam Scherer e Sanches (2021, p. 707), “trata-se de recurso empregado por diversos profissionais de saúde quando confrontados com conflitos éticos entre a natureza de determinado ato profissional solicitado e a própria liberdade de consciência”.

Embora seja uma proteção legítima à liberdade individual, o seu exercício deve ser acompanhado de responsabilidade e compromisso com os direitos da paciente. Débora Diniz (2011, p. 982) explica que o médico, ao alegar a objeção de consciência, solicita a recusa em

cumprir com o seu dever e a mulher passa a ser atendida por outro médico ou então encaminhada a outro serviço, mas, em casos extremos, pode até mesmo vir a ficar sem assistência.

A objeção de consciência, quando invocada nos casos de aborto legal, não deve ser um escudo para a negação de direitos. Na perspectiva da gestante, que já está inserida em uma situação de vulnerabilidade, essa recusa não é tratada apenas como uma escolha individual do médico, baseada em seus valores morais; mas sim como um obstáculo ao seu direito à saúde e ao amparo esperado em um momento sofrido. O direito do profissional deve sim ser respeitado, mas jamais às custas da vida e da saúde de quem já enfrenta um dos momentos mais difíceis de sua existência. Inclusive, a depender do caso, pode até configurar violência obstétrica¹.

Embora o médico que alegue tal direito tenha o dever de justificar sua recusa, encaminhando a gestante para outro profissional, na prática esse processo nem sempre ocorre de forma ágil e sequer respeitosa (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 24). A gestante, ao deparar-se com enormes barreiras ou burocracias excessivas, não só tende a se sentir negada pelo profissional, mas também tem seu direito rejeitado, mesmo quando garantido por lei. O tempo é um fator crucial; em qualquer das hipóteses do aborto legal, quanto maior o período que se mantém a gravidez, mais sofrido se torna o processo.

É por isso que, em um cenário de abandono e falta de alternativas, pode acontecer da própria mulher optar por recorrer a soluções clandestinas, expondo-se a procedimentos inseguros e, conseqüentemente, arriscando a própria vida (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 25). Esse é um quadro capaz de gerar uma enorme tragédia, que poderia facilmente ser evitada caso o atendimento fosse simplesmente garantido da forma em que se encontra respaldado pelo ordenamento jurídico.

Garantir uma assistência efetiva, acessível e humanizada não se resume a uma mera questão legal; isso sim é um compromisso ético com a dignidade e a vida dessas mulheres. A falha do sistema, nesse contexto, não apenas as abandona, mas as “empurra” para um desespero ainda maior. Por isso, o direito à objeção de consciência não deve se sobrepor ao direito ao cuidado e à saúde. No final das contas, não se trata apenas de respeitar as suas próprias crenças, mas sim de impedir que elas silenciam e condenem mulheres a percorrerem caminhos distintos aos que lhes é incumbido por lei. A assistência é um direito, não um privilégio.

¹ Informação prestada por Dra. Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

2.2 A ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E A ADPF Nº 54

No dia 12 de abril de 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal, uma terceira hipótese de aborto legal foi reconhecida: a interrupção da gravidez em casos de anencefalia fetal (Brasil, 2012a). A viabilização da antecipação terapêutica do parto - termo proposto pela antropóloga Débora Diniz para se referir com mais cautela ao aborto do feto com anencefalia - , foi, de fato, um grande avanço para a sociedade (Ribeiro, 2012, p. 92).

Pedro Lazarini Neto (2008, p. 381) explica que anencefalia que dizer “sem cérebro”, e trata-se de uma anomalia congênita, uma anormalidade do desenvolvimento do embrião e do feto, sendo um gravíssimo problema do sistema nervoso, advindo, assim, uma má formação resultante de um defeito do tubo neural do embrião. Essa condição letal compromete todas as funções cerebrais e o quadro é fatal em 100% (cem por cento) dos casos.

Essa anomalia se manifesta como um processo patológico embriológico, resultante da falta de estruturas cerebrais (hemisférios e córtex), impedindo o desenvolvimento das funções superiores do sistema nervoso central (Prado, 2011, p. 149). Em mais da metade dos casos, os fetos não resistem à gestação; enquanto os poucos que alcançam o parto sobrevivem apenas horas ou minutos fora do útero. Além disso, além de não ser curável, não possui nenhum tratamento que possa ser realizado para viabilizar o nascimento do feto com vida (Nucci, 2023, p. 710).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.989/2012 reconheceu a possibilidade da interrupção da gestação nos casos de anencefalia, nos seguintes termos (Brasil, 2012b):

Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez. Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter: I – duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico. Art. 3º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir: §1º É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico. §2º Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de: I – manter a gravidez; II – interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento. §3º Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma. §4º Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico. §5º Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de

equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade. §6º A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos. Art. 4º Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal. Parágrafo único. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2º desta resolução integrarão o prontuário da paciente. Art. 5º Realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente os riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à concepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher. Parágrafo único. A paciente deve ser informada expressamente que a assistência preconcepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da anencefalia.

A resolução em comento, portanto, estabeleceu os critérios técnicos e éticos para a realização da antecipação terapêutica do parto, reafirmando o respeito à autonomia da gestante e a responsabilidade médica na condução do procedimento. Conforme disposto no art. 1º, o aborto pode ser realizado mediante solicitação da própria gestante, sendo desnecessária a apresentação de autorização judicial (Brasil, 2012b).

O art. 2º define que o diagnóstico deve ser feito a partir da décima segunda semana de gestação, por meio de exames de ultrassonografia e acompanhado de laudo médico emitido por dois profissionais habilitados (Brasil, 2012b). Tal exigência técnica, como destaca Rogério Sancho Cunha (2016, p. 108), decorre do fato de que, nesse estágio, o feto já se encontra suficientemente desenvolvido para permitir a identificação inequívoca da malformação.

O art. 3º, por sua vez, assegura à gestante a faculdade de manter ou não a gestação do feto com anencefalia, enquanto os parágrafos seguintes e os demais artigos da resolução tratam, de maneira complementar, da garantia de acompanhamento pré-natal em ambas as hipóteses; da necessidade de infraestrutura adequada para o procedimento; da formalização do consentimento por meio de ata; e, por fim, do acesso a orientações sobre planejamento familiar após o procedimento abortivo (Brasil, 2012b).

Esses aspectos clínicos se fundem à discussão jurídica, pois revelam que, quando o feto não apresenta potencial para a vida extrauterina, forçar a continuidade da gestação impõe à mulher não apenas desafios médicos, mas um sofrimento desumano. Trata-se de uma enfermidade incurável e incompatível com a vida fora do útero, fato que evidencia a inviabilidade de se exigir que a mãe carregue por nove meses um feto cuja existência é efêmera (Nucci, 2023, p. 562).

É justamente nesse contexto que Cosenzo (2021, p. 374) defende que a antecipação terapêutica do parto não devia nem ser comparada ao aborto, vez que lhe falta o suporte fático

exigido pelo tipo penal: a morte do feto em decorrência da interrupção da gravidez. O que se tem aqui é uma morte inevitável do feto, que decorre da própria má formação vigente, e não da intervenção médica. No mesmo sentido, Bitencourt (2019, p. 435) defende que nestes casos, o feto sequer incorpora a condição de sujeito passivo, vez que lhe faltam condições fisiológicas que possibilitem que um dia se torne uma pessoa, vez que não passa de um produto patológico sem qualquer possibilidade de vida.

O debate sobre a interrupção da gestação de fetos anencéfalos ultrapassa uma mera discussão jurídica; trata-se do reconhecimento da ausência de uma vida viável e a impossibilidade de um futuro para aquele feto, e é por isso que não há bem jurídico a ser protegido (Bitencourt, 2019, p. 434). O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.752/04, classifica o feto anencéfalo como um natimorto cerebral, já que, embora possa apresentar funções biológicas temporárias, jamais desenvolverá consciência e nem terá capacidade de sobreviver fora do útero, sem o suporte fisiológico provido pelo organismo materno (Brasil, 2004).

Essa compreensão, inclusive, se alinha ao disposto no art. 3º da Lei nº 9.434/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos para transplante, estabelecendo o diagnóstico de morte encefálica como critério legal para a constatação do fim da vida (Brasil, 1997). Ora, se a ausência irreversível de atividade cerebral já caracteriza a morte de um indivíduo, é razoável concluir que, no caso do feto anencéfalo - que sequer desenvolve atividade encefálica -, não há vida juridicamente tutelável desde o início da gestação.

Diniz e Velez (2019, p. 227) sustentam que o feto com anencefalia que de fato consiga alcançar o parto é, na verdade, “um sobrevivente agonizante à espera de uma morte instantânea”. Por isso, além de observar os direitos da gestante, deve-se ponderar que o ser em formação, caso alcance o parto, não viverá e tão somente sobreviverá por horas. Guilherme Nucci (2023, p. 710), inclusive, afirma que “a maioria dos anencéfalos sobrevive no máximo 48 horas após o nascimento”. Por isso, dar continuação a gestação nesses casos, representa algo muito maior que uma mera escolha pessoal.

Para aprofundar o estudo, é crucial distinguir o aborto em casos de anencefalia do aborto eugênico, também conhecido como “eugenésico” ou “piedoso”. Conforme abordado anteriormente, diferentemente da antecipação terapêutica do parto, o aborto eugênico não integra o rol das hipóteses legalmente permitidas no ordenamento jurídico brasileiro. Embora possam ser confundidas, por envolverem a interrupção da gestação diante da constatação de alguma anomalia fetal, são situações distintas, já que envolvem casos em que há o aborto devido a alguma anomalia. O aborto eugênico é praticado de forma ilícita “quando há suspeita de que o nascituro,

provavelmente, apresente doenças congênitas ou anomalias físico-mentais graves” (Monteiro, 2008, p. 33).

Luna (2021, p. 5) esclarece que “a anencefalia é uma doença letal sem potencialidade de vida extrauterina e distinta da deficiência física, passível de diagnóstico a partir da 12ª semana de gestação por meio de ultrassonografia, refutando a acusação de aborto eugênico”. Isso porque a anencefalia não é “somente” uma deficiência, mas sim uma condição que inviabiliza a vida do feto fora do útero materno.

Portanto, o aborto eugênico refere-se à interrupção da gravidez motivada pela previsão de que o feto nascerá com uma grave condição física ou mental, ainda que compatível com a vida extrauterina (Morais, 2008, p. 53). Já no caso do feto inviável, como o diagnosticado com anencefalia, as malformações presentes tornam impossível a vida deste fora do útero (Nucci, 2023, p. 710). Assim, quando a gestação é interrompida em razão de uma anomalia que não inviabiliza a vida após o nascimento, trata-se de um aborto eugênico, hipótese que configura crime e enseja a responsabilização penal da gestante.

Por isso, a interrupção terapêutica do parto entre as possibilidades legais do aborto representa um grande avanço, afinal, quão cruel seria obrigar uma mulher a levar adiante uma gestação sabendo que, ao final, não haverá vida? A resposta é clara: nenhuma mãe merece sentir a dor de gerar, parir e em seguida, enterrar um filho que sequer teria a chance de viver (Biten-court, 2014, p. 442). A descoberta do diagnóstico, por si só, já é um sonho destruído e, tão cruel quanto o diagnóstico, somente seria se a mulher fosse obrigada a manter uma gravidez por nove meses, sabendo que, após a dor do parto, não terá o seu filho em seu colo.

A mulher que carrega em seu ventre um feto inviável não terá chance de ver aquela vida crescer e se desenvolver; não assistirá aos primeiros passos, às primeiras palavras e todas as outras etapas naturais do crescimento de uma criança sadia. Por circunstâncias alheias à sua vontade, será privada de exercer a maternidade e, não ironicamente, contando com a sorte, poderá tê-lo em seus braços por horas, senão minutos, devido à gravidade da condição.

Não obstante, soma-se o fato de que uma gravidez provoca diversas transformações físicas e emocionais na vida da mulher, que passa por alterações hormonais que afetam desde o humor até a produção de leite, fazendo com que o corpo, inconscientemente, se prepare para dar à luz (Camacho et al., 2006, p. 93). Por isso, não há como mensurar a dor e a frustração de vivenciar tantas mudanças enquanto se tem a plena consciência de que não será possível desfrutar delas de forma natural, pois, ali dentro, só há vida enquanto houver o abrigo do próprio organismo materno.

É, inclusive, o que defende Bitencourt (2019, p. 442) ao dizer que exigir que uma gestante leve a termo sua gravidez, em situação de reconhecida anencefalia, constitui, inquestionavelmente, uma forma brutal de submetê-la a odioso “tratamento desumano”, em flagrante violação ao disposto no art. 5º da CF/88, segundo o qual ninguém será submetido a tal tratamento. Por isso, a gravidez mantida não isentaria a mulher de viver o estado puerperal, cuja definição é trazida por Souza et al. (2013, p. 167) como: “puerpério é o nome dado ao período do pós-parto, que tem uma duração aproximada de três meses, nos quais a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e emocionais”.

No caso da anencefalia, quando mantida a gestação, caso essa seja a vontade da mulher, poderá haver o nascimento - contudo, o que não se pode assegurar é a vida daquele bebê após o parto. Inclusive, as alterações que ocorrem no corpo da mulher após o parto independem da viabilidade do feto, pois estão diretamente ligadas ao próprio processo gestacional². Por isso, no caso da anencefalia, que é uma condição incompatível com a vida extrauterina, além das mudanças físicas, a mãe pode viver um processo de luto ainda maior e intenso, o que poderá elevar ainda mais o risco de transtornos psicológicos.

Ainda que algumas gestantes contem com uma rede de apoio - algo que, diga-se de passagem, muitas infelizmente não possuem -, o papel principal na criação de um filho sempre recaiu sobre a mulher. Historicamente, ela sempre carregou essa responsabilidade. Por isso, ao falar da manutenção de uma gravidez em que o feto possui uma doença grave e incompatível com a vida extrauterina, é necessário refletir sobre as diversas camadas dos impactos que essa decisão poderá trazer.

Imperioso destacar que o direito de antecipar o parto em casos de fetos anencéfalos não é uma imposição, mas uma mera possibilidade que permite que a mulher possa evitar que se prolongue um sofrimento com a manutenção da gestação. Então, uma vez diagnosticada a anencefalia, poderá a gestante, se for de sua vontade, submeter-se ao aborto, sem que tal comportamento seja entendido como criminoso (Brasil, 2012a).

Portanto, a inclusão da interrupção terapêutica no rol do aborto legal possibilitou que a gestante obtivesse a autonomia de decidir continuar ou não com a gravidez do feto anencéfalo, com amparo legal, sendo submetida a um aborto seguro, com suporte médico e psicológico, tornando, assim, o processo menos doloroso. Insta salientar que o fato de existir um respaldo

² Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

legal não faz com que o sofrimento da mulher seja menor, mas somente facilita a parte burocrática inerente à realização do procedimento, de modo que aquela gestação não seja prolongada.

Em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal entendeu ser inconstitucional interpretar a interrupção da gravidez de feto anencéfalos como uma conduta criminosa, enquadrada no crime de aborto. A ADPF nº 54, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, foi julgada pelo STF e foi um grande marco no que se refere à evolução do entendimento jurisprudencial acerca da antecipação terapêutica do parto, já que este foi pautado de acordo com a premissa de que se trata de uma anomalia que ultrapassa qualquer condição médica e que a realidade da anencefalia tende a ser um processo muito doloroso para a gestante (Brasil, 2012a).

A partir dessa decisão, consolidou-se o entendimento de que impedir o aborto nesses casos violaria direitos fundamentais da mulher, como saúde, dignidade e liberdade. Ao reconhecer que a gestação de um feto anencéfalo impõe um sofrimento físico e emocional desproporcional à gestante, o Supremo permitiu que, diante de um diagnóstico irreversível, a mulher pudesse ter a liberdade de decidir sobre interromper a gestação sem qualquer interferência estatal (Brasil, 2012a). Jessica Jesus (2014, p. 28) destaca que tal decisão causou um verdadeiro impacto no ordenamento jurídico nacional “acalorando discussões em todos os seios da sociedade”.

No mesmo sentido, Diniz e Velez (2008, p. 648) sustentam que a anencefalia foi um recurso metodológico para a imposição de uma nova argumentação, ao permitir suplementar a retórica cristã tradicional do aborto como um atentado a uma vida humana em potencial. Por isso, tal anomalia - quando aplicada pelo ordenamento jurídico como uma excludente de ilicitude do crime de aborto - desafiou a visão tradicional de que toda gravidez representa uma vida em potencial (Bitencourt, 2014, p. 486). Sendo assim, o debate pôde ser afastado, ainda que um pouco, de fundamentos morais e passou a melhor considerar a realidade biológica (feto inviável) e a garantia aos direitos da mulher.

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 foi inicialmente proposta em 2004, mas somente em 2012 o Supremo decidiu a questão por maioria, declarando, assim, a inconstitucionalidade da interpretação do aborto do feto com anencefalia como enquadrado no crime de aborto (Brasil, 2012a). Eduardo Luiz Santos Cabette (2018, p. 18) explica que, no bojo da decisão, o STF foi claro no sentido de que não se estava descriminalizando o aborto, mas indicando um caso em que não havia vida potencial, o que permitiria a retirada do produto da concepção não dotado do bem jurídico tutelado pela norma.

Essa medida legal, então, foi respaldada na ideia de que não se deve entender por aborto interromper uma gravidez de algo desprovido de vida (Prado, 2014, p. 120). Guilherme de Souza Nucci (2013, p. 671), por exemplo, é claro ao lecionar que a norma penal protege a “vida humana” e, não necessariamente, a existência do feto ou embrião, vez que este depende do organismo materno. Essa tese pode ser vista sob dois aspectos: a gestante, que não pode suportar a gravidez de um feto inviável, e o médico, que busca proteger a saúde psicológica da mulher.

Esse instrumento jurídico foi proposto pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde, com fulcro no entendimento de que a anencefalia é uma má formação que torna impossível a vida fora do útero (Brasil, 2012b). Dessa forma, a interrupção da gestação nesses casos não deveria ser tipificada como crime, mas sim um procedimento médico respaldado em princípios constitucionais como o direito à saúde, à dignidade, à liberdade e a estar livre de tortura (Diniz; Velez, 2019, p. 220).

Conforme explica Almeida (2014, p. 27), ao contrário do que opositores defendem, a decisão do STF não estabeleceu precedentes para a regulamentação do aborto e nem priorizou certos crimes contra a vida em detrimento de outros. Pelo contrário, o foco foi garantir a saúde física e mental da gestante, além de respeitar a sua dignidade, concedendo-lhe o direito de decidir sobre a continuidade de uma gestação onde existe a certeza de que o feto não poderá sobreviver fora do útero.

O julgamento favorável não somente representou um avanço na interpretação constitucional dos direitos das mulheres, mas consequentemente também confrontou perspectivas conservadoras que, por muitos anos, sustentaram a criminalização irrestrita do aborto, mesmo em casos de inviabilidade fetal. É imperioso destacar que tal decisão não aumentou o número de procedimentos, até porque a anencefalia é uma patologia cuja incidência obedece a uma constante. Por isso, a presença da anomalia fetal torna o aborto diferente daquele realizado em casos de somente gestações indesejadas (Almeida, 2014, p. 27-29).

Dessa forma, a decisão do Supremo na ADPF nº 54 não apenas assegurou um direito fundamental à mulher, mas também reafirmou a necessidade de um olhar jurídico e social mais sensível diante de situações que extrapolam a simples interpretação legal do aborto. A anencefalia, ao inviabilizar qualquer chance de vida fora do útero materno, não pode ser equiparada às demais hipóteses de interrupção da gravidez que não se encontram amparadas pelo ordenamento jurídico, pois isso seria impor à gestante um sofrimento contínuo e, além de tudo, inevitável (Brasil, 2012a).

Através do reconhecimento de que não há bem jurídico a ser protegido quando a gestação não resulta em uma vida viável, o STF reafirma que o direito à dignidade da mulher deve prevalecer diante de uma condição que a submete a um sofrimento desproporcional. Como explica Débora Diniz (2008, p. 649), se não há expectativa ou potencialidade de vida extrauterina, não há fundamento jurídico ou social para impedir a interrupção da gravidez, pois o Estado não pode impor à mulher o peso de gestar algo que jamais se tornará vida.

Portanto, trata-se de um reconhecimento fundamental de que a interrupção da gestação em casos como a anencefalia não configura violência ou negligência, mas sim um amparo legal e respeito à saúde mental e física da mulher. Mais do que um avanço normativo, essa interpretação representa um compromisso com a humanidade e a autonomia feminina, garantindo que nenhuma mulher seja simplesmente reduzida a um instrumento de gestação quando a vida que carrega jamais poderá sobreviver fora de seu útero (Brasil, 2012a).

A decisão, longe de incentivar o aborto indiscriminado, foi um reconhecimento da gravidade dessa situação específica, em que a gestante não apenas perde a possibilidade de gerar vida, mas é forçada a viver com a constante angústia de um luto antecipado, algo que necessitou de um olhar social de cautela e humanidade (Brasil, 2012a). Por isso, a partir do momento em que o Estado opta por afastar uma visão punitivista e reconhece a centralidade do sofrimento da mulher, reafirma o seu papel na proteção da dignidade, da saúde e do bem-estar feminino, lhe dando voz e assegurando que sua dor seja ouvida e respeitada.

2.3 O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA EXTRAUTERINA

Os avanços tecnológicos transformaram, em todos os sentidos, as mais diversas áreas do conhecimento. Com a área da saúde, não poderia ser diferente: os avanços tecnológicos revolucionaram a medicina, tornando possíveis exames, tratamentos e até curas que, há alguns anos, pareciam inatingíveis.

Doutor Manoel Sarno, professor titular de obstetrícia da Universidade Federal da Bahia, define a medicina materno-fetal como “o braço direito da obstetrícia”. Ele explica que se trata de uma subespecialidade cujo objetivo é avaliar o feto, visando à prevenção de intercorrências durante o pré-natal, utilizando como principal ferramenta a ultrassonografia. Trabalhando em conjunto com a obstetrícia, essa área busca garantir os melhores desfechos gestacionais possí-

veis. Além de rastrear possíveis complicações como prematuridade, pré-eclâmpsia e repercussões de doenças maternas que possam comprometer a saúde fetal, também é possível realizar uma análise anatômica detalhada do feto, a fim de identificar possíveis malformações graves³.

Nesse sentido, “com os avanços tecnológicos e o aprimoramento da prática médica via ultrassonografia, já é possível detectar possíveis problemas no feto deste a gestação” (Ladino et al., 2023, p.1). Conforme visto anteriormente, a gestante que carrega um feto anencéfalo possui amparo constitucional para que realize o aborto de maneira legal e segura, sem a necessidade da requisição de uma autorização judicial que permita a submissão ao procedimento.

Neste caso, a mulher que optar por interromper a gravidez antecipadamente, precisa apresentar o laudo do exame de ultrassom, assinado por dois médicos, comprovando a presença da anencefalia. Além disso, é necessário haver um documento que contenha o consentimento da gestante (Brasil, 2012b). Nesse contexto, é amplamente reconhecido que existem diversas outras doenças que, assim como a anencefalia, acarretam a incompatibilidade com a vida extrauterina do feto (Rosa et al., 2013, p. 114).

A Maternidade Climério de Oliveira (2018, p. 199), unidade vinculada à Universidade Federal da Bahia, reconheceu que:

O uso de técnicas modernas de investigação pré-natal permitiu cada vez mais precocemente o diagnóstico de alterações feto-placentárias e malformações. No entanto, esse progresso trouxe consigo a revelação de fetos que não terão qualquer possibilidade de sobreviver por si após o nascimento, seja pela existência de uma malformação grave, seja por alguma alteração cromossômica que inviabiliza a sobrevivência neonatal.

Uma malformação incompatível com a vida pode ser definida pela literatura de três possíveis formas distintas. A primeira ocorre quando há 50% de chances de mortalidade até o primeiro ano de vida; a segunda, quando as chances são de 90%; e a terceira, quando quase todos os casos evoluem para óbito. O especialista explica que, apesar dessa divergência conceitual, de modo geral, tende-se a interpretar essas situações como casos em que o bebê vai nascer e logo em seguida, morrer – o que nem sempre corresponde à realidade clínica⁴.

A depender da condição diagnosticada, se tratando de uma malformação incompatível com a vida, pode haver uma sobrevivência, ainda que por curto período. Enquanto algumas patologias realmente levam à morte logo após o nascimento, outras permitem a sobrevivência por

³ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

⁴ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

semanas ou meses, embora em estado vegetativo, sem qualquer perspectiva de autonomia ou consciência. Por isso, é plausível questionar se é uma incompatibilidade com a vida – ou seja, risco de morte – ou se é uma incompatibilidade com a vida digna⁵.

O Código Penal de 1940 foi elaborado em conformidade com os valores, costumes e conhecimentos predominantes na década de 1930. Desde então, não apenas os padrões sociais se transformaram, mas sobretudo os avanços tecnológicos e científicos, especialmente da área médica, que passaram a permitir a identificação precisa e precoce de anomalias fetais, constataando, com altíssimo grau de segurança, a inviabilidade da vida extrauterina (Bitencourt, 2019, p. 423-424).

Com isso, à época que entrou em vigor, o Código Penal refletia uma realidade onde os recursos médicos disponíveis ainda eram limitados e pouco eficazes no diagnóstico de malformações fetais graves. Carla Queiroz (2008, p. 72) explica que, naquela época, “anomalias fetais somente eram diagnosticadas no momento do parto, quando o feto já era um natimorto ou se constava pelo exame do recém-nascido que este estava fadado ao óbito, na maioria dos casos nas primeiras 24 horas”.

Diante dos diagnósticos precoces, a gestante, juntamente com seus familiares e com o suporte de profissionais da saúde, passa a ter condições de compreender, desde cedo, as limitações daquela gestação. Essa antecipação permite uma tomada de decisão mais consciente, refletida e fundamentada, especialmente quando se trata da possibilidade de solicitar uma autorização judicial para interromper a gravidez em situações extremas (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 200).

Nesse contexto, é fundamental destacar o papel dos protocolos e diretrizes médicas voltadas ao diagnóstico das anomalias congênitas. O Ministério da Saúde (2022), por meio da publicação do “Guia Prático: Diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento”, estabelece orientações técnicas que buscam padronizar e qualificar o processo de detecção precoce dessas condições, com base em critérios clínicos, laboratoriais e de imagem. O objetivo principal é garantir o cuidado integral da gestante e do feto, assegurando um diagnóstico oportuno e seguro (Brasil, 2022).

⁵ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

De acordo com o documento, a realização de exames específicos, como a ultrassonografia morfológica e outros métodos complementares, possibilita a identificação de diversas malformações ainda no primeiro ou segundo trimestre gestacional. A padronização desses procedimentos não apenas contribui para a acurar o diagnóstico, como também permite uma abordagem mais humanizada, oferecendo à gestante informações claras e respaldo emocional diante de situações de alta complexidade e sofrimento (Brasil, 2022, p. 15).

Outrossim, diante de um diagnóstico de anomalia grave, a gestante (ou o casal) se depara com o dilema de decidir entre manter a gestação até o parto espontâneo ou optar pela antecipação da gestação. Independentemente da decisão tomada, é essencial haver um acompanhamento pré-natal especializado, que conte com o apoio de uma equipe preparada para compreender os diversos aspectos clínicos, emocionais e éticos envolvidos, assegurando a mulher um cuidado técnico e humanizado ao longo de todo o processo (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 199-200).

Além da anencefalia, que já foi amplamente discutida anteriormente, a medicina reconhece outras anomalias graves que, da mesma forma, também apresentam um prognóstico que inviabiliza a vida fora do útero materno (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 199). Essas demais patologias, por não possuírem respaldo legal para realizar o procedimento abortivo, tendem a alimentar a ideia de impor a continuidade de uma gestação que está fadada à perda. É justamente por não haver uma previsão normativa específica para esses casos, que inúmeras mulheres acionam o Poder Judiciário na tentativa de buscar uma autorização judicial que permita a interrupção da gestação⁶.

A Maternidade Climério de Oliveira trouxe diversas malformações incompatíveis com a vida, sendo reconhecidas por 90% (noventa por cento) de letalidade no primeiro ano após o nascimento. Das mais conhecidas, encontram-se listadas: Síndrome de Edwards (trissomia do 18), Síndrome de Patau (trissomia do 13), Síndrome do cordão curto (*Body Stalk*), Displasia esquelética letal, Gemelaridade imperfeita com compartilhamento de órgãos nobres, Pentalogia de Cantrell tipo 1, Rins policísticos e multicísticos bilaterais, entre outras. Além disso, também existem os casos não previstos, mas que possuem a concordância de pelo menos dois especialistas em medicina fetal e os casos da Síndrome da banda amniótica com lesões graves em órgãos vitais, que deve ser analisada individualmente a depender do caso concreto (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 201).

⁶ Informação prestada por Dra. Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Essas anomalias representam realidades devastadoras, em que a possibilidade de vida fora do útero é praticamente inexistente – seja porque a condição é, de fato, letal e pode causar a morte em minutos após o nascimento, seja porque, embora haja sobrevivência, ela ocorre em estado vegetativo, podendo se estender por semanas ou meses em condições extremamente precárias⁷. Diante disso, é interessante compreender as particularidades de algumas dessas patologias, cujas gravidades evidenciam, de forma concreta, a inviabilidade da vida extrauterina.

A síndrome de Edwards, também conhecida como “trissomia do cromossomo 18”, é uma condição genética causada pela presença de três cópias do cromossomo 18. Conforme a Revista Paulista de Pediatria, “essa é a segunda trissomia autossômica mais frequentemente observada ao nascimento, ficando atrás apenas da síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21)”. Trata-se, na verdade, de uma síndrome que é especialmente caracterizada por um amplo espectro de anomalias congênitas que afetam praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo (2013, p. 112).

Diferentemente da síndrome de Down, a maioria dos fetos com trissomia do cromossomo 18 não consegue sobreviver até o nascimento, sendo que os que nascem com vida, podem ficar até 6 meses em internação e só depois ir a óbito⁸. Essa condição está associada a mais de 130 anomalias diferentes, que acometem diversos sistemas do corpo. A prevalência da síndrome é estimada, em média, entre 1 para 3.600 a 8.500 nascidos vivos, afetando o sexo feminino com mais frequência. O diagnóstico é geralmente realizado por cariotipagem, mas pode também ser complementado com outros exames, como o de hibridização *in situ* fluorescente (FISH) e o de hibridização genômica comparativa (CGH) (Rosa et al., 2013 p. 115).

