

EDITORIAL

Aborto no Brasil: quando Alice no país das maravilhas não sabe que caminho deve seguir

Abortion in Brazil: when Alice in wonderland doesn't know which way to go

Jefferson Drezett^a, Gabrieli Kotzias^b



^aProfessor do Departamento de Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo (SP), Brasil;

^bMestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente

drezett@usp.br

Orcid authors:

Jefferson Drezett - <https://orcid.org/0000-0003-4072-3636>

Gabrieli Kotzias - <https://orcid.org/0000-0002-0703-5906> -

Manuscrito recebido: março 2025

Manuscrito aceito: março 2025

Versão online: abril 2025

Resumo

Nas últimas décadas, muitos países reformaram suas leis que criminalizavam o aborto. Abandonaram seu enfrentamento pela perspectiva moral ou religiosa, assumindo-o como questão de saúde pública e de direitos humanos das mulheres. A decisão se fundamenta, sobretudo, nas evidências de que a proibição do aborto não reduz sua prática, mas determina a busca por procedimentos clandestinos e inseguros, responsáveis por 39.000 mortes evitáveis de mulheres a cada ano. O Brasil mantém inalterada a criminalização do aborto desde 1940 no Código Penal, com apenas dois permissões legais: quando há risco de morte para a gestante, ou quando a gestação decorre de crime sexual. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu como não criminoso o aborto em casos de anencefalia. Contudo, esses permissivos reiteradamente sofrem investidas conservadoras e fundamentalistas, que pretendem maior restrição ou sua proibição. A recente resolução CFM 2.378/2024, do Conselho Federal de Medicina, proibiu que médicos realizassem o aborto por meio da assistolia fetal após a 22^a semana em gestações decorrentes de violência sexual. Quase ao mesmo tempo, o Projeto de Lei 1904/2024 foi apresentado no parlamento, com proposta semelhante, mas aumentando significativamente as penalidades para as mulheres que realizassem o aborto após a 22^a semana, maiores do que as previstas para o agressor sexual. Neste editorial se analisa a posição do Brasil no cenário internacional, os argumentos dessas iniciativas restritivas, e as mulheres mais vulneráveis que potencialmente seriam atingidas.

Palavras-chave: aborto legal, aborto induzido, violência contra a mulher, violação de direitos humanos, delitos sexuais.

Suggested citation: Drezett J, Kotzias G. Abortion in Brazil: when Alice in wonderland doesn't know which way to go. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):06-10. DOI: 10.36311/jhgd.v35.16782

Poucas obras nonsense são tão populares como “Alice no País das Maravilhas”, publicada por Charles Lutwidge Dogson, em 1865, com pseudônimo de Lewis Carroll. As aventuras de Alice se passam em um mundo de fantasias com personagens fascinantes, como o Chapeleiro Maluco, a Lagarta, a Tartaruga Fingida e a Rainha de Copas. Mas, chama a atenção o episódio com o Gato de Cheshire. Confusa e hesitante frente a uma encruzilhada, Alice indaga ao Gato sobre qual caminho deve seguir, ao que o Gato pergunta: “Para onde você quer ir, Alice?”. E a menina responde: “Não sei!”. Com simplicidade, o Gato declara: “Então, não importa que caminho você tome”.

Assim como Alice, que enfrenta desafios no “País das Maravilhas”, as mulheres no Brasil enfrentam o desafio de resistir às recorrentes tentativas de violação de seus poucos direitos quando se trata do aborto. Muitos desses ataques são tão nonsense e tão inimagináveis que poderiam receber acolhida no conto de Lewis Carroll. Contudo, o papel de não saber qual caminho tomar se presta ao Estado brasileiro. Por um lado, não decide enfrentar o aborto definitivamente, como questão de saúde pública e de direitos humanos. Por outro, não consegue se afastar do aborto como pauta moral e fundamentalista¹.

