



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
GOIÁS ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E
COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO ARTIGO CIENTÍFICO

A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA
E NA JUSTIÇA SOCIAL À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO

ORIENTANDO (A): LORRANE KETONNY MARTINS MOREIRA
ORIENTADOR (A): PROF.: MIRIAM MOEMA DE C E S M M RORIZ

GOIÂNIA-GO

2026

LORRANE KETONNY MARTINS MOREIRA

**A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA
E NA JUSTIÇA SOCIAL À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO**

Artigo Científico apresentado à
disciplina Trabalho de Curso I, da Escola
de Direito , Negócios e Comunicação da
Pontifícia Universidade Católica de
Goiás(PUCGOIÁS).

Prof. (a) Orientador (a) - Miriam Moema de C
E S M M Roriz

GOIÂNIA-GO

2026

LORRANE KETONNY MARTINS MOREIRA

**A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA
E NA JUSTIÇA SOCIAL À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO**

Data da Defesa: de de

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a): Prof. (a): Miriam Moema de C E S M M Roriz. Nota

Examinador (a) Convidado (a): Prof. (a): Titulação e Nome Completo

SUMÁRIO

RESUMO:	5
INTRODUÇÃO	7
1 O ABORTO NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E IMPLICAÇÕES	8
1.1 ABORTO E SUAS CLASSIFICAÇÕES: UMA ANÁLISE CONCEITUAL	9
1.1.1. O aborto no código penal brasileiro: tipificação e exceções legais	9
1.1.1.1 O cenário real do aborto no brasil: dimensão, perfil social e consequências da criminalização.....	10
2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS E SOCIAIS PARA A LEGALIZAÇÃO	11
2.1 A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO COMO QUESTÃO DE DIREITOS HUMANOS E AUTONOMIA DA MULHER.....	14
2.1.1 O princípio da dignidade da pessoa humana e a liberdade de escolha.....	16
2.1.1.1. A criminalização como fator de aprofundamento das desigualdades sociais.....	18
2.2. A influência da religião no debate público e a defesa do Estado laico	19
3. REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO COMO POLÍTICA PÚBLICA	22
3.1 PROPOSTAS DE REGULAMENTAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DE OUTROS PAÍSES	24
3.1.1 O papel do sistema público de saúde na garantia do acesso seguro.....	26
3.1.1.1 Políticas de educação sexual e acesso à contracepção como medidas complementares	28
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32

**A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA E
NA JUSTIÇA SOCIAL À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO**

Lorrane Ketonny Martins Moreira

RESUMO:

O presente artigo científico analisou a criminalização do aborto no Brasil e seus impactos na saúde pública e na justiça social, com foco na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442. O objetivo consistiu em investigar a ineficácia do modelo proibicionista e sustentar a necessidade de transição para um paradigma de cuidado e autonomia reprodutiva. Utilizou-se o método de abordagem dedutivo, com procedimentos de análise bibliográfica e documental de dados epidemiológicos e decisões do Supremo Tribunal Federal. Os resultados demonstraram que a legislação penal de 1940 falhou em inibir a prática, resultando em aproximadamente 800 mil abortos clandestinos anuais e no agravamento da mortalidade materna, atingindo desproporcionalmente mulheres negras e pobres. Verificou-se que a criminalização violou preceitos fundamentais como a dignidade da pessoa humana e a laicidade do Estado ao impor dogmas religiosos sobre a liberdade individual. Concluiu-se que a descriminalização até a 12ª semana, aliada a políticas de educação sexual e acesso à contracepção, apresentou-se como o mecanismo mais eficaz para a redução de danos e a garantia da justiça social.

Palavras-chave: Aborto; ADPF 442; Dignidade da Pessoa Humana; Saúde Pública; Estado Laico.

**THE CRIMINALIZATION OF ABORTION IN BRAZIL:
A CRITICAL ANALYSIS OF THE IMPACTS ON PUBLIC HEALTH
AND SOCIAL JUSTICE IN LIGHT OF THE LEGAL SYSTEM**

ABSTRACT :

This scientific article analyzed the criminalization of abortion in Brazil and its impacts on public health and social justice, focusing on the Allegation of Disobedience of a Fundamental Precept (ADPF) 442. The objective consisted of investigating the ineffectiveness of the prohibitionist model and supporting the necessity of transitioning to a paradigm of care and reproductive autonomy. The deductive approach method was used, with procedures for bibliographic and documentary analysis of epidemiological data and decisions from the Supreme Federal Court. The results demonstrated that the 1940 penal legislation failed to inhibit the practice, resulting in approximately 800,000 clandestine abortions annually and the worsening of maternal mortality, disproportionately affecting Black and poor women. It was verified that criminalization violated fundamental precepts such as the dignity of the human person and State secularism by imposing religious dogmas over individual freedom. It was concluded that decriminalization up to the 12th week, combined with sexual education policies and access to contraception, presented itself as the most effective mechanism for harm reduction and the guarantee of social justice.

Keywords: Abortion; ADPF 442; Dignity of the Human Person; Public Health; State Secularism.

INTRODUÇÃO

O presente artigo científico analisa a criminalização do aborto no Brasil sob a ótica dos impactos na saúde pública e na justiça social, tendo como eixo central o debate constitucional travado na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442. O objetivo deste trabalho consiste em investigar a ineficácia do modelo proibicionista vigente e sustentar a necessidade de transição para um paradigma estatal focado no cuidado e na autonomia reprodutiva da mulher.

O problema que motiva esta investigação reside no profundo paradoxo entre a norma penal e a realidade social brasileira: embora o Código Penal de 1940 criminalize a prática, estima-se a ocorrência de aproximadamente 800 mil abortos clandestinos anuais no país. Essa clandestinidade gera uma crise humanitária na qual o aborto inseguro figura como uma das principais causas de mortalidade materna, vitimando desproporcionalmente mulheres jovens, negras e de baixa renda. Diante disso, questiona-se como o ordenamento jurídico pode conciliar a proteção da vida intrauterina com a garantia dos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana.

Este trabalho está estruturado em três seções principais, além desta introdução e das considerações finais. Na primeira seção, apresenta-se o cenário atual do aborto no Brasil, suas classificações conceituais e as consequências da criminalização seletiva. A segunda seção aborda os fundamentos jurídicos e sociais para a legalização, discutindo o princípio da dignidade da pessoa humana, o gradualismo jurídico e a laicidade do Estado. Por fim, a terceira seção examina as propostas de regulamentação do aborto como política pública, analisando experiências internacionais e o papel do sistema de saúde na garantia do acesso seguro e na promoção da educação sexual.

1 O ABORTO NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL E IMPLICAÇÕES

A discussão sobre o aborto é sensível e de extrema delicadeza, pois suscita convicções de ordem moral, ética, religiosa e jurídica.

O cenário atual do aborto no Brasil é marcado por um profundo paradoxo onde a criminalização falha em impedir a prática e, simultaneamente, transforma-a em uma crise humanitária e de saúde pública, gerando grande mobilização social e política. A legislação restritiva brasileira, que criminaliza o aborto na maioria dos casos, não se traduz em sua inibição estima-se, de acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) e dados foram apresentados em audiências no STF em 2018, que ocorram anualmente cerca de 800 mil de abortos induzidos clandestinos no país esse dado demonstra que a proibição legal não é um mecanismo eficaz de controle da prática.

