

ESTUDO SOBRE ABORTAMENTO NO BRASIL: COMPARAÇÃO ENTRE PAÍSES ONDE A PRÁTICA É LEGALIZADA COM OU SEM RESTRIÇÕES.

Altamiro Neves Rocha ¹

Acadêmico do curso de Direito pelo
CELUM/ULBRA – CENTRO
UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE MANAUS.

Ingo Dieter Pietzsch ²

Orientador deste artigo, coordenador e professor
do curso de Direito do CELUM/ULBRA –
CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE
MANAUS. Graduado em Direito pelo
CEULM/ULBRA (2007). Tem experiência na
advocacia e também na docência. Graduado,
também, em Teologia - Seminário Concórdia
IELB (1984), com especialização em Teologia
Prática: Educação Popular - EST- IECLB (2004).

Resumo

O presente artigo tem por objetivo apresentar o conceito de aborto e suas classificações, discorrer sobre os métodos abortivos e comparar a legislação brasileira e norte americana. A forma de abortamento varia dependendo do período em que a gravidez se encontra, tendo métodos para o primeiro, segundo e terceiro trimestre. A legislação brasileira apresenta as proibições do aborto nos artigos 124 a 127 do Código Penal. No artigo 128, do referido código, tem-se a forma de aborto permitido, além deste a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 prevê a interrupção da gravidez de feto anencéfalo. O aborto não é legalizado no Brasil de forma livre, como, por exemplo, em Quebec no Canadá, onde não há limitações. Por meio de dados será demonstrado como a legalização do aborto não gera uma compulsão abortiva, mas sim, qualidade de vida e a defesa do direito da mulher sobre seu corpo.

Palavras chave: Aborto. Legalização. Direito da mulher.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. CONCEITO DE ABORTO E SUAS CATEGORIAS.	3
2.1. Ameaça de abortamento.....	4
2.2. Abortamento completo	4
2.3. Abortamento inevitável/incompleto	4
2.4. Abortamento retido	4
2.5. Abortamento infectado	5
2.6. Abortamento habitual	5
2.7. Abortamento eletivo previsto em lei.....	5
3. MÉTODOS PARA O ABORTAMENTO.....	5
3.1. ABORTAMENTO FARMACOLÓGICO.....	6
3.2. MISOPROSTOL.....	6
3.3. ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU).....	6
3.4. CURETAGEM UTERINA	7
4. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....	8
5. LEGISLAÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.....	10
6. DADOS ESTATÍSTICOS	11
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
8. REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Neste artigo veremos o motivo da utilização da palavra abortamento e não, aborto, como em muitos trabalhos este último termo é empregado. Simplesmente a palavra refere-se a um assunto muito delicado, em especial no Brasil. A legislação brasileira atualmente aprova abortamentos somente em situações de estupro e para salvar a vida da gestante. A interrupção da gravidez também pode ser efetuada somente em casos de anencefalia.

Muitas legislações pelo mundo diferem a cerca do assunto e muitas vezes, fundamentadas diretamente na crença de sua nação, o que implica diretamente na aprovação ou não do abortamento em várias regiões do mundo. Até mesmo na história antiga há relatos de sociedades em que a tentativa era penalizada diretamente com a morte.

O presente artigo irá explanar sobre este polêmico tema, a sua conceituação e classificações diversas, incluindo os procedimentos médicos permitidos por lei no Brasil, bem como, uma comparação entre a legislação brasileira e de países-modelo de validação, será exposto também dados referentes ao número de abortamento no Brasil, na América e no mundo.

2. CONCEITO DE ABORTO E SUAS CATEGORIAS.

Segundo a norma técnica, elaborada pelo Ministério da Saúde (2005), o abortamento, do ponto de vista clínico, é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g, já o aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. Desta forma, o termo “abortamento” é mais adequado quando se refere ao procedimento para interrupção de gravidez.

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Os abortamentos podem ser classificados em:

- Ameaça de abortamento;
- Abortamento completo;
- Abortamento inevitável/incompleto;
- Abortamento retido;
- Abortamento infectado;
- Abortamento habitual;
- Abortamento eletivo previsto em lei.

