

O ABORTO ENQUANTO AUTONOMIA REPRODUTIVA SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

ABORTION AS REPRODUCTIVE AUTONOMY FROM THE PERSPECTIVE OF
INTERVENTION BIOETHICS

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

10/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/783647621](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/783647621)

Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza¹

Gilciane Morceli²

RESUMO

O presente artigo examina a autonomia reprodutiva feminina sob a perspectiva da Bioética de Intervenção, investigando de que forma as ciências da Bioética e do Biodireito podem oferecer fundamentos críticos e instrumentos normativos capazes de superar a mera proclamação formal de direitos reprodutivos. Partindo da análise das principais vertentes bioéticas, o trabalho demonstra que a Bioética de Intervenção, proposta por Volnei Garrafa e outros bioeticistas latino-americanos, se revela como a abordagem mais adequada para enfrentar os conflitos reprodutivos vividos por populações vulnerabilizadas em contextos periféricos do Sul Global, por assumir compromisso político com a justiça social e com o combate às desigualdades estruturais. O artigo articula a Bioética ao Biodireito e à marcos normativos internacionais com o ordenamento jurídico brasileiro, evidenciando que a autonomia reprodutiva, incluindo a decisão sobre a interrupção da gravidez, é desdobramento lógico e necessário do sistema de direitos fundamentais consagrado na Constituição Federal de 1988. Enfrentando enfim, a realidade do aborto no Brasil, confrontando dados epidemiológicos, o cenário legislativo e as desigualdades estruturais que fazem da criminalização uma política cujos custos recaem de forma radical e desproporcionalmente sobre as mulheres mais pobres, negras e periféricas. Conclui-se que uma Bioética e um Biodireito verdadeiramente comprometidos com a dignidade humana não podem se limitar à igualdade formal: devem assumir posição ativa na transformação das condições que tornam o aborto inseguro o destino quase exclusivo das mulheres mais vulneráveis, convertendo a autonomia reprodutiva de privilégio em direito efetivo e universal.

Palavras-chave: autonomia reprodutiva; bioética de intervenção; aborto; direitos reprodutivos; biodireito.

ABSTRACT

This article examines female reproductive autonomy from the perspective of Intervention Bioethics, investigating how the fields of Bioethics and Biolaw can offer critical foundations and normative instruments capable of moving beyond the mere formal proclamation of reproductive rights. Starting with an analysis of major bioethical currents, the study demonstrates that Intervention Bioethics—proposed by Volnei Garrafa and other Latin American bioethicists—is the most suitable approach for addressing the reproductive conflicts experienced by vulnerable populations in the Global South's peripheral contexts, as it embraces a political commitment to social justice and the fight against structural inequalities. The article links Bioethics and Biolaw—as well as international normative frameworks—with the Brazilian legal system, highlighting that reproductive autonomy, including the decision to terminate a pregnancy, is a logical and necessary extension of the fundamental rights system enshrined in the 1988 Federal Constitution. Finally, it addresses the reality of abortion in Brazil by examining epidemiological data, the legislative landscape, and the structural inequalities that render criminalization a policy whose costs fall radically and disproportionately upon the poorest, Black, and marginalized women. It concludes that Bioethics and Biolaw, when truly committed to human dignity, cannot be limited to formal equality; they must take an active stance in transforming the conditions that make unsafe abortion the almost exclusive fate of the most vulnerable women, thereby turning reproductive autonomy from a privilege into an effective, universal right.

Keywords: reproductive autonomy; intervention bioethics; abortion; reproductive rights; biolaw.

1. INTRODUÇÃO

A autonomia reprodutiva pode ser definida como a capacidade de indivíduos, em particular das mulheres (cisgênero ou transgênero) e pessoas com útero, em tomar decisões livres, informadas e voluntárias sobre sua vida reprodutiva, abrangendo desde a escolha de ter ou não filhos até as condições em que a gestação e o parto ocorrem. Trata-se de um direito fundamental reconhecido internacionalmente pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e reafirmado pela IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), instrumentos que concebem os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos universais.

No Brasil, embora a Constituição Federal de 1988 assegure o planejamento familiar como direito de todo cidadão (art. 226, §7º) e a Lei nº 9.263/1996 disciplina o tema de forma específica, a efetivação desses direitos permanece desigual. Fatores como desinformação, barreiras de acesso ao sistema de saúde, preconceito institucional e influências religiosas configuram um cenário em que a autonomia reprodutiva feminina é frequentemente cerceada, inclusive dentro de espaços que deveriam ser protetivos. Essa distância entre o direito formalmente garantido e a sua realização concreta na vida das mulheres é o problema central que motiva o presente trabalho.

Para enfrentar esse problema, torna-se indispensável compreender de que forma as ciências da Bioética e do Biodireito, especialmente em suas vertentes mais comprometidas com a justiça social, podem oferecer fundamentos críticos e instrumentos normativos capazes de superar a mera proclamação abstrata de direitos. Não basta afirmar que a mulher é autônoma: é preciso investigar sob quais condições materiais, jurídicas e éticas essa autonomia pode ser

exercida de fato, e quais estruturas de poder a bloqueiam sistematicamente.