A consequência direta da clandestinidade é o aborto inseguro, o qual se estabelece entre as cinco principais causas de morte materna no país, respondendo por cerca de 13% das mortes maternas, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde em 2008.

Entre 2010 e 2021, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 774 óbitos por aborto, sendo que a maioria das vítimas era jovem: 60% tinham menos de 30 anos. No período pandêmico (2020 a 2021), essa proporção se manteve alta, em 49%.

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde em 2023, cerca de 6,9 milhões de mulheres em todo o mundo sofrem anualmente complicações decorrentes de aborto. Essas complicações variam de leves (como sangramento) a graves (como sepse ou danos a órgãos internos), sendo que estas últimas estão frequentemente associadas a procedimentos inseguros.

A falta de condições sanitárias adequadas e de profissionais qualificados nos procedimentos ilegais resulta em complicações graves, como hemorragias e infecções, cerca de 250 mil mulheres à hospitalização no SUS, conforme dados do Ministério da Saúde.

O aborto no Brasil é tratado primariamente como um crime pelo Código Penal, com restritas exceções legais. Essa criminalização tem profundas implicações sociais e de saúde

pública, especialmente em relação à desigualdade e à mortalidade materna.

O Código Penal brasileiro, datado de 1940, criminaliza o aborto provocado pela gestante ou por terceiros. No entanto, o artigo 128 do Código tem uma decisão posterior do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2012 estabeleceram três exceções em que a interrupção da gravidez é permitida e não é punível pela lei, o chamado "aborto legal".

1.1 ABORTO E SUAS CLASSIFICAÇÕES: UMA ANÁLISE CONCEITUAL

O termo "aborto" refere-se à interrupção da gestação antes que o feto seja capaz de sobreviver fora do útero materno, sendo geralmente considerada antes das 20 a 22 semanas, conforme o consenso da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil. Nessa análise conceitual, distinguem-se várias classificações.

O Aborto Espontâneo é a interrupção natural da gestação, ocorrendo sem qualquer intervenção externa. Em contrapartida, o Aborto Induzido (Provocado) é a interrupção intencional da gravidez por meio de medicamentos ou procedimentos.

Dentro dessa categoria, o Aborto Legal (ou Permitido) refere-se ao procedimento induzido realizado nos casos expressamente não puníveis pela lei penal brasileira, conforme o Art. 128 do Código Penal, sendo o único amparado pelo direito. Já o Aborto Clandestino (ou Ilegal) é o aborto induzido realizado fora das permissões legais, frequentemente executado em condições de grave insegurança sanitária, o que o torna uma preocupação central de saúde pública, conforme atestam o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

1.1.1. O aborto no código penal brasileiro: tipificação e exceções legais

O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei n.º 2.848/40) tipifica o aborto como crime nos Artigos 124 a 126: o autoaborto (Art. 124) é punido com detenção de 1 a 3 anos; o aborto provocado por terceiro, se for consensual (Art. 126), tem pena de reclusão de 1 a 4 anos; e, se for sem o consentimento da gestante (Art. 125), a pena de reclusão varia de 3 a 10 anos.

Exceções Legais Atuais (Não Puníveis – Art. 128 do CP e ADPF 54). O sistema legal estabelece exceções de não punibilidade (o chamado aborto legal) que permitem a interrupção da gestação sem a necessidade de autorização judicial, em qualquer fase da gestação; Aborto Necessário (Terapêutico): Risco de morte para a gestante; Aborto Humanitário: Gravidez resultante de estupro (mediante consentimento da gestante ou representante legal); Anencefalia Fetal: Feto com malformação incompatível com a vida (Decisão do STF na ADPF 54/2012).

1.1.1.1 O cenário real do aborto no Brasil: dimensão, perfil social e consequências da criminalização

O cenário é marcado por uma grande disparidade entre a lei e a realidade social, sendo o aborto inseguro uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna no país.

Segundo a OMS estima-se que milhares de abortos induzidos ocorram anualmente, a criminalização impacta desproporcionalmente mulheres pobres, negras ou pardas e com baixa escolaridade, que recorrem a métodos clandestinos e inseguros, o aborto inseguro é a quinta maior causa de morte materna segundo a OMS 2020 e 2021 a maioria dos óbitos por aborto ocorreu entre mulheres negras (62%), sendo 52% pardas e 10% pretas. Contudo, os dados oficiais enfrentam desafios cruciais: o subdiagnóstico (registro com outra causa de morte) e a subnotificação (falta de notificação ao SIM), o que pode mascarar a dimensão real do problema.

Estudos realizados pela Associação Paulista de Medicina (APM) em 2023 analisaram a mortalidade materna relacionada ao aborto no Brasil, no período de 2010 a 2021. Essa análise é considerada crucial, principalmente ao se observar o comportamento da Razão de Mortalidade Materna (RMM) geral. O País enfrentou um aumento acentuado da RMM nos últimos anos, indicando um quadro de crise com base nos dados preliminares de 2021.

A RMM saltou de 57,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2019, para 74,7 em 2020 e atingiu um pico de 107,7 em 2021. Este crescimento drástico, embora em grande parte atribuído à pandemia de COVID-19, demonstra a vulnerabilidade do sistema de saúde e

reforça a urgência em tratar causas históricas de mortalidade, como as complicações do aborto inseguro.

O cenário legal vigente está sendo fortemente questionado por propostas no Congresso Nacional que visam restringir os direitos já estabelecidos, com ênfase na penalização de vítimas de estupro, sobretudo crianças e adolescentes.

Projeto de Lei (PL) 1.904/2024 (Em tramitação na Câmara) Equipara a pena por aborto realizado após a 22 semanas de gestação ao crime de homicídio simples (pena de 6 a 20 anos), mesmo nos casos de estupro. Criminaliza a vítima (incluindo crianças e adolescentes) que, por trauma ou demora no diagnóstico, busca o aborto legal tardiamente. A vítima passaria a ter pena maior que a do agressor (estupro tem pena de 6 a 10 anos).

Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 315/2024 (Aprovado na Câmara) Cancela a Resolução n.º 2/2024 do CONANDA, que estabelecia diretrizes protetivas e humanizadas para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual que buscam o aborto legal. A remoção das diretrizes aumenta a insegurança jurídica e institucional no atendimento às crianças vítimas de estupro, facilitando a negação indevida dos serviços de aborto legal pelo SUS, sob alegação de objeção de consciência ou falta de protocolo.

Essas propostas, especialmente o PL 1.904/2024, intensificam a seletividade punitiva do sistema penal. Em vez de focarem no agressor, elas transferem a maior punição para a vítima mais vulnerável (crianças e adolescentes abusadas), forçando-as a uma gestação de alto risco e a uma maternidade compulsória sob ameaça de prisão.

O cenário real é marcado por uma grande incidência de abortos clandestinos, resultando em severas consequências para a saúde e a vida das mulheres.