2.1.Ameaça de abortamento

Trata-se de um sangramento genital de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal.

2.2.Abortamento completo

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sanguínea, deve ser realizada aspiração manual intra-uterina (AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

2.3.Abortamento inevitável/incompleto

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, este diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser mais intensas e o orifício cervical interno encontra-se aberto. Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intra-uterina (AMIU), quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, emprega-se o misoprostol, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com três a cinco dias de intervalo, podendo ser associado à indução com ocitocina. Após a expulsão, estando o útero compatível com gestação com menos de 12 semanas, faz-se a AMIU ou realiza-se a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se extremamente necessário, far-se-á transfusão sanguínea.

2.4.Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça. Pode ser tratado

utilizando-se o misoprostol ou, quando o tamanho uterino corresponder à gestação com menos de 12 semanas, pode-se empregar a técnica de AMIU.

2.5. Abortamento infectado

Com frequência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto.

2.6. Abortamento habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo.

2.7. Abortamento eletivo previsto em lei

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida à legislação vigente, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimentos aspirativos (AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem. Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos.

3. MÉTODOS PARA O ABORTAMENTO

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2005), os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informativa possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher. Durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis, a aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco/benefício de cada procedimento.

Devem-se adotar critérios que considerem e respeitem:

- A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- A capacitação, a habilidade e as rotinas dos serviços de saúde para cada método;

- As condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, como método único, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

3.1. ABORTAMENTO FARMACOLÓGICO

É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação cumpre com as condições estabelecidas pela lei pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro, como no segundo semestre da gestação. No Brasil, tem-se disponível o misoprostol e a ocitocina. As drogas utilizadas para interrupção da gravidez não devem ser usadas nos casos de conhecida intolerância.

3.2.MISOPROSTOL

A dose dependerá da idade gestacional e os seus efeitos colaterais envolvem, diarreia, que deve ser tratada apenas com hidratação oral, vômitos, controlados com antieméticos, e sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferentemente por meio de aspiração manual ou elétrica.

3.3.ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)

Procedimento que utiliza cânulas de Karman (Figura 1), com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares por meio da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Pode ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. Nos casos de abortamento infectado, a AMIU é a técnica de eleição. Embora cuidados redobrados devam ser adotados, pelo risco de perfuração uterina.

Nos casos de interrupção da gravidez previstos na legislação vigente do País, com menos de 12 semanas, pode-se empregar essa técnica. A aspiração manual intrauterina (AMIU) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).



Figura 1: Cânulas de Karman.

Fonte: <https://www.telediu.com.br/produto/1113/kit-amiu-kolplast>.

3.4.CURETAGEM UTERINA

Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental (Figura 2). Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero. Trata-se de procedimento antigo muito difundido no Brasil. Nos casos do colo uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina.

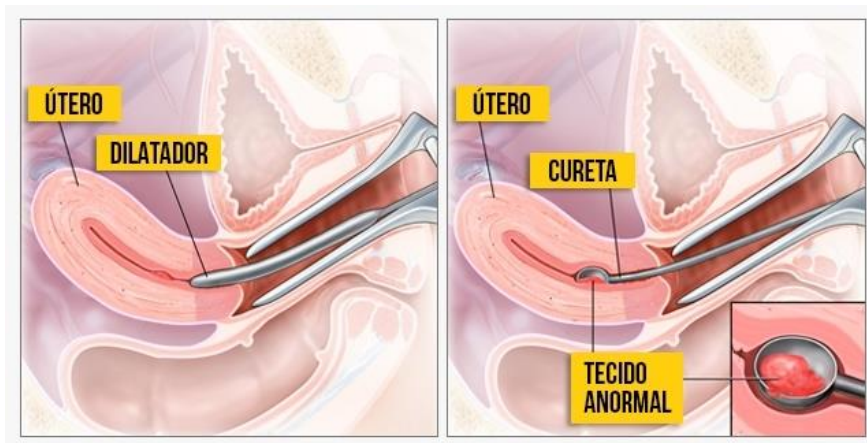


Figura 2: Curetagem.