A síndrome de Patau, ou trissomia do cromossomo 13, é uma condição genética causada pela presença de três cromossomos no par de número 13. Conforme explica Rosa et al., trata-se de uma condição frequente e recorrente, podendo ser considerada a terceira trissomia mais comum dos cromossomos autossômicos, ficando atrás somente da Síndrome de Down e Síndrome de Edwards (2013, p. 460).

Em 2024, essa anomalia ganhou notoriedade no Brasil após o cantor Zé Vaqueiro e sua esposa compartilharem publicamente em suas redes sociais a perda do filho de 11 meses, diagnosticado com essa condição (Goulart, 2024). Rodrigues (2019) explica que as causas para a Síndrome de Patau “são distribuídas entre erros durante a meiose, mosaicismos ou translocação

⁷ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

⁸ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

e estão relacionadas à idade avançada da mãe. Os indivíduos portadores dessa anomalia dificilmente sobrevivem após o parto e os que sobrevivem, a expectativa de vida é baixa” (2019, p. 612).

Já a Síndrome de *Body Stalk*, também conhecida como “síndrome do cordão curto” e “defeito da parede membro-corpo”, conforme explicam Leme e Neto (2022), caracteriza-se por “malformações congênicas graves, principalmente toracosquise, abdominosquise, defeitos nos membros e exencefalia. A maioria dos fetos é abortada espontaneamente ou por interrupção médica” (2022, p. 2). Em outras palavras, é uma malformação que pode acometer órgãos do tórax e do abdômen, de modo a ficarem expostos⁹.

Já a Pentalogia de Cantrell, conforme explicam Sampaio et al. (2024), é uma síndrome rara e complexa que reúne diversas anomalias estruturais, resultando na interrupção do desenvolvimento do embrião (2024, p.3). Outra anomalia rara que possui elevado índice de óbito e é incompatível com a vida se chama “síndrome de banda amniótica”. Segundo o especialista ouvido nesta pesquisa, essa condição ocorre quando a membrana amniótica é rompida no início da gestação e adere a partes do corpo fetal, provocando graves deformidades. A presença de substâncias aderentes em sua camada externa faz com que órgãos como fígado e intestino fiquem fora da cavidade abdominal, em contato direto com o útero, sem qualquer proteção¹⁰.

As condições apresentadas representam apenas uma pequena parcela das inúmeras anomalias gravíssimas que podem ser diagnosticadas ainda na fase pré-natal. O avanço da medicina fetal, sem dúvidas, permitiu a identificação cada vez mais precoce de diversas patologias, permitindo ampliar o debate sobre o impacto dos diagnósticos de doenças fetais incompatíveis com a vida e os desafios médicos, sociais e éticos que existem na sociedade moderna.

Diante de um prognóstico difícil, as mulheres no Brasil que estão envolvidas nessa situação e não desejam prosseguir com a gestação, se veem diante de um cenário de incerteza ao precisar buscar o judiciário para requerer o direito ao aborto legal. Incerto, porque não se sabe o que vai ser daquele momento em diante; se vai ter o seu pedido concedido ou se terá de seguir com todo o ciclo gestacional, mesmo sabendo que a vida do filho que carrega não tem chances de prosperar.

O pedido de autorização judicial, no entanto, não é tão simples. Cada caso é analisado individualmente e a decisão irá depender da interpretação do magistrado responsável. A partir

⁹ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹⁰ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

disso, inicia-se uma “corrida contra o tempo”, para tentar conseguir o aparato legal o quanto antes possível. A realidade é dura e, enquanto algumas decisões reconhecem a inviabilidade da vida fora do útero materno como um fundamento essencial para autorizar o procedimento, outras negam o pedido (geralmente em primeira instância), principalmente alegando a ausência de previsão legal específica¹¹.

Não haver uma uniformidade gera toda uma insegurança e, conseqüentemente, prolonga ainda mais o sofrimento das gestantes, que além de terem que lidar com o impacto emocional de um diagnóstico irreversível, precisam enfrentar a dor da dúvida de qual será aquele desfecho judicial. Por isso, é necessário analisar como funciona a parte burocrática dos pedidos de direito ao aborto, bem como quais são os órgãos competentes tanto para solicitar a autorização judicial, quanto para proferir a decisão.

2.4 REQUISICÃO JUDICIAL PARA O EXERCÍCIO DO DIREITO AO ABORTO LEGAL

Como já exposto, existem diversas anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina. No entanto, a decisão do Supremo Tribunal Federal restringiu a possibilidade de interrupção da gestação, nesses casos, apenas aos fetos anencéfalos (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 200). Diante disso, quando há diagnóstico de malformações graves que inviabilizam a sobrevivência fora do útero - ou mesmo aquelas que resultam em condições extremamente limitantes e paliativas -, a gestante precisa recorrer ao Poder Judiciário para requerer autorização para o aborto.

Luiz Flávio Gomes observa que o que está em jogo é a vida ou a qualidade de vida de todos aqueles envolvidos diante de uma gravidez de um feto malformado. Por isso, não se deve impedir o exercício do direito ao abortamento para aquelas que não desejam padecer tanto sofrimento (2004, p. 35-36). Nessas situações, após a confirmação do diagnóstico, os serviços de saúde informam à gestante que é possível ingressar com um pedido judicial para a interrupção da gestação, ainda que não haja previsão legal expressa.

Nesse sentido, para interromper a gestação do feto malformado cuja doença não encontra respaldo legal, a Maternidade Climério de Oliveira (2018, p. 202) explica no manual de “Protocolos assistenciais de obstetrícia” a conduta a ser tomada para que o procedimento seja realizado pela instituição:

¹¹ Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Após a primeira consulta médica, entrevista com a Psicóloga e a Assistente Social, as gestantes têm a confirmação do diagnóstico através de ultrassonografia obstétrica ou através de exames invasivos (amniocentese, cordocentese e biópsia de vilosidades coriônicas). O laudo de ultrassonografia deve ser assinado por dois médicos, sendo um especialista em Medicina Fetal e deve constar o diagnóstico e deverá ainda ter escrito que se trata de malformação incompatível com a vida segundo literatura vigente, caso haja a confirmação por parte do especialista. O caso é então discutido pelo grupo interdisciplinar do Ambulatório de Medicina Fetal e, após concordância em relação à conduta, a mulher é esclarecida quanto ao diagnóstico e os possíveis procedimentos para o caso. Se a decisão for a de continuar a gestação, ela prossegue o pré-natal até o parto e é acompanhada no pós-parto. Se a opção da gestante for interromper a gestação, são emitidos o laudo médico (...), o parecer psicológico (...) e o parecer do Serviço Social (...). Após obtenção da documentação necessária, a gestante é orientada pelo Serviço Social a buscar o Ministério Público Estadual na Av. Joana Angélica, número 1312, bairro de Nazaré, CEP: 40050-002, na cidade de Salvador-Bahia, para solicitar a autorização judicial de antecipação do parto ou abortamento terapêutico. Assim que obtém o parecer, a mulher entra em contato com o Serviço Social da MCO para orientações quanto à internação.

A solicitação do alvará judicial pode ser feita por meio da Defensoria Pública ou por advogado particular, a depender da preferência da mulher. Para que seja feito o pedido, é necessário que a gestante reúna algumas documentações exigidas, como: laudos médicos detalhados que confirmem a anomalia fetal e sua incompatibilidade com a vida extrauterina - preferencialmente assinados por dois médicos especialistas -, cópia dos exames que embasaram os diagnósticos, documentos pessoais (como RG, CPF e comprovante de residência), além de uma declaração, assinada por ela, autorizando expressamente a realização do procedimento¹².

Passada essa etapa, a unidade hospitalar fornece os contatos da Defensoria Pública, que poderá ser acionada de forma presencial ou remota, se for de interesse da gestante, a fim de garantir o acesso célere ao atendimento jurídico¹³. Na Bahia, especialmente em Salvador, a Defensoria Pública do Estado se destaca como uma das instituições mais estruturadas para lidar com essas demandas. A partir da criação do Fórum de Aborto Legal, foi estabelecido um fluxo institucional que centraliza e organiza os atendimentos de mulheres em situação de gravidez com diagnóstico de anomalias fetais graves¹⁴.

Com toda a documentação reunida, a gestante encaminha os documentos à Defensoria Pública, que realizará o acolhimento inicial por meio do Núcleo de Apoio Psicossocial (NAP),

¹² Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹³ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹⁴ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

responsável por prestar toda assistência técnica e emocional para a mulher com o diagnóstico da anomalia fetal. Em seguida, a Defensoria irá protocolar a solicitação do alvará judicial para a realização do aborto. Uma vez recebida a petição, o juiz analisará o pedido e abrirá vista para manifestação do Ministério Público e, a partir disso, o magistrado poderá deferir ou indeferir a autorização, considerando os elementos probatórios e as circunstâncias apresentadas¹⁵.

Ainda que a jurisprudência do STF limite expressamente a autorização ao caso da anencefalia, existem diversos precedentes judiciais que admitem a interrupção da gravidez em casos de outras doenças graves que comprovam a inviabilidade fetal, mas isso será melhor analisado posteriormente. Entretanto, é imperioso destacar que, apesar de serem diversos os casos em que as solicitações são deferidas, ainda não há um entendimento unificado entre os magistrados.

Guilherme de Souza Nucci (2013, p. 671-672) explica que muitas decisões judiciais têm permitido a interrupção da gravidez em casos de fetos ou embriões com sérias anomalias, que, conforme a medicina contemporânea, tornam sua sobrevivência inviável, tendo grandes chances de falecer logo após o nascimento ou pouco tempo depois. Com isso, muitas gestantes ao descobrirem tais circunstâncias, não se conformam manter a gestação que, infelizmente, carrega um ser incompatível com a vida e, por essa razão, abrevia-se o sofrimento e autoriza-se o aborto.

Porém, alguns juízes, mesmo diante de laudos médicos conclusivos, optam por requisitar parecer técnico de uma junta médica vinculada ao Judiciário - no estado da Bahia é o NATJUS (Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário) -, a fim de reafirmar a condição de inviabilidade. Também existem os casos em que o indeferimento decorre de convicções pessoais do julgador, geralmente baseadas em valores religiosos, ou até mesmo da interpretação restritiva, “ao pé da letra”, da legislação penal, que não abarca as demais doenças¹⁶.

Na prática, embora não haja norma legal que exija que o laudo médico seja proferido por dois profissionais distintos, essa é uma exigência que tem sido frequentemente observada como um critério informal adotado por diversos juízes. Por essa razão, mesmo sem respaldo normativo expresso, a padronização deste procedimento se consolidou como uma prática recorrente no trâmite dessas ações judiciais, por analogia à anencefalia¹⁷.

¹⁵ Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹⁶ Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹⁷ Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Além disso, o estado da Bahia apresenta um nível de organização considerado como referência nacional. A criação do Fórum de Aborto Legal, implementado na cidade de Salvador, tornou-se um modelo institucional que recebe diversas demandas oriundas de gestantes residentes em até mesmo outros estados, em razão da excelência quanto a estruturação técnica e a celeridade no acolhimento e na tramitação das solicitações¹⁸.

Após o parecer do Ministério Público, incumbe-se à Vara do Tribunal do Júri julgar o cabimento ou não da interrupção da gestação. Essa atribuição decorre do fato de que o aborto, salvo nas hipóteses previstas, é considerado um crime contra a vida¹⁹. Nota-se, então, uma dualidade contraditória: ao mesmo tempo em que se trata de condições graves que inviabilizam a sobrevivência do feto – que muitas vezes nem sequer são compatíveis com a definição biológica de vida –, o alvará judicial que autoriza a interrupção da gravidez é submetido à apreciação de uma vara especializada em julgar crimes dolosos contra a vida.

Trata-se de um conflito jurídico e ético que revela a complexidade e, ao mesmo tempo, a insuficiência do nosso ordenamento para lidar com situações que se revelam tão delicadas. A gestante, em estado de profunda vulnerabilidade emocional, ao buscar autorização judicial para interromper uma gestação reconhecidamente inviável, acaba sendo submetida ao crivo de uma vara especializada em julgar homicídios - como se a dor de não poder gerar o filho que carrega em seu ventre pudesse ser reduzida à lógica fria de um crime contra a vida.

É justamente aqui que vemos uma realidade que escancara uma lacuna normativa, alinhada a um descompasso entre a evolução da medicina fetal e a rigidez do sistema jurídico-penal brasileiro. Enquanto a ciência avança na identificação precoce de diversas anomalias graves e irreversíveis, o Direito permanece impondo mulheres a enfrentarem um processo repleto de burocracias, apenas para confirmar o que já está em evidência: a inviabilidade do fruto que carregam, que sequer terão oportunidade de ter uma vida “normal”.

Assim, observa-se que, embora o ordenamento jurídico estabeleça hipóteses específicas em que o aborto não é penalizado, as permissões legais ainda demonstram carência diante da complexidade e diversidade dos casos concretos enfrentados pelas gestantes. A interpretação estrita da norma penal muitas vezes ignora os efeitos reais recaídos sobre a mulher que se vê obrigada a levar a termo uma gestação inviável.

¹⁸ Informação prestada por Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

¹⁹ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Diante disso, impõe-se uma análise que ultrapasse a legalidade formal, considerando a dignidade da gestante como ponto basilar na construção de respostas jurídicas humanas, proporcionais e condizentes com a realidade.

3 A GESTANTE DO FETO INVIÁVEL

A dignidade da pessoa humana, fundamento basilar do Estado Democrático de Direito, deve ocupar posição central na proteção dos direitos fundamentais de todo e qualquer indivíduo (Franco, 2010, p. 108). Essa prerrogativa torna-se especialmente relevante quando aplicada a contextos de extrema vulnerabilidade, como é o caso da mulher que carrega em seu ventre um feto inviável. Diante de um diagnóstico que ateste a existência de uma anomalia incompatível com a vida extrauterina, é à gestante que o olhar jurídico, social e institucional deve se voltar. Nesse sentido, Comparato (2015, p. 13) explica que os direitos humanos são:

A revelação de que todos os seres humanos, apesar das inúmeras diferenças biológicas e culturais que os distinguem entre si, merecem igual respeito, como únicos entes no mundo capazes de amar, descobrir a verdade e criar a beleza. É o reconhecimento universal de que, em razão dessa radical igualdade, ninguém - nenhum indivíduo, gênero, etnia, classe social, grupo religioso ou nação - pode afirmar-se superior aos demais.

No entanto, é preciso reconhecer que os direitos humanos, para além de sua universalidade declarada, devem dialogar com as experiências concretas individuais. No caso de uma gestação declarada inviável, garantir dignidade, igualdade e liberdade demonstram uma prática que envolve cuidado, acolhimento e respeito às decisões individuais, ainda que confrontem padrões morais enraizados (Mello, 2012, p. 67).

Ao longo dos anos, os legisladores têm escolhido fechar os olhos diante da realidade enfrentada por essas mulheres, já que o debate sobre o aborto pode ser custoso, especialmente na esfera política, por envolver questões religiosas, morais e culturais. Com isso, a liberdade individual acaba sendo colocada em segundo plano diante da moral dominante na sociedade, esvaziando justamente o que define a dignidade humana como princípio constitucional, que é o respeito a individualidade de cada indivíduo, à sua história, dores, desejos e responsabilidade em fazer suas próprias escolhas (Queiroz, 2008, p. 79).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde publicou a norma técnica de “Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos”, com o objetivo de assegurar os direitos das mulheres diante de diagnósticos de malformações fetais que inviabilizam a sobrevivência do feto – nesse caso

em específico, a anencefalia (Brasil, 2014). Apesar do foco na anencefalia, suas diretrizes demonstram pertinência como parâmetro para demais anomalias igualmente incompatíveis com a vida, embora ainda não reconhecidas legalmente.

A norma foi elaborada como resposta à decisão do STF na ADPF 54 e buscou orientar a conduta de profissionais e instituições de saúde, garantindo uma atuação eficiente e comprometida, pautada, sobretudo, no reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, respeitando suas decisões com base na liberdade, dignidade e autonomia reprodutiva, sem permitir que preconceitos, estigmas ou práticas discriminatórias desumanizem o atendimento prestado (Brasil, 2014, p. 6).

O documento estabelece que a decisão da Suprema Corte tem efeito vinculante em todo o território nacional e que a mulher que optar pela antecipação terapêutica do parto, bem como os profissionais da saúde responsáveis pelo procedimento, não praticarão crime de aborto ou qualquer outra conduta criminosa, sendo um dever de todos os hospitais realizarem esse procedimento, garantindo à mulher toda a assistência necessária (Brasil, 2014, p. 7). Porém, apesar disso, a efetivação da política de aborto legal enfrenta sérios problemas.

Na prática, é comum que profissionais de saúde e instituições hospitalares adotem condutas contrárias ao que estabelece a legislação brasileira e as diretrizes do Ministério da Saúde. Mesmo em situações já reconhecidas e amparadas pelo ordenamento jurídico, como é o caso da gestação de fetos portadores de anencefalia, ainda se observam exigências indevidas, como a apresentação de autorização judicial ou boletim de ocorrência (para o aborto humanitário), documentos que não são legalmente exigidos nessas hipóteses (Araujo et al, 2024, p. 227).

Tais obstáculos demonstram que o aborto legal, embora previsto juridicamente, encontra barreiras significativas para ser efetivado nos ambientes hospitalares e em seus regimentos internos. Isso revela uma distorção preocupante, já que não há pleno acesso aos direitos nem à justiça quando o próprio sistema de saúde, que deveria assegurar a garantia desses direitos, cria barreiras que dificultam ou inviabilizam a prestação de um serviço público (Araujo et al., 2024, p. 227).

Apesar do amparo legal conferido pela ADPF 54, que reconhece o direito à antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, a realidade demonstra que muitas mulheres continuam sendo impedidas de exercer esse direito. Não é incomum que hospitais se recusem a realizar o procedimento com base em critérios não previstos em lei, como o tempo gestacional, ou sob a justificativa da objeção de consciência por parte da equipe médica – que, contrariando o disposto no Código de Ética Médica, vale-se da objeção, mas deixa de encaminhar a paciente

a outro profissional habilitado, mesmo quando a recusa possa acarretar danos à sua saúde (Brasil, 2014, p. 15).

Conforme destacam Araujo et al. (2024, p. 232):

As decisões políticas relacionadas ao aborto estão fortemente influenciadas pela moral religiosa. (...) O estigma afeta a execução dos serviços e sua continuidade, a formação e a disponibilidade de profissionais não objetores, a dedicação governamental e a acessibilidade de informação às mulheres, homens trans e outras pessoas com capacidade de gestar. Dessa forma, ficam sujeitos à falta de acesso à justiça reprodutiva.

Embora a legislação brasileira e as diretrizes do Ministério da Saúde não exijam autorização judicial – ou apresentação de boletim de ocorrência, no caso do aborto humanitário – muitas mulheres ainda se deparam com exigências indevidas e entraves burocráticos. Isso revela uma distorção preocupante, já que não há pleno acesso aos direitos nem à justiça quando o próprio sistema de saúde, que deveria assegurar a garantia desses direitos, cria barreiras para prestar um serviço público (Araujo et al., 2024, p. 227).

Além dos entraves institucionais, há uma série de fatores estruturais que corroboram para a limitação do acesso ao aborto legal no Brasil. A concentração dos serviços nas capitais e a ausência de centros de referência em diversos estados, além da atuação de profissionais da saúde objetores de consciência, são alguns dos muitos obstáculos enfrentados. Esses elementos evidenciam, na verdade, uma desigualdade geográfica e institucional que compromete o efetivo acesso ao direito por grande parte da população feminina, especialmente as que vivem em regiões periféricas ou em situação de vulnerabilidade (Araujo et al., 2024, p. 227-228).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aborto legal seja disponibilizado de forma acessível, integrado à Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a garantir que o cuidado chegue com eficácia às mulheres que dele necessitam. A divergência entre a orientação internacional e a prática adotada no Estado brasileiro reforça a urgência de uma reformulação no modelo de atenção atualmente vigente (Araujo et al., 2024, p. 228).

À título de exemplo, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em sua página oficial, divulga os hospitais habilitados a realizar o aborto legal. A última atualização, realizada em junho de 2024, mostra que apenas dezesseis unidades públicas em todo o estado prestam esse tipo de atendimento, sendo que metade delas está concentrada na capital, em Salvador (SESAB, 2024). Esse número demonstra a insuficiência que compromete o acesso, especialmente para mulheres que moram no interior, escancarando o abismo entre o direito formal e sua efetiva garantia.

A problemática do aborto, portanto, ultrapassa as barreiras estruturais, revelando a necessidade de uma abordagem que resgate a cidadania também sob a ótica de gênero. Não se trata apenas do reconhecimento formal de um direito, mas de garantir que as mulheres tenham total conhecimento sobre ele e que possam exercê-lo com autonomia, sem depender de uma mediação estatal. O que se constata, contudo, é que as demandas específicas femininas frequentemente são relegadas a segundo plano, escancarando a persistência de uma violência de gênero como um fenômeno social profundamente enraizado e negligenciado pelas políticas públicas

É nesse cenário que emergem, com ainda mais força, os direitos sexuais e reprodutivos enquanto pilares essenciais da dignidade feminina. Garantir tais direitos significa, acima de tudo, reconhecer a mulher como sujeito pleno de escolhas; inclusive sobre seu próprio corpo, sua saúde e sua capacidade reprodutiva (Ávila, 2003, p. 5466).

3.1 OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A INVIABILIDADE FETAL

Os direitos humanos, por sua própria natureza, refletem a essência da humanidade. Representam a tentativa mais nobre do Direito de reconhecer no outro um ser dotado de sensibilidade. Esses direitos não surgem de forma repentina ou definitiva, mas acompanham o avanço da consciência coletiva, nascendo quando devem e podem nascer, à medida que a sociedade passa a enxergar novas formas de dignidade e de proteção (Bobbio, 1998, apud Piovesan, 2007, p. 54).

Ventura (2009) explica que: “o reconhecimento da natureza dos Direitos Reprodutivos como direitos humanos é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade” (Ventura, 2009, p. 35). Sendo assim, os direitos reprodutivos e sexuais femininos constituem uma parte muito importante dos direitos humanos, especialmente quando associados ao caso de uma gestação inviável.

Conforme definido pelo Ministério da Saúde, os direitos sexuais e reprodutivos asseguram o direito da decisão individual, de forma livre e responsável, quanto ao desejo de ter ou não filhos, bem como de usufruir da sexualidade com autonomia, segurança e dignidade. Esses direitos envolvem o acesso à informação, a métodos contraceptivos e a serviços de saúde livres de discriminação ou coerção (Brasil, 2009, p. 4).

No ordenamento jurídico, a Constituição Federal de 1988 consagra, no art. 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, e reconhece, no art.

6º, o direito à saúde como um direito social, reforçando também no art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

Nesse sentido, importa destacar que “saúde não é somente a doença, mas também o completo bem-estar físico, mental e social da pessoa. Que a vida deve ser digna e que cabe ao Estado propiciar meios para que isso aconteça” (CFOAB, 2024, p. 10). A partir dessa premissa, deve-se compreender que o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos foi sendo consolidado por meio de normativas internacionais que abriram o caminho para uma interpretação mais sensível e atualizada do Direito.

Essa evolução, portanto, exige uma postura jurídica alinhada aos novos paradigmas, em que não apenas a Constituição, mas também as convenções e tratados internacionais firmados pelo Brasil sejam efetivamente considerados. Essas conferências, ao mesmo tempo em que impulsionaram o reconhecimento de direitos no âmbito da sexualidade e da reprodução, também contribuíram para ampliar a visibilidade das violações de direitos humanos relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Barsted, 2007, p. 101).

As conferências e os tratados internacionais, mais do que declarações simbólicas, representam força normativa dentro do ordenamento jurídico brasileiro. Isso porque o art. 5º, §§ 2º e 3º da Constituição Federal de 1988, garante que os direitos humanos reconhecidos em tratados internacionais integram o bloco de constitucionalidade, especialmente quando incorporados ao direito interno por meio de processo legislativo próprio (Brasil, 1988).

O Supremo Tribunal Federal consolidou, no julgamento do Recurso Extraordinário 466.343-1/SP, o entendimento de que os tratados internacionais de direitos humanos possuem status supralegal no sistema jurídico nacional. O ministro Gilmar Mendes (2006, p. 60) pontuou em seu voto que “o status normativo supralegal dos tratados internacionais de direitos humanos subscritos pelo Brasil (...) torna inaplicável a legislação infraconstitucional com ele conflitante, seja ela anterior ou posterior ao ato de ratificação.”

Trata-se, portanto, de uma reafirmação da força vinculante dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, que impõem ao Estado brasileiro o dever de harmonizar o seu ordenamento interno aos parâmetros internacionais de proteção da dignidade humana (Mendes, 2006). A partir dessa compreensão, deve-se partir da premissa de que o aborto passou a ser discutido em diversas conferências e convenções globais, com destaque na necessidade de que, quando previsto em lei, fosse garantido de forma segura, acessível e livre de qualquer forma de discriminação (CNDM, 2024, p. 2).

Durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em 1993, em Viena, a Organização das Nações Unidas reconheceu expressamente que os direitos das mulheres integram o conjunto dos direitos humanos, estabelecendo que os Estados signatários têm o dever de assegurar sua efetivação por meio de legislações e políticas públicas. Tal reconhecimento reforçou significativamente os compromissos já assumidos na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), adotada em 1979 (Barsted, 2007, p. 100)

Em 1994, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, representou um verdadeiro divisor de águas ao retirar os direitos sexuais e reprodutivos da seara demográfica e inseri-los na esfera dos direitos humanos. Naquele momento, houve o reconhecimento de que a saúde reprodutiva, o empoderamento feminino e a igualdade de gênero são fundamentais para o desenvolvimento social (CNDM, 2024, p. 2).

A Conferência do Cairo, inclusive, reafirmou que cabe às mulheres o direito de decidir, de forma autônoma e informada, sobre a maternidade, enquanto os homens devem assumir responsabilidade social e pessoal por sua conduta sexual e seus impactos da vida reprodutiva do casal (Piovesan, 2007, p. 61).

No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, reafirmou tal entendimento ao preservar o direito das mulheres ao total controle sobre sua sexualidade e reprodução, registrando os parâmetros adotados no Cairo, enfatizando os direitos femininos (Barsted, 2007, p. 100). A Declaração da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social, também realizada em 1995, em Copenhague, reafirmou o compromisso dos Estados em adotar medidas adequadas de modo a garantir o acesso universal aos serviços de saúde, com foco principal na saúde reprodutiva, a partir da igualdade de gênero (CNDM, 2024, p. 2-3).

Na esfera da Organização dos Estados Americanos (OEA), são muitos os tratados e órgãos que reforçam a proteção dos direitos da mulher (CNDM, 2024, p. 3). Entre elas, se destaca a Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, adotada em 9 de junho de 1994, que reconheceu a violência de gênero não apenas como uma questão privada, mas sim uma grave violação de direitos humanos, manifestada através das desigualdades históricas entre homens e mulheres. O texto compromete os Estados a prevenir, punir e erradicar toda a forma de violência contra a mulher, inclusive as praticadas no âmbito familiar, nos serviços de saúde ou por agentes do próprio Estado (CIDH, 1994).

Imperioso destacar que a Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecida como “Pacto de San José”, adotada pela OEA em 1969, foi incorporada pelo Brasil em seu ordenamento jurídico através do Decreto nº 678/1992, assegurando, em seu artigo 4º, inciso I, o direito à vida, que deve ser protegido, “em geral, desde o momento da concepção” (CIDH, 1969).

No entanto, conforme salienta o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (2024, p. 3), essa garantia não deve ser interpretada de forma absoluta, de modo a ignorar a complexidade dos casos concretos e demais direitos fundamentais envolvidos. Assim, sua aplicação não pode resultar na “negação de outros direitos, aplicando-se perfeitamente aos casos de mulher e meninas vítimas de estupro ou demais casos de exclusão de ilicitude da interrupção de gravidez albergados pelo direito brasileiro” (CNDM, 2024, p. 3).

Além disso, o Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento reconhece os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos, recomendando que os países revisem suas legislações para garantir o seu pleno acesso (CNDM, 2024, p. 3). O documento reforça que “o avanço para a consecução da meta de acesso universal à saúde sexual e à saúde reprodutiva foi insuficiente e desigual e que a educação e a qualidade da atenção em saúde representam fatores fundamentais para alcançar o objetivo final de melhorar a saúde sexual e reprodutiva” (CEPAL, 2013, p. 14).

No ano de 2021, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2021, p. 201) publicou o relatório sobre a “Situação dos Direitos Humanos no Brasil”. Sobre as mulheres, o documento traz a seguinte recomendação:

Adotar medidas integrais para respeitar e garantir os direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, reforçando a disponibilidade e a continuidade na oferta de serviços essenciais. Em particular, garantir o acesso à saúde materna de qualidade; acesso seguro a métodos de contracepção, incluindo anticoncepcionais de emergência; interrupção voluntária da gravidez, quando aplicável; acesso a informações verdadeiras e não censuradas; bem como à educação integral necessária para que mulheres e meninas possam tomar decisões livres e autônomas.

Essa recomendação, além de reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos, evidencia a necessidade de que o Estado brasileiro adote medidas concretas para garantir a sua efetivação. Em um país onde nem mesmo se assegura uma formação educacional que permita as mulheres e meninas tomarem decisões livres e conscientes sobre seus corpos, e onde o acesso à interrupção da gravidez nos casos legalmente autorizados ainda enfrenta obstáculos institucionais, o descumprimento dessas diretrizes representa uma clara violação aos direitos fundamentais.

Além disso, o acesso à informação é um dos mais importantes pilares para a efetivação desses direitos. Como destacam Araujo et al. (2024, p. 233), muitas mulheres que têm o direito à interrupção legal da gravidez - como é o caso, principalmente, da gestação que decorre de estupro -, acabam recorrendo a métodos inseguros de aborto por desconhecerem seus direitos ou, conforme visto anteriormente, por não serem bem recebidas nos serviços de saúde. Esse cenário, portanto, escancara o abismo entre o que está garantido na lei e o que de fato se concretiza na prática (Araujo et al., 2024, p. 233).

Diante desse contexto de omissão, é importante destacar que o Estado brasileiro possui compromissos internacionais assumidos formalmente em defesa dos direitos das mulheres. O Brasil, inclusive, é signatário da Convenção das Nações Unidas para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, a CEDAW, de 1979, que é considerado o mais importante tratado internacional de promoção dos direitos das mulheres. Esse marco jurídico internacional impõe aos Estados-parte o dever de adotar medidas eficazes para garantir a igualdade de gênero em todas as esferas da vida social, incluindo a formulação de leis, políticas públicas e a prestação dos serviços de saúde (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 12).