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS E SOCIAIS PARA A LEGALIZAÇÃO

A Tese da Autonomia Reprodutiva (ADPF 442): O fundamento central para a legalização hoje é o princípio da Dignidade da Pessoa Humana. A tese sustenta que a

criminalização precoce (até a 12ª semana) viola a liberdade, a fundamentação jurídica acerca da interrupção voluntária da gestação no Brasil atravessa um momento de profunda transição de paradigmas

O modelo vigente, estabelecido pelo Código Penal de 1940, baseia-se no sistema de excludentes de ilicitude (Art. 128), no qual o aborto é tipificado como crime, salvo nas hipóteses de estupro ou risco de vida à gestante rol este ampliado pelo Supremo Tribunal Federal na ADPF 54, que reconheceu a atipicidade da conduta em casos de anencefalia fetal.

Contudo, a emergência da ADPF 442 introduz uma mudança estrutural ao propor a tese da autonomia reprodutiva fundamentada no princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Sustenta-se que a criminalização no primeiro trimestre viola a liberdade e a autodeterminação da mulher, uma vez que o Estado não detém legitimidade para exigir o chamado "sacrifício heroico": a imposição de que a cidadã abdique de seu projeto de vida e saúde em prol de uma vida em formação que, naquele estágio, ainda carece de viabilidade extrauterina.

A tese central da ADPF 442 baseia-se no Princípio do Gradualismo, que sustenta que a proteção jurídica conferida ao feto deve ser incremental, aumentando de intensidade conforme o desenvolvimento biológico e a viabilidade extrauterina. Sob essa ótica, o Direito não deve tratar de forma idêntica um embrião nas primeiras semanas de gestação e um feto em estágio avançado de desenvolvimento.

Conforme argumenta Dworkin (2003), existe uma distinção ética e jurídica entre a "vida biológica" inicial e a "vida pessoal" dotada de senciência e viabilidade, o que permite ao legislador e às cortes constitucionais estabelecerem marcos temporais para a proteção de direitos em conflito.

O estabelecimento da 12ª semana como limite para a interrupção voluntária da gravidez não é arbitrário, mas fundamentado em critérios científicos e de Direito Comparado. Do ponto de vista biológico, até este marco, o sistema nervoso central do feto ainda não possui o desenvolvimento necessário para a percepção de dor ou consciência (senciência). Juridicamente, conforme o voto do Ministro Luís Roberto Barroso no HC 124.306/RJ (2016), as 12 semanas representam o "primeiro trimestre", período em que o impacto sobre a autonomia da mulher é máximo e a complexidade orgânica do feto é mínima, tornando a criminalização

uma medida desproporcional.

A adoção desse marco temporal alinha o Brasil às democracias mais consolidadas do mundo, que utilizam o critério do trimestre para equilibrar a liberdade reprodutiva e o interesse do Estado na proteção da vida em formação. Como aponta Sarmento (2016), o gradualismo impede que a proteção do feto se transforme em uma anulação absoluta dos direitos fundamentais da mulher.

Ao permitir a interrupção até a 12^a semana, o Estado reconhece a dignidade da gestante sem abrir mão de proteger o feto em estágios posteriores, momento em que o dever de proteção estatal se torna legitimamente mais robusto devido à maior proximidade com a vida independente.

A tese central da ADPF 442 não ignora a proteção à vida intrauterina, mas propõe a aplicação da Ponderação de Interesses sob a ótica do Gradualismo. Segundo essa vertente doutrinária, o valor jurídico da vida é incremental e aumenta conforme o desenvolvimento biológico do feto. Dessa forma, nas primeiras doze semanas, esse valor não seria absoluto a ponto de anular os direitos fundamentais da mulher, especialmente sua integridade psicossomática.

Este conceito reflete a compreensão de que a gestação impacta indissociavelmente o corpo e a saúde mental, e que a obrigatoriedade da manutenção de uma gravidez indesejada equivale a reduzir a mulher à condição de instrumento reprodutivo, destituindo-a de sua qualidade de sujeito de direitos.

Ademais, a análise jurídica deve ser acompanhada por uma leitura da sociologia do direito, que evidencia a inadequação da via penal e a seletividade do sistema punitivo. Dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) revelam que o perfil das mulheres que recorrem ao procedimento no Brasil é diverso, abrangendo majoritariamente jovens com filhos e professoras de fé cristã. Todavia, a proibição legal não atua como um desestímulo eficaz, mas sim como um marcador de classe e raça: a punição e a morte por complicações em métodos inseguros recaem, de forma desproporcional, sobre mulheres negras e pobres. Portanto, o debate proposto pela ADPF 442 expõe o esgotamento de um modelo penal repressivo que, além de ineficaz na redução dos índices de aborto, aprofunda desigualdades sociais e viola o dever

do Estado de garantir a segurança e a dignidade de todas as suas cidadãs sob a égide de um ordenamento democrático.

Mulheres com recursos financeiros realizam o procedimento de forma segura em clínicas particulares ou no exterior enquanto mulheres negras e de baixa renda recorrem a métodos precários, resultando em altas taxas de morbidade e mortalidade materna, a proibição violaria também o Princípio da Igualdade. O fundamento social aqui é a redução de danos. Países que legalizaram não viram um aumento explosivo no número de procedimentos a longo prazo, mas sim uma queda drástica na mortalidade materna e nos gastos públicos com internações por curetagens mal sucedidas.

A ADPF 442 sustenta que a fixação desse prazo é uma solução de proporcionalidade em sentido estrito. Se o Estado dispõe de meios menos gravosos para proteger a vida intrauterina como políticas de assistência social, distribuição de métodos contraceptivos e apoio à maternidade, a utilização da sanção penal antes da 12ª semana configura um excesso de intervenção. Assim, o gradualismo jurídico permite que o sistema constitucional tutele ambos os valores em jogo, garantindo que a proteção de um não signifique o sacrifício heroico e compulsório do outro.

2.1 A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO COMO QUESTÃO DE DIREITOS HUMANOS E AUTONOMIA DA MULHER

A autonomia da mulher constitui o cerne do direito de governar a própria existência, compreendendo a prerrogativa de tomar decisões fundamentais sobre o próprio corpo e o projeto de vida. No ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana é frontalmente violada quando o Estado impõe a obrigatoriedade de se levar adiante uma gestação indesejada, prática que a doutrina contemporânea identifica como uma forma de instrumentalização do corpo feminino para fins exclusivamente reprodutivos.

Ao priorizar a vida em potencial em detrimento da liberdade da gestante, o Estado retira dela a condição de sujeito de direitos, ignorando que a Constituição Federal e os tratados internacionais como as Convenções do Cairo e de Pequim garantem o planejamento familiar como um direito fundamental. Essa autonomia implica,

necessariamente, que a mulher detenha o poder de decidir soberanamente sobre a maternidade, sem interferências coercitivas do aparato penal.

Este entendimento encontra eco na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, notadamente no histórico julgamento do Habeas Corpus 124.306/RJ, no qual o Ministro Luís Roberto Barroso defendeu que a criminalização do aborto no primeiro trimestre viola a autonomia e a integridade física e psíquica da mulher, ferindo o princípio da proporcionalidade.