Não se trata de retórica, mas de analisar a posição do Brasil no cenário internacional. O Center for Reproductive Rights classifica os países em cinco categorias, segundo o tipo de legislação, mais ou menos restritiva em relação ao aborto. Nos países da categoria I, o aborto não é criminalizado. Vivem nesses países, a maioria desenvolvidos, cerca de 660 milhões de mulheres em idade reprodutiva, 34% da população feminina mundial. Nos países da categoria II estão 460 milhões de mulheres, 23% das mulheres do mundo, amparadas por amplos fundamentos sociais e econômicos para permitir o aborto, como Reino Unido, Índia, Etiópia e Zâmbia². Quase 60% das mulheres no mundo têm assegurada sua autonomia para decidir sobre o aborto, sem intervenção do Estado e sem precisar recorrer a procedimentos clandestinos e inseguros.

Na categoria III encontra-se grande parte dos países africanos e outros como Paquistão, Arábia Saudita, Malásia, Bolívia, Peru e Equador. Além dos permissivos para risco de morte da mulher e gestação decorrente de violência sexual, o aborto é permitido quando a saúde da mulher está ameaçada ou nas anomalias fetais graves. São mais 230 milhões de mulheres vivendo nesses países, 12% da população mundial de mulheres em idade reprodutiva².

O Brasil se coloca na categoria IV, com fortes restrições legais ao aborto, permitido apenas em situações excepcionais. Não há qualquer país desenvolvido nessa categoria, de modo que o Brasil se alinha com nações como Afeganistão, Irã, Somália, Nigéria, Tanzânia, Sudão, Gabão, Venezuela e Paraguai. Estima-se que cerca de 410 milhões vivem nesses países, 20% das mulheres no mundo².

A categoria V reúne poucos países que ainda mantém a proibição absoluta do aborto: Palau, Tonga, Filipinas, Laos, Iraque, Malta, Madagascar, Senegal, Congo, Serra Leoa, Mauritânia, Egito, El Salvador, República Dominicana, Nicarágua, Suriname, Haiti, Jamaica, Honduras e Curaçao. Apenas 6% das mulheres

vivem sob as leis draconianas desses países, cerca de 110 milhões². São países que decidem como tolerável a morte da mulher para que não se faça um aborto.

Contudo, o posicionamento dentro dessas categorias legais tem mostrado transformações notáveis nas últimas três décadas. Mais de 60 países reduziram ou eliminaram obstáculos legais. Muitos países em desenvolvimento como África do Sul, Moçambique, Albânia, Tunísia, Benin, Etiópia, Turquia, Nepal, Ruanda, Guiné-Bissau e Somália terminaram com a criminalização. Na América do Sul, seguiram o exemplo Uruguai, Colômbia e Argentina².

Apenas quatro países apresentaram retrocessos no mesmo período. A Polônia, ampliando restrições, e El Salvador e Nicarágua, adotando a proibição². A mudança mais polêmica ocorreu nos EUA, com a maioria conservadora da Suprema Corte revogando a decisão Roe versus Wade³, de 1973, que protegia o aborto como liberdade constitucional essencial. Desde então, estados americanos como Texas e Alabama adotaram a criminalização do aborto, enquanto outros, como Oregon e Califórnia, buscam sua proteção⁴.

O Brasil se mostra indiferente às tendências progressistas no cenário internacional. Desde 1940, o aborto é norteado pela criminalização no Código Penal. As poucas permissões estão previstas no artigo 128, para evitar a morte da gestante ou quando a gestação decorre de crime sexual⁵. O único avanço se deu no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), que julgou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, sobre os casos de gestação com anencefalia. Decidiu-se que não se configura aborto criminoso nesses casos⁶. Mas, a decisão não alcança outras anomalias fetais igualmente graves e inexoravelmente incompatíveis com a vida extrauterina¹.

Criminalizar ou não o aborto importa pelas consequências para a saúde pública. Nos países com leis menos restritivas, 87% dos abortos são praticados de forma segura. Nos locais com restrição legal, 75% dos abortos são inseguros ou muito inseguros⁷. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 98% dos abortos inseguros ocorrem nos países em desenvolvimento em que prevalecem restrições legais⁸. Mulheres decididas em interromper a gestação terminam recorrendo ao aborto clandestino e potencialmente inseguro, sem possibilidade de receber assistência qualificada e humanizada pelo Estado.