O artigo 12 dessa Convenção, em específico, trata do acesso igualitário aos serviços de saúde, determinando que as mulheres recebam cuidados adequados durante a gravidez, o parto e o período pós-natal, bem como uma nutrição compatível com as necessidades desse ciclo (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 12).

Esses compromissos foram reforçados através da Recomendação Geral nº 24 da CEDAW, que amplia a compreensão sobre os deveres dos Estados na esfera da saúde da mulher. O documento orienta que os serviços de saúde promovam atendimento sensível às questões de gênero, assegurando o respeito à autonomia feminina, à privacidade, confidencialidade etc. Além disso, faz um alerta no sentido de que a violação desses direitos pode desencorajar mulheres a buscar assistência médica, principalmente nos contextos que envolvem saúde do trato sexual, contracepção, aborto ou violência sexual (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 2).

Diante do observado, não se pode olvidar que os direitos sexuais e reprodutivos integram o núcleo básico dos direitos humanos e, justamente por isso, devem ser assegurados e jamais relativizados. A negativa em reconhecer a legitimidade da interrupção da gravidez do feto inviável revela uma grande omissão do Estado diante dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Embora seja permitida a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, outras malformações letais igualmente incompatíveis com a vida extrauterina permanecem excluídas da tutela legal (Gazzola; Melo, 2015, p. 500). Essa lacuna compromete o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Brasil em âmbito internacional, o que reforça a urgência de uma interpretação jurídica que valorize a autonomia reprodutiva e o bem-estar integral da gestante (CFOAB, 2024, p. 10).

Nesse contexto, faz necessário compreender os dilemas enfrentados por uma mulher gestante quando esta possui um diagnóstico de inviabilidade fetal. Por isso, essa questão não se resume apenas a um fator clínico, pois trata-se, sobretudo, da necessidade de reconhecer a legitimidade da sua dor, da sua autonomia e do seu direito de decidir, amparados por todos os direitos que lhe são inerentes quanto mulher e, sobretudo, enquanto pessoa humana.

3.2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E A GESTANTE DO FETO INVIÁVEL

É sabido que, ao descobrir uma gravidez, na grande maioria dos casos, o foco da gestante e dos demais familiares tende a ser voltado quase exclusivamente para o bebê. As perguntas, a atenção, os cuidados, e até mesmo presentes – tudo gira em torno da prole que está por vir. A mulher, que carrega e nutre essa nova vida, acaba sendo “deixada de lado” não apenas por quem está por sua volta, mas até por si mesma; é natural que isso aconteça. O seu papel passa a ser socialmente resumido à sua função materna.

Entretanto, estando diante de uma gestação com o diagnóstico de uma malformação grave, principalmente nos casos em que há a impossibilidade da vida extrauterina do feto, essa lógica precisa ser revista. Nesse cenário, em lugar da expectativa pela chegada de uma nova vida, instala-se um peso inesperado: o peso do luto. Por isso, é uma situação que envolve uma camada muito mais profunda²⁰.

A malformação fetal incompatível com a vida, segundo o protocolo da Maternidade Climério de Oliveira (2018, p. 212), é compreendida como uma condição tão grave que inviabiliza a sobrevivência do feto além do período neonatal, embora não haja consenso absoluto

²⁰ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

sobre o grau exato de letalidade necessário para essa classificação. As estimativas de mortalidade variam entre 50% em praticamente todos os casos, sem um critério único para definir o ponto de corte.

São três possíveis linhas de entendimento: a que considera malformação fetal letal aquela cuja taxa de mortalidade supera 50% até um ano de vida; outra que exige mais de 90%; e uma terceira que pressupõe a morte em quase todos os casos. No campo prático, muitas vezes se interpreta que malformação incompatível com a vida é sinônimo de óbito imediato após o parto, o que nem sempre corresponde à realidade. A depender da síndrome, como é o caso da Síndrome de Edwards, é possível que o bebê sobreviva por poucos meses sob cuidados intensivos²¹.

Diante de diagnósticos graves e irreversíveis, é preciso olhar com sensibilidade para a realidade da mulher que carrega no ventre uma vida cuja morte tem data para acontecer, frustrando a experiência bonita que deve ser a maternidade. Nessas situações, o foco da atenção jurídica deve se voltar para resguardar a dignidade da gestante, reconhecendo sua dor, sua autonomia e seu direito de decidir como lidar com uma gestação marcada pela impossibilidade de se ter o desfecho esperado. É justamente nesse contexto que o princípio da dignidade da pessoa humana deve se concretizar como instrumento de proteção à mulher.

O princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, vai além de uma cláusula formal. É, na verdade, a base ética e jurídica de todo o Estado Democrático de Direito. Conforme define Moraes (2020, p. 79-80), trata-se de um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta através da “autodeterminação consciente e responsável da própria vida”, e que representa um “mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar”.

Franco (2010, p. 115) explica que “o princípio da dignidade da pessoa humana se irradia em outros princípios, direitos e garantias fundamentais espalhados ao longo do texto constitucional”. Sendo assim, entende-se que os direitos fundamentais estão diretamente conectados ao princípio da dignidade da pessoa humana, cuja principal finalidade é assegurar condições para uma vida digna a todos os indivíduos. É, na verdade, um atributo universal, que inadmite gradações ou distinções entre as pessoas, independentemente de sua origem, raça, idade, sexo ou situação social e econômica (Neto, 2018).

²¹ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Nesse sentido, a dignidade deve servir de critério principal para o enfrentamento de situações delicadas que recaem sobre o tratamento do ordenamento jurídico, como é o caso das que envolvem a necessidade de uma mulher interromper uma gestação baldia, reconhecendo sua condição de sujeito de direitos. Com isso, Queiroz (2008, p. 76) argumenta que “exigir da gestante a continuidade de uma gravidez infrutífera viola a dignidade da pessoa humana devido ao enorme sofrimento pela antecipação do luto que será vivenciado até o termo da gravidez.”.

Esse, inclusive, foi o raciocínio utilizado durante o julgamento da ADPF 54, em que o Supremo Tribunal Federal reconheceu o princípio da dignidade da pessoa humana como elemento determinante ao permitir a antecipação terapêutica do parto aos casos de anencefalia. A corte entendeu que, diante da inviabilidade da vida do feto, a dignidade da gestante deveria prevalecer, assegurando-lhe o direito de decidir sobre a continuidade da gestação sem ser penalizada por isso (Neto, 2018).

Portanto, tratando-se da maternidade quando diante de uma gestação de fetos incompatíveis com a vida extrauterina, observa-se que a mulher está, sem chances de escolha, inserida em uma realidade cujo desfecho é inevitável, pois não há nada que a medicina possa fazer para mudar o destino do feto²². Por isso, levar a gravidez a termo pode acarretar inúmeras consequências, até mesmo irreversíveis, em sua saúde como um todo - física e psíquica. Sendo assim, Franco (2010, p. 117) defende que “obrigar a mulher a carregar um ser dentro de seu ventre que, de antemão, sabe-se, não viverá, é, no mínimo, condená-la a servir de túmulo, o que colide frontalmente com a dignidade da pessoa humana”

Um estudo conduzido por Nunes e Abrahão (2016, p. 570) evidencia como o diagnóstico de uma malformação fetal letal impacta a vivência da gestante, revelando que “as gestantes vivenciam períodos de dúvidas e muitos questionamentos, além de sentimentos de angústia, dor e decepção”. Com isso, a experiência da maternidade, que geralmente é envolta em expectativas felizes, é transformada em dor e sofrimento.

Da mesma forma, compreende-se que, ao receber o diagnóstico de uma malformação fetal, especialmente quando é constatada a inviabilidade da vida extrauterina, inicia-se um processo de luto. Essa dor não é somente resumida à perda biológica, mas também da interrupção abrupta de um vínculo que estava se formando e que muitas vezes foi extremamente planejado.

²² Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Portanto, se rompe o projeto de maternidade que a gestante, e geralmente toda a família, havia construído e esse luto pode durar dias, meses, ou não cicatrizar jamais ²³.

É necessário destacar que, quanto ao luto que se refere, este não está ligado a ideia de perfeição ou à mera recusa a uma deficiência, mas sim – e tão somente – ao sofrimento em saber que a condição diagnosticada, por sua própria natureza, impedirá que aquele filho sobreviva ao nascimento, seja na exata hora que nasce, ou horas, ou até mesmo alguns poucos meses após o parto. Por isso, a dor instalada vem da quebra da expectativa de que, simplesmente, poderia ter um filho.

Diniz e Velez (2019, p. 234) explicam, de forma muito impactante que, diante de uma mulher que carrega um feto incompatível com a vida extrauterina, a responsabilidade pela proteção ou pelo abandono dessa gestante é exclusivamente social e, impedi-la de interromper uma gestação destinada à morte certa, forçando-a a suportar o peso de nutrir uma gravidez sem esperança, é o mesmo que impor a ela uma obrigação de transformar uma dor incalculável em um ciclo vicioso de resignação e luto, sendo, portanto, uma exigência que ultrapassa os limites de qualquer autoridade estatal.

Portanto, o que se pode observar é que, quando existe um diagnóstico de uma malformação fetal que incompatibiliza a vida extrauterina, a imposição de levar a gestação a termo configura, claramente, uma grave afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana. Obrigar a mulher a carregar em seu ventre por nove meses um feto cujo destino é, sabidamente, a morte, representa impor-lhe viver um sofrimento físico e psíquico desproporcional e desumano, podendo, até mesmo, ser equiparado a tortura.

É inclusive nesse sentido que a Recomendação Geral nº 35 da CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres), garante que:

Violações da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tais como (...) gravidez forçada, criminalização do aborto, negação ou atraso do aborto seguro e de cuidados pós-aborto, continuação forçada da gravidez, abuso e maus-tratos de mulheres e meninas que procuram informações, produtos e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, são formas de violência de gênero que, dependendo das circunstâncias, podem ser equiparadas à tortura ou ao tratamento cruel, desumano ou degradante. (CEDAW, 2019, p. 21-22)

²³ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

A equiparação dessas violações à tortura, conforme prevista pela Recomendação Geral nº 35 da CEDAW (2019, p. 21-22), valida ainda mais o entendimento de que uma manutenção compulsória da gravidez de um feto incompatível com a vida extrauterina ultrapassa os limites do que é considerado suportável. É submeter a gestante a um sofrimento físico e psíquico contínuo, imposto pelo Estado através da negação da escolha diante de um desfecho sabidamente conhecido (CEDAW, 2019, p. 21-22).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (2019, p. 21-22), ao afirmar expressamente que a gravidez forçada configura uma forma de violência de gênero que, a depender das circunstâncias, pode ser equiparada ao tratamento cruel, reconhece que esse tipo de imposição, além de insensível, é juridicamente inaceitável. Essa previsão, portanto, respalda e fortalece a compreensão de que negar à mulher o direito de interromper uma gestação destinada à morte é o mesmo que tratar o seu corpo como um mero instrumento destinado a procriação e nada mais, ignorando sua dor, sua autonomia e, acima de tudo, a sua dignidade.

É justamente nesses contextos que a dignidade da pessoa humana deve sair do campo abstrato e se tornar o fio condutor da análise jurídica diante da concretude da realidade. Conforme destaca Ingo Wolfgang Sarlet (2007, p. 212), “cada vez mais se percebe que uma compreensão sólida e constitucionalmente adequada da noção de dignidade constitui pressuposto para uma análise séria e frutífera de qualquer problema concreto”. Diante disso, compreende-se que toda análise acerca do sofrimento imposto à gestante do feto inviável, deve ter como eixo central o princípio da dignidade da pessoa humana.

No entanto, é sabido que o debate sobre o aborto desperta reflexões que desafiam valores enraizados ao longo da história, moldados por tradições, costumes e crenças religiosas. Porém, em casos em que existe o diagnóstico de uma anomalia fetal incompatível com a vida extrauterina, é necessário reconhecer que o direito à vida, assegurado no art. 5º da Constituição Federal, não pode ser compreendido de maneira absoluta (Queiroz, 2008, p. 75).

Esse debate, travado há décadas, revela uma polarização entre dois pilares constitucionais, que giram em torno da preservação da vida humana e o da autonomia da gestante. De um lado, é possível encontrar os indivíduos que defendem incondicionalmente a vida do feto, tratando esse princípio com rigidez e conferindo-lhe sentido absoluto. De outro, estão os defensores da liberdade de escolha da mulher, compreendendo que o Estado não pode substituir a autonomia individual ao decidir sobre a própria vida (Queiroz, 2008, p. 75-76).

A esse respeito, a Suprema Corte, no julgamento da ADPF 54, estabeleceu um marco importante ao reconhecer que a dignidade da gestante deve ocupar lugar central na ponderação de direitos. Em seu voto, o Ministro Marco Aurélio (2012, p. 33), afirmou que:

Inescapável é o confronto entre, de um lado, os interesses legítimos da mulher em ver respeitada sua dignidade e, de outro, os interesses de parte da sociedade que deseja proteger todos os que a integram – sejam os que nasceram, sejam os que estejam para nascer – independentemente da condição física ou viabilidade de sobrevivência. O tema envolve a dignidade humana, o usufruto da vida, a liberdade, a autodeterminação, a saúde e o reconhecimento pleno de direitos individuais, especificamente, os direitos sexuais e reprodutivos de milhares de mulheres. No caso, não há colisão real entre direitos fundamentais, apenas conflito aparente.

O que se extrai do trecho do voto do Ministro (2012) é que não há dúvidas de que existe um conflito de interesses, estando de um lado o direito do feto à vida, que já está severamente comprometido ante a malformação que inviabiliza a vida extrauterina, e do outro o direito da gestante em interromper a gravidez, minimizando os riscos à sua saúde física e mental, resguardando sua integridade psicológica diante de um sofrimento (Mello, 2012, p. 33).

Entretanto, esse conflito não é uma “colisão real” entre direitos, porque, devido a inviabilidade do feto, o direito à vida não possui sequer respaldo jurídico que justifique a sua prevalência. O conflito, portanto, é apenas aparente, porque nesse cenário, o ordenamento não pode se omitir diante da mulher, relativizando a sua vida e causando um sofrimento desproporcional. Por isso, preservar a dignidade da gestante é uma exigência diante da realidade da morte do feto (Mello, 2012, p. 33).

Não há no feto, nesse contexto, vida humana a ser preservada, uma vez que a gravidade da anomalia o torna totalmente dependente do organismo materno e, ao chegar no nascimento, inexistente qualquer condição de viabilidade que lhe permita sobreviver. Da mesma forma, não se trata de uma escolha arbitrária da gestante, motivada por conveniência ou por qualquer outra razão, mas de uma difícil decisão diante de uma gestação que resultará, independentemente de qualquer coisa, na morte do feto (Queiroz, 2008, p. 76).

Como bem observa Allegretti (2005, p. 111), “deve-se partir do princípio que nenhuma mulher quer abortar”. Essa afirmação não desconsidera os diferentes contextos individuais, já que é evidente que há situações em que a mulher opta pelo aborto, muitas vezes clandestinamente, por não desejar levar a gestação adiante. No entanto, o sentido mais profundo da frase do autor reside no fato de que, para a grande maioria das mulheres, o aborto não é uma vontade genuína, mas sim a única saída possível diante de uma realidade em que não há mais o que fazer.

Quando se trata de uma gestação inviável, essa escolha não surge de um simples “não querer”, mas, na verdade, de não querer prolongar uma dor que já foi instalada quando se teve o diagnóstico. Por isso, diante dessa realidade, não cabe julgamento e nem condenação moral e o mínimo que se espera é acolhimento, empatia e respeito pela decisão tomada (Allegretti, 2005, p. 111). Essa percepção, inclusive, é especialmente compartilhada por profissionais que atuam diretamente com essas mulheres, acompanhando de perto suas dores e angústias.

Em entrevista realizada especificamente para a produção do presente trabalho, a assistente social do Núcleo de Defesa das Mulheres, Thágila Rodrigues, relatou que muitas gestantes, ao receberem o diagnóstico da inviabilidade fetal, enfrentam não apenas o luto antecipado, mas também um forte sentimento de culpa, frequentemente agravado pela pressão social. Isso porque, ainda que a decisão pela interrupção o seja pautada por razões médicas e voltada à preservação da saúde da mulher, elas continuam sendo alvo de julgamentos – muitas vezes por parte de suas próprias famílias - como se estivessem optando por algo egoísta e supérfluo, e não por uma medida urgente de saúde pública²⁴.

Sturza e Albarello (2015, p. 91), ao tratarem do aborto de anencéfalo, defendem que se deve proteger o direito à saúde da gestante, a sua dignidade materna, além do seu direito de livre escolha e de dispor sobre o seu próprio corpo. Por isso, privar a gestante de antecipar o parto de um feto que não possui condições de vida extrauterina, “é o mesmo que aprisionar a mulher em seu próprio corpo, deixando-a prolongar um sofrimento que poderia ser antecipado.” (Sturza; Albarello, 2015, p. 91).

Por isso, quando a mãe que carrega no ventre um feto inviável opta por cessar a gravidez, conforme relata o Ministro Marco Aurélio (2012, p. 76-77), “está em jogo o direito da mulher de autodeterminar-se, de escolher, de agir de acordo com a própria vontade num caso de absoluta inviabilidade de vida extrauterina. Estão em jogo, em última análise, a privacidade, a autonomia e a dignidade humana dessas mulheres.” (Mello, 2012, p. 76-77).

A integridade física e psicológica da gestante deve ser resguardada, e obrigá-la a levar adiante uma gestação, mesmo após o diagnóstico de malformação fetal letal, configura uma séria violação ao seu direito à saúde, sobretudo quando existe um procedimento médico capaz de amenizar sua dor física e emocional, ainda que nada mais possa ser feito em relação ao feto. Ademais, vivenciar uma gravidez sabendo, desde o início, que o filho que se carrega não terá

²⁴ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

autonomia para sobreviver fora do útero representa um dilema extremamente angustiante: impasse marcado por duas saídas igualmente dolorosas e difíceis de suportar (Queiroz, 2008, p. 76).

Diante do exposto, resta claro que impor à mulher a continuidade de uma gestação inviável representa não apenas um desafio emocional, mas uma séria afronta aos direitos fundamentais da gestante. Em tais situações, o Estado não pode ser omissivo ou atuar com rigidez punitivista, ignorando a dor concreta de quem carrega um bebê que não poderá, um dia, sugar o leite materno, aprender as primeiras palavras ou dar os primeiros passos.

Como ressalta Bitencourt (2019, p. 44), ao tratar da anencefalia, mas que pode ser tratado como analogia as demais doenças incompatíveis com a vida extrauterina, levar uma gravidez inviável a termo configura “uma forma brutal de submetê-lo a odioso tratamento desumano”, violando diretamente o art. 5º da Constituição Federal, que assegura que ninguém será submetido a tratamento cruel ou degradante.

Nesse mesmo sentido, Franco (2010, p. 125) é contundente ao afirmar que, talvez, o maior “crime” seja exatamente o de submeter a mulher à tortura psicológica e física, obrigando-a a manter uma gravidez cujo desfecho é a morte certa, em evidente violação aos princípios da dignidade, liberdade, autonomia e saúde.

É por isso que, como destaca Deborah Pinho (2022, p. 65), a dignidade da pessoa humana deve ser compreendida como um requisito “obrigatório e inafastável à ordem jurídico-constitucional de um Estado Democrático de Direito.”. Quando esse princípio é aplicado ao caso de uma gestante de um feto que possui incompatibilidade com a vida, é de extrema necessidade reconhecer sua dor, sua humanidade e sua autonomia.

Sendo assim, a recusa ao direito da gestante em interromper uma gestação de um feto que não possui qualquer capacidade de sobreviver fora de seu organismo é cometer a maior das injustiças, pois fere o seu direito à dignidade, à liberdade e à saúde. O Estado, ao adotar uma postura insensível e moralista, impõe ainda mais sofrimento àquela que já carrega a maior dor possível; que é saber que não terá em seus braços o seu tão esperado bebê (Sela; Pereira, 2017, p. 161). É a partir da perspectiva de dor e sofrimento que o capítulo seguinte se propõe a analisar as consequências psicológicas vivenciadas pela gestante do feto inviável.

3.3 OS DANOS PSICOLÓGICOS ENFRENTADOS PELA GESTANTE DIANTE DA INVIABILIDADE FETAL

Conforme analisado anteriormente, a anencefalia não é a única malformação fetal letal que impossibilita a vida extrauterina do feto. São diversas as doenças que compartilham dessa mesma condição (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 200). Nos últimos anos, os diagnósticos que comprovam a inviabilidade fetal podem ser elaborados de forma certa e segura, “gerando para o médico a responsabilidade ética e jurídica de comunicar a notícia aos pais, consubstanciada no dever de informar.” (Gazzola et al., 2020, p. 39).

Muitas vezes, antes mesmo da concepção, a mulher já começa a idealizar a maternidade perfeita. Imagina o filho, escolhe um nome, projeta os traços e pensa com quem ele vai se parecer, além de idealizar planos em família. Portanto, a gravidez desejada representa a concretização de um projeto afetivo que, quando se descobre uma inviabilidade fetal, ocorre uma quebra abrupta de expectativas, dando lugar à angústia, ao medo e à frustração (Gazzola et al., 2020, p. 39).

Diante dessa ruptura, o diagnóstico de uma malformação fetal, seja ela compatível ou não com a vida extrauterina, desencadeia um processo de luto profundo que é gerado, especialmente, pela perda simbólica do filho idealizado. O luto, nesse contexto, não se limita a morte física. Ele está, na realidade, associado à morte do sonho e da projeção afetiva construída ao longo da gestação. Esse processo pode durar dias, meses ou não cicatrizar jamais e pode ser dividido em fases²⁵.

De início, é comum que a gestante vivencie uma fase de negação. Em seguida, podem emergir sentimentos de revolta, tristeza e angústia, que, posteriormente, evoluem para a aceitação gradual da realidade, até que ela se veja diante da decisão entre manter a gestação ou buscar meios para interrompê-la legalmente²⁶. Nesse mesmo sentido, Medeiros et al. (2021, p. 2) explicam que, ao receber a notícia da malformação congênita, a mulher é atravessada por uma dor profunda, que costuma dar início a um processo emocional intenso. Primeiro, instala-se o estado de choque, em que a realidade parece inaceitável, levando muitas a buscarem, com esperança e desespero, confirmações que invalidem o diagnóstico.

²⁵ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

²⁶ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

À medida que o tempo passa, a negação cede espaço para sentimentos de culpa, raiva, tristeza e frustração. Surgem dúvidas como: será que errei em algo? Será que meu corpo falhou? Essas indagações, por mais injustas que sejam, são recorrentes nesse momento de vulnerabilidade emocional. Com o tempo, a angústia e a ansiedade começam a diminuir, permitindo que a mulher encontre certo equilíbrio e comece a se reorganizar. Nesse estágio, ela se torna capaz de compreender, com mais clareza, a situação que se encontra e ponderar sobre o que é melhor para si (Medeiros et al., 2021, p. 2).

Ao longo da história, a maternidade foi valorada como uma experiência central na vida das mulheres, fazendo com que, para muitas, o ato de gerar um filho carregue um significado íntimo, ligado a sonhos, afetos e expectativas construídas ao longo da vida (Fernandes et al., 2020, p. 431). Nesse sentido, a interrupção indesejada da gravidez pode resultar em sérios impactos psicológicos e, a depender de como esse período for conduzido, o processo de luto pode ser intensificado e causar transtornos – especialmente a depressão - comprometendo o bem-estar mental da mulher e podendo, inclusive, dificultar futuras gestações (Pinho, 2022, p. 63)

É nesse contexto que se observa, conforme destacam Fernandes et al. (2020, p. 431), “o difícil trânsito entre as expectativas relacionadas a felicidade para a árdua realidade em deparar-se com um feto malformado – um duplo que foi vivido, de forma agudizada no diagnóstico, passando por decisões, pelo parto, pelo destino do bebê morto e no retorno ao lar.”. No mesmo sentido, Franco (2010, p. 117) destaca que “além das possíveis complicações à saúde física da gestante, os abalos psicológicos, neste particular, são tão grandes em que, há casos, tais transtornos tem levado a gestante a tentar suicídio”.

A maternidade não pode ser um martírio. O impacto psíquico que acompanha o diagnóstico, portanto, não pode ser subestimado. Mesmo que a gestação seja vivenciada de formas diversas, pois cada indivíduo é único, não se pode ignorar que a notícia da inviabilidade fetal representa um processo de dor. O luto que se inicia nesse contexto é peculiar, vez que não decorre da morte de alguém que se foi, mas sim de saber que o fruto que se têm no ventre não poderá sobreviver sem que seja às custas do seu próprio organismo.

Embora o luto seja geralmente associado à perda de pessoas, outras formas de perda – como o término de um relacionamento amoroso, por exemplo - também podem desencadear esse processo, o qual demanda acolhimento, atenção e tempo para ser para ser adequadamente assimilado (Pinho, 2022, p. 63). A perda de um filho inviável, nesse sentido, representa uma interrupção na trajetória da mulher, cuja vida já vinha sendo profundamente alterada pelas transformações físicas e emocionais inerentes à gestação.

Por isso, as reações perpassam o choque, a negação, frustração, raiva, culpa, e até mesmo descrença e irritação direcionada ao médico que lhe dá a notícia. A quebra das expectativas e a substituição por sentimentos de desamparo podem gerar na mulher reações ambivalentes: ora deseja proteger o filho, ora o rejeita, passando a considerar a possibilidade de interromper a gestação e, ao mesmo tempo, sentindo-se culpada por cogitar tal hipótese (Gazzola et al., 2020, p. 39).

É necessário destacar que cada mulher vivencia o momento conforme acredita ser melhor para si e, por isso, existem as que optam por levar a gravidez à termo e as que decidem interromper. Em um estudo conduzido por Fernandes et al. (2020, p. 434), foram ouvidas doze mulheres que obtiveram o diagnóstico da inviabilidade fetal. Dentre elas, apenas duas decidiram prosseguir com a gestação até o final do ciclo. Enquanto uma relatou não ter tido coragem de antecipar o parto, relacionando sua decisão à ideia de amor materno, a outra desejava dar um nome ao bebê e enterrá-lo junto a demais familiares.

Porém, Fernandes et al. (2020) constataram que, no caso dessas mulheres que escolheram concluir o ciclo gestacional, o internamento para o parto do feto inviável foi uma experiência angustiante. Inclusive, uma das participantes chegou a relatar pensamentos suicidas após passar pela cesariana, motivados pela dor de não poder levar o filho para casa. Ainda, no mesmo estudo, foi revelado que “na aproximação do desfecho não desejado, as mulheres referiram que o momento do parto com a visualização do bebê foi um dos piores momentos vividos.” (Fernandes et al., 2020, p. 435-436).

Por outro lado, para aquelas que optaram por realizar a antecipação do parto, a manutenção da gravidez representaria uma forma de reviver diariamente a dor, sendo a interrupção o único caminho possível para preservar a própria integridade. No entanto, deve-se compreender que, embora seja uma escolha que visa minimizar o impacto da perda irreversível, ela não exige a mulher de atravessar um período doloroso (Consonni; Petean, 2013, p. 2663).

Sendo assim, a mulher que escolhe antecipar o parto, não decide por mero desinteresse pela maternidade, mas sim pela necessidade de se proteger. Nesse contexto, Bitencourt (2019, p. 434), ao tratar da anencefalia, sustenta que:

Apenas, se preferir, a gestante poderá aguardar o curso natural do ciclo biológico, mas, em contrapartida, não será “condenada” a abrigar dentro de si um tormento que a aniquila, brutaliza, desumaniza e destrói emocional e psicologicamente, visto que, ao contrário de outras gestantes que se preparam para dar à luz a vida, regozijando-se com a beleza da repetição milenar da natureza, afoga-se na tristeza, no desgosto e na desilusão de ser condenada a - além da perda irreparável - continuar abrigando em seu ventre um ser inanimado, disforme e sem vida, aguardando o dia para, ao invés de

brindar o nascimento do filho como todas as mães sonham, convidar os vizinhos para ajudá-la a enterrar um natimorto.

Por essa razão, é fundamental que a mulher que opte pela interrupção da gestação do feto inviável tenha seu direito resguardado por vias acessíveis, céleres e seguras. Diante do fato de a anencefalia ser a única malformação fetal cujo aborto é amparado pelo código penal, outras gestantes, mesmo diante de diagnósticos igualmente irreversíveis, se veem obrigadas a recorrer ao judiciário para obter um alvará judicial que viabilize a antecipação do parto de forma legal e segura (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 9).

Essa realidade tem se tornado cada vez mais recorrente, à medida em que cresce a conscientização sobre a importância dos exames pré-natais, cujas técnicas estão cada vez mais avançadas, o que permite identificar com precisão a presença de uma anomalia que inviabilize a sobrevivência do feto. Contudo, a estagnação legislativa faz com que o acesso dessas mulheres ao procedimento dependa exclusivamente de autorização judicial (Queiroz, 2008, p. 74). Além disso, o temor da responsabilização criminal por parte dos profissionais da saúde, diante da ausência de previsão legal expressa, alimenta a exigência do alvará judicial, mesmo nos casos evidentes de inviabilidade fetal, contribuindo, conseqüentemente, para o agravamento do sofrimento (Queiroz, 2008, p. 78).

Ainda antes da decisão do Supremo na ADPF 54, que reconheceria a anencefalia como uma hipótese de aborto legal, Franco (2010, p. 114) já alertava para os efeitos negativos da exigência do alvará judicial nesse tipo de situação. Segundo o autor, “as gestantes necessitam de autorização judicial, o que, por vezes, é morosa, fazendo com que a gravidez se prolongue ou até mesmo chegue a termo, causando enormes sofrimentos físicos e psicológicos na mulher.”. O trecho, embora extraído do contexto específico da anencefalia, permanece atual, vez que as gestantes diagnosticadas com outras malformações igualmente incompatíveis seguem enfrentando o mesmo percurso judicial.

Em entrevista à Defensoria Pública do Estado da Bahia, a Defensora Viviane Luchini, atuante no Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), descreve que o trâmite processual para a autorização judicial da antecipação do parto, mesmo diante dos inequívocos diagnósticos de inviabilidade fetal, tende a prolongar o sofrimento da mulher. Isso porque a gestante, quando decide pelo aborto, já passou por exames, atendimentos médicos e, sobretudo, pelo impacto de receber o diagnóstico. No entanto, ainda assim, precisa enfrentar

burocracias jurídicas que prolongam ainda mais o tempo da gravidez. O feto vai se desenvolvendo e, conseqüentemente, o psicológico da mulher é abalado²⁷.