Sob esse prisma, a saúde pública, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), deve abranger a integridade mental e social, reconhecendo que uma gestação forçada atua como um catalisador de danos psicológicos profundos. É imperativo observar que a criminalização não cumpre o papel de desestímulo ao aborto, mas opera como um mecanismo de seletividade penal e social: enquanto mulheres com recursos financeiros acessam procedimentos seguros, mulheres pobres e vulnerabilizadas são empurradas para métodos insalubres. Portanto, a legalização transcende o debate moral, consolidando-se como uma questão de equidade e justiça social necessária para a proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade

Essa discussão ganha contornos definitivos no âmbito da ADPF 442, que sustenta que a criminalização do aborto no Brasil fere preceitos fundamentais. A ação, cuja relatoria foi da Ministra Rosa Weber, argumenta que manter a interrupção da gravidez no Código Penal viola a dignidade da pessoa humana, a igualdade de gênero e a liberdade individual, além de desrespeitar a laicidade do Estado ao pautar normas penais em dogmas religiosos.

O voto da Ministra Rosa Weber reafirmou que a autodeterminação da mulher é elemento estruturante da cidadania, defendendo que o Estado não pode converter o corpo feminino em um "útero a serviço da sociedade". Assim, a descriminalização apresenta-se como um imperativo de justiça reprodutiva, reconhecendo a mulher como sujeito pleno, capaz de exercer sua liberdade de escolha e autodeterminação dentro de um sistema democrático que deve prezar, acima de tudo, pela dignidade e pela integridade de seus cidadãos.

2.1.1 O princípio da dignidade da pessoa humana e a liberdade de escolha

O esteio constitucional da ADPF 442 reside na premissa de que a Dignidade da Pessoa Humana, prevista no Artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, é o valor supremo que deve orientar a interpretação de todo o ordenamento jurídico, inclusive das normas penais. No contexto da autonomia reprodutiva, esse princípio se desdobra na vedação à instrumentalização da mulher.

Fundamentando-se que o ser humano deve ser sempre um fim em si mesmo, argumenta-se que a criminalização do aborto nas primeiras 12 semanas viola a dignidade ao reduzir o corpo feminino a um mero instrumento biológico de procriação, ignorando a subjetividade, os desejos e os projetos de vida da gestante.

A conclusão lógica do princípio da dignidade é a proibição de que o Estado trate a mulher como um mero "instrumento reprodutivo". Ao impor a continuidade de uma gestação indesejada por meio da ameaça de prisão, o Estado desloca a mulher da posição de sujeito de direitos para a de objeto de política demográfica ou moral. Portanto, a liberdade de escolha não é apenas um "direito a decidir", mas uma barreira de proteção contra o arbítrio estatal sobre a vida privada.

A liberdade de escolha, nesse cenário, apresenta-se como o exercício prático da dignidade. Sem a possibilidade de decidir sobre a manutenção ou interrupção de uma gestação indesejada, a autodeterminação individual é anulada pelo Estado. O direito de escolha não é um privilégio isolado, mas uma condição essencial de cidadania que garante à mulher o domínio sobre seu espaço privado e corporal.

Quando o Poder Público retira esse poder de decisão, ele incorre em uma dupla violação: fere a integridade psíquica da mulher, ao impor um sofrimento emocional compulsório, e desrespeita o pluralismo democrático, ao elevar preceitos morais ou religiosos acima da autonomia individual laica.

No início da gestação, a dignidade e a autonomia da mulher devem ter precedência, pois ela é uma pessoa plena, com relações sociais, consciência e direitos estabelecidos. O

Estado deve proteger a vida intrauterina, mas deve fazê-lo através de políticas de acolhimento e educação, e não pela via "máxima" do Direito Penal, que se mostra desproporcional ao anular completamente a dignidade da gestante.

O raciocínio se completa com a aplicação do Princípio da Proporcionalidade e a teoria do Gradualismo. Sustenta-se que a proteção jurídica à vida é um processo incremental, de modo que, no estágio inicial da gestação (até a 12ª semana), os direitos fundamentais da mulher à liberdade e à integridade psicossomática devem ter precedência sobre a expectativa de vida intrauterina, que ainda carece de viabilidade extrauterina. Portanto, a dignidade da pessoa humana exige que o Estado proteja a vida em formação por meio de políticas de acolhimento e educação, e não através da "ultima ratio" do Direito Penal, que se mostra desproporcional ao anular a dignidade de sujeitos plenos em favor de uma proteção absoluta e precoce do feto.

A Mulher como Sujeito, não Instrumento, o pensamento de Immanuel Kant, base filosófica da dignidade sustenta que o ser humano deve ser sempre um fim em si mesmo, nunca um meio. A criminalização do aborto até a 12ª semana violaria essa máxima ao instrumentalizar o corpo feminino, obrigando a mulher a servir como um receptáculo biológico para a vida em formação, ignorando sua vontade e seus projetos de vida.

Autonomia e Liberdade de Escolha, a liberdade de escolha é o exercício prático da dignidade. Sem a possibilidade de decidir sobre a manutenção ou não de uma gestação, a autodeterminação individual é anulada. Argumenta-se que a dignidade da mulher pressupõe que ela tenha o domínio sobre seu espaço privado e corporal, o que inclui o planejamento familiar e a decisão sobre a maternidade.

“A dignidade da pessoa humana projeta-se na proteção da autonomia individual, que abrange a liberdade de fazer escolhas fundamentais sobre o próprio corpo e o projeto de vida.” (Argumento central da ADPF 442).”

A dignidade humana exige o respeito à integridade psicossomática. A liberdade de escolha é o que garante que a mulher não seja submetida a traumas psíquicos e riscos físicos decorrentes de uma maternidade forçada. Sem o direito de dizer "não" a um processo biológico invasivo, a integridade da pessoa é fragmentada, tornando a dignidade um conceito meramente

retórico e desprovido de eficácia prática.

2.1.1.1. A criminalização como fator de aprofundamento das desigualdades sociais

A criminalização do aborto no Brasil atua como um vetor de perpetuação da desigualdade estrutural, estabelecendo o que a doutrina denomina de seletividade penal. Enquanto mulheres de estratos socioeconômicos elevados acessam procedimentos seguros em clínicas particulares operando em uma espécie de "descriminalização administrativa" via poder aquisitivo, as mulheres periféricas são empurradas para métodos rudimentares e perigosos. Conforme assevera Diniz (2014), a proibição legal não cumpre a função de impedir a prática, mas sim de selecionar quais mulheres serão submetidas ao risco de morte ou à segregação carcerária, evidenciando que o Estado falha em sua promessa de proteção igualitária.

Sob uma perspectiva interseccional, observa-se que o impacto do proibicionismo recai com maior severidade sobre a população negra e indígena. A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) revela que, embora o aborto seja uma experiência comum a mulheres de todas as classes e religiões, as complicações decorrentes da clandestinidade atingem majoritariamente as mulheres negras, que apresentam taxas de mortalidade e morbidade materna significativamente superiores (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Essa disparidade demonstra que o Direito Penal, ao tratar o aborto como crime, acaba por cancelar uma hierarquia racial e social, onde o direito à integridade física torna-se um privilégio de classe e não um direito fundamental universal (PIOVESAN, 2021).

Além do risco clínico, a criminalização aprofunda a vulnerabilidade econômica ao gerar o "custo da clandestinidade". Mulheres pobres muitas vezes comprometem o sustento familiar para custear procedimentos inseguros ou medicamentos no mercado informal, exacerbando ciclos de pobreza. Segundo Barroso (2016), a resposta penal é desproporcional e ineficiente, pois retira recursos da saúde pública que gasta milhões no tratamento de sequelas de abortos mal executados e os redireciona para um sistema repressivo que não soluciona as causas da gestação indesejada, como a falta de educação sexual e o acesso precário a métodos contraceptivos eficazes.