A perversa relação entre clandestinidade e aborto inseguro tem impactos contundentes para as mulheres. A OMS estima que cerca de cinco milhões de mulheres no mundo enfrentam, a cada ano, agravos para a saúde por complicações do aborto inseguro, principalmente para a saúde reprodutiva. O aborto pode representar até 25% de toda mortalidade materna decorrente, principalmente, de infecção ou hemorragia. As maiores taxas de morte por aborto inseguro são de países em desenvolvimento, alcançando 220/100.000 procedimentos inseguros⁸, contrastando fortemente com as taxas de mortalidade por aborto legal e seguro, de 0,7/100.000⁹. São 39.000 mortes de mulheres a cada ano, uma a cada 13,4 minutos². Poucas teriam perdido a vida se tivessem acesso a procedimentos adequados.

Também é necessário reconhecer quem são as mulheres mais vulneráveis ao aborto inseguro. Analisemos o que se passa no Brasil a partir da Pesquisa Nacional de Aborto¹⁰. Uma em cada sete mulheres declara que recorreu ao aborto clandestino ao longo da vida. A prevalência do aborto clandestino é significativamente mais alta entre mulheres negras e indígenas, vivendo na pobreza e com baixa escolaridade. Quase metade delas são meninas com menos de 19 anos. As maiores taxas de aborto clandestino são verificadas nas regiões Norte e Nordeste¹⁰, que detêm menores Índices de Desenvolvimento Humano e menores oportunidades de cuidados reprodutivos¹¹. Quase 45% dessas mulheres terminam hospitalizadas para tratamento de complicações. Elas também confrontam suas crenças religiosas: 56% são católicas e 25% evangélicas, religiões axiomáticas em relação a proibição do aborto¹⁰.

A prevalência do aborto clandestino também se relaciona com determinantes da gestação indesejada. Quase 50% das gestações no mundo não são planejadas, com taxa de 64/1.000 gestações entre mulheres em idade reprodutiva. Os maiores valores estão na África Oriental e Meridional, de 101/1.000 mulheres, e os menores em países desenvolvidos, com 34/1.000 mulheres. Em média, 60% dessas gestações são interrompidas¹². Além disso, as taxas de gestação não planejada são maiores quanto pior é o Índice de Desigualdade de Gênero, o que afeta particularmente mulheres nos países em desenvolvimento¹².

Mesmo assim, a proibição do aborto persiste em muitos países, justificada como necessária para controlar as taxas de aborto. Essa alegação é absolutamente falsa. As taxas de aborto nos países desenvolvidos, sem criminalização, têm sido reduzidas expressivamente. Entre 1994 e 2014, variaram de 46/1.000 para 27/1.000 mulheres em idade reprodutiva. No mesmo período, variaram de 39/1.000 para 36/1.000 nos países em desenvolvimento que o criminalizam, com tendência de crescimento¹³.

A proibição do aborto é reconhecidamente ineficaz para reduzir suas taxas, mas se mostra eficaz para levar mulheres à morte. Entre os exemplos disponíveis, tome-se o caso da Romênia. A proibição do aborto, em meados dos anos 1970, elevou a mortalidade por aborto de cerca de 20/100.000 para quase 150/100.000, sem que suas taxas tenham reduzido¹⁴. O fracasso da proibição é admitido pela OMS, que recomenda que leis e políticas sobre o aborto devem proteger a saúde e direitos humanos das mulheres, e não criminalizá-las⁸. Da mesma forma se posiciona o Sistema Internacional de Direitos Humanos. As Nações Unidas recomendam aos Estados que assumam o aborto como questão de saúde pública¹⁵. Para seu Comitê de Direitos Humanos, negar acesso ao aborto não criminoso constitui violação dos direitos humanos mais básicos da mulher.