A Defensora acrescenta, ainda, que a principal preocupação da equipe é justamente reduzir o tempo desse percurso, fato que seria evitado caso houvesse permissivo legal, como é o caso das hipóteses previstas pelo ordenamento jurídico. Nos casos de aborto humanitário, aborto necessário e antecipação terapêutica do parto, não há necessidade de recorrer ao Judiciário e, por isso, já se elimina burocracias como: buscar a Defensoria ou um advogado, esperar peticionar, aguardar a análise do juiz e o parecer do Ministério Público, para que assim caso tenha o pedido deferido, realize o procedimento²⁸.

Além disso, há situações em que, mesmo diante dos laudos médicos atestando a inviabilidade, o magistrado determina diligências complementares ou solicita novo parecer de comissão uma comissão técnica vinculada ao próprio Tribunal de Justiça (na Bahia é o NATJUS), o que prolonga ainda mais o tempo de espera²⁹. Desse modo, além das burocracias administrativas e judiciais, é necessário considerar também os efeitos da objeção de consciência como um fator que agrava o sofrimento da gestante.

Conforme já analisado anteriormente, a objeção de consciência é a faculdade que o profissional da saúde possui na recusa da realização de determinados procedimentos, ainda que legalmente permitidos, quando estes contrariarem suas convicções pessoais, morais ou religiosas. Essa prerrogativa possui amparo tanto na Constituição quanto no Código de Ética Médica (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 24).

No entanto, a objeção de consciência pode se tornar um entrave ao acesso do aborto legal, vez que, mesmo nos casos em que a gestante já obteve o seu direito garantido através do alvará judicial, ainda há profissionais que apresentam recusa em realizar o procedimento. Essa negativa impõe um novo ciclo de sofrimento à mulher, que já enfrentou o impacto do diagnóstico e demais burocratizações, e depois, passa a se ver diante de outra barreira institucional³⁰.

²⁷ Informação prestada por Dra. Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

²⁸ Informação prestada por Dra. Viviane Luchini em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

²⁹ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

³⁰ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

A Organização Mundial da Saúde (2022, p. 10), em suas diretrizes atualizadas, recomenda que "o acesso e a continuidade dos cuidados completos no aborto sejam protegidos contra barreiras criadas pela objeção de consciência.". Alerta, ainda, que esse instituto, quando não regulamentado de forma a garantir o acesso contínuo ao aborto legal e seguro, pode se tornar indefensável à luz dos direitos humanos. É um dever estatal assegurar que esse direito não seja frustrado por recusas individuais, devendo haver protocolos institucionais que garantam a continuidade do atendimento (OMS, 2022, p. 10).

No mesmo sentido, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, publicada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 15), dispõe que a recusa do profissional não pode comprometer a assistência da gestante. Sendo assim, o profissional objeitor de consciência deve garantir o acesso ao abortamento para outro profissional da instituição. Consta no documento, que "é dever do Estado, manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional".

Dessa forma, a recusa, quando não mediada por protocolos de substituição, pode configurar, na prática, uma forma de violência obstétrica, por revitimizar a gestante diante de um contexto já profundamente doloroso, marcado por sofrimento e vulnerabilidade³¹. A Fiocruz (apud Tesser et al., 2015, 2023, p. 5), sobre violência obstétrica, dispõe:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicação e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Por isso, a objeção de consciência, quando utilizada para impedir o acesso ao aborto amparado por alvará judicial, deixa de ser uma escolha baseada em convicções pessoais e se transforma em um mecanismo opressor. A recusa, quando a mulher mais precisa de cuidado e amparo, afasta ainda mais a sua autonomia e lhe nega o direito de vivenciar um momento sofrido de uma forma menos cruel.

Inclusive, é imperioso destacar que a mulher, ao engravidar, sofre diversas transformações - que vão muito além do crescimento da circunferência abdominal. Conforme explica Dr. Manoel Sarno, a mulher que antecipa o parto passa por transformações fisiológicas idênticas às

³¹ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

de um puerpério convencional. A mulher produz leite – necessitando de medicamentos para inibir a lactação, devendo enfaixar as mamas para cessar a produção do leite materno -, possui sangramentos vaginais, tendo, inclusive, direito a licença-maternidade³². Por isso, todas as violências institucionais contra essa mulher, agravam ainda mais o seu estado emocional.

Sendo assim, conforme se extrai do voto do Ministro Relator Marco Aurélio (2012, p. 68-69), “impor a manutenção da gravidez implica o aumento da morbidade, bem como dos riscos inerentes à gestação, ao parto e ao pós-parto e resulta em consequências psicológicas severas”. No mesmo documento, o Ministro Relator faz referência ao relato de uma mulher que atuou como paciente do Habeas Corpus nº 84.025/RJ, de relatoria do Ministro Joaquim Barbosa, e destaca (Mello, 2012, p. 71):

Relatos como esse evidenciam que a manutenção compulsória da gravidez de feto anencéfalo importa em graves danos à saúde psíquica da família toda e, sobretudo, da mulher. Enquanto, numa gestação normal, são nove meses de acompanhamento, minuto a minuto, de avanços, com a predominância do amor, em que a alteração estética é suplantada pela alegre expectativa do nascimento da criança; na gestação do feto anencéfalo, no mais das vezes, reinam sentimentos mórbidos, de dor, de angústia, de impotência, de tristeza, de luto, de desespero, dada a certeza do óbito. Impedida de dar fim a tal sofrimento, a mulher pode desenvolver, nas palavras do Dr. Talvane Marins de Moraes, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, 'um quadro psiquiátrico grave de depressão, de transtorno, de estresse pós-traumático e até mesmo um quadro grave de tentativa de suicídio, já que não lhe permitem uma decisão, ela pode chegar à conclusão, na depressão, de autoextermínio.'

Embora o excerto diga respeito especificamente aos casos de anencefalia, a argumentação pode e deve ser estendida a outras malformações fetais letais que, apesar de igualmente incompatíveis com a vida extrauterina, permanecem fora das hipóteses legais de aborto, submetendo a gestante aos mesmos sofrimentos descritos pelo Ministro.

Diante de todo o observado, não há como negar que o sofrimento enfrentado por diversas brasileiras que carregam no ventre um feto incompatível com a vida extrauterina ultrapassa exorbitantemente os limites do diagnóstico da malformação. Não se trata, portanto de uma mera condição médica, mas de uma vivência rodeada de angústia, medo e tristeza; onde entre laudos, alvarás e, às vezes, recusas, a mulher se vê diante da obrigação de justificar sua dor. É preciso reafirmar que a escolha da mulher em decidir pela antecipação deve ser respeitada, e o Estado não pode perpetuar essa dor, impondo-lhe a manutenção de uma gestação baldia.

³² Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

4 A (IM)POSSIBILIDADE DO DIREITO AO ABORTO LEGAL DE FETOS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA EXTRAUTERINA

De acordo com o “Manual de Protocolos de Obstetrícia”, as malformações fetais atualmente correspondem à segunda principal causa de mortalidade infantil no Brasil, ficando atrás apenas de complicações relacionadas à assistência perinatal. Na última década, a incidência desses casos aumentou de 7,1% para 11,2%, ultrapassando outras causas antes mais prevalentes, como infecções respiratórias e diarreia. Estima-se, ainda, que a prevalência geral de malformações entre nascidos vivos na América Latina gira em torno de 5%, patamar que também se aplica à realidade brasileira (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p. 199).

A trajetória percorrida até aqui demonstrou a densidade desse problema contemporâneo, que vem acontecendo com frequência cada vez maior (Queiroz, 2008, p.74). Com o progresso da medicina, tornou-se possível identificar precocemente diversas enfermidades durante a gestação, cuja gravidade se revela, ainda nos primeiros meses, na inviabilidade da sobrevivência do feto após o nascimento (Maternidade Climério de Oliveira, 2018, p.199). Nesse contexto, diagnósticos de incompatibilidades fetais passaram a fazer parte da realidade de inúmeras famílias, impondo-lhes a penosa tarefa de lidar com a concretude de uma gravidez cujo feto não possui condições de sobreviver sem o aporte do organismo materno.

Verificou-se, ainda, que embora o Código Penal brasileiro criminalize o aborto, ele também prevê exceções em determinadas hipóteses. No ano de 2012, por meio da ADPF nº 54, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a possibilidade da interrupção da gestação de fetos anencefálos, conferindo amparo legal à chamada antecipação terapêutica do parto. Assim, atualmente, a gestante que carrega um feto com a diagnose da anencefalia possui respaldo jurídico para realizar o aborto de maneira legal e segura, sem a necessidade de uma autorização judicial (Brasil, 2012).

Essa decisão foi especialmente relevante porque, embora a anencefalia não esteja expressamente prevista no rol das excludentes de ilicitude do Código Penal, o STF reconheceu, com bases em princípios constitucionais, que a manutenção da gestação, nesse caso, representaria uma clara violação à dignidade da gestante. Tal entendimento abriu brechas significativas para refletir quanto a possibilidade de estender esse raciocínio a outras patologias fetais também incompatíveis com a vida extrauterina, que, embora ainda não possuam respaldo legal, conduzem ao mesmo resultado: a morte certa do feto logo após o nascimento (Consonni; Petean, 2013 p. 2664).

Portanto, já é um fato que existem outras malformações fetais letais que, assim como a anencefalia, resultam na inviabilidade de sobrevivência do feto. Porém, existe uma lacuna legislativa que não inclui essas demais condições como hipóteses legais de aborto (Gazzola; Melo, 2015, p. 500). Essa é uma omissão que evidencia a insuficiência da interpretação literal e punitivista do Direito Penal, reforçando a urgência de uma abordagem jurídica, ética e social que leve em consideração os princípios constitucionais que regem o ordenamento jurídico brasileiro, especialmente aos que conferem à dignidade, saúde, liberdade e autonomia reprodutiva feminina (Busato, 2005, p. 387).

Observa-se, inclusive, que a própria anencefalia também se insere nessa lacuna legislativa, uma vez que, passados mais de dez anos desde o julgamento da ADPF 54, ainda não houve qualquer iniciativa legislativa capaz de incorporar esse entendimento ao texto do Código Penal. Trata-se, portanto, de uma autorização fundada exclusivamente na interpretação jurisprudencial literal do entendimento do Supremo, o que reforça a fragilidade normativa do tema e evidencia o quanto o ordenamento jurídico carece de regulamentações claras e específicas para lidar com situações que envolvem uma gestação inviável.

Para efeitos comparativos, é imperioso destacar o voto do Ministro Marco Aurélio, relator do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental que admitiu a legalidade do aborto de fetos com anencefalia. Em sua fundamentação, o ilustre Ministro ressaltou com clareza que o Estado não pode assumir o papel de impor sofrimento desnecessário à mulher diante de um diagnóstico cujo desfecho inevitável é a morte do feto. Em um dos trechos de seu voto, afirmou (Mello, 2012, p. 78):

A imposição estatal da manutenção de gravidez cujo resultado final será irremediavelmente a morte do feto vai de encontro aos princípios basilares do sistema constitucional, mais precisamente à dignidade da pessoa humana, à liberdade, à autodeterminação, à saúde, ao direito de privacidade, ao reconhecimento pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de milhares de mulheres. O ato de obrigar a mulher a manter a gestação, colocando-a em uma espécie de cárcere privado em seu próprio corpo, desprovida do mínimo essencial de autodeterminação e liberdade, assemelha-se à tortura ou a um sacrifício que não pode ser pedido a qualquer pessoa ou dela exigido.

Desse modo, extrai-se que o reconhecimento da legalidade do aborto de fetos anencéfalos partiu de uma premissa cujo olhar esteve especialmente voltado à proteção dos direitos fundamentais da mulher, colocando-a como ponto central para se concluir que submetê-la à condição de manter uma gestação cujo desfecho é a morte certa afrontaria os valores constitucionais mais básicos (Freitas, 2018, p. 12).

Além disso, considerou-se também a inviabilidade da vida do feto, sendo a junção desses dois fatores - sobretudo sob a ótica da dignidade da mulher -, determinante para que o STF impedisse o sacrifício imposto à gestante diante de uma gestação infrutífera (Silva, 2024, p. 11). Essa decisão, na verdade, refletiu o reconhecimento de que existe um limite a ser respeitado, ancorado em valores éticos e humanos, ilustrado no fato de que o Estado não pode impor tamanho sofrimento a alguém - nesse contexto, à mulher que ainda tem toda uma vida pela frente após a gravidez.

Essa ideia foi expressa de forma contundente pelo Ministro Marco Aurélio (Mello, 2012, p. 78), ao destacar que “a integridade que se busca alcançar com a antecipação terapêutica de uma gestação fadada ao fracasso é plena. Não cabe impor às mulheres o sentimento de meras ‘incubadoras’, ou pior, ‘caixões ambulantes’”. O peso dessas palavras traduz a dimensão do sofrimento vivido por uma gestante de um feto inviável, revelando como a imposição estatal de levar adiante uma gestação destinada à morte é uma afronta direta aos fundamentos essenciais da dignidade humana.

Ademais, é preciso reconhecer que a noção de vida está intrinsecamente vinculada à ideia de dignidade. Não basta apenas existir biologicamente; é preciso que essa existência seja digna e devidamente amparada por todos os recursos que a sociedade e o Estado têm o dever de garantir (Cosenzo, 2021, p. 378). Por isso, impor que a mulher prossiga com a gestação neste contexto, não é proteger a vida; é, na verdade, impor um sofrimento que poderia ser evitado.

Mesmo diante dessa compreensão firmada pelo STF, o ordenamento jurídico falha em não alastrar o mesmo entendimento a outras patologias fetais igualmente incompatíveis com a vida extrauterina. Se as razões que motivaram a decisão do Supremo foram lastreadas no sofrimento da mulher diante da gestação incompatível e a natureza da anomalia fetal, é plausível questionar por que tal entendimento encontra-se limitado ao único diagnóstico da anencefalia.

Afinal, por que o sofrimento de uma gestante que carrega um feto acometido por outra doença igualmente letal não merece o mesmo amparo e segurança jurídica? Não há como mensurar o tormento de passar meses alimentando a ideia de que, mantendo a gravidez, o recém-nascido não será colocado em um berço, mas sim em um caixão. Essa experiência traz justamente todo o contrário da beleza encontrada em viver a maternidade (Queiroz, 2008, p. 76).

A restrição do direito ao aborto legal somente aos casos de fetos com anencefalia desconsidera as mais diversas situações igualmente gravosas, que demandam a mesma proteção jurídica. Nesse sentido, Gazzola e Melo (2015, p. 501) defendem que:

A existência de várias outras anomalias fetais além da anencefalia que podem resultar em formas letais e a necessidade de seu conhecimento e tratamento isonômico pelo Poder Judiciário foram também assuntos abordados por ocasião do Julgamento da ADPF 54 pelo STF. O ministro Ricardo Lewandowski, que proferiu voto divergente, em que foi acompanhado pelo ministro Cezar Peluso, então presidente da Suprema Corte, mencionou a questão em seu voto, sustentando que a decisão favorável ao aborto de fetos anencéfalos teria, em tese, o condão de tornar lícita a interrupção da gestação de qualquer embrião que ostente pouca ou nenhuma expectativa de vida extrauterina. Assim, o que ora se sustenta é a importância de ampliar o debate dessa questão no âmbito da sociedade civil e de suas legítimas instâncias de representação.

Considerando os efeitos da decisão proferida na ADPF 54, resta evidente a necessidade de assegurar o tratamento igualitário às situações em que a sobrevivência do feto é nula ou ínfima. Ao redor do mundo, outras mulheres também enfrentam o luto antecipado de uma gestação inviável e, por isso, além do acolhimento, merecem garantias legais que respeitem seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como sua dignidade e autonomia.

Diante desse cenário, demonstra relevância analisar como outros países têm enfrentado esse mesmo desafio, a fim de analisar os possíveis caminhos a serem seguidos diante de uma realidade tão difícil quanto universal.

4.1 O ABORTO DE FETOS INVIÁVEIS À LUZ DO DIREITO COMPARADO

O *Center of Reproductive Rights* (2024) é uma organização global dedicada à defesa dos direitos humanos, composta por juristas e ativistas que atuam na promoção e na proteção legal dos direitos reprodutivos. A instituição reconhece tais direitos como dimensões essenciais da dignidade humana, da igualdade de gênero, da saúde e do bem-estar individual, buscando sua afirmação como direitos fundamentais no âmbito internacional (Center of Reproductive Rights, 2024).

Essa perspectiva é reforçada pelos dados do *Global Abortion Policies Database* (2017), plataforma desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde em parceria com as Nações Unidas, que sistematiza e compara informações oficiais sobre as legislações relativas ao aborto em diversos países (OMS; ONU, 2017). No presente capítulo, a análise será direcionada especificamente aos marcos legais que tratam da interrupção da gestação em razão de malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina.

Na Índia, a Lei de Interrupção Médica da Gravidez de 1971, válida em quase todo o território indiano, autoriza expressamente a antecipação do parto após a 24ª semana em casos de malformações fetais graves que impliquem risco substancial de inviabilidade ou causem

deficiências físicas ou mentais severas, desde que haja parecer favorável de um conselho médico (OMS; ONU, 2017). Em um estudo realizado em um único centro de referência no norte do país, foi identificada, em apenas um ano, 76 nascimentos com malformações congênitas legais, resultando em uma prevalência de 51,76 casos a cada 10 mil nascimentos após a 24ª semana (Tiwari; Gupta, 2020, p. 2-3).

Dentre as anomalias mais recorrentes, estavam a anencefalia (12,94/10.000), a meningocele severa (7,49/10.000), os rins displásicos multicísticos (6,13/10.000) e hidropisia fetal não imune associada a cardiopatias graves (5,44/10.000), além de registros de trissomia 13 e 18 e outras condições extremamente raras como a sirenomelia e a holoprosencefalia alobar (Tiwari; Gupta, 2020, p. 3).

Na China, na Rússia e na Indonésia, embora as regulamentações variem, há reconhecimento do sofrimento físico e emocional da gestante como fator relevante para a legalidade do aborto. Segundo o *Global Abortion Policies Database*, a ausência de limites gestacionais rígidos nesses países permite a interrupção da gravidez inclusive em casos de inviabilidade fetal ou quando a gestação impõe sofrimento à mulher (OMS; ONU, 2017).

No Estados Unidos e no México, as leis sobre aborto variam conforme a jurisdição. Após a revogação do precedente *Roe v. Wade* em 2022, a Suprema Corte dos EUA retirou a proteção federal ao direito ao aborto, permitindo que cada estado defina suas próprias regras. Com isso, alguns estados passaram a proibir a prática inclusive em casos de comprometimento fetal, enquanto outros mantiveram ou ampliaram as garantias. No México, a Suprema Corte declarou inconstitucional a criminalização absoluta do aborto em 2021 e, em 2023, determinou sua retirada do Código Penal Federal, embora a efetivação da medida ainda dependa da adesão dos estados. Em ambos os países não há uniformidade quanto à autorização da interrupção da gestação em casos de inviabilidade fetal (OMS; ONU, 2017).

No continente africano, países como Moçambique, Guiné e República Democrática do Congo já reconhecem a possibilidade de interrupção em razão de malformações graves, ainda que possuam diferentes níveis de regulamentação e limitações gestacionais. Moçambique se destaca por ter reformado seu Código Penal em 2019, autorizando o aborto do feto inviável, mediante comprovação médica, sem impor limite gestacional (OMS; ONU, 2017).

No Congo, o aborto é legal até a idade de viabilidade fetal, critério que abarca, portanto, a antecipação do parto de fetos inviáveis. Já na Guiné, embora não haja especificação clara sobre o limite gestacional, o Código Penal de 2016 e a Lei de Saúde Reprodutiva reconhecem

o aborto legal em casos de comprometimento fetal, desde que observados os princípios do direito internacional dos direitos humanos (OMS; ONU, 2017).

Por outro lado, países como Angola, Sudão, Argélia e Madagascar ainda apresentam legislações restritivas, que ou não preveem hipóteses de aborto por anomalia fetal ou se chocam com tratados ratificados, como o Protocolo de Maputo, cuja efetividade encontra resistência de ordem normativa, religiosa e cultural. Esse protocolo é ratificado por diversos países africanos e prevê o direito ao aborto quando a vida da gestante ou do feto estiver em risco (OMS; ONU, 2017).

Nos países considerados mais liberais, como Canadá, Nova Zelândia e Austrália, há uma maior valorização da autonomia da mulher, sobretudo em contextos de inviabilidade fetal. No Canadá, o aborto é reconhecido como serviço essencial de saúde, sem restrições legais ou limites gestacionais, ficando a decisão exclusivamente a cargo da mulher, em conjunto com os profissionais da saúde. Na Nova Zelândia, a interrupção é permitida até a 20ª semana, sem necessidade de justificativa e, após esse período, pode ser realizada quando clinicamente indicada. Na Austrália, as regras variam entre os estados, mas o aborto é possível inclusive em estágios avançados quando há risco à saúde da mulher ou inviabilidade fetal (OMS; ONU, 2017).

Em diversos países europeus, a legislação reconhece o sofrimento imposto às mulheres diante da gestação de fetos inviáveis, permitindo a interrupção nesses casos em nome da saúde e da dignidade da gestante. Na Espanha, o aborto é autorizado até a 22ª semana nos casos de anomalias fetais graves e, quando há diagnóstico de inviabilidade fetal ou doenças incuráveis, não há sequer limite gestacional. Na Itália, apesar de o aborto voluntário ser limitado aos primeiros 90 dias, a lei admite a sua realização após esse período quando constatadas malformações que representem grave risco à saúde física ou mental da gestante (OMS; ONU, 2017).

Em Portugal, é possível interromper a gravidez até a 24ª semana em casos de inviabilidade fetal, ou até mesmo após esse período, ante a impossibilidade de vida extrauterina. Na Noruega, o aborto é autorizado até a 22ª semana, sendo vedado após esse ponto nos casos de viabilidade, salvo se existirem razões particularmente graves (OMS; ONU, 2017). Na França, o direito ao aborto foi constitucionalizado em 2024, quando foi inserido no artigo 34 da Constituição a garantia da liberdade da mulher de recorrer à interrupção voluntária da gestação (Fernandes; Tórtima, 2024).

Essa foi uma medida histórica que representou um grande marco global, reafirmando o compromisso do país com os direitos reprodutivos das mulheres. Ainda que no país o aborto já

fosse legal desde 1975, através da promulgação da Lei Veil, a nova proteção constitucional ampliou a segurança jurídica, reafirmando que o direito à vida do feto, embora protegido, não é absoluto e deve ser ponderado com os direitos fundamentais da gestante, como sua autonomia, saúde e dignidade (Fernandes; Tórtima, 2024).

Na América do Sul, é possível observar um avanço gradual quanto a incorporação de hipóteses legais de aborto em situações de inviabilidade fetal. O Chile permite expressamente a interrupção da gestação quando o embrião ou feto apresenta patologia congênita, adquirida ou genética, incompatível com a vida extrauterina, reconhecendo, portanto, o sofrimento e a desnecessidade de prolongar uma gestação sem perspectiva. No Uruguai, o aborto é autorizado nesses casos, desde que a malformação seja atestada por uma comissão do Ministério da Saúde (OMS; ONU, 2017).

O Uruguai adotou o modelo de redução de danos para prevenir o aborto inseguro nos serviços públicos de saúde, o que resultou na diminuição das taxas de mortalidade materna associadas à prática. Em 2012, o país sancionou a Lei nº 18.987, que autoriza a interrupção da gestação até a 12ª semana por livre decisão da gestante, até a 14ª semana em casos de estupro e sem limite gestacional quando houver risco à saúde da mulher ou malformações fetais incompatíveis com a vida. No entanto, profissionais objetores de consciência configuram um entrave significativo, o que compromete a efetividade da política de acesso ao aborto legal (Galli, 2020, p. 3).

A Argentina, por sua vez, legalizou o aborto até a 14ª semana de gestação por decisão da mulher, com a promulgação da Lei nº 27.610 em dezembro de 2020. A nova legislação também manteve a possibilidade de interrupção da gravidez após esse prazo em casos de risco à vida ou à saúde da gestante, bem como em situações de estupro (Yasmin; Michel, 2024, p. 201). Antes disso, em casos de malformações letais as decisões judiciais já vinham garantindo o direito à antecipação do parto, inclusive a partir da 24ª semana, conforme previsto em legislações locais, como a da cidade de Buenos Aires e de Neuquén (OMS; ONU, 2017).

Já na Colômbia, embora não exista menção expressa à inviabilidade fetal, o aborto é permitido em situações em que o feto apresenta malformações graves que inviabilizam a sobrevivência fora do útero materno, sendo reconhecida a importância da dignidade da gestante nesses cenários. Por outro lado, países como Bolívia, Peru e Venezuela, assim como o Brasil, ainda impõem obstáculos normativos, limitando ou ignorando esse tipo de causa, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde, viola o direito à saúde e à dignidade reprodutiva ao obrigar

mulheres a manterem gestações que lhes impõem sofrimento psíquico e físico (OMS; ONU, 2017).

Diante da análise comparativa, é possível constatar que o Brasil se encontra na retaguarda da garantia dos direitos das mulheres, especialmente em casos de inviabilidade fetal. Enquanto diversos países vêm avançando na proteção à dignidade da gestante e reconhecimento o sofrimento imposto pela manutenção de uma gestação sem perspectiva de vida, o ordenamento jurídico brasileiro ainda se apegua a uma interpretação excessivamente restritiva, que apenas reconhece a anencefalia como hipótese legítima para a antecipação do parto.

Essa limitação ignora por completo a pluralidade de diagnósticos igualmente letais que têm sido cada vez mais recorrentes nos pedidos de autorização judicial. Restringir o permissivo legal a uma única malformação revela não apenas o descompasso com os avanços da medicina materno-fetal, mas também uma negação do respeito mínimo à autonomia, liberdade, saúde e dignidade da gestante, impondo-lhe a continuidade de um sofrimento evitável. O Brasil, portanto, é omissos e o resultado disso é uma afronta aos compromissos internacionais assumidos que demandam urgente enfrentamento.

Com isso, resta evidente que, além da escassez do respaldo normativo, o Brasil impõe ainda mais um entrave àquelas que enfrentam a árdua experiência de gestar um feto inviável: a exigência de recorrer ao Judiciário em busca de uma autorização judicial que possibilite a interrupção da gestação de forma legal e segura.

4.2 A (DES)NECESSIDADE DA AUTORIZAÇÃO JUDICIAL PARA A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASOS DE INVIABILIDADE FETAL

A exigência de alvará judicial imposta às mulheres que recebem o diagnóstico de inviabilidade fetal revela uma realidade especialmente dolorosa quando analisado sob a ótica dos tempos atuais. Aquelas que optam por cessar essa gestação precisam submeter suas trajetórias pessoais à avaliação de um magistrado que, em regra, julga crimes dolosos contra a vida. Essa formalidade transfere sua dor para o campo penal, como se sua decisão fosse um ato passível de punição.

O diagnóstico de uma anomalia incompatível com a vida é uma das experiências mais angustiantes que uma mulher pode vivenciar em toda a sua vida, especialmente porque, além

da limitação da medicina, que pouco pode fazer em termos de tratamento, há também a limitação legal que restringe as decisões reprodutivas femininas, dificultando, ou até mesmo impedindo, o acesso à antecipação do parto (Diniz, 2003, p. 14).

Essa barreira normativa impõe à gestante o dever de buscar, por vias judiciais, a autorização para realizar um procedimento que, por sua natureza, urgência e semelhança ao caso da anencefalia, deveria estar resguardado na esfera da saúde. A finalidade da autorização judicial, nesses casos, é afastar a tipificação penal do aborto e viabilizar o atendimento da gestante, seja em instituição hospitalar pública ou privada (Benute et al., 2007, p. 4).

Não à toa, em 2024, 52 mulheres recorreram aos serviços do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado da Bahia para viabilizar o acesso à interrupção legal da gestação. A intervenção do NUDEM se fez necessária, sobretudo, diante de diagnósticos de malformações incompatíveis com a vida extrauterina que não se encontram previstas no ordenamento jurídico, bem como frente a obstáculos impostos ao exercício do direito ao aborto legal (Defensoria Pública do Estado da Bahia, 2025).

No mesmo sentido, o NUDEM do Estado de São Paulo divulgou que, em 2020, foram realizados cinco atendimentos e, em 2021, três atendimentos relacionados a fetos inviáveis (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2021, p. 9). Já a Defensoria Pública do Estado do Paraná informou, em 2022, que atuou judicialmente para garantir a interrupção da gestação de uma mulher cujo feto foi diagnosticado com a síndrome de *Body Stalk*, anomalia grave que inviabiliza a vida fora do útero materno (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2022).

Com base em laudos médicos que atestavam a impossibilidade de sobrevivência fetal, o NUDEM do Paraná pleiteou judicialmente a antecipação do parto, destacando o sofrimento psíquico e físico enfrentado pela gestante, defendendo que a antecipação do parto, nesses casos, não configura crime. O entendimento foi consolidado em tese institucional, aprovada por unanimidade, segundo a qual a interrupção da gestação em casos de anomalias incompatíveis com a vida constitui direito subjetivo da mulher e deve ser considerada penalmente atípica (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2022).

Importa destacar, contudo, que, embora a atuação da Defensoria Pública seja eficiente e se dê com presteza, garantindo o acesso à justiça de maneira célere e humanizada, sua atuação não elimina a evitável burocratização do procedimento judicial. Quando a lei não acompanha as transformações sociais e deixa de oferecer respostas às situações que exigem o se amparo, como é o caso dos fetos acometidos por malformações fetais graves, o peso da decisão quanto à possibilidade de interromper a gravidez se transforma em um alvará judicial e as mulheres se

veem obrigadas a recorrer aos tribunais, em busca do reconhecimento de um direito que deveria ser garantido de ofício (Morais, 2008, p. 54).

Ninguém, além da própria gestante, pode decidir o que é melhor para si diante de uma doença grave que não proporciona ao feto chances de vida. Haverá quem opte por manter a gravidez, na esperança de uma cura que é improvável ou porque simplesmente assim prefere que seja, mas existem àquelas que desejam cessar esse sofrimento e, para isso, necessariamente, chega-se à morte, que será o resultado, com ou sem a antecipação do parto (Cosenzo, 2021, p. 378).

Bitencourt (2019, p. 442) é certo ao dizer que:

Quando uma gestante possui laudo médico assegurando-lhe que o feto que está em seu ventre não tem cérebro e não lhe resta nenhuma possibilidade de vida extrauterina, quem poderá, afinal, nas circunstâncias, censurá-la por buscar o abortamento? Com que autoridade moral o Estado poderá exigir dessa gestante que aguarde o ciclo biológico, mantendo em seu ventre um ser inanimado, que, quando a natureza resolver expeli-lo, não terá alternativa senão enterrá-lo ou cremá-lo?