Fonte: <https://www.tuasaude.com/curetagem/>

4. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A tipificação do aborto encontra-se no Código Penal Brasileiro, na Parte Especial, Título I Dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo I Dos Crimes Contra a Vida. Essa localização no Código Penal já mostra que o aborto é identificado como crime contra a vida, o bem mais preciso de um ser humano.

Os artigos 124 ao 127, do referido código, contêm as penas para aquele que pratica o ato abortivo, tenha sido feito pela própria gestante ou por terceiro, há ainda a forma qualificada que aumentam a pena em um terço dependendo dos meios utilizados para a prática abortiva e se a gestante sofre lesão corporal grave, ou será duplicada a pena caso a gestante acabe perdendo sua vida durante o processo de abortamento (há uma corrente que defende este como sendo o termo correto para se falar em aborto).

A íntegra dos referidos artigos:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. (BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasília.).

Já artigo 128 do Código Penal, engloba a forma em que o aborto não é penalizado, no caso seria o aborto médico, necessário.

Isso poderia ocorrer em duas situações: o primeiro caso seria o chamado “necessário”, quando a gestante corre risco de vida e não há outro meio de salvá-la, faz-se o aborto. Nesta

situação extrema o médico responsável deve realizar o aborto e o mesmo não será tipificado, nem tão pouco penalizado;

A segunda situação ocorre quando a gravidez deu-se por meio de estupro, que seria um ato violento de praticar conjunção carnal contra a vontade da vítima. Nessa circunstância, sendo vontade da grávida, o abortamento pode ser feito de forma legal. Nessa situação é necessário apenas se dirigir ao hospital e informar que sua gestação é fruto de um estupro, isto já basta para que o aborto seja realizado, mas infelizmente a desinformação de alguns profissionais de saúde acaba retirando este direito da vítima. Grande parte se nega a realizar o aborto, requerendo uma autorização legal ou um boletim de ocorrência, outros eximem-se de realizá-lo sob alegação de divergência moral, de seus princípios. Desta forma quem sofre com tal alegação é a grávida, que por vezes continua com a gestação por não conseguir usufruir do seu direito.

A íntegra do referido artigo:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasília.).

Há, ainda, a possibilidade de interrupção da gravidez de feto anencéfalo ou antecipação terapêutica do parto. É extremamente importante frisar que não há que se falar em descriminalização do aborto, por estar se tratando de um natimorto, um feto que não teria praticamente nenhuma possibilidade de ter vida após o parto. Em síntese, o aborto é um crime contra a vida, no caso tutela-se a vida que o feto teria, mas sendo anencéfalo não há vida possível, logo, não há que se falar em tutelar a vida.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil está na quarta colocação entre os países com maior número de casos de anencefalia, tendo uma média incidente de um anencéfalo para cada setecentos nascimentos por ano. Por esse motivo que em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal – STF votou sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54:

Por maioria de votos, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente o pedido contido na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, ajuizada na Corte pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), para declarar a inconstitucionalidade de interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, todos do Código Penal. Ficaram vencidos os ministros Ricardo Lewandowski e Cezar Peluso, que julgaram a ADPF improcedente. (NOTÍCIAS STF, Gestantes de anencéfalos têm direito de interromper gravidez, 2012).

E a partir deste julgamento tornou-se possível realizar a interrupção da gravidez neste caso. Ainda que o Relator da ADPF 54 Senhor Ministro Marco Aurélio, tenha, reiteradas vezes, afirmado em seu Voto que este julgamento não é sobre a descriminalização do aborto: “Dessa maneira, mostra-se inteiramente despropositado veicular que o Supremo examinará, neste caso, a descriminalização do aborto, especialmente porque, consoante se observará, existe distinção entre aborto e antecipação terapêutica do parto.” (STF. Arguição nº 54, 2012, p. 32).

Não pode ser negada a primeira fagulha que poderá encandear o caminho a ser traçado rumo à legalização do aborto no Brasil, tendo sido apontado pelo Excelentíssimo Ministro, que o Estado é laico e como tal não deve ter seus ideais enraizados em preceitos religiosos: “Senhor Presidente, na verdade, a questão posta sob julgamento é única: saber se a tipificação penal da interrupção da gravidez de feto anencéfalo coaduna-se com a Constituição, notadamente com os preceitos que garantem o Estado laico [...]” (STF. Arguição nº 54, 2012, p. 33).