O estigma derivado da ameaça penal funciona como uma barreira de acesso ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS). O receio da denúncia policial por profissionais de saúde faz com que mulheres em situações de emergência pós-aborto retardem a busca por auxílio médico, agravando quadros de infecção e hemorragia. Como aponta Sarmento (2016), essa configuração viola o princípio do "Mínimo Existencial", pois o Estado nega o acolhimento àquelas que mais necessitam, transformando o hospital em um espaço de vigilância e punição, o que rompe definitivamente com o dever constitucional de garantir a dignidade da pessoa humana sem discriminação de qualquer natureza.

2.2. A influência da religião no debate público e a defesa do Estado laico

A influência religiosa no debate sobre a interrupção da gestação frequentemente transpõe a barreira da moralidade individual para a coercitividade do Direito Penal. Todavia, em um Estado Laico, a tipificação de condutas como crime deve basear-se na lesividade a bens jurídicos fundamentais de terceiros, e não na conformidade com preceitos confessionais. Como aponta Barroso (2012), a democracia exige que as leis sejam justificadas por argumentos que todos os cidadãos crentes ou não possam compreender e aceitar como razoáveis. Quando o Estado criminaliza o aborto baseando-se unicamente no dogma da "sacralidade da vida desde a concepção", ele falha em oferecer uma justificativa secular válida, violando a liberdade de consciência das mulheres que orientam suas vidas por outras premissas éticas ou científicas.

A influência da religião no debate político brasileiro sobre a descriminalização do aborto manifesta-se por meio de uma complexa estrutura de poder que transcende a esfera da fé individual e penetra nos mecanismos de decisão do Estado. No Poder Legislativo, a atuação de frentes parlamentares confessionais comumente designadas como "Bancada da Bíblia" exerce um papel de veto sobre qualquer avanço nos direitos reprodutivos, utilizando a moralidade religiosa como critério de validade para políticas públicas. Segundo Sarmento (2016), essa dinâmica cria um cenário de "moralismo legal", no qual o Direito Penal é instrumentalizado para impor comportamentos que são considerados pecados por grupos majoritários, transformando dogmas teológicos em normas jurídicas de observância obrigatória para toda a sociedade, independentemente da crença individual de cada cidadã.

Essa tensão reflete o que a Criminologia Crítica identifica como a utilização do sistema penal para a imposição de uma hegemonia moral. Conforme leciona Sarmiento (2016), o papel do Estado não é promover a "salvação das almas" ou garantir a observância de pecados, mas assegurar a coexistência pacífica e o respeito aos direitos fundamentais. A laicidade, portanto, funciona como um "filtro constitucional": ela permite que a religião participe do debate público como força social, mas proíbe que seus dogmas sejam convertidos em comandos legais obrigatórios para toda a coletividade. A autonomia reprovada pela religião pode ser, e muitas vezes é, um direito assegurado pela Constituição.

No campo do discurso público, a religião pauta a terminologia do debate ao deslocar a questão do âmbito da saúde e da autonomia para o campo da "guerra cultural". Ao rotular a defesa da descriminalização como uma afronta à "sacralidade da vida", grupos religiosos mobilizam o eleitorado e pressionam representantes políticos a adotarem posturas proibicionistas sob pena de perda de apoio nas bases eclesiais. Essa pressão gera o que a doutrina identifica como um "cálculo político" que inibe o avanço de pautas fundamentadas em evidências científicas e direitos humanos. Como destaca Barroso (2012), a democracia não deve ser confundida com a ditadura da maioria; em um Estado Laico, o argumento religioso, embora legítimo no foro íntimo, carece de "razão pública" para fundamentar a restrição de liberdades fundamentais de terceiros em uma sociedade pluralista.

Além disso, a defesa da laicidade na ADPF 442 destaca que a imposição de visões religiosas através da lei penal gera uma desigualdade desproporcional. Enquanto as instituições religiosas gozam de liberdade para pregar suas doutrinas, o Estado não pode se omitir do dever de garantir saúde pública e dignidade para aquelas que não aderem a tais doutrinas. Segundo Piovesan (2021), a laicidade é a garantia de que o corpo da mulher não será o campo de batalha para disputas teológicas. Assim, a descriminalização até a 12ª semana representa o reconhecimento de que, em uma sociedade plural, a decisão sobre a maternidade pertence à esfera da liberdade individual e da consciência privada, âmbitos onde o Estado e a religião não devem exercer poder de veto.

Essa influência reflete-se na resistência institucional do Judiciário e do Executivo em implementar até mesmo os casos de aborto legal já previstos em lei. O estigma religioso

permeia as instituições de saúde e os órgãos de segurança, criando barreiras morais que revitimizam mulheres e dificultam o acesso a direitos consolidados. De acordo com Piovesan (2021), a laicidade estatal deve funcionar como uma salvaguarda contra a captura das instituições por agendas confessionais, garantindo que o corpo feminino não seja convertido em território de disputa teológica. Assim, a análise da ADPF 442 exige o reconhecimento de que a verdadeira neutralidade estatal depende da separação entre pecado e crime, assegurando que a liberdade de consciência religiosa de uns não resulte na anulação da dignidade e da autonomia reprodutiva de outros.

A influência religiosa no debate político brasileiro não se limita à manutenção do status proibicionista da ADPF 442, mas avança para uma agenda de retrocessos em direitos já consolidados há décadas. Exemplo fático dessa ofensiva é a tramitação do Projeto de Lei nº 1904/2024, que busca equiparar a interrupção da gestação após a 22ª semana ao crime de homicídio simples, inclusive nos casos de gravidez decorrente de estupro. Essa proposta atinge de forma desproporcional crianças e adolescentes, que, por serem as maiores vítimas de violência sexual intrafamiliar e enfrentarem barreiras estruturais para o diagnóstico precoce, frequentemente acessam os serviços de saúde em estágios mais avançados da gestação.

Sob a ótica do Estado Laico, tal projeto revela a tentativa de imposição de uma moralidade punitiva que ignora o princípio da proteção integral à criança e ao adolescente (Art. 227, CF/88). Ao criminalizar vítimas de violência sexual com penas potencialmente superiores às dos próprios agressores, o Legislativo desvia-se da função de garantir a segurança jurídica e a dignidade humana, pautando-se em uma visão dogmática que prioriza a vida intrauterina em detrimento da integridade física e psíquica da pessoa nascida.

Como aponta Piovesan (2021), a laicidade é a barreira que deve impedir que o sofrimento das vítimas seja instrumentalizado por agendas confessionais, garantindo que o hospital permaneça um local de acolhimento e não de perseguição penal para meninas e mulheres.

Portanto, a análise da influência religiosa no Brasil contemporâneo demonstra um paradoxo: enquanto o Supremo Tribunal Federal discute o alargamento da autonomia reprodutiva na ADPF 442, o Congresso Nacional movimenta-se para restringir o pouco acesso

que já existe. Esse cenário de insegurança jurídica reforça a necessidade de reafirmar a laicidade estatal como um pilar inegociável da democracia. Sem a separação nítida entre pecado e crime, o Direito Penal brasileiro corre o risco de retroceder a um estado de barbárie institucional, onde a proteção à vida é usada como pretexto para a anulação da própria dignidade da pessoa humana.

3. REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO COMO POLÍTICA PÚBLICA

A transição da interrupção da gestação da esfera penal para o âmbito das políticas públicas fundamenta-se no reconhecimento de que a criminalização é uma barreira ineficaz que onera o Estado e vitimiza a população feminina. Regular o aborto como política de saúde pública significa integrá-lo ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma técnica, segura e multidisciplinar. Conforme destaca Diniz (2014), quando o Estado assume a gestão do procedimento, ele retira a mulher da clandestinidade e a insere em uma rede de cuidado que inclui não apenas a interrupção em si, mas também o suporte psicológico, o planejamento familiar e a oferta imediata de métodos contraceptivos de longa duração (LARC), reduzindo drasticamente a reincidência e a mortalidade materna.

Sob a ótica da eficiência administrativa, a regulamentação do aborto até a 12^a semana representa uma economia significativa para os cofres públicos. Atualmente, o SUS despense vultosos recursos no tratamento de complicações decorrentes de abortos inseguros como curetagens por infecções e hemorragias graves, que exigem internações prolongadas e leitos de UTI. A adoção de protocolos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseados no uso de medicamentos (misoprostol e mifepristona) e no atendimento ambulatorial ou via telemedicina, permite a desospitalização do procedimento. Segundo Barroso (2016), a legalização inverte a lógica de gastos: o Estado deixa de gastar com a remediação de danos físicos evitáveis para investir em procedimentos simples, baratos e de baixo risco clínico.

A regulamentação como política pública também reorienta a atuação de órgãos de controle e justiça, como o Ministério Público. Em vez de mobilizar a máquina judiciária para a persecução penal de mulheres processos que, em sua maioria, resultam em prescrição ou penas

alternativas sem efeito social positivo, o foco institucional volta-se para a fiscalização da qualidade do serviço prestado e a garantia do acesso. A integração do aborto no SUS exige protocolos claros de objeção de consciência, garantindo que a crença individual do profissional de saúde não se torne um impedimento institucional ao direito da paciente. Assim, a política pública assegura a laicidade na prestação do serviço e a segurança jurídica tanto para as usuárias quanto para os profissionais da saúde.

A substituição do paradigma do "punir" pelo paradigma do "cuidar" representa uma evolução na compreensão das funções do Estado contemporâneo frente aos direitos reprodutivos. No modelo proibicionista atual, o foco estatal reside na retribuição penal, utilizando a ameaça de cárcere como instrumento de controle social. Todavia, a prática demonstra que a resposta criminal é ineficiente, pois não impede a realização de abortos e ainda gera um custo social e judiciário vultoso. Segundo Barroso (2016), a máquina pública é mobilizada para perseguir mulheres que, em sua maioria, são rés primárias e não oferecem risco à segurança pública, resultando em processos que sobrecarregam o Poder Judiciário e o Ministério Público sem oferecer qualquer proteção real à vida em formação.

Inversamente, o paradigma do "cuidar" propõe que o Estado atue como garantidor de saúde e dignidade, trazendo a mulher para dentro do sistema oficial de acolhimento. Ao descriminalizar a interrupção até a 12ª semana, o Estado substitui a polícia pela equipe multidisciplinar, permitindo uma abordagem de redução de danos. Como destaca Diniz (2014), no ambiente do cuidado, a mulher recebe suporte psicológico e social, o que possibilita identificar casos de violência doméstica ou vulnerabilidade extrema. Além disso, a inserção no sistema de saúde garante que a paciente saia do procedimento com acesso a métodos contraceptivos de longa duração, interrompendo o ciclo de gestações indesejadas que a clandestinidade tende a perpetuar.

Essa mudança de paradigma reorienta a missão institucional de órgãos como o Ministério Público e as Polícias. No modelo do cuidar, a função do Ministério Público deixa de ser a persecução penal da gestante para tornar-se a fiscalização da eficiência e da qualidade do serviço de saúde prestado. Garante-se, assim, a segurança jurídica para os profissionais de saúde, que hoje frequentemente negam atendimento até em casos de aborto legal por medo de represálias criminais. Portanto, a transição para o cuidado humanizado assegura que a proteção

à vida não seja um conceito abstrato de punição, mas uma prática concreta de preservação da integridade física e psíquica da mulher, conforme os ditames do Estado Democrático de Direito.

3.1 PROPOSTAS DE REGULAMENTAÇÃO E A EXPERIÊNCIA DE OUTROS PAÍSES

A experiência legislativa da Argentina constitui um paradigma essencial para o debate brasileiro, notadamente pela superação de obstáculos confessionais no processo de formação da lei. Com a promulgação da Lei nº 27.610 em 2020, o país vizinho institucionalizou o aborto até a 14ª semana de gestação, realizando a transição do modelo de "causas" similar ao proibicionismo mitigado vigente no Brasil para o modelo de "prazos". Esta mudança fundamentou-se na premissa de que a criminalização é ineficaz na tutela da vida e atua como vetor de desigualdades sociais.

Conforme assevera Piovesan (2021), a vitória legislativa argentina transcendeu o campo jurídico, sendo fruto de uma mobilização social que logrou deslocar o eixo do debate dos dogmas morais para a urgência da saúde pública e o combate à mortalidade materna.

O diferencial hermenêutico do caso argentino reside na adoção da Justiça Reprodutiva como núcleo argumentativo. O Estado Argentino reconheceu que, a despeito da influência institucional da Igreja Católica, a função do Direito Penal não deve ser a imposição de preceitos morais ou a punição do pecado, mas a garantia da segurança e da integridade das cidadãs.

A Lei de Interrupção Voluntária do Gravidez (IVE) determinou a integração do procedimento ao catálogo de prestações básicas de saúde, estabelecendo o prazo máximo de dez dias para o atendimento. Como aponta Barroso (2016), a legalização na Argentina resultou em um decréscimo imediato nas internações por complicações decorrentes de procedimentos clandestinos, ratificando que a abordagem sanitária possui maior eficácia do que a repressão policial.

Anteriormente ao avanço argentino, o Uruguai consolidou-se como o pioneiro regional ao legalizar o aborto até a 12ª semana por meio da Lei nº 18.987/2012. Este modelo é internacionalmente reconhecido por sua eficiência na proteção da vida da mulher e na redução sustentada do número de intervenções a longo prazo. O sistema uruguaio estrutura-se em um

protocolo que inclui equipe multidisciplinar e um período de reflexão de cinco dias, assegurando que a decisão seja autônoma, informada e segura. Tal experiência demonstra que a descriminalização permite ao Estado internalizar a mulher no sistema de saúde, facilitando a oferta de métodos contraceptivos no pós-procedimento e mitigando, de forma direta, as taxas de reincidência.

Em 2022, a Corte Constitucional da Colômbia proferiu uma das decisões mais progressistas do constitucionalismo contemporâneo ao despenalizar o aborto até a 24ª semana (Sentença C-055/22). O tribunal aplicou o princípio do gradualismo de forma extensiva, sustentando que barreiras penais erguidas antes da viabilidade fetal extrauterina configuram uma violação desproporcional à liberdade feminina. Este marco atua como um importante balizador para a ADPF 442 no Brasil, pois evidencia que o limite de 12 semanas proposto no cenário nacional é, em perspectiva comparada, um patamar conservador diante das tendências atuais dos direitos humanos na América Latina.