Portanto, a exigência do alvará judicial, além de ser uma imposição emocionalmente desgastante, é um obstáculo com repleto de burocracias evitáveis, sobretudo ao se observar que, na prática, a grande maioria dos pedidos são deferidos. Caso essa exigência fosse abolida, o percurso o percurso da gestante seria facilitado de forma significativa, evitando sua exposição e reduzindo o envolvimento de múltiplos órgãos públicos. Além de humanizar esse momento delicado, tal medida também implicaria em menor custo para o próprio Estado³³.

Diante desse panorama, constata-se que a autorização judicial não apenas amplia o sofrimento da gestante, que permanece na angústia de ter sua solicitação analisada por um juiz da vara do júri, como também potencializa sentimentos de culpa e estigmatização. Em situações tão delicadas, não é raro que mulheres relatem a sensação de estarem sendo tratadas como criminosas, mesmo diante de laudos inequívocos que atestam a inviabilidade fetal (Fernandes et al., 2020, p. 435).

Nesse sentido, uma das entrevistadas no estudo conduzido por Fernandes et al. (2020, p. 435), declarou que, ao buscar o alvará judicial, sentiu-se “igual a um bandido”, ao se deparar com o ambiente criminal da vara responsável pela autorização. Tal relato evidencia que o processo judicial, longe de ser apenas uma formalidade, pode funcionar como um verdadeiro julgamento moral de uma decisão íntima, legítima e profundamente dolorosa.

³³ Informação prestada por Dr. Manoel Sarno em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

Diante da crescente judicialização da interrupção da gestação em casos de inviabilidade fetal, faz-se imprescindível examinar os fundamentos que têm orientado os julgadores. Compreender como os tribunais vêm decidindo esses casos é um passo indispensável para avaliar a efetividade da tutela dos direitos reprodutivos e da dignidade da gestante no sistema de justiça.

4.2.1 Precedentes judiciais: avanços e retrocessos

Após o julgamento da ADPF 54 pelo Supremo Tribunal Federal, que reconheceu a possibilidade de antecipar o parto em casos de gestação de fetos anencéfalos, diversos pedidos passaram a ser formulados ao Poder Judiciário, pleiteando o mesmo tratamento jurídico em situações semelhantes, envolvendo malformações fetais graves e igualmente incompatíveis com a vida extrauterina. Esses casos vêm se multiplicando nos tribunais brasileiros, evidenciando a urgência de se avaliar a coerência e a uniformidade dos fundamentos que têm sido adotados pelos magistrados ao decidir sobre a possibilidade (ou não) de interromper a gravidez nesses contextos extremos (Gazzola; Melo, 2015, p. 501).

Em recente decisão, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo concedeu ordem em habeas corpus a uma gestante cujo feto fora diagnosticado com a trissomia 18 (Síndrome de Edwards), anomalia genética de natureza letal. No caso, os exames e o relatório médico confirmavam não apenas a inviabilidade da vida extrauterina, como também os riscos à saúde física e emocional da gestante. A liminar foi confirmada sob o fundamento de que a hipótese se enquadrava no aborto necessário (art. 128, I, CP), em razão do risco concreto à vida da gestante e a sua saúde emocional, diante da inviabilidade do feto e ressaltando a prevalência do princípio da dignidade da pessoa humana³⁴.

Seguindo a mesma linha, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, em decisão unânime, manteve sentença que autorizou a interrupção da gestação de um feto portador de displasia tanatofórica tipo I, malformação reconhecidamente incompatível com a vida extrauterina. A corte destacou que impor à gestante a continuidade da gravidez significaria submetê-la a riscos

³⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. *Habeas corpus* n. 2007990-08.2023.8.26.0000. Relator: Des. André Carvalho e Silva de Almeida. São Paulo, 9 mar. 2023. 2ª Câmara de Direito Criminal. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/1780207729>. Acesso em: 13 jun. 2025.

físicos e a inevitáveis danos psicológicos, reconhecendo, com base na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, a inconstitucionalidade de se enquadrar tal conduta nos tipos penais dos arts. 124 e 126 do Código Penal³⁵.

Em maio de 2020, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro concedeu habeas corpus para autorizar a antecipação do parto de um feto diagnosticado com Síndrome de Patau, condição genética considerada letal. O tribunal reconheceu que as malformações descritas no relatório médico, como holoprosencefalia e proboscide, tornavam a vida extrauterina inviável. A decisão ressaltou que impor à mulher a continuidade da gestação nessas circunstâncias seria submetê-la a sofrimento inútil e incompatível com o princípio da dignidade da pessoa humana, firmando, por analogia, entendimento semelhante ao adotado pelo STF no julgamento da ADPF 54³⁶.

No Tribunal de Justiça de Pernambuco, foi concedida ordem de habeas corpus a uma gestante cujo feto fora diagnosticado com a Síndrome de Potter, condição que inviabiliza a sobrevivência extrauterina. A decisão reconheceu a admissibilidade do habeas corpus como meio legítimo para resguardar a saúde da gestante e autorizar a interrupção da gravidez em virtude dos graves riscos físicos e psicológicos envolvidos na continuidade da gestação³⁷.

Em contraste com decisões que consideraram lícita a antecipação terapêutica do parto em casos de inviabilidade fetal, o STJ, em julgamento recente, negou salvo-conduto a uma gestante cujo feto fora diagnosticado com a Síndrome de Edwards. O entendimento da Corte foi no sentido de que, embora a condição genética possua alta letalidade, não restou comprovada a absoluta inviabilidade da vida extrauterina, nem tampouco o risco objetivo à saúde da gestante. Por essa razão, os ministros consideraram inviável a aplicação por analogia da ADPF 54, entendendo que, ausente a prova categórica da inviabilidade ou do risco à gestante, a interrupção configuraria conduta penalmente típica³⁸.

³⁵ BAHIA. Tribunal de Justiça. Remessa Necessária n. 0500260-98.2019.8.05.0079. Remetente: Ministério Público do Estado da Bahia. Relatora: Des. Ivete Caldas Silva Freitas Muniz. Segunda Câmara Criminal – Primeira Turma. Salvador, BA, 14 maio 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ba/1189346942>. Acesso em: 13 jun. 2025.

³⁶ RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Habeas Corpus n. 0021173-80.2020.8.19.0000. Paciente: Nome suprimido. Relatora: Des. Suimei Meira Cavalieri. Terceira Câmara Criminal. Rio de Janeiro, RJ, 19 maio 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/884148354>. Acesso em: 13 jun. 2025.

³⁷ PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça. Habeas Corpus n. 5336758. Paciente: Nome suprimido. Relator: Des. Demócrito Ramos Reinaldo Filho. 1ª Câmara Regional de Caruaru – 2ª Turma. Recife, PE, 17 out. 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pe/791027491>. Acesso em: 13 jun. 2025.

³⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus n. 932495. Relator: Min. Reynaldo Soares da Fonseca. Quinta Turma, Brasília, DF, j. 28 mai. 2024. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=HC%20932495>. Acesso em: 13 jun. 2025

Em outro precedente, o STF negou provimento a agravo regimental em habeas corpus impetrado com o objetivo de obter alvará para interromper a gestação de gêmeos siameses. No caso, além de reconhecer a inadequação da via eleita e a necessidade de reexame de provas, a Corte destacou que a hipótese não se enquadrava no entendimento firmado na ADPF 54, por se tratar de malformação distinta da anencefalia. Ressaltou-se ainda que, na ausência de risco iminente à vida da gestante, o caso não configurava aborto necessário, o que inviabilizou a concessão da ordem³⁹.

Em outro julgamento, o Tribunal de Justiça de São Paulo concedeu mandado de segurança a uma gestante cujo feto era portador da Síndrome de *Body Stalk*. No caso, além do laudo médico, também havia parecer psicológico atestando os impactos negativos do prosseguimento da gestação sobre a saúde mental da mulher. A decisão se amparou na interpretação constitucional firmada a partir da ADPF 54, alinhando-se a precedentes do STJ e do próprio TJSP⁴⁰.

Até o momento, foram analisados alguns dos muitos precedentes judiciais que ilustram o modo como o Poder Judiciário brasileiro tem enfrentado os pedidos de antecipação do parto em casos de fetos inviáveis. Fica evidente que, após o julgamento da ADPF 54, diversas decisões passaram a reconhecer a possibilidade de estender o mesmo entendimento a outras anomalias graves e igualmente incompatíveis com a vida extrauterina.

Entre os julgados favoráveis, é possível analisar como ponto comum a valorização dos laudos médicos que atestam, de forma precisa e inequívoca, tanto a inviabilidade da vida extrauterina, quanto os impactos físicos e emocionais sobre a gestante. Nesses casos, o Poder Judiciário reconhece que a manutenção compulsória da gestação representa uma afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana, além de colidir com o direito à saúde física e mental da mulher.

Além disso, tais decisões demonstraram um olhar mais atento e sensível às consequências concretas de se manter uma gravidez destinada à morte, em que a malformação fetal é irreversível e a medicina não oferece meios para reverter ou atenuar aquela realidade. É nesse contexto que se observa, em praticamente sua totalidade, a aplicação por analogia do entendimento firmado pelo STF na ADPF 54, ampliando-se sua lógica para outras condições de inviabilidade fetal.

³⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus* n. 220431 RS. Relator: Min. André Mendonça. Segunda Turma, Brasília, DF, j. 13 out. 2022. Publicado em 30 nov. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1712661137>. Acesso em: 13 jun. 2025.

⁴⁰ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. *Mandado de Segurança* n. 2180348-13.2022.8.26.0000. Relator: Des. Freire Teotônio. 14ª Câmara de Direito Criminal, São Paulo, SP, j. 11 ago. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/1635209235>. Acesso em: 13 jun. 2025.

Porém, entre os julgados desfavoráveis, o que se observa é a exigência de uma comprovação categórica da inviabilidade extrauterina, como se a antecipação do parto só pudesse ser admitida quando não houvesse, de maneira absoluta, nenhuma possibilidade de sobrevivência. Essa interpretação, no entanto, mostra-se equívoca, pois desconsidera que, mesmo nos casos em que o feto chega ao nascimento, a depender da anomalia, a expectativa de vida costuma ser de minutos, horas, dias ou, no máximo e com sorte, pouquíssimos meses – como é o caso da Síndrome de Edwards –, sem qualquer chance real de evolução do quadro clínico.

Não obstante, também é possível analisar que existem entendimentos que corroboram à negativa do alvará judicial sob alegação de que o caso concreto não se enquadra nas hipóteses legais já previstas ou tampouco apresentaria as mesmas características da anencefalia, como se apenas esse diagnóstico pudesse justificar a interrupção da gestação. É possível também verificar que a decisão desfavorável pode ser pautada na exigência de risco à vida da gestante, como se a hipótese fosse de aborto necessário – que possui previsão legal e, portanto, dispensa autorização judicial – e ignorando que a ausência de risco iminente à vida da mulher não afasta, por si só, a gravidade da violência imposta pela continuidade forçada de uma gestação onde sabe que a morte do feto é garantida.

Por essa razão, o que se observa é que os precedentes analisados evidenciam um cenário marcado por avanços e retrocessos, nos quais o reconhecimento da inviabilidade fetal nem sempre é traduzido em garantias concretas de acesso à antecipação terapêutica do parto. Ainda que parte da jurisprudência se valha de compreensões mais humanizadas, muitas decisões ainda permanecem atreladas a interpretações rígidas. A consequência disso é a manutenção de um ambiente de insegurança e incerteza, em que para que o direito seja reconhecido, depende mais da sensibilidade do julgador do que da gravidade do caso concreto.

Por isso, diante do contexto analisado, resta necessário refletir sobre os entraves normativos que dificultam a ampliação do permissivo legal do aborto no Brasil, especialmente de anomalias fetais letais.

4.3 BARREIRAS À AMPLIAÇÃO DO PERMISSIVO LEGAL DO ART. 128 DO CP

Fato é que a vida está em constante evolução. As primeiras ideias que se passam quanto às transformações sociais giram em torno dos avanços tecnológicos, afinal, há poucos anos, não

existia inteligência artificial ou carros elétricos - e nem sequer era possível imaginar que a tecnologia avançaria desse modo em tão pouco tempo. No entanto, para que tais transformações acontecessem, a sociedade também precisou evoluir.

Com isso, resta claro que os valores e costumes mudaram. Em geral, a sociedade em 2025 não age ou pensa como assim fazia em 2015 – tampouco como era em 1940. Diante dessa análise e adentrando ao campo do Direito, Bitencourt (2019, p. 435) defende que, de tal sorte, o texto publicado pela norma penal merece ser adaptado diante da realidade atual “mediante os métodos de interpretação, dando-se-lhe vida e atualidade para disciplinar as relações sociais deste início de novo milênio”.

Neste ínterim, Bitencourt (2019, p. 435-436) compreende que o ordenamento jurídico não pode estar em descompasso com as mudanças de uma sociedade moderna:

Com efeito, o Direito Penal não pode ficar alheio ao desenvolvimento tanto da ciência, quanto dos usos e costumes, bem como da evolução histórica do pensamento, da cultura e da ética em uma sociedade em constante mutação. O Direito Penal - não se ignora essa realidade - é um fenômeno histórico-cultural que se submete permanentemente a um interminável processo de ajustamento de uma sociedade dinâmica e transformadora por natureza. Vive-se esse turbilhão de mutações que caracteriza a sociedade moderna, e que reclama permanente atualização do direito positivo que, em regra, foi ditado e editado em outros tempos, e somente pela interpretação do cientista ganha vida e atualidade, evoluindo de acordo com as necessidades e aspirações sociais, respondendo às necessidades da civilização humana.

No mesmo sentido, Cosenzo (2021, p. 379) sustenta que a sociedade brasileira passou por profundas e aceleradas transformações nas últimas décadas, o que impõe a necessidade de readequar os tipos penais aos bens jurídicos que passaram a ganhar relevância. Para o autor, as mudanças comportamentais ocorridas desde a segunda metade do século passado até o início deste milênio demandam, ao mesmo tempo, a criminalização de novas condutas, assim como a revogação de outras.

Observa-se que, diante do surgimento de novas situações que exigem apreciação jurídica, frequentemente se aplicam normas penais elaboradas em contextos históricos distintos. No entanto, a ciência jurídica, especialmente no campo penal, não pode ignorar os avanços culturais, técnicos e médicos que transformaram a sociedade ao longo das últimas décadas. Cabe, portanto, ao aplicador do Direito identificar o real sentido dessas normas à luz da realidade atual, garantindo que elas permaneçam compatíveis com os padrões sociais contemporâneos, ainda que tenham sido originalmente formuladas sob valores e lógicas já superadas (Bitencourt, 2019, p. 436).

Na mesma perspectiva, Jimenéz de Asúa (1949, apud Bitencourt, 2019, p. 436) sustenta que o juiz não deve se desvincular das transformações sociais, jurídicas e científicas que ocorrem ao longo do tempo. Por isso, a interpretação da norma não pode ser limitada ao contexto histórico do momento de sua criação, mas deve levar em consideração as circunstâncias e exigências do momento em que será aplicada.

Ao mesmo tempo, Sela e Pereira (2017, p. 158) defendem que “não se pode permitir que o anacronismo da legislação penal impeça de fazer valer a real intenção da norma, tutelando os direitos fundamentais, para privilegiar o positivismo exacerbado em detrimento da interpretação evolutiva.”. A partir dessa premissa, resta necessário buscar compreender quais são os obstáculos que dificultam a ampliação das hipóteses excludentes de ilicitude do crime de aborto, de modo que outras condições além da anencefalia, igualmente gravosas e incompatíveis com a vida, sejam amparadas pelo Código Penal.

Queiroz (2008, p. 74) já alertava que, quando o Código Penal brasileiro entrou em vigência, no dia primeiro de janeiro de 1942, os recursos disponíveis à medicina eram limitados, não permitindo o diagnóstico precoce de malformações fetais. Segundo a autora, àquela época, essas anomalias só eram constatadas no momento do parto, quando o feto já nascia sem vida ou falecia poucas horas depois. Sendo assim, não seria razoável esperar que o legislador prevísse, naquele momento, como uma excludente de ilicitude.

Ainda à época em que fez tal indagação, no ano de 2008, criticava o fato de que, apesar dos avanços científicos até então, a legislação penal brasileira permanecia estagnada, exigindo autorização judicial mesmo em situações em que a inviabilidade da vida era tecnicamente comprovada – como ao tempo era o caso da anencefalia, que ainda não possuía amparo legal. Embora novos avanços médicos e sociais tenham emergido desde então, a análise permanece atual ao demonstrar que a dissonância entre a ciência e a norma jurídica impõe entraves concretos ao exercício pleno dos direitos reprodutivos femininos (Queiroz, 2008, p. 74).

Portanto, é possível observar que, além da estagnação legislativa, a ampliação das hipóteses legais de aborto por anomalias fetais que inviabilizam a vida extrauterina enfrenta entraves que estão correlacionados a fatores morais e religiosos. Allegretti (2005, p. 92) analisa que, ao tratar-se de temas como reprodução e morte, o debate tende a ser fortemente influenciado por perspectivas religiosas – ainda mais do que as morais –, distorcendo a forma como o aborto deve ser tratado no campo jurídico.

Dada essa circunstância, segundo o autor, não é fácil estabelecer um consenso, ainda que mínimo, quanto ao tema, pois as discussões que conduzem essa pauta geralmente são carregadas de discursos passionais, ancorados em convicções religiosas que não admitem mediações racionais (Allegretti, 2005, p. 96). Essa ideia, inclusive, “decorre da consideração de que a vida da pessoa possui um caráter inviolável, independentemente de qualquer pressuposto sobre interesses ou direitos” (Allegretti, 2005, p. 100).

No campo prático, essa é a realidade narrada por profissionais que atuam diretamente no atendimento de gestantes diagnosticadas com fetos inviáveis. Mesmo diante de laudos médicos precisos e pareceres técnicos consistentes, no Estado da Bahia, ainda há casos em que membros do Ministério Público se manifestam de forma contrária, geralmente baseadas na leitura literal do Código Penal de 1940, sem levar em conta a jurisprudência ou demais precedentes⁴¹.

Um exemplo claro de como fatores religiosos influenciam a construção normativa no Brasil está na PEC 164/2012, apresentada pelos deputados Eduardo Cunha e João Campos, que pretende alterar o caput do art. 5º da Constituição Federal, de modo a incluir a expressão “desde a concepção” após a garantia do direito à vida (Brasil, 2012c). A proposta foi apresentada no dia 2 de maio de 2012, poucos dias após o STF julgar a ADPF 54, que reconheceu, em 12 de abril do mesmo ano, a possibilidade da antecipação do parto em casos de fetos com anencefalia.

Ainda que não haja menção expressa à decisão da ADPF 54, é difícil ignorar a proximidade temporal entre os eventos, que contam com menos de um mês de diferença. Embora não se possa afirmar com certeza que a proposta surgiu como uma resposta direta à decisão, o contexto da PEC 164/2012 indica uma clara reação da bancada conservadora, que buscou reafirmar, de forma clara, a proteção à vida desde a concepção. A justificativa do texto é reveladora nesse sentido, ao sustentar a proposta com base na seguinte ideia (Brasil, 2012c):

A discussão acerca da inviolabilidade do direito à vida não pode excluir o momento do início da vida. A vida não se inicia com o nascimento e sim com a concepção. Na medida desse conceito, as garantias da inviolabilidade do direito à vida têm que ser estendida aos fetos, colocando a discussão na posição em que deve ser colocada. Em resumo, essa proposta garante que os fetos tenham o mesmo direito a inviolabilidade do direito à vida.

No entanto, ainda que a proposta tenha sido apresentada em um momento cujo foco era o aborto de fetos com anencefalia, seus efeitos não se restringiram a essa condição. Ao buscar

⁴¹ Informação prestada por Thágila Rodrigues em entrevista fornecida à Malu Boavista para a realização da presente pesquisa monográfica, em Salvador, em junho de 2025. Transcrição disponível no Apêndice A.

incluir no texto constitucional o tempo “desde a concepção”, a PEC propôs uma mudança de modo a alcançar toda e qualquer hipótese de aborto legal admitidas no ordenamento jurídico brasileiro – tanto a antecipação terapêutica, quanto o aborto humanitário e o necessário.

No dia 27 de novembro de 2024, o site da Câmara dos Deputados divulgou que foi aprovada a referida proposta de emenda constitucional, contando com 35 votos favoráveis e 15 votos contrários (Brasil, 2024a). Devido a admissibilidade da PEC aprovada na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), a proposta segue para apreciação por uma comissão especial, que irá examinar seu mérito. Passada essa etapa, será submetida ao Plenário da Câmara dos Deputados, onde precisará ser aprovada em dois turnos de votação, com o mínimo de 308 votos favoráveis em cada um (Carvalho, 2024).

A eventual aprovação dessa proposta gera, de forma concreta, o risco de que todas as atuais excludentes de ilicitude relacionadas ao aborto sejam declaradas inconstitucionais, o que, consequentemente, poderá resultar na criminalização irrestrita da prática do aborto, independentemente da circunstância. A proposta não prevê qualquer exceção expressa e sequer estabelece cláusulas de reserva legal que possibilite o legislador tratar de hipóteses excepcionais em que a antecipação do parto possa ser admitida (Galindo, 2024).

Considerando os impactos que a PEC 164/2012 representa aos direitos das mulheres, diferentes instituições manifestaram-se publicamente contrárias à sua aprovação. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (2024, p. 4) emitiu uma moção de repúdio, ressaltando que a proposta desconsidera a complexidade dos contextos enfrentados pelas mulheres brasileiras, violando cláusulas pétreas da Constituição Federal de 1988. Além disso, declarou que “há que ser avaliada a finalidade pretendida pelos autores da PEC 164 e respeitados os princípios constitucionais e de normativas internacionais atinentes à vida e dignidade da pessoa humana que é a pessoa já nascida”.

Na mesma medida, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2024) emitiu nota pública contrária, declarando que a proposta é injusta e autoritária, de modo que viola direitos adquiridos e atenta contra a dignidade de mulheres. Acrescentou que “isso resultará no aumento de abortos inseguros que penalizam mais as meninas e mulheres jovens, negras, pobres, vítimas de abusos crônicos e intrafamiliares.” (ABRASCO, 2024). A Comissão Nacional de Gênero e Violência do Instituto Brasileiro de Direito de Família (2024) também se manifestou contra a proposta, “por contrariar normas constitucionais e convencionais, além de decisões da Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (CIDH) no que tange a direitos de mulheres e meninas” (IBDFAM, 2024, p. 6).

Por isso, resta claro que essa proposta de emenda à Constituição, além de representar um enorme retrocesso quanto aos direitos das mulheres, escancara o quanto ainda é difícil avançar quando se trata de qualquer tema inerente ao aborto. Nos termos da proposta, que visa negar qualquer possibilidade de abortamento, são desconsideradas até mesmo a possibilidade de interromper a gravidez quando uma mãe corre risco de vida. Caso aprovada, opta-se, claramente, pela vida do feto em detrimento da mulher; da mesma forma que minimiza o deplorável crime de estupro, e que desconsidera toda a desumanidade em impor que uma gestante sustente uma gravidez por nove meses, criando laços e afetos, com um ser desprovido de capacidade sobreviver sozinho.

Outro exemplo que evidencia os impasses legislativos à ampliação dos permissivos legais do crime de aborto no Brasil foi o Projeto de Lei nº 2574/2019, de autoria do Senador Flávio Arns, que propunha a criminalização do aborto provocado em razão de má formação fetal. O parlamentar, em sua justificativa, afirmou que não haveria qualquer lacuna legal no ordenamento jurídico quanto às hipóteses permitidas de aborto, restringindo-as exclusivamente aos casos de risco à vida da gestante e gravidez decorrente de estupro. Sustentou, ainda, que admitir o aborto por razões de malformação fetal abriria precedentes para o aborto eugênico e, citou como exemplo os casos de microcefalia relacionados ao Zika vírus, alegando que, no futuro, o Judiciário poderia autorizar abortos em casos de síndrome de down ou outras deficiências (Brasil, 2025).

Felizmente, o projeto não prosperou e, após permanecer sem avanços significativos por seis anos, o próprio autor solicitou, em fevereiro de 2025, a retirada definitiva da matéria por meio do Requerimento nº 26/2025, sendo o projeto oficialmente arquivado pelo Senado Federal. O arquivamento, embora sem julgamento do mérito, pode ser interpretado como um reconhecimento da inadequação jurídica e social da proposta, reforçando a resistência de parte do Legislativo em admitir a necessidade de reformas que alinhem a legislação penal aos direitos sexuais e reprodutivos femininos (Brasil, 2025).

Seguindo a mesma linha de retrocesso, tramita atualmente o Projeto de Lei nº 1904/2024, que propõe equiparar o aborto realizado após 22 semanas ao crime de homicídio simples, inclusive nos casos atualmente amparados pela legislação, como o aborto decorrente de estupro. A Câmara dos Deputados aprovou, em 12 de junho de 2024, o regime de urgência para a referida PL, permitindo sua apreciação diretamente em Plenário, sem a prévia tramitação pelas comissões temáticas da Câmara e sem garantir a devida participação da sociedade civil e de instituições públicas nos debates sobre a matéria (CONDEGE, 2024).

O projeto visa acrescentar parágrafos aos artigos 124, 125, 126 e 128 do Código Penal. No art. 128, que trata das excludentes de ilicitude, pretende-se incluir o seguinte texto: “Parágrafo único: Se a gravidez resulta de estupro e houver viabilidade fetal, presumida em gestações acima de 22 semanas, não se aplicará a excludente de punibilidade prevista neste artigo” (Brasil, 2024b). A mesma lógica é replicada nos acréscimos propostos aos demais dispositivos, que também condicionam a criminalização à presumida viabilidade fetal a partir da vigésima segunda semana. No entanto, “no conceito de aborto induzido, bem como na previsão legal que admite o aborto, não há limitação decorrente da idade gestacional, de modo que a interrupção da gestação pode ser ofertada a qualquer tempo” (Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024, p. 17).

O Senador Paulo Paim, por meio do Requerimento nº 38 de 2024, declarou que o projeto “é uma das maiores barbáries contra crianças, jovens, adolescentes e mulheres violentadas que o Congresso Nacional poderia instituir. É um ato que vai contra a civilização e os direitos humanos” (Brasil, 2024c). O Fórum Nacional de Educação emitiu nota de repúdio, valendo-se dos seguintes argumentos: “caso o PL nº 1904/2024 seja aprovado, as vítimas de estupro poderão ser punidas com reclusão de 6 a 20 anos, ou seja, por um tempo de prisão maior que o de seus algozes, os quais podem ser soltos em menos de 10 anos” (FNE, 2024, p. 1).

A CONDEGE (2024) emitiu nota técnica afirmando a “inconvencionalidade, inconstitucionalidade e ilegalidade do Projeto de Lei 1904/2024” e, no mesmo sentido, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (2024, p. 32) emitiu parecer concluindo a inconstitucionalidade do Projeto de Lei nos seguintes termos:

A obrigação da manutenção da gestação na forma que propõe o PL, impõe às meninas e mulheres verdadeiro castigo por atos que elas não cometeram, pelo contrário, foram vítimas em razão de sua vulnerabilidade, porém, na contramão do que se prega no estado de bem-estar social, o que o legislador pretende é aplicar-lhes “tratamento de criminosa” estigmatizando-as e conferindo a elas o etiquetamento social de assassinas.

Por ora, o que se pode observar é os projetos – tanto os Projetos de Lei 1904/2024 e 2574/2019, quanto a PEC 164/2012 – revelam, mesmo com tantos avanços na sociedade, o retrocesso no campo dos direitos fundamentais. Ainda que sejam propostas distintas, propagam o mesmo objetivo: restringir e punir mulheres justamente em momentos em que o amparo seria a única resposta possível do Estado. Como pontua Débora Diniz (2007, p. 296), “o valor moral compartilhado é o que reconhece a vida humana como um bem, mas não como um bem intocável por razões religiosas”.

No entanto, apesar de toda a “moralidade” que sustenta essas propostas, chama a atenção uma questão difícil de ignorar. Quão contraditório é, no mesmo texto da PL 1904/2024, prever que a pena mais grave, inclusive equiparada ao homicídio simples, se aplique apenas quando houver “viabilidade fetal”, presumida em gestações com mais de 22 semanas? É curioso, pois se o texto afirma que o aborto passa a ser punido como homicídio quando houver viabilidade fetal, presumida a partir de 22 duas semanas, significa, então, que, por lógica inversa, não havendo essa viabilidade, a conduta não deveria ser tratada como homicídio.

O que se observa, então, é que a própria proposta legislativa admite que existe uma distinção entre os fetos viáveis e inviáveis, e que essa diferença carrega um peso jurídico significativo. Nota-se que a mesma bancada conservadora que propõe a criminalização extrema, é a que também se opõe a qualquer forma de aborto - conforme demonstra a Proposta de Emenda Constitucional anteriormente analisada.

Diante de todo o cenário, vê-se com nítida clareza que os obstáculos que dificultam a ampliação das hipóteses legais de aborto ultrapassam a mera letra fria da lei. Em verdade, eles se escondem nas sombras de discursos falsamente morais, valendo-se de papéis de poder que insistem na tentativa frustrada de decidir por àquelas que já vivem o peso de uma dor que não lhes convém. É possível analisar que, independentemente dos avanços científicos, sociais e da própria medicina, ainda há uma resistência enraizada em fundamentos religiosos e ideológicos, que se sobrepõe à realidade vivida por inúmeras mulheres.

Essa resistência que diz ser em favor da vida, na verdade, não protege a vida; somente as negligencia. Por isso, enquanto perdurarem os olhares preconceituosos, o Direito seguirá míope e distante das emergências humanas que clamam por empatia. Por isso, diante da complexidade e da relevância do tema, demonstra necessária a regulamentação legislativa que possa conferir legitimidade, estabilidade e segurança jurídica à matéria, evitando, além de todo o desgaste psicológico e burocrático aqui evidenciados, que práticas abortivas inseguras e irresponsáveis conduzam mulheres ao caminho do aborto clandestino (Gazzola; Melo, 2015, p. 501).

4.4 A ANTECIPAÇÃO DO PARTO DO FETO INVIÁVEL COMO HIPÓTESE DE ABORTO LEGAL

Diante da análise do estudo quanto à interrupção da gestação de fetos incompatíveis com a vida extrauterina, foi possível observar que a doutrina apresenta três principais interpretações quanto a conduta praticada: a atipicidade, a exclusão da ilicitude e a inexigibilidade de conduta diversa como causa de exclusão da culpabilidade.