“O Estado não é religioso, tampouco é ateu. O Estado é simplesmente neutro.” (STF. Arguição nº 54, 2012, p. 41).

5. LEGISLAÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos, o caso *Roe vs. Wade* deu origem ao entendimento acerca do aborto legal que é praticado no país. No processo em questão Jane Roe, grávida e solteira questionou judicialmente, em março de 1970, a constitucionalidade das leis texanas sobre a criminalização do aborto. Sobre o caso, fala Rêgo (2018), em sua tese de pós-graduação:

Em primeiro grau, a United States District of Texas declarou as leis impugnadas – que proibiam e criminalizavam o aborto, exceto para fins de

preservar a vida e a saúde da mãe – inconstitucionais, provocando a interposição de recurso à Suprema Corte dos Estados Unidos. Em sua decisão final, tomada por maioria de votos e redigida pelo Justice Harry Blackmun, a SCOTUS decidiu dar parcial provimento ao recurso, reconhecendo o direito da mulher grávida ao aborto, a critério do médico e sem interferência do Estado, no primeiro trimestre da gravidez, mas resguardou a possibilidade de os Estados regulamentarem livremente a prática após o final do primeiro trimestre, utilizando, cada um deles, seus próprios critérios. (RÊGO, 2018, p. 74).

Utilizando do sistema jurídico do *common law*¹, onde o direito é criado ou aperfeiçoado pelos juízes a partir das decisões judiciais, a decisão se fez valer no país, mas como os estados poderiam regularizar a prática depois dos três primeiros meses de gestação, após o período de viabilidade, momento esse em que o bebê já possui um desenvolvimento biológico suficiente para sobreviver fora do útero materno. Por esse motivo os estados têm o dever de seguir a decisão da Suprema Corte americana, então não podem legislar sobre a proibição do abortamento, mas podem criar restrições que podem ser as mais variáveis possíveis, desde uma autorização dos pais para a prática até obrigar os médicos a informar os riscos do procedimento.

6. DADOS ESTATÍSTICOS

O relatório *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*², publicado pelo Instituto Guttmacher, organização estadunidense parceira da Universidade Columbia e da Federação Internacional de Planejamento Familiar, contém dados sobre o aborto pelo mundo, no período de 1990 a 1994 e de 2010 a 2014.

¹ Tradução para português: Lei Comum.

² Tradução para português: Aborto Em Todo O Mundo 2017: Progresso Desigual e Acesso Desigual.

FIGURE

2.1 Abortion rates are lower in developed regions than in developing regions; by major region, they are highest in Latin America and the Caribbean and lowest in Northern America.