As evidências deveriam ser suficientes para alertar a sociedade brasileira sobre a urgente necessidade de reforma na arcaica legislação sobre o aborto. Mas não é o que ocorre. O parlamento brasileiro acumula mais projetos de lei que buscam restringir ainda mais o aborto do que iniciativas em contrário. Cabe refletir sobre eventos recentes. Em março de 2024, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução CFM 2.378/202416

proibindo o aborto por assistolia fetal em casos de gestação decorrente de crime sexual com mais de 22 semanas, o que inviabilizaria o atendimento. A exposição de motivos usou argumentos como a “inviabilidade da vida desde a concepção”, os “direitos do nascituro”, e que “o conceito de vida humana é objetivamente estabelecido por meio da embriologia”. Classificou a assistolia fetal como ato “profundamente antiético” e “irresponsável”, com “taxas mais altas de complicações maternas graves”.

Os argumentos do CFM baseados na interpretação das leis são frágeis e insustentáveis. No campo bioético e técnico, foram contestados e desmontados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)¹⁷, entre outras instituições. Mas cabe destaque ao CFM recorrer ao Pacto de São José da Costa Rica¹⁸. De fato, o artigo 4º afirma que toda pessoa tem direito à vida e que “esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção”. Como o Brasil é signatário do documento, o CFM entende o artigo como direito absoluto do feto. Mas não é verdade. A própria Corte Interamericana de Direitos Humanos esclarece que o artigo 4º visa proteger a gestante, e não para obstaculizar o aborto¹⁹. No mesmo sentido, a Corte Europeia de Direitos Humanos declara que o feto não goza de direito absoluto à vida: “a necessária ponderação de bens, a envolver a colisão entre os direitos da mulher e os direitos de uma vida em potencial (direitos do feto), deve guiar-se pelo princípio da proporcionalidade, em sua tripla dimensão – adequação, necessidade e proporcionalidade estrita”.

De qualquer forma, restringir o acesso ao aborto legal em virtude de idade gestacional não tem fundamento no ordenamento jurídico brasileiro. O conceito jurídico-penal do aborto é claro e considera qualquer ato intencional que busque dolosamente a perda fetal, independentemente da idade gestacional²⁰. Mas não é só. A OMS desaconselha leis e regulamentações que limitem o aborto com base na idade gestacional, recomendando protocolos para casos com mais de 22 semanas que incluem a assistolia fetal²¹. A mesma conduta é preconizada pela FIGO²².

Por outro lado, existe o conceito clínico do aborto que se orienta na expectativa ou não de viabilidade fetal em função de seu desenvolvimento, algo em torno de 22 semanas. Esse parâmetro se destina a diferenciar o aborto de outros eventos obstétricos e orientar condutas assistenciais para cada idade gestacional^{8,21}. Os conceitos jurídico e clínico não são excludentes e tem propósitos diversos. Entretanto, frequentemente são confundidos e influenciam posicionamentos de parte dos profissionais da saúde e de suas representações de classe.

A resolução do CFM terminou com efeitos suspensos pelo STF por medida cautelar solicitada na ADPF 1141²³ e, até julho de 2024, aguardava julgamento. A resposta da bancada conservadora e religiosa do parlamento brasileiro foi imediata. O Deputado Federal Sóstenes Cavalcante apresentou o Projeto de Lei (PL) 1904/2024, firmado por 32 parlamentares²⁴. O pedido de urgência foi acatado pela Mesa da Câmara dos Deputados e aprovado, simbolicamente, para o PL 1904 ser votado em plenário.

O PL 1904 pretende alterar o Código Penal equiparando as penas para o crime de aborto, previstas nos

artigos 124 a 126, às penas do homicídio simples quando realizado após 22 semanas de gestação. Também alteraria o artigo 128, terminando com o permissivo legal para o aborto em casos de violência sexual após a 22ª semana de gestação²⁴. A prisão da mulher passaria de um a três anos para seis a vinte anos. Nos casos de aborto em razão de violência sexual, mulheres e meninas terminariam penalizadas mais duramente do que o próprio agressor sexual, que tem pena entre seis e dez anos de reclusão⁵. Em parte, as justificativas do PL 1904 retomam alguns argumentos da resolução CFM 2.378, mas são tão mais dúbia e inconsistentes que sequer merecem análise.