A compreensão da antecipação do parto de fetos inviáveis como fato atípico parte da premissa de que, para a configuração do crime de aborto, nos termos do art. 124 do Código Penal, é necessário estar presente o bem jurídico penalmente tutelado que, nesse caso, é a vida intrauterina em formação. No entanto, ao ser constatada a inexistência de possibilidade de vida extrauterina, como é o caso da anencefalia, também inexistente o objeto da tutela penal. Por isso, entende-se não haver desvalor da ação e nem do resultado, pois o feto inviável representa um processo de morte - e não de vida - de modo que a conduta deixa de ser penalmente relevante (Prado, 2014, p. 137).

A análise de Luiz Regis Prado (2014), embora centrada nos casos de anencefalia, possui fundamentos dogmáticos que permitem sua aplicação a demais anomalias congênicas igualmente letais que, da mesma maneira, também inviabilizam a vida extrauterina do feto. Isso porque, em todas as hipóteses aqui tratadas, o elemento essencial à configuração do crime de aborto é a existência de vida humana viável e, em todos os casos, esse elemento não se faz presente, comprometendo a incidência da norma penal e afastando a tipicidade da conduta. Nesse sentido, aduz que:

Verifica-se apenas um desvalor de situação que não se assimila à lesão ou perigo de lesão ao bem jurídico tutelado (desvalor do resultado), pois o anencéfalo não é biologicamente capaz de concretizar-se em uma vida humana viável, o que só permite caracterizá-lo como ‘um projeto embriológico falido, não sendo um processo de vida, mas um processo de morte’. Em outros termos: é justamente a inexistência de vida o que permite fundamentar a falta de dolo ou culpa, bem como a consequente falta de um resultado típico. Trata-se, portanto, de fato atípico, visto que falta o desvalor da ação, considerada essa postura dogmática preferível a qualquer outra. (Prado, 2014, p. 137).

Isso porque, não havendo potencialidade de vida, não há sujeito passivo do crime de aborto, o que torna inviável a tipificação penal (Bitencourt, 2019, p. 435). Quando os pareceres clínicos atestam de forma inequívoca a inviabilidade de vida extrauterina, a interrupção da gestação não configura uma violação ao bem jurídico tutelado pela norma penal. Nessa hipótese

não há lesão a vida, que é o elemento central do tipo penal do aborto. Isso torna a conduta, do ponto de vista material, atípica. Afinal, o crime de aborto insere-se no rol dos crimes dolosos contra a vida e, sem a presença desse bem jurídico, não há como inserir a conduta à tipificação legal (Busato, 2005, p. 396).

Tal entendimento foi adotado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADPF 54. Em seu voto, o ministro Marco Aurélio (2012) reconheceu que, diante da inexistência de possibilidade de vida extrauterina no caso de anencefalia não há que se falar em crime contra a vida, uma vez que a interrupção da gestação se revela conduta atípica. O ministro defendeu em seu voto que o objeto de tutela penal é a vida em potencial, o que não se verifica na hipótese, já que o anencéfalo seria “juridicamente morto, não gozando de proteção jurídica e, acrescento, principalmente de proteção jurídico-penal” (Mello, 2012, p. 60-61).

Da mesma maneira, compreende-se que, diante da ausência de bem jurídico violado, a interrupção da gravidez em casos de impossibilidade de sobrevivência do feto, se revela materialmente atípica. Sendo assim, não havendo bem jurídico a ser protegido, também não há justificativa para a incidência da norma penal e, conseqüentemente, inexistente responsabilidade criminal a ser atribuída à gestante ou aos profissionais de saúde envolvidos da interrupção (Busato, 2005, p. 396-397).

Por outro lado, existe também a compreensão de que, nesses casos, a interrupção da gestação é uma hipótese de exclusão da ilicitude. Nos termos do art. 23, I, do Código Penal, se observa que: “Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: I - em estado de necessidade” (Brasil, 1940). Assim, entende-se que a antecipação do parto do feto sabidamente inviável encontra respaldo na excludente de ilicitude por estado de necessidade, uma vez que busca resguardar um bem jurídico relevante, nesse caso, a integridade física, emocional e psíquica da mulher (Leite et al., 2020, p. 146).

Nesse sentido, constatando uma anomalia que inviabiliza a vida extrauterina do feto, é preciso que os direitos envolvidos no caso concreto sejam ponderados. O suposto direito de nascer, nesse caso, encontra-se restringido, já que não existe possibilidade concreta de existência fora do organismo materno – e, nos casos em que o bebê nasce com vida, esta é muito curta, podendo durar horas, semanas ou poucos meses, devido à gravidade da anomalia. Nessas circunstâncias, deve prevalecer a possibilidade de antecipar o parto como uma forma de resguardar a integridade da mulher (Almino, 2016).

Outra possível interpretação é quanto ao reconhecimento da inexigibilidade de conduta diversa como causa de exclusão da culpabilidade. Trata-se da compreensão de que, diante da

excepcionalidade da situação vivenciada pela gestante, não é juridicamente razoável exigir que a mesma leve a gravidez a termo. O sofrimento físico e emocional imposto a essa mulher demonstra incompatibilidade com a exigência de um comportamento diverso, ou seja, de manter a gravidez nessas circunstâncias, legitimando, portanto, a exclusão da sua culpabilidade (Bitencourt, 2019, p. 442).

Embora a vida do feto esteja biologicamente presente, ainda que precária e inviável, não se pode ignorar o sofrimento psíquico da gestante, que é compelida a prosseguir com uma gravidez cujo desfecho é sabidamente a morte. Nessas circunstâncias, não é razoável impor que a mulher suporte o peso emocional desproporcional, já que o prolongamento compulsório da gestação configura uma violência psicológica com efeitos devastadores sob sua saúde mental. É uma situação excepcional que compromete a liberdade da vontade da mulher, tornando legítimo o reconhecimento da inexigibilidade de conduta diversa como causa excludente de culpabilidade (Luz, 2008, p. 300).

Diante da realidade em que o sofrimento da gestante é agravado pela manutenção compulsória da gestação sem perspectiva de vida, Busato (2005, p. 396) explica que:

Do ponto de vista penal, não há aflição do bem jurídico protegido; do ponto de vista técnico, médico, não há vida assim compreendida; e do ponto de vista social, antes de causar repulsa, a interrupção da gravidez, na espécie, é compreensível e provoca a reflexão a respeito da mácula psicológica que representa para os pais levarem a cabo uma gravidez como esta, com a certeza de um final trágico. O Direito Penal não pode trabalhar com o escopo de, pela inflexibilidade, tornar-se cruel (...) aliás, como de regra, o direito culmina pela absorção das razões sociais em constante e paulatina evolução. Temos assim que, uma vez já reconhecida socialmente e tecnicamente, como circunstância que justifica a prática interruptiva da concepção, resta ao Direito, como concreção de um sistema de controle social realmente coerente com as aspirações cidadãs, não mais que seguir esta mesma orientação. (Busato, 2005, p. 396).

No mesmo sentido, Bitencourt (2019) reforça que não se pode impor à mulher o dever jurídico de manter uma gravidez que culminará em sofrimento, frustração e morte. Ao refletir sobre a aflição enfrentada por mães de fetos com anencefalia – que aqui faz-se por analogia a outros casos clínicos onde não existe possibilidade de sobrevivência viável -, o autor aduz ser social e juridicamente inadmissível exigir da mulher que levasse a gravidez a termo (Bitencourt, 2019, p. 442).

Essa imposição iria de contra ao princípio da dignidade da pessoa humana, desconsiderando sua dor concreta, sua liberdade e autonomia ante a maternidade compulsória. Por isso, não há reprovabilidade social e nem fundamento para censura penal, o que justifica o reconhecimento da inexigibilidade de conduta diversa (Bitencourt, 2019, p. 442). Da mesma maneira,

“no que tange ao médico que realiza o abortamento, também não se pode exigir outra conduta. Tal profissional da saúde não pode ser compelido a prolongar o sofrimento psíquico da gestante.” (Luz, 2008, p. 300-301).

Sendo assim, tanto a gestante quanto o médico estão imersos em um contexto excepcional, em que as condições anormais da realidade pressionam em sentido contrário à manutenção da gravidez. Nessas hipóteses, a decisão de interromper a gestação não é fruto da prática de um crime, mas de uma necessidade médica, psíquica e, acima de tudo, humana, que compromete a liberdade de escolha e exclui qualquer juízo de culpabilidade (Luz, 2008, p. 301).

Além disso, é possível observar que a lógica de proteção à dignidade da gestante já existia mesmo antes do reconhecimento jurídico da antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos. Á época em que a anencefalia ainda não possuía amparo legal, já se apontava que o aborto humanitário, previsto no art. 128, II, do Código Penal, não visava proteger o bem jurídico “vida” do feto, mas tão somente preservar a integridade psicológica da mulher. A permissão legal, nesse caso, decorre de uma necessidade ética de não submeter a mulher ao sofrimento desproporcional de uma maternidade não quista, concebida em um contexto traumático e violento, ainda que diante de um feto saudável (Busato, 2005, p. 384).

Por isso, a aflição psicológica enfrentada pela mulher que carrega um feto com anomalia grave e incompatível com a vida não é menor do que a vivenciada por aquela cuja gravidez resulta de um estupro. Se, de um lado, a gestação decorrente da violência sexual impõe à mulher o fardo de reviver o trauma originário da concepção, de outro, a gestação de um feto inviável a obriga a acompanhar o desenvolvimento agônico de um ser cujo destino é a morte certa. Em ambas as situações, o sofrimento da mulher é contínuo, agravado pelo avanço da gestação, exigindo do Direito uma resposta que assegure a integridade emocional da mulher e que seja compatível com o princípio da dignidade da pessoa humana (Busato, 2005, p. 387).

Com o avanço da medicina, é possível hoje realizar diagnósticos seguros quanto à inviabilidade da vida extrauterina, como ocorre em casos de anencefalia e demais anomalias como a síndrome do cordão curto, trissomias graves, entre outras malformações incompatíveis com a vida (Maternidade Climério de Oliveira, 2018). Nesse sentido, é possível equiparar a aflição provocada por esse tipo de gestação àquela sofrida por gestantes vítimas de estupro, o que reforça a necessidade de reconhecer, também nesses casos, a impossibilidade de exigir da mulher uma conduta diversa da interrupção (Busato, 2005, p. 387).

Por óbvio, não se trata aqui de equiparar situações tão delicadas e singulares em seus contextos, sobre o que é mais ou menos doloroso. Cada vivência carrega suas próprias complexidades e por isso seria injusto e perigoso tentar mensurá-las em uma escala de sofrimento. O que se pretende evidenciar aqui, tão somente, é que existe uma semelhança entre os dois casos, já que, em ambas as situações, há um sofrimento profundo e contínuo que desafia a sanidade mental, emocional e física da mulher, bem como busca preservar a sua dignidade.

Inclusive, é nesse contexto de semelhança que se revela legítima a aplicação da decisão do Supremo que possibilitou a antecipação do parto de fetos com anencefalia para demais anomalias igualmente incompatíveis com a vida extrauterina. O entendimento firmado pelo STF no julgamento da ADPF 54, ao reconhecer não haver crime na antecipação do parto do feto anencéfalo, baseou-se na constatação de que a manutenção compulsória da gravidez nessas condições viola frontalmente os direitos fundamentais da mulher, especialmente sua dignidade, autonomia e integridade psíquica (Mello, 2012, p. 78).

Nesse momento, inclusive, também restou entendido não ser adequado utilizar a denominação “aborto”, uma vez que se trata de feto que carece de possibilidade real de vida, desprovido, inclusive, de um dia adquirir consciência, sensibilidade, mobilidade ou qualquer outra função corporal que configure o mínimo da existência humana. A razão se deu porque o tipo penal de aborto exige a vida em potencial, o que, cientificamente, não tem como ser enquadrado da condição da anencefalia (Gazzola; Melo, 2015, p. 497).

Sendo assim, é possível interpretar que, diante da semelhança entre situações clínicas onde não há viabilidade extrauterina e, ao mesmo tempo, sabendo que o sofrimento da gestante é igualmente avassalador ao da mulher grávida do feto anencéfalo, a aplicação do mesmo entendimento jurídico demonstra ser necessária para assegurar justiça e coerência no tratamento desses casos. Não faz sentido oferecer acolhimento para uma mulher e negar a outra, quando ambas enfrentam o mesmo desfecho trágico e a mesma dor, só porque o diagnóstico recebeu um nome diverso.

Essa compreensão dialoga com o que Rogério Sanches Cunha (2025) ensina ao explicar que, diante da ausência de norma específica para um determinado caso, o intérprete pode recorrer à aplicação de uma regra prevista para situação semelhante, desde que exista identidade de fundamentos. É o que se expressa através do *ubi eadem ratio ibi idem jus* e *ubi eadem legis ratio ibi eadem dispositio*, que traduzem a ideia de que, havendo a mesma razão, deve haver o mesmo direito (Cunha, 2025, p. 79).

Assim, estando diante de casos de malformações fetais diversas da anencefalia, mas que são igualmente incompatíveis com a vida extrauterina, é plenamente justificável aplicar o mesmo entendimento já firmado pela Suprema Corte. Isso porque, o que justifica a resposta jurídica não é o nome do diagnóstico, mas tão somente às condições concretas que envolvem a inexistência de vida viável do feto e o sofrimento imposto à gestante.

Por essa razão, negar a aplicação do entendimento da ADPF 54 em razão de uma mera nomenclatura distinta, significa, na prática, tratar de maneira desigual situações que, sob a ótica do Direito e, sobretudo, do princípio da dignidade da pessoa humana, exigem uma resposta igualitária. O sofrimento da mulher que carrega em seu organismo um feto diagnosticado com síndrome de *Body Stalk*, trissomia 13, trissomia 18 ou qualquer outra condição comprovadamente incompatível com a vida, não é menor e nem menos legítima do que a dor enfrentada por quem recebe um diagnóstico de anencefalia.

Ressalte-se, ainda, que, diante da inexistência de previsão legal específica para a interrupção do feto inviável, mas reconhecendo os fundamentos da ADPF 54, a aplicação desse precedente a outras malformações igualmente inviáveis encontra respaldo na analogia *in bonam partem*. Conforme leciona Juarez Cirino dos Santos (2018), esse tipo de analogia, também chamada de analogia *intra legem*, é permitida pelo princípio da legalidade quando utilizada em benefício do réu, especialmente nas hipóteses de justificação da conduta, exclusão da culpabilidade ou redução da punibilidade (Santos, 2018, p. 66).

Desse modo, estender o entendimento adotado pelo STF no caso da anencefalia a outras situações igualmente letais, além de respeitar os limites da legalidade penal, também garante que a gestante receba um tratamento mais justo, digno e compatível com a gravidade da situação enfrentada.

Por essa razão, o reconhecimento da interrupção da gestação de fetos portadores de anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina deve ser baseado na realidade concreta enfrentada pela gestante. Assim, a extensão do entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal no ano de 2012 configura o mais nobre e correto dever de justiça, empatia e compromisso com a dignidade da vida viável, que, nesses casos, é somente a da mulher.

5 CONCLUSÃO

Historicamente, os direitos das mulheres sempre foram colocados em segundo plano. Prova disso é que somente em 1932 passaram a ser reconhecidas como cidadãs plenas, com a conquista do direito ao voto, sendo um marco que evidencia o quão recente ainda é o processo de inclusão feminina nos espaços de decisão e na efetiva titularidade de direitos fundamentais. Nesse contexto, não é surpresa que temas ligados à saúde reprodutiva, como é o caso da interrupção da gestação em casos de inviabilidade fetal, ainda enfrentam resistências institucionais e, sobretudo, sociais.

A partir do presente estudo, restou evidenciado que o tema analisado atravessa inúmeras barreiras, com múltiplas camadas jurídicas, médicas, éticas, sociais e até mesmo culturais que, somadas, expõem as fragilidades de um sistema que burocratiza a dor da mulher e privilegia, muitas vezes, apenas a perspectiva do feto – que diante do diagnóstico, nem vida terá.

Com isso, restou constatada a existência de uma lacuna normativa no ordenamento jurídico brasileiro quanto às gestantes de fetos diagnosticados com malformações fetais que inviabilizam a vida extrauterina. Essas condições resultam, na maioria dos casos, na morte do feto segundos, minutos ou horas após o nascimento – ou, em situações mais excepcionais, como é o caso da Síndrome de Edwards, em uma sobrevivência de poucos meses, sob cuidados médicos intensivos e sem possibilidade de reversão.

Mesmo com os avanços da medicina materno-fetal, que permitiram diagnósticos cada vez mais precoces e precisos, o Direito permanece alheio à essa realidade, pois, em vez de acolher a mulher como único sujeito de direitos, impõe-lhe a necessidade de submeter o seu caso ao Tribunal do Júri, sob o crivo de um magistrado que julga crimes dolosos contra a vida, o que, por si só, já demonstra a inadequação da via judicial atualmente exigida.

Essa existência, além de expor a mulher a um processo ainda mais doloroso e, muitas vezes, moroso, transfere ao Estado o poder de validar sua dor e autorizar – caso entenda cabível – uma medida que lhe deveria ser assegurada como um direito, ante a total inviabilidade do feto. O que deveria ser uma decisão íntima e amparada por garantias legais, se transforma em um procedimento judicial desgastante e permeado por obstáculos burocráticos desnecessários. Esse processo, quase sempre demorado, muitas vezes inclui exigências adicionais e desnecessárias, como a emissão de laudos adicionais por comitês técnicos ligados ao Poder Judiciário (o NATJUS), mesmo diante de laudos médicos já conclusivos. No entanto, enquanto a mulher

aguarda, o sofrimento só tende a aumentar, pois, ao permanecer grávida, inevitavelmente a mulher estará aprofundando um vínculo que, pela natureza da anomalia, terá de ser rompido, uma vez que a morte iminente é certa.

A dificuldade é agravada pela ausência de uniformização nas decisões judiciais, principalmente pela relutância em aplicar por analogia o precedente da ADPF 54, muitas vezes valendo-se de argumentos de que o caso analisado não é idêntico a anencefalia, desconsiderando o fator principal, que é a inviabilidade da vida extrauterina. Além disso, restou claro que, pela forte influência de valores morais e religiosos em um Estado formalmente laico, as decisões judiciais podem refletir em crenças pessoais dos julgadores, que colocam suas convicções acima da proteção aos direitos fundamentais da mulher.

Isso, inclusive, contribui para a perpetuação do tabu que envolve a temática do aborto, tornando-o um assunto cada vez mais sensível e distante de um tratamento jurídico e racional diante da realidade concreta. Consequentemente, o sofrimento da mulher é relativizado e invisibilizado, de modo em que se coloca o feto, ainda que inviável, como centro da preservação de direitos, em detrimento da saúde física e mental da gestante.

Não obstante, há de se falar que, mesmo nas hipóteses em que o aborto é legalmente permitido, são diversos os empecilhos impostos pelas próprias unidades de saúde. Muitas vezes, o procedimento é negado sob justificativas como o tempo gestacional – ainda que o Código Penal não estipule um limite – ou sob alegação de objeção de consciência, sem a devida garantia de encaminhamento para outro profissional. Soma-se a isso a insuficiência de hospitais que realizam o procedimento, revelando não apenas a escassez de unidades de referência, mas também uma relevante desigualdade regional no acesso ao aborto legal no Brasil.

Ademais, ainda que a antecipação do parto em casos de anencefalia tenha sido reconhecida como hipótese de aborto legal pela Suprema Corte em 2012, passados mais de 13 anos, ainda não há previsão expressa no Código Penal, o que evidencia a omissão legislativa frente a um sofrimento já reconhecido. A decisão da ADPF 54, embora tenha sido um grande avanço, não é sempre expandida a demais anomalias igualmente incompatíveis com a vida, o que reforça a persistência de um tratamento desigual entre situações que partilham da mesma gravidade.

Por isso, o que se compreende é que a antecipação do parto do feto inviável deveria ser um direito de escolha da mulher, que opta por sofrer menos diante de uma perda anunciada. Esse fator não deveria ser tratado como caso excepcional e nem depender do aval de um juiz,

tampouco de pareceres de comissões técnicas, mas sim ser reconhecido como um direito legítimo da mulher, respaldado na dignidade da pessoa humana e de modo que sua saúde seja protegida.

O julgamento da ADPF 54 foi, de fato, um divisor de águas nesse debate, por reconhecer que o sofrimento da mulher precisa ser reconhecido pelo ordenamento jurídico. E, mesmo que o entendimento firmado pelo STF ainda não tenha sido incorporado ao Código Penal, é inegável a sua relevância. Foi nesse contexto que o Supremo abriu brechas para que outras anomalias também pudessem ser tratadas sob a mesma ótica de humanidade, empatia e cuidado. No entanto, enquanto essa interrupção continuar condicionada à decisão de um juiz, a realidade concreta das gestantes, nesses casos, seguirá permeada por desigualdades, incertezas e, infelizmente, ainda mais sofrimento.

Portanto, o que se conclui é que a ampliação do rol das hipóteses legais de aborto, de modo a abranger outras malformações fetais comprovadamente incompatíveis com a vida extrauterina, além de ser juridicamente possível, é plenamente legítima à luz da Constituição. Como demonstrado ao longo desta monografia, a jurisprudência consolidada no julgamento da ADPF 54 reconheceu que a antecipação do parto em casos de anencefalia não configura crime de aborto justamente pela ausência de bem jurídico tutelado, que se confirma pela inexistência de vida viável do feto. É somado a esse fator a necessidade de evitar a imposição de um sofrimento desproporcional à mulher, lhe assegurando o exercício pleno de seus direitos sexuais e reprodutivos e, sobretudo, a preservação de sua dignidade.

Por isso, negar a aplicação do mesmo entendimento a outras condições igualmente incompatíveis com a vida extrauterina representa, além de incoerência, uma afronta ao princípio da isonomia. O critério principal não pode estar na nomenclatura da anomalia, mas tão somente na constatação da impossibilidade de sobrevivência do feto e no sofrimento que a continuidade da gestação poderá causar na mulher. Assim como foi trazido no julgamento da ADPF 54 que o Direito não pode permanecer alheio aos avanços da medicina e nem se omitir diante do sofrimento humano, deve-se compreender, então, que a mulher que opta por não levar à termo a gestação inviável só espera um pouco de humanidade.

O reconhecimento desse direito, portanto, é adequado e urgente. Permitir a antecipação do parto de um feto comprometido por anomalia que impossibilita a sua vida fora do organismo materno demonstra, portanto, que em um Estado democrático, não se deve pedir permissão para escolher sentir menos dor.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Nota pública: **Fim da PEC 164! Em defesa da saúde, da vida e da dignidade das brasileiras**. 6 dez. 2024. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-publica-fim-da-pec-164-em-defesa-da-saude-da-vida-e-da-dignidade-das-brasileiras/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

ALLEGRETTI, Carlos Artidorio. Revisão crítica do conceito do crime de aborto: a busca de um consenso possível. **Revista Jurídica: órgão nacional de doutrina, jurisprudência, legislação e crítica judiciária, Porto Alegre: Notadez**, ano 53, n. 334, p. 91–116, ago. 2005.

ALMEIDA, Jéssica de Jesus. Aborto de Feto Anencéfalo: nova perspectiva após decisão do STF. **Revista CEJ**, ano XVIII, n. 64, set/dez. 2014. p. 26-31

ALMINO, Camila Neiva. **Aborto de embrião portador de Síndrome de Edwards é crime?** JusBrasil, 2016. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/aborto-de-embriao-portador-de-sindrome-de-edwards-e-crime/407351067>. Acesso em: 29 maio 2025.

ARAÚJO, Gabroeca Percilio de; MULLER, Fernanda Copetti; CONCIANI, Isabela Naves; SCHIOCCHET, Taysa; SIGNORELLI, Marcos Claudio; STEFANELLO, Sabrina. **O aborto legal no Brasil e no mundo: as potencialidades da atenção primária à saúde**. In: *Justiça reprodutiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2024. p. 226–251.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465–S469, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BAHIA. Tribunal de Justiça. **Remessa Necessária n. 0500260-98.2019.8.05.0079**. Remetente: Ministério Público do Estado da Bahia. Relatora: Des. Ivete Caldas Silva Freitas Muniz. Segunda Câmara Criminal – Primeira Turma. Salvador, BA, 14 maio 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ba/1189346942>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Bioética no início da vida. *Pistis & Praxis: Revista Teológica e Pastoral*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 41–55, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4497/449749239003.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BARRETTO, Vicente de Paulo; LAUXEN, Elis Cristina Uhry. O marco inicial da vida humana: perspectivas ético-jurídicas no contexto dos avanços biotecnológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00071816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071816>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BARSTED, Leila Linhares. Direitos Humanos e Descriminalização do Aborto. **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 93-110.

BÁRTOLI, Márcio; PANZERI, André. Arts. 122 a 129 (caput e §§ 1º ao 5º). In: FRANCO, Alberto Silva; STOCCO, Rui (coord.). *Código Penal e sua interpretação: doutrina e jurisprudência*. 8. ed., **rev., atual. e ampl.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. p. 662-676.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra; NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; LUCIA, Mara Cristina Souza de; ZUGAIB, Marcelo. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 1, p. 10-17, 2006.

BISPO, Ingrid. O aborto e suas multifacetadas no Estado brasileiro. *Revista CEJ*, Brasília, ano XXI, n. 72, p. 54–67, maio/ago. 2017. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-CEJ_n.72.06.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 10. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. p. 423-443.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2014. p. 479-490.

BRASIL. Câmara dos Deputados. PEC 164/2012 – **Proposta de Emenda à Constituição n. 164, de 2012**. Brasília, DF, 27 nov. 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=543252>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. **Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1.904, de 2024**. Acresce dois parágrafos ao art. 124, um parágrafo único ao artigo 125, um segundo parágrafo ao artigo 126 e um parágrafo único ao artigo 128, todos do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências. Apresentado em 17 maio 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. **Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição nº 164, de 2012**. Dá nova redação ao caput do art. 5º da Constituição Federal, para estabelecer a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=998132&filename=Avulso%20PEC%20164/2012. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.752, de 8 de setembro de 2004**. Autoriza a doação de órgãos e tecidos de anencéfalos para transplantes, mediante autorização prévia dos pais. Publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, p. 140, em 13 set. 2004. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=405#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Medicina,>. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. **Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989, de 14 de maio de 2012**. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 308-309, 14 maio 2012. Disponível

em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2012/1989_2012.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Defensoria Pública da União. Nota Pública – Manifestação nº 5298660 – DPGU/SGAI DPGU/GTMLR DPGU. Brasília, 21 jun. 2022. Disponível em: <https://www.dpu.def.br/noticias-institucional/69038-dpu-repudia-conduta-no-caso-de-menina-de-11-anos-gravida-vitima-de-estupro>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 5 fev. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 2 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 52 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Guia prático: diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_diagnostico_anomalias_congenitas_nascimento.pdf. Acesso em: 04 abr. 2025.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2.574, de 2019. **Dispõe sobre a criminalização do aborto provocado em razão de má-formação fetal do nascituro**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136519>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Requerimento da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa nº 38, de 2024**. Requer a realização de audiência pública para debater o “PL do Estupro” – PL 1.904/2024. Autoria: Senador Paulo Paim (PT/RS). Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/164221>. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus n. 932495. Relator: Min. Reynaldo Soares da Fonseca**. Quinta Turma, Brasília, DF, j. 28 mai. 2024. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=HC%20932495>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.467.888 – GO (2014/0158982-0). Relatora: Ministra Nancy Andrighi. **Revista Eletrônica de Jurisprudência**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=65216195&tipo=51&nreg=201401589820&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20161025&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 12 jun. 2025.

BRASIL. **Supremo nega pedido de aborto de gêmeos siameses com um único coração.** Supremo Tribunal Federal, Brasília, 13 out. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=495690&ori=1>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54. Inteiro teor do acórdão.** Brasília, 12 abr. 2012. Disponível em: <https://portal-deboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/acordao-interruptao-gravidez-anencefalo.pdf>. 14 maio 2025. Acesso em: 13 jun. 2025

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 220431 RS. Relator: Min. André Mendonça.** Segunda Turma, Brasília, DF, j. 13 out. 2022. Publicado em 30 nov. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1712661137>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Proteção da mulher: jurisprudência do STF e bibliografia temática.** Brasília: STF, 2019. p. 46-63. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/protecao_da_mulher.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 466.343-1, São Paulo. Relator: Min. Ayres Britto. Julgado em 22 nov. 2006.** Disponível em: <https://www.stf.jus.br/imprensa/pdf/re466343.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BUSATO, Paulo César. Tipicidade material, aborto e anencefalia. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano 94, n. 836, p. 379-398, jun. 2005.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos. Responsabilidade médica: limites e caracterização – encefalocele e aborto legal – o necessário cuidado para evitar o viés eugênico. **Revista Jurídica Consulex**, ano XVII, n. 390, 15 abr. 2018. p. 18-19.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.

92-102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CARVALHO, Mirielle. **PEC que proíbe aborto legal no Brasil é aprovada na CCJ da Câmara**. JOTA, São Paulo, 27 nov. 2024. Disponível em: <https://www.jota.info/legislativo/ccj-da-camara-aprova-pec-que-proibe-aborto-inclusive-em-casos-previstos-pela-lei>. Acesso em: 7 jun. 2025.

CEDAW. **Recomendação Geral nº 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. 34 p. (Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/09/769f84bb4f9230f283050b7673aeb063.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2025.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **The world's abortion laws**. New York: CRR, 2024. Disponível em: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento**. Montevideu, 2013. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/1c008a13-b6dd-456d-89ee-68e12f1c1f79/content>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), 22 nov. 1969**. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 8 jun. 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará**. 1994. Disponível em: <https://www.cidh.org/basicos/portugues/m.bellem.do.para.htm>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Situação dos direitos humanos no Brasil. Washington, D.C.: Organização dos Estados Americanos, 2021.** Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2025.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos.** 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CONDEGE. **Nota técnica da CONDEGE sobre o Projeto de Lei nº 1.904/2024.** 14 jun. 2024. Disponível em: <https://www.condege.org.br/arquivos/4315>. Acesso em: 7 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Parecer do Conselho Federal da OAB sobre o Projeto de Lei nº 1.904/2024. Brasília, 15 jun. 2024.** Disponível em: <https://s.oab.org.br/arquivos/2024/06/f63db594-9494-4a55-85cd-ab354c7acf0a.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Moção de repúdio sobre a PEC 164/2012 da Câmara dos Deputados.** Ministério das Mulheres. Brasília, 19 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/mocao-de-repudio-sobre-a-pec-164-2012-da-camara-dos-deputados>. Acesso em: 7 jun. 2025.