No. of abortions per 1,000 women aged 15–44

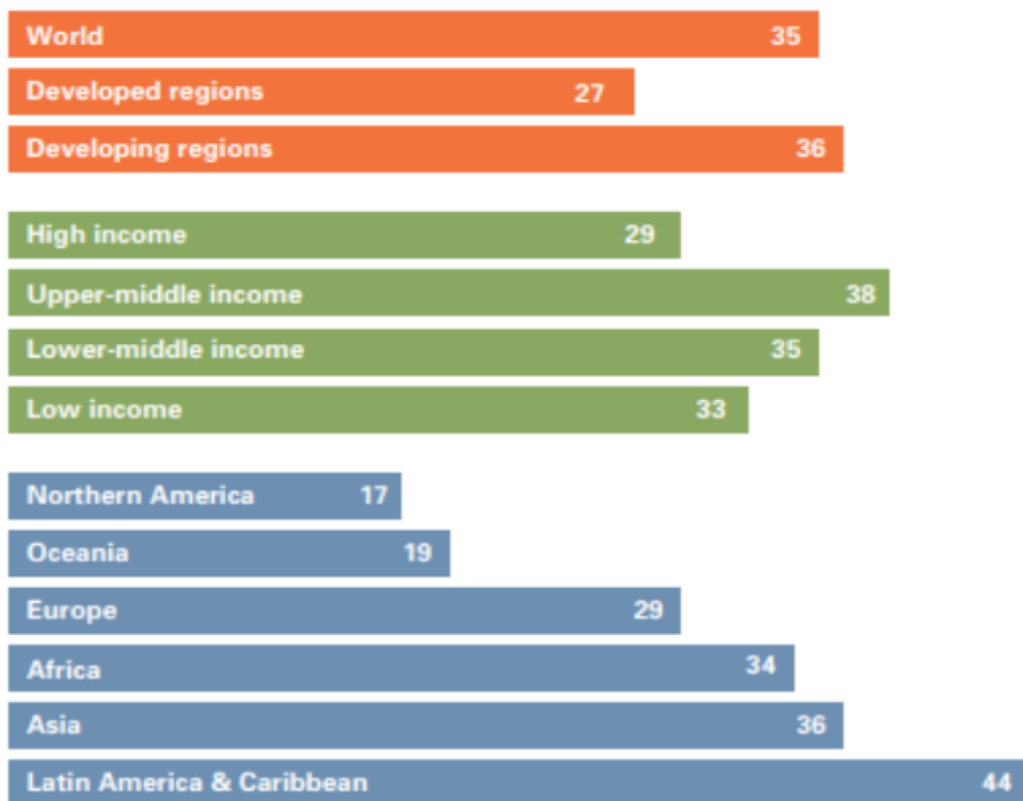
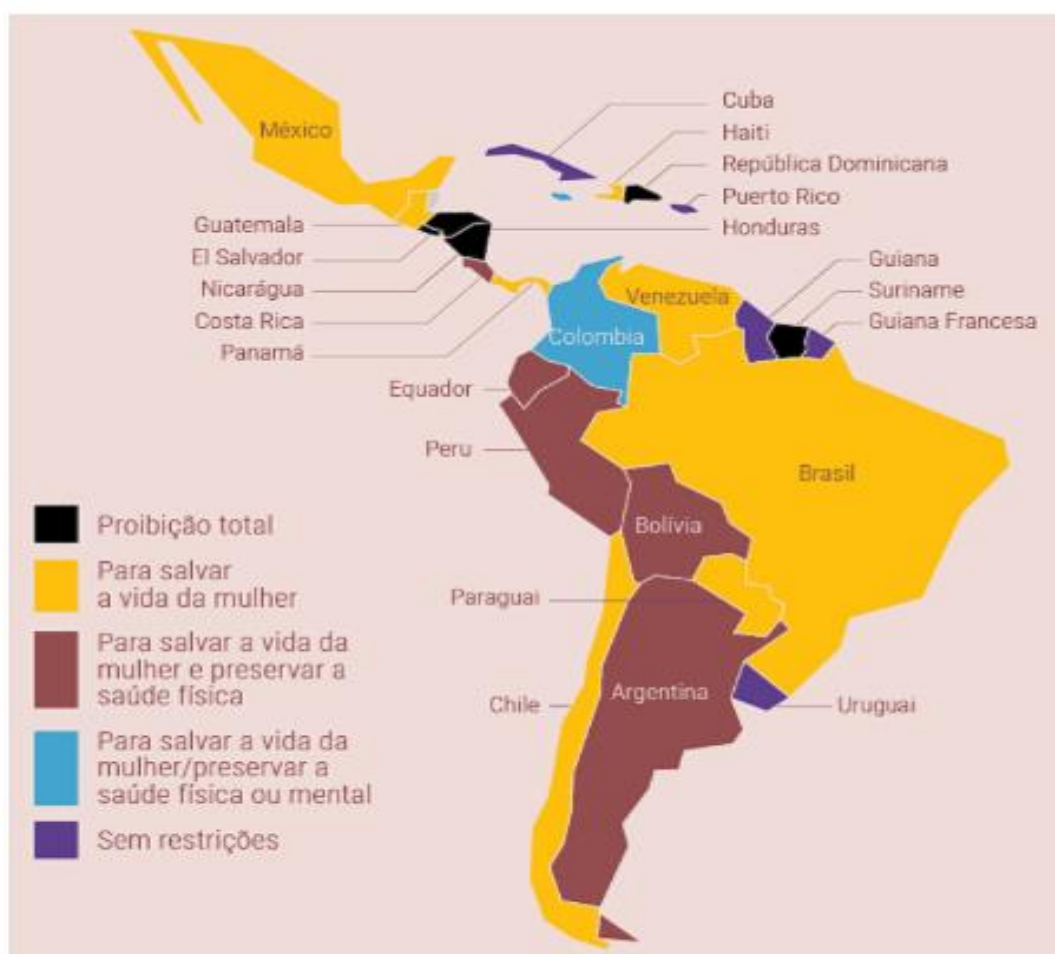