Embora o PL 1904 e a resolução CFM importem para todas as mulheres, cabe cuidadosa discussão sobre quem são as mais prejudicadas. O Brasil tem indicadores alarmantes e crescentes de violência sexual contra a mulher²⁵. Segundo o Anuário de Segurança Pública²⁶, em 2022 o país registrou 74.930 casos de estupro e estupro de vulnerável, 61,4% contra meninas com menos de 14 anos de idade, 56,8% delas negras. Agressores conhecidos são 82,7% dos casos, com ocorrências na residência em 63,3%. Entretanto, essas informações são apenas das ocorrências comunicadas, estimando-se que 90% dos casos não cheguem ao conhecimento dos órgãos de segurança pública²⁷.

Esses indicadores merecem aprofundamento. Segundo estudo de Blake *et al.*²⁸, em nosso meio, 6% das mulheres recorrem o aborto legal após 22 semanas quando a situação envolve violência sexual. São mulheres significativamente mais jovens, violentadas por agressores aparentados. Outro estudo brasileiro, de Bessa *et al.*²⁹, tem fortes evidências de que a chegada tardia se associa com o crime de incesto praticado no espaço doméstico. Nesses casos, 21,8% das meninas recorrem ao aborto legal após 22 semanas de gestação, representando 93,7% das recusas do procedimento. Na tese de Santana³⁰, 13,6% das mulheres com deficiência intelectual grávidas por estupro buscam o aborto legal após 22 semanas. Quase 45% são negras, 75% têm pouca ou nenhuma escolaridade, e 45% são violentadas repetidamente por aparentados.

Em todos esses casos, chegar tardeamente aos serviços de saúde não se trata de escolha. Meninas podem demorar mais para perceber a gestação do que mulheres adultas. Nas deficientes intelectuais, o diagnóstico pode depender do cuidador identificar o atraso menstrual ou outro sinal da inesperada gestação. Meninas têm menos recursos internos e menor apoio para revelar a violência sexual, assim como menor autonomia para recorrer aos serviços de saúde. Sobretudo, terminam encerraladas pela proximidade com o perpetrador, postergando a revelação da violência sexual e a tomada das medidas cabíveis^{28,29}. Não resta dúvida. Meninas em extrema vulnerabilidade seriam as principais vítimas das atrocidades do PL 1904.

■ REFERÊNCIAS

1. Drezett J. Editorial. Reproducao & Climaterio [Internet]. 2014 [cited 2024 Aug 25];3(29):85–7. Available from: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-1bd90f48-fdd1-3015-9ec2-54a804a27df0>
2. The World's Abortion Laws [Internet]. Center for Reproductive Rights. 2022 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
3. Owens DC, de Londras F, Gutierrez-Romine A, Schoen J, Tillet S, Wulf K, Roe V, Wade: Fifty Years After

As manifestações de repúdio ganharam força em âmbito nacional. A Ordem dos Advogados do Brasil tratou a iniciativa como inconstitucional, inconvencional e ilegal. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia solicitou sua retirada de pauta do legislativo. Milhares de mulheres foram às ruas das grandes cidades convocadas e apoiadas por entidades civis organizadas. Enquete da Câmara dos Deputados aberta para a população registrou 90% de total desaprovação ao PL 1904. Da pretensa intenção de ser um PL Antiaborto, o PL 1904 terminou conhecido como o misógino PL do Estupro.

Os efeitos apareceram. O presidente do CFM, José Hiran Gallo, que defendeu “limites para a autonomia da mulher” quando se trata do aborto, passou a declarar que a entidade é “aliada” da população feminina e que não tem qualquer relação com o PL 1904. Não faltou parlamentar que retirasse sua assinatura do PL, alegando não estar ciente do seu inteiro teor. Pressionados pela opinião pública e de seus eleitores, recuaram com o PL 1904. Mas ficou exposta a ferida do aborto como disputa e moeda de troca política. Se por um lado a sociedade brasileira progressista mostrou maturidade e venceu uma batalha, por outro é preciso ficar claro que em nada avançamos. Apenas impediu-se um retrocesso. Novas investidas contra os direitos humanos das mulheres certamente virão. Caberá ao Estado decidir se continuará se comportando como se fosse a confusa e hesitante Alice.