CONSONNI, Elenice Bertanha; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2663-2670, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S6wHzT9By3m5BRGFtLK7TSt/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

COSENZO, José Carlos. **Código penal comentado. 4. ed.** Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021. p. 374.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal: parte especial (arts. 121 ao 361).** 8. ed. rev., ampl. e atual - Salvador: JusPODIVM, 2016. p. 103-106.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal: volume único – parte geral**. 14. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora JusPodivm, 2025. p. 79-80.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA. **Mais de 4,5 mil mulheres vítimas de violência foram atendidas em 2024**. 23 jan. 2025. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/mais-de-45-mil-mulheres-vitimas-de-violencia-foram-atendidas-em-2024/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA. **Núcleo Psicossocial integra atendimento humanizado da Defensoria**. 17 jan. 2011. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/nucleo-psicossocial-integra-atendimento-humanizado-da-defensoria/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Relatório Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres – NUDEM/SP: o acesso ao aborto previsto em lei no Estado de São Paulo**. São Paulo: DPE/SP, 2021. Disponível em: <https://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2021/10/Relatorio-NUDEM-Aborto-Legal-2021.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ. **NUDEM garante na Justiça a interrupção da gestação de feto com malformação incompatível com a vida fora do útero**. 24 maio 2022. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/NUDEM-garante-na-Justica-interruptao-da-gestacao-de-feto-com-malformacao-incompativel-com#:~:text=Por%20meio%20da%20atua%C3%A7%C3%A3o%20do,grave%20que%20impossibilita%20a%20vida>. Acesso em: 13 jun. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ. **Protocolo de atendimento a pessoas em situação de aborto legal. Curitiba: Defensoria Pública do Estado do Paraná, 2024**. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/Defensorias-Publicas-Estaduais-lancam-protocolo-de-atendimento-em-casos-de-aborto-legal>. Acesso em: 3 abr. 2025.

DELMANTO, Celso et al. Código Penal comentado. 7. ed., atual. e ampl. Rio de Janeiro: **Renovar**, 2007. p. 371-377.

DINIZ, Débora; VELEZ, Ana Cristina Gonzales. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. *Revista Estudos Feministas*. v. 16, 2008, p. 647-652. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/qwn8sMkp3PmG9ks8XsTWbvx/>. Acesso em: 24 set. 2024.

DINIZ, Débora; VELEZ, Ana Cristina Gonzalez. Anencefalia e razão pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. v. 77, 2019. p. 219-235.

DINIZ, Débora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, 2011, p. 981-985. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QwMG5v5LphzfbxbTkgzZV5P/#>. Acesso em: 17 nov. 2024.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 295-307.

DINIZ, Débora. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 13-34, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/89y5KLDycVPYc4XsZMzYrwm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

DWORKIN, Ronald. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: **Martins Fontes**, 2003.

ELUF, Luiza Nagib. **A menina de Santa Catarina. Consultor Jurídico**, 22 jun. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-22/escritos-mulher-menina-santa-catarina-aborto-legalmente-autorizado/>. Acesso em: 1 jun. 2025.

FERNANDES, Iulia Bicu; XAVIER, Rozania Bicego; SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; RODRIGUES, Andreza. Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.

429-438, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yNst4qfp9xzkqvtmbFzDYK/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

FERNANDES, Maíra; TÓRTIMA, Fernanda. França e o direito ao aborto: um convite ao debate sério e racional em 2024. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 3 abr. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-abr-03/franca-e-o-direito-ao-aborto-um-convite-ao-debate-serio-e-racional-em-2024/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Nota pública do Fórum Nacional de Educação em repúdio ao Projeto de Lei nº 1.904/2024**. Brasília, 24 jun. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/61630>. Acesso em: 7 jun. 2025.

FRANCO, Fernando Campilongo Pinheiro. A dignidade da gestante e a interrupção da gravidez do feto anencéfalo. Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, São Paulo: **Revista dos Tribunais**, ano 13, n. 26, p. 99-128, jul./dez. 2010.

FREITAS, Lúcia Gonçalves de. A decisão do STF sobre aborto de fetos anencéfalos: uma análise feminista de discurso. **Alfa: Revista de Linguística**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 11-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/alfa/a/StF9ygBFHgdgJ9Cs6YQMZ8J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Violência Obstétrica: conceitos e evidências. Rio de Janeiro, 24 ago. 2023**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-obstetrica-conceitos-e-evidencias/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

GALINDO, Antonella. **Constituição antimulher? A PEC 164/2012**. **Consultor Jurídico, São Paulo, 4 dez. 2024**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-dez-04/constituicao-antimulher-a-pec-164-2012/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

GALLI, Beatriz. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. **Cadernos de Saúde Pú-**

blica, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9MnGX8cfgmzb6NVNm4BWYR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2025.

GAZZOLA, Luciana de Paula Lima; LEITE, Henrique Vitor; GONÇALVES, Gláucio Maciel. Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas. **Revista Bioética (Impr.)**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 38–46, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BdpvdwbVWCFZ9yFhv76Ypzq/>. Acesso em: 29 abr. 2025.

GAZZOLA, Luciana de Paula Lima; MELO, Frederico Henrique Corrêa de. Anencefalia e anomalias congênitas: contribuição do patologista ao Poder Judiciário. **Revista Bioética (Impr.)**, v. 23, n. 3, p. 495-504, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/6X5cRzmSDdnxLQ9YDt8yCyw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2025.

GOMES, Luiz Flávio. **Revista Síntese de Direito Penal e Processual Penal**, ano V. n. 28, nov. 2004. p. 35-36.

GOULART, Guilherme. **Síndrome de Patau: entenda malformação que matou filho de Zé Vaqueiro. Metrôpoles, 09 jul. 2024.** Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/sindrome-de-patau-entenda-malformacao-que-matou-filho-de-ze-vaqueiro>. Acesso em: 05 jun. 2025.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal: artigos 121 a 212 do Código Penal. 20. ed.** Barueri (SP): Atlas, 2023. p. 109-134.

IBDFAM. **Nota técnica da Comissão Nacional de Gênero e Violência Doméstica do IBDFAM. 16 dez. 2024.** Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12484/javascript>. Acesso em: 7 jun. 2025.

KOTTOW, Miguel. **A bioética do início da vida.** In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, p. 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>. Acesso em 31/03/2025.

LADINO, Giulia Latgé Mangeli; CUNHA, Ana Cristina Barros da; FERNANDES, Raquel Cristina Boff; MONTEIRO, Luciana Ferreira. Intervenções psicológicas necessárias: a prática como residente no serviço de medicina fetal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, e244244, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PQ6yPJ6xpDzyQvmcPs-FMhLK/?lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2025.

LEITE, Henrique; GONÇALVES, Gláucio; GAZZOLA, Luciana. O feto e o recém-nascido com condições genéticas e congênitas graves: aspectos bioéticos e jurídicos no Brasil. **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 49, p. 141-154, 2020.

LEME, Maria Júlia Pereira; NETO, Attilio Brisighelli. Síndrome de *Body Stalk*: relato de caso. **Journal of Medical Residency Review**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2022. Disponível em: <https://revistamedicalreview.org/revista/article/view/14>. Acesso em: 19 maio 2025.

LUNA, Naara. O direito ao aborto em caso de anencefalia: uma análise antropológica do julgamento da ADPF 54 pelo Supremo Tribunal Federal. **Mana, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 3, p. e27205, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/RwRJKhthkjpGmKnbhZqqS/>. Acesso em: 16 maio 2025.

LUZ, Michelline Soares Bittencourt Trindade. Fetos anencéfalos: quanto vale a chance de viver um instante? Uma questão moral e jurídica em busca de solução sob a ótica do Direito Penal. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia**, Salvador, n. 16, p. 281-306, 2008.1.

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA. **Protocolos assistenciais de obstetrícia. Versão 1.0. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Gerência de Ensino e Pesquisa, 2018. Cap. 15: Interrupção das gestações com fetos apresentando malformações incompatíveis com a vida.** p. 199-207. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/392916076/Manual-de-protocolos-de-obstetricia-MCO-pdf>. Acesso em: 04 abr. 2025.

MEDEIROS, Ana Caroline Reis et al. Sentimento materno ao receber um diagnóstico de malformação congênita. **Psicologia em Estudo**, v. 26, e45012, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VxM4NPY7zL9p4TSBf3JQvHv/>. Acesso em: 29 abr. 2025.

MELLO, Marco Aurélio. **Voto na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54**. Supremo Tribunal Federal, Brasília, DF, 12 abr. 2012. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF54.pdf>. Acesso em: 14 maio 2025.

MONTEIRO, Tatiana Alves. Diferença entre aborto eugênico e “aborto” de feto anencéfalo. **Revista Prática Jurídica**, ano VII, N. 79, out. 2008. p. 32-33.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 36. ed. São Paulo: Atlas, 2020. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1jyXtY22tzR9Fpvtm-chG_R0-_JNxABHD. Acesso em: 8 jun. 2025.

MORAIS, Lorena Ribeiro de. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. **Senatus**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008.

MUNIZ, Gina Ribeiro Gonçalves. **Criança não é mãe! A desnecessária autorização judicial**. Consultor Jurídico, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-27/gina-muniz-crianca-nao-mae/>. Acesso em: 1 jun. 2025.

NETO, Jatir Batista da Cunha. Possibilidade de aborto de feto anencéfalo à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. **JusBrasil**, 09 maio 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/possibilidade-de-aborto-de-feto-anencefalo-a-luz-do-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana/575582884>. Acesso em: 8 jun. 2025.

NETO, Pedro Lazarini. **Código Penal Comentado e Leis Especiais Comentadas**. 3. ed. São Paulo: Primeira Impressão, 2008. p. 381.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**, 23. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023. p. 701-710.

NUCCI, Guilherme de Souza. Código Penal Comentado. 16. ed. **rev., atual. e ampl.** Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 767.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal: volume único. 19. ed.** Rio de Janeiro: Forense, 2023. p. 560-564.

NUNES, Tatiane Santos; ABRAHÃO, Anelise Riedel. Repercussões maternas do diagnóstico pré-natal de anomalia fetal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 565-572, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RGyHnJHDkn9xCKfygB5DsmM/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

OPENAI. **ChatGPT**. Disponível em: <https://chat.openai.com>. Acesso em: 16 jun. 2025⁴².

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; NAÇÕES UNIDAS. **Global Abortion Policies Database**. 2017. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo** [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PERNAMBUCO. **Tribunal de Justiça. Habeas Corpus n. 5336758. Paciente: Nome suprimido. Relator: Des. Demócrito Ramos Reinaldo Filho. 1ª Câmara Regional de Caruaru – 2ª Turma**. Recife, PE, 17 out. 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pe/791027491>. Acesso em: 13 jun. 2025.

PINHO, Deborah Azevedo de. Ala separada como concretização do direito ao luto da gestante: reflexões e análise constitucional. **Revista de Direito Médico e da Saúde: doutrina, legislação, jurisprudência**, Brasília: Vem Mais Editoração, n. 25, p. 59-73, jun. 2022.

⁴² Esta monografia foi revisada exclusivamente quanto à ortografia, gramática e clareza com o auxílio da ferramenta de inteligência artificial ChatGPT, sem interferência no conteúdo autoral.

PIOVESAN, Flávia. Direitos sexuais e reprodutivos: aborto inseguro como violação aos direitos humanos. **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 53-72.

PRADO, Luiz Regis. Curso de direito penal brasileiro: volume 2: parte especial, arts. 121 a 249. 10. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: **Editora Revista dos Tribunais**, 2011. p. 147-150.

PRADO, Luiz Regis. Tratado de Direito Penal Brasileiro: parte especial: volume 4, arts. 121 a 154-A. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2014. p. 111-138.

QUEIROZ, Carla Ferreira Lopes da Silva. Aborto de feto portador de malformação incompatível com a vida extra-uterina: um dilema da mulher brasileira contemporânea. **Revista da Ordem dos Advogados do Brasil**, ano XXXVIII, n. 86, jan/jun. 2008. p. 73-82

RIBEIRO, Flávia Regina Guedes. Aborto por anencefalia na mídia brasileira: análise retórica do debate entre as posições “pró-escolha” e “pró-vida”. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 7, p. 83-114, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/9LmNC6jJS7sQH9PC6dGrkKL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2025.

RIBEIRO, Flávia Regina Guedes. Aborto por anencefalia na mídia brasileira: análise retórica do debate entre as posições “pró-escolha” e “pró-vida”. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 7, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/9LmNC6jJS7sQH9PC6dGrkKL/#:~:text=No%20curso%20de%20D%C3%A9bora%20Diniz,de%20gestar%20um%20feto%20invi%C3%A1vel>. Acesso em: 2 abr. 2025.

RIO DE JANEIRO. **Tribunal de Justiça. Habeas Corpus n. 0021173-80.2020.8.19.0000**. Paciente: Nome suprimido. Relatora: Des. Suimei Meira Cavalieri. Terceira Câmara Criminal. Rio de Janeiro, RJ, 19 maio 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/884148354>. Acesso em: 13 jun. 2025.

RODRIGUES, Alice Pontara Pazini et al. Aspectos genéticos da síndrome de Patau. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico – REINPEC**, v. 5, n. 5, p. 611-621, jul./dez.

2019. Edição especial. Disponível em: <https://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/408>. Acesso em: 04 abr. 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a46>.

RODRIGUES, João Gaspar. Aborto humanitário e autorização judicial. **Revista Jurídica Consulex**, ano XVII, n. 386, fev/2013. p. 18-19

ROSA, Rafael Fabiano M. et al. Achados gestacionais, perinatais e familiares de pacientes com síndrome de Patau. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 459-465, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/QYHpy3vymtpg9L4PmTZHtbS/>. Acesso em: 04 abr. 2025.

ROSA, Rafael Fabiano M.; ROSA, Rosana Cardoso M.; ZEN, Paulo Ricardo G.; GRAZIANO, Carla; PASKULIN, Giorgio Adriano. Trissomia 18: revisão dos aspectos clínicos, etiológicos, prognósticos e éticos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 111–120, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/dsM36zFXP5VnNb7Z4kyjsns/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SAMPAIO, Lara Mayana de Carvalho et al. Relato de caso: Pentalogia de Cantrell. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 2747-2757, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/download/2978/3199/6654>. Acesso em: 04 abr. 2025.

SANTOS, Aline Nardes dos; CHISHMAN, Rove Luiza de Oliveira. Modelos culturais e anencefalia: aborto ou antecipação terapêutica de parto? **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 2, p. 1–15, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/bkZdJpsw-cQYmkd6H9jvx7wQ/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SANTOS, Juarez Cirino dos. Direito penal: parte geral. Florianópolis: **Tirant lo Blanch**, 2018. p. 65-66.

SÃO PAULO (Estado). **Tribunal de Justiça. Habeas corpus n. 2007990-08.2023.8.26.0000, Rel. Des. André Carvalho e Silva de Almeida**, 2ª Câmara de Direito Criminal, julgado em 09 mar. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/1780207729>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SÃO PAULO. **Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 2180348-**

13.2022.8.26.0000. Relator: Des. Freire Teotônio. 14ª Câmara de Direito Criminal, São Paulo, SP, j. 11 ago. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/1635209235>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: uma compreensão jurídico-constitucional aberta e compatível com os desafios da biotecnologia. **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 209–240.

SCHERER, Clara Nasser; SANCHES, Mário Antônio. Caracterização atual da objeção de consciência: proposta crítica e renovada. **Revista Bioética (Impr.),** Brasília, v. 29, n. 4, p. 706-715, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VZT6P38yYjdJ3V6yhSDG-mfC/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Atendimento a vítimas de violência sexual – Aborto Legal. Salvador: SESAB, jun. 2024.** Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/abortolegal/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SELA, Thiene Nogueira; PEREIRA, Marcela Berlinck. A interrupção da gestação de feto inviável: uma garantia à autonomia reprodutiva, liberdade individual e dignidade humana da gestante. **Revista Juris UniToledo, Araçatuba, SP, v. 2, n. 4, p. 152-162, out./dez. 2017.** Disponível em: <https://wyden.periodicoscientificos.com.br/index.php/jurisunitoledo/article/download/79/69/101>. Acesso em: 8 jun. 2025.

SILVA, Luis Gustavo Teixeira. Aborto por anencefalia na Câmara dos Deputados do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 39, 2024.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/RYMYzNyVFhCFxRYZjXHBY9w/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SOUSA, Luciana Silva. Aborto: direito à vida ou dignidade da pessoa humana? **Revista da EMERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 334-363, set./dez. 2020.** Disponível em:

https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista_v22_n3/revista_v22_n3_334.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

SOUZA, Bruna Moreira da Silva; SOUZA, Simone Flores de; RODRIGUES, Rosana Trindade dos Santos. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 166–184, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/320>. Acesso em: 2 abr. 2025.

STURZA, Janaína Machado; ALBARELLO, Jéssica. A proteção ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana: controvérsias acerca do aborto de anencéfalos. **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 24, n. 44, p. 66-92, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unicui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate>. Acesso em: 30 abr. 2025.

TATSCH, C. Em decisão “histórica”, Justiça reverte decisão e libera aborto legal para grávida de feto sem chance de vida. *O Globo*, São Paulo, 2 set. 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/09/02/em-decisao-historica-justica-reverte-decisao-e-libera-aborto-legal-para-gravida-de-feto-sem-chance-de-vida.ghtml>. Acesso em: 13 jun. 2025.

TIWARI, Purnima; GUPTA, Madhavi M. Study of lethal congenital malformations at a tertiary-care referral centre in North India. **Cureus**, [s.l.], v. 12, n. 4, e7502, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7195199/pdf/cureus-0012-00000007502.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2025.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil. 3. ed.** Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

YAMIN, Alicia Ely; MICHEL, Agustina Ramón. Usando direitos para aprofundar a democracia: entendendo o caminho para o aborto legal na Argentina. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 184, n. 494, p. 199-260, 2024. Disponível em:

<https://rihgb.emnuvens.com.br/revista/article/download/172/135/315>. DOI:

<https://doi.org/10.23927/revihgb.v.184.n.494.2024.172>. Acesso em: 14 jun. 2025.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ENTREVISTAS TRANSCRITAS

ASSISTENTE SOCIAL DO NÚCLEO DE APOIO PSICOSSOCIAL DO NUDEM, THÁGILA RODRIGUES

Realizada em 02 de junho de 2025

M: Nos casos ajuizados pela defensoria pública do estado da Bahia, costuma haver muitas negativas de autorização para interromper a gestação em casos de inviabilidade fetal? Se sim, geralmente eles se baseiam em que para negar esses pedidos?

T: Desde que a Defensoria começou o atendimento a esses casos em 2022, até o momento nós só tivemos uma negativa em primeira instância, revertida em segunda instância. Todos os demais casos, que já ultrapassam 50 casos, eu vou conferir o número certinho daqui a pouco, é... foram deferidas. Nenhuma negativa.

M: E qual foi o argumento que o juiz utilizou para negar?

T: Essa negativa em primeira instância, ela tinha uma, não era uma síndrome que estava descrita dentro o rol, é... de síndromes que são inviáveis, taxativamente, assim, existia uma complexidade no caso, uma série de síndromes né, diagnosticadas pela medicina fetal, que juntas levavam ao entendimento de que não havia viabilidade de sobrevivência, num percentual de 95 a 100%. Acontece que aqui na Bahia, as varas né do tribunal do júri costumam não solicitar, nesses casos em que não há precedente, uma análise do NATJUS, que é o núcleo de assessoramento técnico à saúde né, do Tribunal de Justiça. E o NATJUS, você tem uma instância, que é da Bahia, que é o NATJUS Bahia, e você tem o NATJUS nacional, que é vinculado ao hospital Albert Einstein. Nesse caso, essa solicitação da juíza foi encaminhada para o NATJUS nacional e no NATJUS nacional houve uma devolutiva entendendo que não era um caso de interrupção. Só que o documento, ele não foi um documento que analisou o caso concreto, ele analisou, pela literatura, as síndromes né, de uma forma mais é.... de uma forma mais, como é que eu posso dizer... é, em termos de bibliografia, em relação àquela síndrome, mas não o conjunto, o caso, aquela mulher, que buscou a Defensoria, os pareceres da medicina fetal, enfim, ela era acompanhada por médicos em diferentes espaços, então o parecer do NATJUS foi contrário. Por

conta disso, a juíza, embasada no parecer do NATJUS e no parecer do Ministério Público, emitiu essa negativa, e foi exatamente isso que no processo, em segunda instância, a Defensoria buscou reverter, que foi a ausência de uma análise do caso concreto em relação às síndromes que ela apresentava, em relação ao saber médico que apresentado nos documentos. Então acho que o que foi preponderante nesse caso foi a juíza ter se baseado no parecer do NATJUS, que era um parecer generalista, que não compreendia o caso concreto.

M: Certo, então nesse caso a Defensoria recorreu utilizando quais fundamentos?

T: A Defensoria entrou com um Mandado de Segurança, nesse caso, apresentando mais documentos, novos relatórios médicos, que na verdade já apresentavam um diagnóstico que era taxativo nesse caso, mas apresentando fundamentos como relatório psicossocial do caso daquela mulher, relatório das médicas que acompanhavam no pré-natal de alto risco, não só dos médicos que avaliaram os serviços de medicina fetal... então trazendo outros elementos que demonstravam que a nota técnica, de certo modo era equivocada porque não levava em conta o caso concreto da gestante. Então consubstanciou com esses documentos.

M: Existem casos que o Ministério Público se manifesta contra, ainda que exista um diagnóstico claro da inviabilidade fetal?

T: Sim, infelizmente sim. Infelizmente sim, temos eventualmente decisões, em uma única vara do Tribunal do Júri em que um determinado Promotor se manifesta contrariamente, tendo como argumento basicamente o Código Penal, sem levar em conta a jurisprudência, enfim, outros precedentes, mas basicamente a interpretação do Código Penal de 40.

M: Sim. Recentemente, um caso de pedido de alvará judicial negado cujo pedido saiu daqui da Defensoria Pública do Estado da Bahia, teve grande repercussão nacional. Por que você acha que repercutiu tanto? O que você acredita que levou esse caso a tomar essa proporção?

T: Eu acho que em relação a esse caso e a todos os demais, primeiro é importante falar o quão violento é uma mulher que tem um diagnóstico de uma síndrome com inviabilidade de vida extrauterina necessitar buscar o judiciário, o crivo de um Tribunal do Júri, que julga crimes contra a vida, né, pra ter acesso a um... um direito dela, que é o direito de acesso à saúde da mulher, à dignidade da pessoa humana, à liberdade da mulher de decidir, né...então, assim, acho que para além de tudo, a interrupção, nessa circunstância é direito fundamental, é direito sexual e reprodutivo né, e no âmbito dos direitos fundamentais a gente não tem uma hierarquia de direitos. Então primeiro se entende que é violento, né, que é uma violação a esse direito, então

isso causa a indignação da Defensoria nesses casos e eu acho que é importante que cause uma indignação coletiva também. Então o ponto de partida é esse. Eu acho que necessitar buscar um crivo do judiciário, em uma situação em que a medicina fetal tem autonomia junto com a mulher de decidir se ela precisa daquela interrupção por questão de risco à saúde dela, a inviabilidade de gestar um feto que vai ser enterrado logo em seguida. Tem uma recomendação da CEDAW, que é a recomendação 35, que ela equipara uma situação como essa, de você manter uma gestação a termo dessa forma, com tortura. Então eu acho que repercussão vem daí, vem do entendimento de que você tá cometendo, é, você... e aí eu digo você, sistema de justiça, cometendo uma injustiça com uma mulher que, é... tá gestando um feto que não tem viabilidade de sobreviver.

M: E que não há nada que a medicina possa interferir pra mudar...

T: Não tem, é um diagnóstico que você tem 100%, 95 a 100% de chance de inviabilidade de sobrevivência, então é tortura.

M: Então muitas vezes, por exemplo, um juiz ele pode negar, tomando como base esses 5% possíveis de vida?

T: Sim.

M: Desconsiderando os 95%.

T: Sim. E esses 5% de chances são aqueles 5% em que o bebê vai nascer, e esse nascimento pode durar segundos, minutos, né... assim, nós já atendemos casos em que o bebê nasceu e teve uma sobrevivência de 5 minutos, e aqueles 5 minutos foram extremamente desesperadores, porque de alguma forma a mulher acreditava que poderia ter sido feita alguma intervenção pra viabilizar, né... Mas enfim, a ciência, a literatura ali já mostra que era tratativa, então não tinha, não tinha a viabilidade. Então é um sofrimento muito grande, né.

M: Sim, com certeza. Então vamos lá, agora, como é que funciona esse Fórum de Aborto Legal? Você sabe me dizer mais ou menos como surgiu, quando... O que você pode me dizer sobre esse Fórum de Aborto Legal?

T: O Fórum de Aborto Legal é uma articulação de serviços de saúde, sociedade civil organizada, enfim, instituições que atuam na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, para o fortalecimento desses direitos, das políticas de saúde, e é composto hoje por representantes de serviços do sistema de justiça, da secretaria de saúde do Estado e do município, em toda Bahia, não só de Salvador, e se reúne uma vez por mês, sempre na..., salvo engano na segunda

quinta-feira do mês, pra discutir temas relacionados ao aborto legal. Seja nos casos de risco à saúde da gestante, ou violência sexual, seja nos casos de interrupção de gestação pra discutir fluxos das unidades, pra tensionar as secretarias de saúde a melhora desses fluxos, enfim, pra avançar no tema. Então esse fórum na Bahia ele se articula pra avançar no tema do aborto legal.

M: O núcleo de apoio psicossocial continua acompanhando essas mulheres após a decisão judicial? Você sabe me dizer se existe um apoio psicológico posterior?

T: Primeiro vou dizer como é que funciona o atendimento do NAP nesses casos. O Núcleo de Atendimento Psicossocial do NUDEM é composto hoje por uma equipe de quatro profissionais técnicas: duas assistentes sociais e duas psicólogas, que realizam o atendimento psicossocial. Claro que cada profissional, com a especificidade da sua formação, da sua profissão, mas desenvolvendo um trabalho muito similar de acolhimento a essas mulheres. Como é que esses casos chegam ao NUDEM; exatamente por conta do Fórum de Aborto Legal, da articulação das normas técnicas que são circuladas, entre os serviços que atendem, é... essas gestantes, esses casos eles chegam para o NUDEM de uma forma muito facilitada, por e-mail. A gente recebe, já dos serviços de medicina fetal, que diagnosticam essas mulheres na Bahia inteira. Então, se essa mulher recebe um diagnóstico de que tem uma causa de inviabilidade de vida extrauterina, se ela manifesta para o médico ou a médica que a acompanha, o desejo de interromper, esse relatório com essa manifestação de vontade, com essa documentação, que consubstancia esse desejo e esse diagnóstico, são encaminhados para o NUDEM, por e-mail. No NUDEM, recebida essa demanda, a busca ativa é feita pelo NAP. Por se tratar de um momento que essas mulheres tão muito fragilizadas, até porque na maioria das vezes, essas gestações elas são desejadas, o NAP faz um atendimento remoto, faz uma busca ativa, né. Nesse e-mail vem o contato dessa mulher, então o NAP faz um contato prévio, é... explicando que recebeu a demanda, do médico, geralmente ela já tem conhecimento e elas já estão na espera desse contato. Então a gente faz a busca ativa e agenda um atendimento, um acolhimento, que pode ser por chamada telefônica, pode ser por chamada de vídeo... como ela preferir e tiver mais confortável, então a gente agenda esse atendimento. Esse primeiro atendimento tem o intuito de explicar o que é o NUDEM, explicar como funciona o fluxo de interrupção, como funciona o processo, quais são os documentos necessários, entender se essa mulher ela já tem uma referência de maternidade, de pré-natal, de acompanhamento, porque muitas vezes não tem. As vezes ela foi fazer um ultrassom e recebeu o diagnóstico, mas ela não fez um pré-natal. Não fez um acompanhamento. Então nesses casos, a gente vai fazer a articulação extrajudicial com a rede de saúde, se ela

precisa de um pré-natal a gente vai fazer um encaminhamento para um pré-natal, nós temos as maternidades de referência, tanto de Salvador, quanto no interior, então a gente vai dialogar com as maternidades, com as secretarias de saúde. Se ela já tem essa referência e ela deseja a interrupção, a gente vai coletar aquela documentação, reafirmar o termo de declaração que ela já encaminhou com o médico, e encaminhar toda a documentação para a Defensora ajuizar. E aí o NAP vai fazer esse acompanhamento, né, diário ali, tanto do processo com a Defensora, quanto o acompanhamento dessa mulher, que nesse período tá muito aflita, então é um contato muito próximo, a gente mantém contato pelo WhatsApp, é de fato uma técnica de referência, então ela tá ali o tempo todo mandando mensagem, perguntando se já tem um retorno, como é que tá, enfim. Se ela não tiver uma referência de local para fazer a interrupção, nesse meio termo, enquanto o processo tá em trâmite, a gente também vai dialogar com as unidades, os serviços é... o agendamento dela, se necessitar de agendamento. Temos maternidades que o atendimento é agendado em decorrência de um fluxo interno da unidade, né, mais acolhedor, enfim, para que ela de fato vá num dia com hora marcada, ela passe pelo atendimento do serviço social, da psicologia, da medicina fetal, como é o caso da Climério de Oliveira, e nós temos maternidades que atendem por demanda espontânea; recebeu a decisão, compareceu na unidade com a decisão, ela vai fazer. Então o NAP vai fazendo essas articulações no meio termo, vai acompanhando essa mulher e fazendo as articulações que ela necessita de acesso à saúde. Nesse período, casos de mulheres do interior, que residem em locais que não tem estrutura pra realizar a interrupção, que não tem os serviços cadastrados e que necessitam de deslocamento pra Salvador ou pra municípios que tenham os serviços de referência pra fazer, o NAP também vai fazer uma articulação com o TFD desses municípios, que é o “tratamento fora do domicílio”. Então a gente vai dialogar com a secretaria da saúde ou de assistência, para que seja garantido o traslado dessa mulher para fazer assim que a decisão sair, tudo isso enquanto o processo tá ali tramitando. E, além disso, a gente entra na questão do acolhimento psicossocial. O nosso NAP é um NAP inicial, de atendimento inicial, a gente não tem, infelizmente, uma estrutura de acompanhamento. A gente acompanha casos de interrupção né, durante o processo, e no período após a obtenção da decisão, que é esse período que ela faz a interrupção efetivamente, que ela tem ali o acesso garantido ao direito dela de interromper, mas após esse período o que a gente faz é o encaminhamento, pra que ela tenha acesso ao acompanhamento psicológico se necessário. Então a partir daí, a gente dialoga com as maternidades, muitas maternidades têm esse serviço, elas continuam acompanhadas durante um tempo com a psicologia, é... e as que não tem, a gente encaminha para outros serviços né, um exemplo de serviço é o ambulatório do

luto, no Hospital das Clínicas, é um dos espaços que a gente dialoga. Municípios do interior, a gente vai tentar um diálogo com a rede do interior, né, com CREASS, enfim, com outro espaço, ou a tentativa também de encaminhamento para acolhimento remoto, quando é o caso com universidades ou com outros serviços, tem o instituo do luto parental também, que a gente costuma orientar bastante... E aí o NAP funciona dessa forma, a gente não consegue garantir o acompanhamento após a realização da interrupção por ser um núcleo inicial, mas a referência, o vínculo, o contato com essas mulheres, continua. Mulheres que a gente atendeu há 2, 3 anos a gente segue mantendo contato, né, porque é um período, assim, muito marcante pra vida delas, extremamente marcante. É muito curioso que as que eu já atendi, que eu tenho o WhatsApp, todos os meses, na data que comemorou, na data que marcou a realização da interrupção, a perda do bebê, elas costumam postar, né, “fez um mês... fez dois meses... hoje fez três meses...”. Então elas vão postando ali no status do WhatsApp, nos stories do Instagram, algumas as vezes eu adiciono, enfim... então, fica esse vínculo, né, acaba ficando esse vínculo aí ao longo do tempo.