Figura 3: Dados estatísticos contabilizando o número de abortos a cada 1000 grávidas entre 15 e 44 anos.
Fonte: ABORTION WORLDWILD 2007: Uneven Progress and Unequal Access. p.9.

A Figura 3 mostra o número de abortos para cada mil mulheres grávidas, na idade entre quinze e quarenta e quatro anos, ao redor do mundo. É importante frisar que as taxas de aborto são mais baixas nas regiões desenvolvidas do que nas em desenvolvimento. Os índices são mais altos na América Latina e no Caribe e mais baixos na América do Norte.



Mapa do aborto na América Latina: o aborto é permitido sem restrições apenas em Cuba, Uruguai, Guiana e Guiana Francesa / Fernando Bertolo/ Brasil de Fato

Figura 4: Mapa de abortamentos na América Latina.

Fonte: Fernando Bertolo, Brasil de Fato. 28 ago. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/08/28/aborto-legal-direito-negado-um-mapa-da-america-latina>.

O Figura 4 apresenta o mapa do aborto na América Latina. A minoria dos países tem o abortamento legalizado em seus países, sendo eles: Cuba, Uruguai, Guiana e Guiana Francesa. Ainda assim, como mostrado na Figura 1, a quantidade de abortos é maior ao sul do trópico onde o aborto é ilegal na grande maioria dos países.

No Canadá, onde o aborto é legalizado a mais de trinta anos, especificamente na localidade de Quebec, o aborto é legal, gratuito e acessível em todos os momentos da gravidez, seja no primeiro, segundo ou terceiro trimestre. Não há lei restringindo até quando pode ser realizado o aborto. Logo, o direito é impelido diretamente a mulher, que deve decidir o que quiser para si mesma. Tão importante quando a legalização são as estatísticas:

Enquanto em 1976 a taxa de aborto por 100 nascimentos era 7,3, chegou a 29,7 em 2011. A taxa de aborto por 1000 mulheres de 15 a 44 anos passou de 4,6 para 17,1. Observe que, após um aumento ininterrupto nas taxas de

aborto, que atingiu o pico em 2002-2004, elas caíram todos os anos desde então. Em 2002, ocorreram 40 abortos por 100 nascimentos e, em 2004, para cada 1.000 mulheres de 15 a 44 anos, 19 fizeram um aborto durante o ano. (LEDEVOIR, 2016).

Ora, em um país onde o aborto é legalizado a média continua diminuindo, enquanto países em desenvolvimento, onde o aborto é ilegal, os números continuam crescendo.

O Brasil é um desses países:

Em 2019, o SUS registrou cerca de 195 mil internações por aborto (espontâneos e por decisão judicial ou médica). Foi uma **média de 535 por dia**. Os abortos por motivos previstos em lei são minoria. **A cada 100 internações por aborto, 99 foram de abortos espontâneos** e tipos indeterminados de gravidez interrompida. **Só 1 foi aborto previsto em lei**. (Folha de S.Paulo, 2020).

Alem disso, os casos de morte por aborto são, em sua maioria, de mulheres negras:

De 2009 a 2018, o SUS registrou oficialmente 721 mortes de mulheres por aborto. A cada 10 que morreram, 6 eram pretas ou pardas.

(Folha de S.Paulo, 2020).

Há dados sobre abortos feitos em crianças entre dez e quatorze anos:

Em 2019, o SUS registrou, **por dia**, uma média de **5 internações de crianças de 10 a 14 anos por aborto** (tantos os abortos previstos em lei quanto os espontâneos). Em **um mês**, são **150 crianças** internadas por aborto – número suficiente para encher **cinco ônibus escolares pequenos**.