A análise sistemática dessas legislações revela que a substituição de modelos proibicionistas por sistemas de regulamentação estatal é uma tendência consolidada em democracias estáveis. Países com raízes culturais e religiosas análogas às brasileiras demonstram que a fixação de marcos temporais para a interrupção voluntária da gestação confere ao Estado instrumentos de controle sanitário e social mais assertivos. Como destaca Piovesan (2021), o Direito Penal revela-se como instrumento inábil para a gestão de crises de saúde pública; em contrapartida, a regulamentação administrativa e assistencial apresenta-se como a via mais célere para a preservação da dignidade da pessoa humana e para o enfrentamento das desigualdades estruturais de acesso à saúde.

No desenho institucional uruguaio, a regulamentação priorizou a redução de danos e o acolhimento humanizado. Ao impor protocolos de aconselhamento e períodos de reflexão, o sistema garantiu que o direito à escolha fosse exercido de forma consciente, resultando na queda vertical dos índices de mortalidade materna. Segundo Barroso (2016), o êxito uruguaio decorre da mudança de percepção estatal: a mulher deixou de ser tratada como infratora para ser assistida como paciente. Essa inclusão permitiu o acompanhamento preventivo e a oferta de métodos contraceptivos eficazes, o que reduziu substancialmente o número de gestações indesejadas subsequentes.

Na Argentina, a Lei nº 27.610 logrou superar a barreira da criminalização seletiva ao focar na descentralização do atendimento através da rede primária de saúde. Este modelo é um paradigma estratégico para a ADPF 442, pois comprova empiricamente que a legalização não induz a um aumento descontrolado na demanda, mas promove a migração de procedimentos clandestinos para o ambiente clínico monitorado. Conforme ressalta Sarmento (2016), o Direito Comparado ratifica que a proteção à vida intrauterina é mais bem exercida por meio de políticas de educação e suporte social do que pela via do cárcere, que se provou historicamente ineficaz e onerosa.

Por fim, o precedente colombiano de 2022 elevou o debate ao patamar da autonomia plena, vinculando-o à viabilidade biológica do feto. Para o ordenamento brasileiro, tais experiências funcionam como um parâmetro de proporcionalidade, demonstrando que a proposta de interrupção até a 12ª semana é tecnicamente segura e juridicamente equilibrada. A regulamentação pretendida pelas peticionárias da ADPF 442 visa, em última análise, retirar o aborto da esfera da criminalidade e do mercado informal, inserindo-o na égide do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal medida garante segurança jurídica aos profissionais, dignidade às cidadãs e maior eficiência na alocação de recursos públicos destinados à saúde integral da mulher.

3.1.1 O papel do sistema público de saúde na garantia do acesso seguro

A transição da interrupção da gestação da esfera punitiva para o domínio da saúde pública ressignifica o dever estatal, que abdica da repressão para assumir a função de garantidor do acesso seguro e humanizado. No ordenamento brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) detém a capilaridade necessária para operacionalizar esse atendimento, assegurando que o procedimento ocorra sob rigorosa supervisão técnica e em condições sanitárias que preservem a vida.

Conforme esclarece Diniz (2014), a integração do aborto ao catálogo de serviços do SUS constitui um imperativo de justiça social, visto que interrompe o ciclo de

clandestinidade que penaliza seletivamente as mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica, democratizando o padrão de segurança clínica hoje restrito à rede privada.

A efetividade dessa política depende da implementação de protocolos fundamentados em evidências científicas e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). A regulamentação no âmbito do SUS viabiliza a padronização de métodos farmacológicos modernos, como o uso combinado de misoprostol e mifepristona, que permitem a realização de intervenções ambulatoriais de baixo custo e alta eficácia.

Segundo Barroso (2016), essa estratégia reduz drasticamente a taxa de internações por complicações graves, como sepse e hemorragias, desonerando o sistema hospitalar. Ademais, o acolhimento institucional livre de estigmas criminais possibilita que o Estado ofereça aconselhamento contraceptivo imediato, atuando na gênese do problema ao prevenir gestações indesejadas subsequentes e promover o planejamento familiar.

A consolidação da rede pública como via de acesso seguro exige a proteção jurídica dos profissionais e a superação de óbices institucionais de caráter moral. O estabelecimento de diretrizes claras define o escopo da objeção de consciência, garantindo que a convicção individual do médico não se converta em uma barreira sistêmica ao exercício de um direito fundamental da paciente.

Conforme leciona Piovesan (2021), a laicidade na prestação do serviço público é condição para a eficácia do sistema; desse modo, o fortalecimento da infraestrutura do SUS é o vetor que transforma a autonomia reprodutiva em um direito materialmente acessível, assegurando que o hospital permaneça como um espaço de cuidado, e não de vigilância.

Ademais, a regulamentação exige que o Estado estruture uma rede de apoio multidisciplinar, assegurando que a assistência abranja o suporte psicossocial e econômico. Inspirado no modelo uruguaio, o acolhimento por equipes formadas por médicos, psicólogos e assistentes sociais garante que a decisão seja tomada de forma informada, livre de coações e com o devido suporte emocional.

Esse acompanhamento é vital para mitigar o sofrimento psíquico decorrente do estigma social e para identificar situações de violência doméstica ou vulnerabilidade extrema, garantindo que o hospital atue como uma rede de proteção e não meramente como uma unidade de intervenção biológica.

Sob a ótica da equidade, a atuação estatal deve contemplar mecanismos que removam as barreiras financeiras e geográficas que hoje inviabilizam o acesso seguro para mulheres hipossuficientes. A experiência argentina demonstra que a gratuidade total do procedimento deve ser acompanhada de suporte logístico, como o fornecimento de transporte para pacientes que residem em regiões remotas, assegurando que a distância dos centros de referência não se torne um impeditivo ao direito à saúde.

Paralelamente, a garantia de licença médica remunerada para a recuperação física e emocional é medida essencial para que o exercício da autonomia reprodutiva não acarrete prejuízos à subsistência econômica da mulher e de sua unidade familiar.

A eficiência da política pública manifesta-se, por fim, na integração tecnológica e na prevenção de longo prazo. A institucionalização da telemedicina para orientar o uso de fármacos recomendados pela OMS permite que o Estado ofereça um serviço seguro e privado, desonerando a infraestrutura hospitalar. Esse atendimento integral pressupõe que a mulher tenha acesso imediato a métodos contraceptivos de longa duração (LARC) e a programas de educação sexual no pós-procedimento.

Essa estratégia ataca a raiz da problemática ao reduzir drasticamente as taxas de reincidência, transformando o evento do aborto em uma porta de entrada para o planejamento familiar responsável e para a saúde integral.

3.1.1.1 Políticas de educação sexual e acesso à contracepção como medidas complementares

A implementação de políticas de educação sexual emancipatória e o acesso universal a métodos contraceptivos de alta eficácia constituem os pilares preventivos que

conferem substância à descriminalização do aborto. Sob a ótica do Direito Sanitário e da Justiça Reprodutiva, a interrupção da gestação não deve ser compreendida como um fim em si mesma, mas como o último elo de uma cadeia de cuidados estatais que falhou em etapas prévias.