Por fim, dar visibilidade aos processos de saúde pública é parte integrante do periódico Journal of Human Growth and Development (JHGD). Nos artigos listados neste fascículo (35.1)³¹⁻⁴⁵ observa-se a plenitude do periódico e sua interface com a saúde pública, como veículo de divulgação do campo multidisciplinar e amplo, com várias áreas de atuação que visam melhorar a saúde e bem-estar da população de forma coletiva.

Além de temas como aborto legal^{35,36} e aspectos nutricionais^{35,37,38,39,45}, há produções na área de vigilância em saúde^{40,41,42} no amplo espectro^{40,41}, saúde da mulher^{31,32}, criança e adolescente^{37,43}, saúde mental, saúde do trabalhador, política de saúde e gestão, educação em saúde, promoção da saúde e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)^{39,42,43,44}.

Esses são apenas alguns exemplos das várias áreas de atuação da saúde pública³¹⁻⁴⁵. Em cada uma delas³¹⁻⁴⁵, os profissionais de saúde pública trabalham com políticas públicas, programas de prevenção, promoção de saúde e vigilância para melhorar a qualidade de vida e combater desigualdades sociais relacionadas à saúde e o JHGD serve como veículo de difusão deste conhecimento produzido nos diversos locais no Brasil e no mundo.

- [Internet]. University of Georgia Press; 2024. 241 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=YAgVEQAAQBAJ>
4. Ziegler M. The end of Roe v. Wade. *Am J Bioeth* [Internet]. 2022 Aug;22(8):16–21. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2022.2075962?casa_token=XmPxve5ShrAAAAA:DW1LbFmW_S6yhL6HkU5JLP9vmFkc_Ymivwrj3Uzo9SutvK2-whxui4JR6WqgcoRByZNW67XHCr0Ts7-J
 5. Masson C. Código Penal Comentado [Internet]. 7th ed. Método; 19 fevereiro 2019 [cited 2024 Aug 25].
 6. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Brasília; 12 de abril de 2012. Available from: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878#:~:text=STF%20conclui%20o%20julgamento%20da,direito%20de%20interromper%20a%20gravidez>
 7. Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide [Internet]. Guttmacher Institute. 2020 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>
 8. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2th ed. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?sequence=1
 9. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Apr;103(4):729–37. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/FullText/2004/04000/Risk_Factors_for_Legal_Induced_Abortion_Related.20.aspx
 10. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 Jun;28(6):1601–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/>
 11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório especial 2023. 25 anos desenvolvimento humano no Brasil: construir caminhos, pactuando novos horizontes. Brasília, DF. UNPD. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/relatorio-especial-2023-25-anos-desenvolvimento-humano-no-brasil-anexo-estatistico>
 12. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório situação da população mundial 2022. Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. [Internet]. UNFPA Brasil. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022>
 13. Levy G. Abortion Rates: Where and Why They're Falling [Internet]. U.S. News & World Report. 2018 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.usnews.com/news/data-mine/articles/2018-03-21/abortion-rates-where-and-why-theyre-falling>.
 14. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion--lessons from Romania. *Am J Public Health* [Internet]. 1992 Oct;82(10):1328–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.82.10.1328>.
 15. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. CEDAW general recommendation no. 24: Article 12 of the convention (women and health) [Internet]. Refworld. Refworld - UNHCR's Global Law and Policy Database; 2023 [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.refworld.org/legal/general/cedaw/1999/en/11953>
 16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.378/2024. Regulamenta o ato médico de assistolia fetal, para interrupção da gravidez, nos casos de aborto previsto em lei oriundos de estupro. Diário Oficial da União; 64(1):92. Available from: <Resolucao-cfm-2378-2024-03-21.pdf> (abmes.org.br)
 17. FIGO position statement on the recent prohibition of induction of fetal asystole for legal abortions in Brazil [Internet]. Figo. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.figo.org/figo-position-statement-recent-prohibition-induction-fetal-asystole-legal-abortions-brazil>
 18. Brasil. Decreto Nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1992. Available from: <D678> (planalto.gov.br)
 19. Brena Sesma I. Interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre la Protección de los Derechos Humanos, sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica. *Cuest Const Rev Mex Derecho Const* [Internet]. 2014 Jan 1; Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-