(Folha de S.Paulo, 2020).

Abortos clandestinos acontecem por todo país, a estimativa anual é:

A cada ano, são feitos 500 mil abortos clandestinos. Quase metade dessas mulheres teve que ser hospitalizada após os procedimentos, conforme o estudo.

O Ministério da Saúde estima que 4 mulheres morrem a cada dia por complicações decorrentes de abortos clandestinos.

(**BBC News**, 2020).

Com essa média de quatro mulheres morrendo por dia, chega-se a um resultado de quase mil e quinhentos óbitos por ano, sendo em sua grande maioria, causados por terem sido feitos em clínicas clandestinas que não estão preparadas para realizar o procedimento corretamente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos fatos discorridos, é impossível não destacar o progresso mundial em relação à prática de abortamento, mas se contrapondo a esse progresso, alguns países seguem não o legalizando.

Ora, como visto na Figura 3, grande parte dos países desenvolvidos tem uma legislação avançada sobre o abortamento, tendo liberação, geralmente, até o primeiro trimestre de gravidez, com alguns se estendendo por toda gravidez, garantindo autonomia à mulher, possibilitando-a de decidir o que fazer com seu corpo, tendo o apoio de clínicas, sendo estas na maioria, privadas e secundariamente, públicas, sobretudo habilitadas para realizar o procedimento de forma correta, preservando a vida da gestante.

Como foi mostrado, ainda que esses países tenham o abortamento liberado, os que não o tem, mostram números de abortamento maiores, demonstrando que a liberação não é um incentivo ao aborto, mas sim, uma forma de ter melhor administração dos procedimentos realizados e garantir o bem estar das usuárias.

Ora, utilizando as técnicas corretas de abortamento, que foram apresentadas, o número de quase mil e quinhentas mortes por ano será extremamente reduzido, tendendo a zero.

Pelos motivos apresentados, o aborto deve ser legalizado no Brasil, de forma a resguardar o direito da mulher de decidir o que fazer com seu corpo.

8. REFERÊNCIAS

ATHAYDE, Ana Terra. 'Abortar é matar', diz mãe de grávida morta em clínica clandestina de aborto. **BBC News**, Brasil, 8 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44243988>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasília.

BUZZETTI, Helene. Quase 100.000 abortos por ano no Canadá. **LEDEVOIR**, Canadá, 26 jan. 2016. Disponível em: <https://www.ledevoir.com/politique/canada/369353/pres-de-100-000-avortements-par-annee-au-canada%20>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LICHOTTI, Camille; MAZZA, Luigi; BUONO, Renata. Os abortos diários do Brasil. **Folha de S.Paulo**, Piauí, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/os-abortos-diarios-do-brasil/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NORMA TÉCNICA: ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO**. Série A: Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Brasília-DF, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

O ABORTO NO DIREITO DOS ESTADOS UNIDOS. **Direito Diário**, Fortaleza, Ceará, 06 abr. 2016. Disponível em: https://direitodiario.com.br/o-aborto-no-direito-dos-estados-unidos/#_ftnref7. Acesso em: 27 out. 2020.

PAIXÃO, Fernanda. Aborto legal, direito negado: um mapa da América Latina. **BRASIL DE FATO**, Buenos Aires, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/08/28/aborto-legal-direito-negado-um-mapa-da-america-latina>. Acesso em: 02 nov. 2020.

RÊGO, Eduardo de Carvalho. **SUPERPODER JUDICIÁRIO**: o papel do controle de constitucionalidade na consolidação da juristocracia no Brasil. 2018. 264 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/189499/PDPC1360-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 out. 2020.

SINGH, Susheela *et al.* **ABORTION WORLDWIDE 2017**: Uneven Progress and Unequal access. 2017. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf. Acesso em: 31 out. 2020

STF (org.). **Gestantes de anencéfalos têm direito de interromper gravidez**, Notícias STF, 12 abr. 2012. Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>. Acesso em: 27 out. 2012

STF – Supremo Tribunal Federal. Arguição nº 54. Relator: SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal.** Brasília, 12 abr. 2012. p. 31-80. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020