Conforme assevera Diniz (2014), o Estado que se limita à repressão penal omite-se de sua responsabilidade pedagógica. Em contrapartida, um modelo regulamentado permite que o Poder Público utilize o momento do acolhimento para integrar a mulher em programas de planejamento familiar, oferecendo informações técnicas sobre a autonomia reprodutiva e reduzindo a vulnerabilidade social a longo prazo.

A experiência internacional, notadamente nos modelos uruguaio e europeu, demonstra que a oferta imediata de métodos contraceptivos de longa duração (LARC) como o Dispositivo Intrauterino (DIU) e os implantes subdérmicos no pós-procedimento é a estratégia mais resolutiva para mitigar a reincidência. Ao internalizar o aborto no Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado ganha a oportunidade de realizar uma intervenção preventiva que a clandestinidade, por sua natureza de ocultamento e estigma, impossibilita.

Como destaca Barroso (2016), a prevenção é um dever estatal que precede logicamente a sanção; portanto, o investimento em educação sexual atua na gênese da problemática, protegendo a dignidade da pessoa humana de forma proativa e informada.

Ademais, a educação sexual qualificada atua como um mecanismo imprescindível de proteção contra a violência de gênero e o abuso sexual. Ao democratizar o acesso à informação sobre o corpo, o consentimento e os direitos reprodutivos, o Estado capacita crianças e adolescentes a identificar e denunciar situações de abuso em estágios precoces.

Conforme leciona Piovesan (2021), a educação é o primeiro anteparo contra o estupro, uma vez que o conhecimento sobre os próprios limites corporais rompe o ciclo de silenciamento imposto pelo agressor. Dessa forma, ao prevenir o abuso, a política educacional ataca diretamente a causa das gestações decorrentes de crimes, diminuindo a necessidade posterior de busca por procedimentos de interrupção em cenários de trauma.

A articulação entre essas medidas desarticula o argumento falacioso de que a descriminalização incentivaria o aborto como método contraceptivo. Pelo contrário, evidências colhidas em países que legalizaram o procedimento revelam que, quando o aborto é tratado como política de saúde pública, o número total de interrupções tende a declinar devido ao fortalecimento da rede de contracepção.

A segurança reprodutiva não é alcançada pela proibição legal, mas pela garantia de que a mulher possua os meios materiais para planejar sua maternidade. Assim, a política pública ataca a gravidez indesejada em vez de punir sua consequência, transformando o sistema de saúde em uma rede de prevenção que torna a interrupção da gestação um evento cada vez mais raro.

Finalmente, a integração dessas medidas complementares enfraquece a cultura da punição que historicamente vitimiza mulheres em contextos de violência doméstica. A educação sexual emancipatória permite o reconhecimento de dinâmicas de coerção reprovada, onde parceiros agressores impedem o uso de métodos anticoncepcionais como forma de controle.

Ao prover contraceptivos de longa duração e informação técnica, o SUS fortalece a autonomia feminina frente a esses contextos de abuso, reduzindo a exposição a gestações compulsórias e ao risco de abortos clandestinos. A defesa da ADPF 442 revela-se, portanto, indissociável de um projeto de Estado que privilegia a emancipação e a saúde integral como caminhos soberanos para a preservação da vida e da dignidade humana.

CONCLUSÃO

A análise crítica da criminalização do aborto no Brasil revela que o atual modelo proibicionista, alicerçado no Código Penal de 1940, mostra-se ineficaz para inibir a prática e atua como um catalisador de crises sanitárias e sociais. A investigação confirmou que a proibição legal não protege a vida intrauterina de forma concreta, mas empurra aproximadamente 800 mil mulheres anualmente para a clandestinidade, resultando em altos índices de morbimortalidade materna que atingem, de forma seletiva e desproporcional, a população feminina negra, pobre e de baixa escolaridade.

O estudo demonstrou que a manutenção do aborto como ilícito penal viola preceitos fundamentais da Constituição Federal de 1988, notadamente a dignidade da pessoa humana, a autonomia reprodutiva e a laicidade do Estado. Através da teoria do gradualismo, verificou-se que a proteção ao feto deve ser incremental, não podendo anular a integridade psicossomática da mulher em estágios precoces da gestação, momento em que a vida em formação ainda carece de viabilidade extrauterina. Assim, a tese central da ADPF 442 apresenta-se como um imperativo de justiça, defendendo que o Estado deve abdicar da retribuição penal para assumir seu papel de garantidor de direitos.

Verificou-se, ainda, que a transição do paradigma do "punir" para o "cuidar" é a única via capaz de promover a saúde pública e a justiça social. A experiência de países como Uruguai e Argentina ratifica que a regulamentação do aborto no Sistema Único de Saúde (SUS), aliada a políticas de educação sexual e acesso universal a métodos contraceptivos de alta eficácia, é o mecanismo mais resolutivo para reduzir a reincidência e proteger a vida das cidadãs. A educação sexual, em especial, surge como um anteparo estratégico contra a violência sexual e o estupro, permitindo que o Estado atue na gênese da problemática e não apenas na punição de suas consequências.

Finalmente, conclui-se que a descriminalização até a 12ª semana de gestação não é um incentivo ao procedimento, mas uma medida de proporcionalidade que retira o aborto da esfera policial e o insere na rede de acolhimento técnico e multidisciplinar. O fortalecimento da laicidade estatal e a superação de barreiras morais e institucionais são passos indispensáveis para que o hospital deixe de ser um espaço de vigilância e passe a ser um local de cuidado.

Somente através dessa mudança estrutural o ordenamento jurídico brasileiro poderá assegurar que a dignidade da pessoa humana seja exercida com plenitude por todas as mulheres, garantindo a proteção da vida em todas as suas dimensões.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). Aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna. Associação Paulista de Medicina, [s.d.]. Disponível em: <https://www.apm.org.br/aborto-esta-entre-as-cinco-principais-causas-de-mortalidade-materna/>. Acesso em: 3 dez. 2025.

ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

ARGENTINA. Lei n. 27.610 de 2020. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Buenos Aires, 2020.

BARROSO, Luís Roberto. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442. Relatora: Ministra Rosa Weber. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 11 de março de 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 124.306/RJ. Relator para o acórdão: Ministro Luís Roberto Barroso. Julgado em 29/11/2016. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 11 de março de 2026.

BRASIL. [Código Penal (1940)]. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). Arguição de Descumprimento de Preceito

Fundamental n.º 54 (ADPF 54). Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 12 de abril de 2012. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 30 abr. 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 1.904/2024. Altera o Código Penal (Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940), para equiparar o aborto realizado após 22 semanas de gestação aos crimes de homicídio simples. Brasília: Câmara dos Deputados 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Decreto Legislativo n.º 315/2024. Susta a Resolução n.º 2, de 2024, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 26 nov. 2025

CORTE CONSTITUCIONAL DA COLÔMBIA. Sentença C-055 de 2022. Bogotá, 2022.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing unsafe abortion*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>. Acesso em: 26 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretrizes sobre o cuidado do aborto. Genebra: OMS, 2022.

ONU. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994). Nova York: Nações Unidas, 1995.

ONU. Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Pequim, 1995.

URUGUAI. Ley n. 18.987: Interrupción Voluntária del Embarazo. Montevideo: Asamblea General, 2012.