91932014000200001&lng=es&nrm=iso

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: Perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2a. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. Available from: https://www.tjac.jus.br/wp-content/uploads/2015/05/Cartilha_Perguntas_e_Respostas_para_Profissionais_da_Saude_do_Ministerio_da_Saude.pdf
21. World Health Organization. WHO. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35344310>
22. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Misoprostol only dosing chart (for use only when mifepristone is not available). Recommended regimens 2023. Available from: <https://www.igo.org/sites/default/files/2023-11/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL.pdf>
23. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 1141. Autorização para Interrupção de Gravidez (Aborto), Controle de Constitucionalidade. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/2494929019/inteiro-teor-2494929022>
24. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei N° 1904/2024. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493&fichaAmigavel=nao>
25. MFG Monteiro, JAF Romio, J Drezett. Is there race/color differential on femicide in Brazil?: The inequality of mortality rates for violent causes among white and black women. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2021 Aug 3;31(2):358–66. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822021000200018&script=sci_arttext
26. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023. 2023 [cited 2024 Aug 28]; Available from: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/6b3e3a1b-3bd2-40f7-b280-7419c8eb3b39>
27. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília: IPEA; 2014. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/75/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-dasaude>
28. Blake M, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo R, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med* [Internet]. 2015 Mar 1;8. Available from: <http://dx.doi.org/>
29. Bessa MMM, Drezett J, Adami F, Araújo SDT de, Bezerra IMP, Abreu LC de. Characterization of adolescent pregnancy and legal abortion in situations involving incest or sexual violence by an unknown aggressor. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 Aug 13;55(8):474. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412605/>
30. Santana WA. Aspectos associados a gestações decorrentes de violência sexual entre mulheres e adolescentes vulneráveis pela deficiência intelectual [tese]. Santo André: Centro Universitário Saude ABC; 2019. Available from: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7935730
31. Pimentel RMM, Júnior HM, Souza e Silva R, Andreoni S, Drezett J. The influence of religion on the refusal of legal abortion among brazilian women with pregnancy resulting from sexual violence. *J Hum Growth Dev*. 2025; 35(1):13-24. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17293>
32. Santana WA, Feitosa WMN, Pimentel RMM, Farah BQ, Hodroj FCSA, Barbosa CP, Drezett J. Legal abortion in situations of pregnancy resulting from sexual violence in women and adolescents with intellectual disabilities. *J Hum Growth Dev*. 2025; 35(1):25-35. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.16783>
33. Maselli-Schoueri JH, Carvalho LEW, Roediger MA, Fonseca FLA, Sousa LVA, Paiva LS. Income gaps, doctors, and ncd burden: correlating mortality, hospitalizations, and costs in brazil. *J Hum Growth Dev*. 2025; 35(1):36-45. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17288>
34. Santos EVL, Barreto YE, Campos MF, Bortolin da Silva VE, Souza OF, Abreu LC. Temporal trend of the mortality coefficient and proportional mortality due to stroke in the populations of the states of rio grande do norte and paraíba, in northeastern brazil. *J Hum Growth Dev*. 2025; 35(1):46-55. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17294>
35. Pestana ABC, Vieira TS, Tosta BFCB, Roni GM, Santos GL, Moratti EN, Sartorio CL, Neto LCBS, Ferro PL, Raimundo RD, Moreno IAA, Olinda AS, Silva AMA, Abreu LC. Relationship between chronic stress,

nutritional status, neutrophil-lymphocyte ratio, and heart rate variability among active military police officers in a metropolitan region. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):56-67. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.16614>