M: Muitos médicos alegam a objeção de consciência para evitar realizar o procedimento de interrupção da gestação?

T: Felizmente, por conta da, da referência das unidades que a gente trabalha, que a CESAB tem cadastrado, enfim, pelo trabalho do Fórum de Aborto Legal também, essa articulação, esse trabalho de conscientização, de enfrentamento... Não temos registrado muitos casos de objeção de consciência. Recentemente eu acompanhei um caso, que foi uma situação assim, extremamente delicada, em que toda a equipe de enfermagem do plantão se recusou a aplicar a medicação que ela precisava para iniciar a interrupção, por objeção de consciência. Toda a equipe de enfermagem do plantão. E essa mulher precisou aguardar o plantão seguinte, depois de 12 horas de internamento, depois de cinco dias de regulação, porque o município dela não tinha estrutura e ela foi regulada, para conseguir ter acesso. Então assim, foi uma situação extremamente delicada, a gente teve que atuar extrajudicialmente, manter contato com a unidade e informar que a Defensoria estava acompanhando, uma possível situação de violência obstétrica, e só após esse tensionamento é que no início do plantão seguinte ela teve acesso a uma outra médica e uma outra equipe de enfermagem que não foi objetora. Então essas situações elas existem, elas acontecem, não são recorrentes, hoje, graças a esse trabalho que tem sido feito, principalmente pelo fórum, pela direção das unidades, que são unidades cadastradas na CESAB, então essas unidades, além de estarem vinculadas também ao Fórum, elas recebem nota técnica da Defensoria... então existe todo um trabalho ali de articulação para que isso não aconteça. A objeção

de consciência é um direito revisto, ainda que a gente questione muito a questão da moralidade disso, mas é... se tendo um médico objetor de consciência, ou enfermeiros objetores de consciência, profissionais de saúde de uma forma geral, objetor de consciência, a direção daquelas unidades precisa garantir que se tenha os que não são objetores de consciência, pra que esses casos eles possam ser repassados. Infelizmente, ainda é uma realidade, a gente questiona a questão moral disso, né, se tratando de serviços de saúde, mas, existem.

M: Entendi. Em sua visão, manter exigência de uma autorização judicial nesses casos de incompatibilidade com a vida extrauterina além da anencefalia, você acha que contribui para aumentar o sofrimento da gestante?

T: Com certeza, é extremamente violento. Eu, eu defendo o aborto legal em todas as hipóteses. Defendo o aborto legal em todas as hipóteses. É extremamente violento. Eu acho que é uma questão de saúde pública, é uma questão de saúde da mulher, deve passar, né, pelo consentimento da mulher em discussão com a medicina. O judiciário, eu acho que não tem que decidir sobre isso.

M: Certo. Além do Fórum de Aborto Legal, existe alguma política pública estadual voltada para o cuidado de gestantes de fetos inviáveis?

T: Política pública específica, que eu tenha conhecimento, não. O que existe é o manejo das políticas de saúde materna, de saúde da mulher, voltadas para mulheres em situação com diagnóstico de malformação fetal. Você tem o manejo das políticas de saúde da mulher, políticas específicas, que eu tenha conhecimento não. Mas, as unidades de referência, elas têm fluxos específicos para essas mulheres né, fluxos que vão partir de um trabalho de acolhimento. E aí eu vou dar um exemplo, que é o exemplo do fluxo da Maternidade Maria da Conceição de Jesus, que funciona na região ali do subúrbio ferroviário de Salvador. A maternidade Maria da Conceição de Jesus, ela tem um fluxo específico, assim, de muito cuidado e muito acolhimento a mulheres que chegam, seja em casos de aborto legal seja em casos de interrupção de gestação por malformação fetal. Essas mulheres elas, pra você ter uma ideia, elas não ficam no mesmo ambiente de mulheres que estão ali, gestantes, aguardando pra ter seus bebês. Porque isso é uma violência obstétrica, você ter uma mulher que tá ali para interromper uma gestação, uma gestação que muitas vezes, ela passou por um processo, né, além do desejo muito grande de ter aquele bebê, teve um chá revelação, teve um enxoval, sabe... e quando se descobriu, já foi depois do primeiro trimestre. Então isso pra elas é muito violento, é uma aceitação muito difícil. Porque aí, quando vem as possibilidades, principalmente casos de diagnósticos que trazem um

agravo, assim, pra saúde delas e elas decidem pela interrupção, isso acaba sendo muito doloroso, porque primeiro foi muito desejado, segundo a gente tem uma sociedade extremamente preconceituosa em relação a questão do aborto, que muitas vezes não vai conseguir separar que ali é um caso de saúde pública, e não um desejo pelo aborto. Então elas chegam com uma culpa muito grande, uma culpa muito grande. Elas são orientadas pela medicina, mas as vezes na conversa com um familiar, que vem uma questão religiosa, né, surge um “você vai matar o seu bebê?”, “mulher, se foi assim é por que Deus quis, então siga sim, siga sua gestação... mantenha...”. Então assim, isso é muito recorrente e isso é motivo também de muito sofrimento pra elas. Então essa maternidade, ela tem esse fluxo, as mulheres que chegam para parto e as mulheres que chegam com decisão, elas são atendidas em locais separados, é um fluxo muito acolhedor, exatamente para que aquela mulher que tá ali, tendo muitas vezes uma antecipação terapêutica do parto, pra enterrar, enfim, não esteja no mesmo ambiente que uma mulher que tá ali festejando seu parto.

M: Entendi.

T: Então a gente tem esses fluxos, a gente tem assim, é, iniciativas, dentro dos serviços de saúde, dos equipamentos, diferenciados. Política pública específica, que eu tenha conhecimento, não.

M: Você gostaria de acrescentar algo que você considera importante sobre o tema?

T: É um tema que ainda carece muito de uma discussão ampliada em termos de aumento dos permissivos legais, né. Eu acho que não só de aumento dos permissivos legais, mas a princípio, de aumento dos permissivos legais. Porque a inclusão da anencefalia, como causa de aborto legal, ela levou oito anos, dentro da ADPF 54 até ser votada. Então assim, oito anos de um engajamento, de um trabalho mesmo, de política social, de mobilização social muito grande. Então isso demonstra quanto a questão moral e religiosa é forte na nossa sociedade. Só que aí, a gente tem a anencefalia como uma dessas possibilidades e uma série de outras síndromes, né, análogas ali, porque também não vão viabilizar a vida daquele feto de fora, passando por um outro processo violento. Então eu acho que a gente ainda carece de um outro movimento, agora de um segundo movimento, inicialmente, para a ampliação desses permissivos, para a gente considerar essas síndromes que são muito recorrentes hoje, né, e que a literatura já diz que não tem viabilidade, também nessas possibilidades de aborto legal, pra quem sabe num segundo momento ter uma outra discussão em relação ao aborto legal como direito da mulher mesmo, de saúde da mulher, enfim, de decisão, da liberdade e da dignidade da mulher.

**DEFENSORA PÚBLICA TITULAR DA 1ª DP DA MULHER COM ATUAÇÃO NO
NÚCLEO DE DEFESA DA MULHER (NUDEM), DRA. VIVIANE LUCHINI**

Realizada em 02 de junho de 2025

M: Quais são os trâmites legais para que a mulher com diagnóstico de inviabilidade fetal possa ter acesso ao aborto legal? O que que ela deve providenciar, depois de receber o diagnóstico?

V: Essa mulher, quando chega na unidade hospitalar, e fica identificado que ela tem um feto com inviabilidade de vida, ela é orientada a procurar os serviços da Defensoria Pública, né, o nosso Núcleo de Defesa da Mulher recebe essas mulheres, recebe esse fluxo de atendimento e pode ser atendida ou pela Defensoria Pública ou por um advogado particular. Vou falar enquanto Defensoria Pública. Esse pedido exige algumas documentações, certo? Então, a gente exige dessas mulheres as seguintes documentações: os laudos médicos, com imagem, com relatório médico circunstanciado informando anomalia, os documentos pessoais dela, como identidade, CPF, comprovante de residência e uma declaração dela, formalizando, dizendo que tá consentindo com o procedimento. Essa mulher, munida dessa documentação, procura nosso serviço da Defensoria Pública, a gente tem o NAP, que é um Núcleo Psicossocial, que faz o acolhimento, recebe a documentação e encaminha esse expediente pra o nosso setor jurídico. O jurídico recebe e a gente peticiona o pedido, a gente faz um pedido que é um alvará judicial de antecipação terapêutica de parto, então a gente faz essa petição, protocola numa vara de júri, aqui da Comarca de Salvador petição é recebida pelo juiz, abre-se vista para o Ministério Público para um opinativo, após volta ao juiz. O juiz pode pedir alguma diligência, que seria o caso de mandar pro setor que ele tem no TJ de... o setor médico, que também pode dar uma avaliação no relatório sobre o caso, volta conclusivo para o juiz que decide sobre a antecipação ou não do parto, certo? Esse documento, essa sentença, é um alvará, ela munida desse alvará, ela retorna a unidade hospitalar e realiza o procedimento. O fluxo é mais ou menos desse jeito. É importante trazer também que das poucas vezes que tivemos pedidos indeferidos, foi em razão de um olhar mais restritivo do magistrado, seja por levar em consideração o olhar literal da letra do Código Penal ou até mesmo com base em convicções religiosas.

M: Certo. Existe alguma padronização quanto à necessidade desses dois médicos terem que assinar o laudo, ou essa é uma exigência informal que varia de acordo com cada juiz?

V: Bom, essa interrupção por malformação, como a gente faz um pedido judicial para ser autorizada essa antecipação, não tem nenhuma legislação que discipline como seria feito isso. Então, a construção toda desse fluxo que eu falei, ela foi feita entre a rede da mulher e todos os atores que trabalham no pedido, então esse acordo da assinatura de dois técnicos médicos, dois especialistas na área, é uma equiparação a um procedimento que acontece nos casos de anencefalia. Nos casos de anencefalia, se exige um laudo assinado por dois médicos, então por equiparação, a gente se faz da mesma forma, já que não é um procedimento legalizado, né, que não está na lei, não tem previsão legal. Então dessa mesma forma a gente faz desse jeito aqui, o que não impede de se pedir com um especialista só, e ser a avaliação do magistrado, né, mas em regra, o nosso serviço faz essa exigência de dois especialistas.

M: Certo. E quando o laudo já atesta a inviabilidade, por que, ainda assim, a gestante precisa recorrer ao Judiciário, se em casos de anencefalia a autorização judicial não é exigida?

V: É. Justamente porque o caso de anencefalia já entrou nas hipóteses de aborto legal, já há uma previsão de lei. Então já há essa autorização da lei de se fazer o procedimento. Os demais casos, embora se pareça injusto, né, que é a mesma coisa e a gente sabe que na prática é a mesma coisa, o objetivo final é esse, é a inviabilidade de vida, a gente se esbarra na ausência de previsão legal. Então a gente precisa que o magistrado autorize o procedimento, né, porque senão, pode-se configurar um delito, um crime.

M: Entendi. Você considera que o Estado brasileiro é omissivo em relação à proteção da dignidade dessas mulheres que possuem a inviabilidade fetal?

V: Nesse aspecto, desse direito sexual e reprodutivo da mulher, eu considero que sim. Eu acho que as hipóteses de aborto legal que estão no Código, a gente já vê, em alguns casos, o Estado não garantindo esse direito dessas mulheres, mulheres em caso de estupro, que ainda em muitos lugares, ainda precisa de autorização judicial pra interromper uma gestação nas hipóteses de estupro, quer dizer um absurdo.

M: Mesmo sendo uma hipótese de aborto legal, ainda assim exigem.

V: Sim, ainda assim em alguns estados você tem precedentes disso, da mulher ter que pedir autorização judicial e a autorização ser negada. Ou seja, tá na lei e ela não consegue. As hipóteses de malformação também, porque ela se equipara, então eu acho assim, que estamos atrasados nisso. A gente já deu o avanço da anencefalia, a gente tem que buscar essa equiparação ao caso de anencefalia. Então, isso aí, é pra ontem. Só que a gente se esbarra em todas essas

convicções religiosas, né, que a gente sabe que isso depende do parlamento, precisa de aprovação de lei e a gente tem as pessoas com suas convicções e suas ideologias, então a gente se esbarra sempre nisso. É um tema conflituoso, né, porque você vai ter que tratar com as mais diferentes pessoas, então por isso a gente não avança tão rápido, o caso da anencefalia realmente foi uma grande conquista, a gente espera, trabalhando com isso, que a gente chegue também para demais hipóteses, que é o justo, mas hoje eu entendo, respondendo a pergunta, que o estado é omissivo porque a mulher não faz jus a seu direito de dispor sobre seu corpo, né. Então eu já penso lá na frente. Menos ainda uma mulher que tem um feto com inviabilidade de vida, quer dizer, um sofrimento pra essa mulher. E mesmo ela conseguindo a autorização, tendo acesso a unidade, a gente ainda enfrenta inúmeros outros problemas, né. Falta de equipamento pra fazer realizar o aborto dela, a gente não tem, a gente aqui em Salvador ainda tem uma rede muito boa, mas outros Estados, você tem que encontrar a unidade referenciada que faz esse tipo, a equipe médica que não vá alegar objeção de consciência, então o acesso dela, no final das contas, é muito difícil e demorado. Então tudo isso faz com que ela não tenha o direito dela realmente garantido, né.

M: Sim. E na sua opinião, seria viável reconhecer a exclusão da ilicitude para outros casos de inviabilidade fetal, mesmo que não haja previsão legal expressa como o caso da anencefalia?

V: É, esse é o desenrolar pra mim, eu acho que uma das maiores garantias pra essa mulher, nessa situação, é isso, é atingir o que aconteceu com os casos de anencefalia. Primeiramente, se abrir para todas as hipóteses de inviabilidade de vida, e eu até particularmente entendo que deveria se abrir pra anomalias raras e outras síndromes que deixe a vida realmente precária ou bem difícil, já que o Estado não tá aí pra promover esse cuidado desse bebê que vem com toda essa anomalia. Então eu acho que deveria ser não ser somente para os casos de inviabilidade, mas outras síndromes também raras que vão dificultar a vida dessa mulher, devia ser uma escolha dela, então eu acho eu acho isso. E mesmo que se consiga isso, eu acho que tem que se investir nas políticas públicas e na estruturação dessa rede, pra que isso aconteça com maior facilidade e habilidade, que não leve tanto tempo. A mulher não pode ter um processo demorado pra autorização, a mulher não pode demorar pra conseguir realizar o procedimento. É isso que a nossa equipe faz, a gente fica correndo nisso. Porque a mulher que chega aqui, ela já passou pelo médico algumas vezes, ela vem aqui pra dar entrada, a gente tem o tempo de peticionar, tem o tempo de o juiz receber, tem o tempo de o Ministério Público despachar. Isso tudo é tempo, que ela tá sabendo que está com um feto sem possibilidade de vida, tá entendendo? Esse

é o grande problema. Dois dias aqui, três dias ali, quatro dias ali, a gente as vezes passa duas, três semanas pra conseguir que a mulher faça o procedimento.

M: E enquanto isso, o feto está ali

V: Está crescendo

M: E, querendo ou não, um vínculo sendo criado

V: E o psicológico dessa mulher é abalado. A nossa correria é diminuir esse tempo do processo, então, já não tendo que ter a autorização, já diminui muito, porque não tem que vir aqui ou no advogado pedir, não tem todo o trâmite processual. Se já fosse direto, como os casos de estupro e dos outros casos que tem aborto legal, já seria bem menor o tempo. Então por isso que deveria cair nessas hipóteses. E, tendo que pedir ao juiz, a gente tem que cuidar para que o fluxo seja o mais rápido possível pra essa mulher, porque a gente sabe que é um sofrimento. A gente sabe quando o juiz abre uma diligência num processo desse, vai durar mais ou menos, ainda mais uma semana esse processo. Se o juiz manda para uma comissão médica, o processo leva mais uma semana pra sair um laudo da comissão médica. Sabendo que você já tem dois médicos especialistas, que atestaram que aquele feto tem inviabilidade de vida. Então nossa intenção é encurtar isso. Teve o diagnóstico, a mulher em hipótese de aborto legal ela tem que chegar na unidade hospitalar e fazer o procedimento logo.

M: Entendi. O que você acha que impede essa ampliação assim, de entender demais inviabilidades, como hipóteses de aborto legal? Tem alguma coisa que você acha que impede isso?

V: Eu acho que a grande questão tá em volta das convicções, das crenças pessoais, porque envolve a questão dos direitos do feto, aquela coisa das pessoas que são contra o aborto, da bancada evangélica que tem toda essa questão de que é contra o aborto, então o que impede não é nem isso, é porque essa ideia dessa filosofia que é contra a questão do aborto. Então na verdade, o debate tem que vir primeiro sobre aceitar ou não o que é o aborto e como o aborto deve ser tratado como um direito da mulher, sobre o seu corpo. Então essa pseudoideia de que está se defendendo o feto, eu acho uma loucura, é uma pseudoideia, porque não tem viabilidade de vida, em detrimento do direito daquela mulher que entende que não quer aquele feto que não vai ter vida. Então é isso, a gente vai ter que lidar primeiro com esse grande debate, sobre aceitar ou não o aborto, pra depois a gente conseguir avançar mais. Realmente pra mim não faz sentido, a gente ter uma situação de anencefalia e não ter pra um caso como síndrome de Edwards ou outras síndromes que a gente sabe que não tem chances de vida. Não tem por quê. Mas eles vão

continuar embarreirando isso, pela questão de serem contrários ao aborto, a grande questão é essa.

PROF. DR. MANOEL SARNO, PROFESSOR TITULAR DE OBSTETRÍCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Realizada em 05 de junho de 2025

M: Doutor em linhas gerais no que consiste a medicina fetal e qual é o papel do médico especialista nessa área durante o pré-natal?

DR: Olha, a medicina fetal ela tem um objetivo não só de avaliar o feto, como também de fazer uma prevenção de algumas complicações, né, no pré-natal e na gestação. Então a medicina fetal ela utiliza como ferramenta básica a ultrassonografia, então a gente faz rastreamento de prematuridade; rastreamento de pré-eclâmpsia, que é o aumento da pressão na gestação; rastreamento de alterações genéticas no bebê e também a avaliação da anatomia pra identificação de possíveis malformações fetais; e a gente avalia também repercussões de doenças maternas que podem levar a complicações fetais e piores desfechos na gravidez. Então existe a medicina fetal, mas hoje é mais correto a gente falar inclusive, a medicina materno-fetal né, porque aí você vai analisar as duas coisas. É um braço da obstetrícia né, de alto risco né, e que tá sempre junto com o obstetra clínico que vai fazer o parto e tudo mais. Então a ideia da medicina fetal é trabalhar em conjunto com o obstetra, para você ter melhores resultados na gestação.

M: Certo. O senhor costuma atender muitos casos de gestantes com diagnósticos de anomalias fetais incompatíveis com a vida?

DR: A gente tem dois ambulatórios, né, um na Maternidade Climério de Oliveira, pelo SUS, e o outro na Caliper Escola de Imagem, que é uma instituição privada, mas que a gente atende também paciente do SUS. Então, como todos os lugares aí da Bahia a gente tem ex-alunos e tal, eles mandam muitos casos pra gente avaliar. Então é muito comum né, no meu caso, atender semanalmente é pacientes com esse perfil de malformações incompatíveis com a vida.

M: Certo. No Protocolo Assistencial de Obstetrícia da Climério, de 2018, constam algumas doenças que aparecem com frequência nos pedidos de autorização judicial para interromper a gestação. Entre elas, estão a síndrome de Edwards, síndrome de Patau, síndrome de *body-stalk*, pentalogia de cantrell tipo 1, rins policísticos e multicísticos bilaterais, entre

outras. O senhor poderia me explicar brevemente, de forma acessível, o que algumas dessas doenças significam e por que elas inviabilizam a vida extrauterina?

DR: Olha, primeiro que a gente precisa conversar um pouquinho antes sobre o que é uma malformação incompatível com a vida. Na literatura a gente tem três definições: uma é uma definição de que você tem a mortalidade acima de 50%, até um ano de vida depois do nascimento; outra é acima de 90% e a outra é quase todos. A literatura tem essa divergência em termos de definição o que é uma malformação incompatível com a vida. Quando a gente de malformação incompatível com a vida, as pessoas, de uma forma geral, inclusive alguns médicos interpretam como se fosse algo que o bebê vai nascer e logo em seguida vai a óbito, e muitas vezes isso não é verdade. Então por exemplo, a síndrome de Edwards, você tem a síndrome de Edwards, as vezes o bebê fica 3, 4, 6 meses internado e só depois vai a óbito, né. Então esse, é, essa definição importante pra gente entender a evolução de cada uma dessas patologias. Uma agenesia renal bilateral, por exemplo, o bebê nasce e ele morre em seguida, porque faz uma acidose metabólica e não consegue sobreviver por minutos, né. É, então a gente tem conversado muito com os pais sobre essas questões e também com a justiça, porque o entendimento ele tem que ser um pouco mais abrangente. E uma outra questão é: é incompatível com a vida, ou seja, é o risco de morte, ou é incompatível com a vida digna? Também existem situações que você tem, por exemplo, uma liquefação do cérebro, o que é isso, o cérebro todo ele é transformado em líquido tá, então é uma substituição do cérebro por líquido, e, é, nessa situação às vezes você tem uma estrutura cerebral muito fraca né, muito tênue, que a pessoa consegue sobreviver, o bebê consegue sobreviver mais de um ano. Mas em que condições? Em condições às vezes vegetantes, sem possibilidade depois de andar, falar etc. Então a gente já teve, inclusive, casos de autorização judicial de hidrocefalia progressiva, que não está nessas 13 situações do protocolo que você citou né, então, na última linha desse quadro está lá, “situações especiais que vão ser analisadas por uma equipe especializada” e, se você olhar na Defensoria Pública, que a gente tá utilizando os últimos cinco anos, primeiro a gente manda pro fórum, no CAB. Depois, por orientação deles, a gente passou a mandar para o Ministério Público, voltado pra área da saúde, que fica aqui em Nazaré. Aí depois, nos últimos cinco anos mais ou menos, a gente tem feito com o pessoal da Defensoria Pública. E agora, nessa atualização de maio, que a gente fez a atualização desse protocolo, não tá publicado ainda, mas já tá aprovado, eu pedi para a Defensoria me mandar a relação das patologias e quantos casos foram solicitados a interrupção. Foram 106 casos solicitados até fevereiro de 2025 e nenhum caso foi rejeitado. Teve um caso que houve uma negativa do juiz em primeira instância e depois foi feito o recurso e foi logo em seguida foi autorizado.

M: Foi um caso que, inclusive, teve repercussão nacional, né?

DR: Foi. Então assim, se a legislação, né, pudesse não exigir uma autorização judicial, você iria facilitar o percurso dessa paciente, não precisaria que ela se expusesse e tudo mais, e diminuiria a burocracia e diminuiria o custo também para o Estado, o envolvimento de vários órgãos, e tal. E na prática, todos os casos têm sido autorizados, pelo menos aqui na Bahia, todos os casos têm sido autorizados. Entendeu? Então pra que você colocar uma legislação só pra atrapalhar a vida da das pessoas?

M: Com certeza. Inclusive, já que ultimamente o senhor tem tido essa experiência direta com o a atuação do Fórum de Aborto Legal aqui na Bahia, eu gostaria de saber se, em sua visão, essa estrutura tem facilitado o acesso das gestantes ao direito à interrupção nesses casos, apesar que o senhor acabou de me responder também né, um pouco disso

DR: É, porque todos os casos que a gente manda são autorizados, entendeu? Agora, precisa ter uma avaliação da medicina fetal né, porque também tem muitos diagnósticos com ultrassonografistas que não são tão experientes, e acabam levando dúvida. Então também quando chega na justiça algum caso, assim, que tenha dúvida, eles também mandam para a gente avaliar, seja na universidade, seja na Caliper. E falando de cada uma dessas patologias, que você me pediu, cada uma tem uma característica específica, né. Então, por exemplo, o *body-stalk*, que é a síndrome do cordão curto, é uma malformação que pode acometer todos os órgãos do tórax e do abdômen, ficando exposto. Então não tem como você fazer uma cirurgia colocar pra dentro, tem uma tortuosidade da coluna, pode ter amputações de membros e tudo mais, que é um espectro mais grave da banda amniótica, que é a membrana que recobre o bebê, ele pode aderir e alterar. Desde o início da gestação, você tem uma rutura da membrana que deveria proteger o bebê, e aí essa rutura dessa membrana, essa membrana ela tem na camada externa dela substâncias como se fosse uma cola e ao aderir na parede abdominal do bebê, você acaba tendo um defeito de fechamento da parede abdominal, então os órgãos que deveriam estar dentro do abdômen, intestino, fígado etc, ficam pra fora e ficam pra fora da cavidade amniótica, ficam direto em contato com o útero, que não deveria acontecer isso. Então é uma das malformações mais graves, assim, e o bebê ele não tem uma malformação, isso é uma lesão que a gente chama de lesão disruptiva, que é de fora pra dentro, ele foi programado pra ser bem formado, é diferente, por exemplo, da síndrome de Edwards e de Patau, que são malformações vindas de uma alteração genética, que desde a concepção já está errado, entendeu? Então a banda amniótica e o

body-stalk, o bebê foi programado pra ser normal, e aí aconteceu alguma fatalidade ali, alguma situação que, pode ser trauma, pode ser infecção, ou pode ser ao acaso, entendeu?

M: Entendi. O senhor falou desse protocolo recente, eu infelizmente não tive acesso...

DR: É porque não está publicado ainda, a gente aprovou pela universidade, mas ainda não está publicado.

M: Mas assim, desse protocolo de 2018, que são as informações que eu obtive, houve novas doenças recorrentes, ou continuam sendo aquelas que constam no material?

DR: Então, o que acontece? Quando nós tivemos casos específicos que a gente observava que realmente tinha mortalidade acima de 90% em um ano, que dava e a paciente demonstrava interesse na interrupção da gestação, a gente encaminhava para a avaliação do juiz. Então eu percebi que nesse período, a gente teve alguns casos que não estavam contemplados na lista, como esse caso que eu te falei de uma hidrocefalia acentuada progressiva, teve um caso de artrogripose também, que é uma rigidez dos membros e tal, e que a paciente quis interromper e conseguiu autorização para a interrupção. Então esses casos que já foram autorizados a gente acabou incluindo nesse rol, então a lista aumentou. O ideal é que não houvesse nenhuma lista né, o ideal é que fosse a vontade da paciente com o relatório médico e fosse autorizada a interrupção sem precisar passar por autorização judicial, esse seria o melhor dos mundos, né. Então qualquer malformação limitante a vida ou que alterasse a qualidade de vida, que fosse impactante no desenvolvimento cognitivo e tal, e se a pessoa quisesse, poderia fazer.

M: Em sua experiência clínica, como os familiares costumam reagir diante de um diagnóstico de inviabilidade fetal? Como o senhor percebe o impacto emocional da gestante ao longo do processo?

DR: Olha, toda vez que você tem um diagnóstico de qualquer malformação fetal, seja compatível ou incompatível, o casal sofre um luto. O luto de uma perda de um filho imaginário, perfeito; Então, mesmo que, por exemplo, se eu não tivesse filho, eu tenho meus filhos, mas se eu não tivesse filho, na minha cabeça eu já teria uma ideia de como eu gostaria de ter meus filhos. Eu tenho beta HCG, um teste de gravidez, e tenho uma perda gestacional precoce, eu sofro um luto. Porque eu perdi um bebê que eu estava imaginando ter. E quando a gravidez vai evoluindo e eu dou um diagnóstico de uma malformação, eu vivo o luto de uma perda de um filho imaginário, ideal, que eu imaginei. E esse luto pode levar um dia, pode levar um mês, pode levar dois meses, ou pode não cicatrizar nunca. E a decisão de interromper ou não a gestação faz, é preciso que ele vivencie esse luto e passe por todas as fases do luto, que é: o primeiro período é de

negação, depois é de revolta, depois de aceitação e depois de decisão. Então quando o casal vem pra gente tomada a decisão de interrupção, é porque ele já passou por todas essas fases.

M: Entendi. E agora, a última pergunta, é diante da dúvida que me surgiu em relação ao puerpério. A mulher, quando interrompe a gestação, ainda assim vive o puerpério, ela vivencia esse estado puerperal?

DR: Então, hoje, inclusive, teve uma lei que recentemente foi aprovada para que essas mulheres que perderam seus filhos não ficassem junto com outras mulheres que tiveram filhos, para diminuir esse sofrimento. Uma mulher que faz a interrupção da gestação, que perde um filho, ela sente as transformações no corpo exatamente iguais ao puerpério. Então ela vai produzir leite, a gente vai ter que dar uma medicação para inibir a lactação, né, tem que enfaixar a mama para não produzir o leite, ela vai ter sangramento vaginal, ela vai ter que fazer um acompanhamento e ela tem direito, inclusive, a licença-maternidade. Eu não aconselho muito as mulheres a usarem todo o período da licença-maternidade, porque isso acaba, muitas vezes, aumentando o sofrimento. O quanto antes ela puder voltar a trabalhar, a voltar com as atividades delas normais, mas é uma cicatriz que fica para o resto da vida, a pessoa nunca vai se recuperar 100%. Ela vai diminuir a dor, mas vai ficar uma cicatriz ali pro resto da vida.

M: É isso, Doutor. Muito obrigada!

DR: De nada!