36. Quintino FF, Reis CLB, Ferreira FF, Matsumoto MAN, Stuani MBS, Romano FL, Pinheiro LHM, Fonseca BA, Antunes LS, Antunes LAA, Küchler EC, Oliveira DSB. Dental age assessment in children and teenagers with different craniofacial skeletal patterns. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):68-75. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.15505>
37. Soares LVO, Salaroli LB, Rosario TC, Pierote MR, Fukuda RP, Silva GG, Prado CB, Podestá OG, Viana KCG, Rocha RM, Lenzi J, Podestá JRV, Souza ED, Haraguchi FK, Petarli GB, Soares FLP. Nutritional risk and associated factors in patients with head and neck cancer in a referral hospital in Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):76-85. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17247>
38. Matalani CFA, Uyeda GL, Melo DMD, Silva IMI, Tannuri ACA. Sigmoid volvulus as a complication of imperforate anus: a case report. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):86-90. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17290>
39. Lisboa NAS, Pezzin IM, Soares LBP, Mawandji NBS, Haraguchi FK, Romero WG, Fiorin BH, Bolsoni-Lopes A. Assessing Short-Term Quality of Life Changes After Bariatric Surgery: A Longitudinal Study. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):91-100. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17287>
40. Ferreira BM, Souza MAB, Avellar MCF, Rodrigues e Mello MA, Rocha FLRMM, Dias LN, Ponte PFA, Tannuri ACA. Pancreatic Diversions in Pediatric Patients: a case series. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):101-110. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17289>
41. Pessanha RM, Grippa WR, Neto LCBS, Dell'Antonio LS, Dell'Antonio CSS, Lopes-Júnior LC. Trends of incompleteness of epidemiological variables in hospital cancer registries of women with malignant breast neoplasia in espírito santo, brazil. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):111-123. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.15861>
42. Oliveira FS, Morais MJD, Souza CS, Pérez-Riera AR, Abreu LC. Biomarkers hematological in detection of inflammation with illness renal chronic in hemodialysis: one analysis evaluation. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):124-134. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.16080>
43. Sousa DF, Sepúlveda JJR, Klipper LPS, Salaroli LB. Cognitive, metabolic and cardiovascular effects of probiotics use among older adults: an umbrella review with meta-analysis and evidence mapping. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):135-157. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17286>
44. Pérez Riera AR, Barros RB, Souza DHK, Raimundo RD, Sclarovsky S, Nikus K. Accelerated idioventricular rhythm in the adult: an update. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):158-165. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17291>
45. Monfort- Pañego M, Miñana-Signes V, Noll M. Back Health in Health Education: reflections on Musculoskeletal Fitness. *J Hum Growth Dev.* 2025; 35(1):166-172. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v35.17301>

Abstract

In recent decades, many countries have reformed their laws that criminalized abortion. They abandoned their confrontation from a moral or religious perspective, assuming it as a matter of public health and women's human rights. The decision is based, above all, on the evidence that the prohibition of abortion does not reduce its practice, but determines the search for clandestine and unsafe procedures, responsible for 39,000 preventable deaths of women each year. Brazil has maintained the criminalization of abortion unchanged since 1940 in the Penal Code, with only two legal permissions: when there is a risk of death for the pregnant woman, or when the pregnancy results from a sexual crime. In 2012, the Federal Supreme Court ruled that abortion in cases of anencephaly was not criminal. However, these permissives repeatedly suffer conservative and fundamentalist attacks, which seek greater restrictions or prohibition. The recent resolution CFM 2,378/2024, from the Federal Council of Medicine, prohibited doctors from performing abortions through fetal asystole after the 22nd week in pregnancies resulting from sexual violence. Almost at the same time, Bill 1904/2024 was presented in parliament, with a similar proposal, but significantly increasing the penalties for women who had an abortion after the 22nd week, greater than those foreseen for sexual offenders. This editorial analyzes Brazil's position on the international scene, the arguments behind these restrictive initiatives, and the most vulnerable women who would potentially be affected.

Keywords : legal abortion, induced abortion, violence against women, violation of human rights, sexual crimes.

©The authors (2025), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.