1.1. Objetivos

Assim, o objetivo geral deste trabalho é examinar de que forma a Bioética de Intervenção e o Biodireito podem oferecer fundamentos críticos e instrumentos normativos capazes de superar a mera proclamação formal da autonomia reprodutiva feminina, investigando sob quais condições materiais, jurídicas e éticas essa autonomia pode ser exercida de fato e quais estruturas de poder a bloqueiam. Diante desse quadro, o presente artigo traz como objetivos específicos o exame da autonomia bioética em suas principais vertentes (principlista, contratualista, utilitarista, personalista e de intervenção), relacionando-as às situações concretas em que a autonomia reprodutiva feminina é colocada à prova, com ênfase na prática do aborto, em seu regramento jurídico e em sua dimensão de saúde pública. Para tanto, o trabalho se organiza em três capítulos. O primeiro percorre as origens e vertentes da Bioética, com destaque para a Bioética de Intervenção como abordagem mais adequada às realidades dos países do Sul Global e às demandas de populações vulnerabilizadas.

O segundo examina os marcos internacionais e nacionais dos direitos humanos e reprodutivos, articulando os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) com o ordenamento jurídico brasileiro, para demonstrar como a autonomia reprodutiva se insere como desdobramento lógico e necessário do sistema de direitos fundamentais. O terceiro capítulo enfrenta a realidade do aborto no Brasil, confrontando os dados epidemiológicos, o cenário legislativo e as desigualdades estruturais

que fazem da criminalização uma política que distribui seus custos de forma radicalmente desigual, recaindo sobre as mulheres mais pobres, negras e periféricas.

Ao final, busca-se demonstrar que uma Bioética e um Biodireito verdadeiramente comprometidos com a dignidade humana não podem se contentar com a igualdade formal: devem assumir posição ativa na transformação das condições que tornam o aborto inseguro o destino quase exclusivo das mulheres mais vulneráveis.

1.2. Método

No que diz respeito ao percurso metodológico, a pesquisa se desenvolve por meio do método teórico-dogmático. Trata-se de uma abordagem que analisa o direito a partir de seu sistema normativo interno, buscando compreender, interpretar e sistematizar as normas, conceitos e categorias jurídicas aplicáveis ao tema, sem pretensão de verificação empírica de dados de campo. O método dogmático parte do ordenamento jurídico posto, suas normas, princípios e construções doutrinárias, como objeto de análise, com o objetivo de identificar como o Direito regula determinada situação e quais soluções ele oferece para os conflitos dela decorrentes. A dimensão teórica, por sua vez, implica o diálogo com referenciais doutrinários e bioéticos que fundamentam e problematizam os conceitos utilizados, permitindo ir além da mera descrição normativa para alcançar uma compreensão crítica e contextualizada do fenômeno estudado. Nesse sentido, a Bioética é incorporada como campo científico de análise zeetética, ou seja, como ciência que opera no plano dos valores e da moral, fornecendo fundamentos críticos que subsidiam a construção dogmática do Biodireito.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1. Autonomia na Bioética

A origem da ciência Bioética se relaciona diretamente com a revolução científica e tecnológica ocorrida na década de 1950, onde houve grande avanço das pesquisas na área da saúde, o que possibilita, dentro da seara reprodutiva, as técnicas de reprodução humana assistida, congelamentos de materiais genéticos e embriões, cirurgias e processos transexualizadores, dentre outros. Todavia, inicialmente estas pesquisas eram realizadas com foco no resultado a ser obtido, ou seja, na cura de uma doença, no desenvolvimento de um tratamento ou medicamento ao invés de preocupações com os participantes envolvidos, o que acabou por ensejar o desenvolvimento da ciência médica baseado em abusos cometidos contra seres humanos em pesquisas. É possível citar como exemplo uma das pesquisas realizadas em campos de concentração nazistas onde muitas das mulheres judiais ali alocadas foram submetidas a testes de sulfonamida, um grupo de antibióticos que é muito utilizado na atualidade para tratamento de infecções bacterianas. Nesses testes, mulheres eram feridas propositalmente e infectadas com bactérias, sujeira, lascas de vidro e madeira, para após serem tratadas com o medicamento em questão, a fim de se observar sua eficácia (United States, 2006). Até aquele momento não tinha sido desenvolvido um padrão ético para as pesquisas em saúde, ainda que condutas como essas fossem moralmente reprováveis. Assim, diante desta situação e muitas outras que evidenciaram o abuso de seres humanos, principalmente aqueles em situações de vulnerabilidade (como mulheres, judeus, negros, pessoas com deficiência e população marginalizada de baixa renda), tornou-se necessário a discussão e estabelecimento de uma

ciência ética para lidar com a própria ciência, delineando comportamentos dos profissionais envolvidos, a chamada Bioética.

O autor Van Rensselaer Potter (1971) entende a Bioética como a “ciência da sobrevivência” que ocupa um espaço necessário, diante de inúmeros avanços biotecnológicos para balancear o conhecimento biológico e os valores humanos, partindo de que a construção da ciência biológica deve se pautar em elementos sociais e da filosofia. A ciência Bioética deu enfoque aos debates necessários de limitação do poder científico e sua utilização em detrimento da saúde e da autodeterminação das pessoas envolvidas. Diante disto, em 1974 a Comissão Nacional de Proteção dos Interesses Humanos de Biomedicina e Pesquisa Comportamental apresentou o Relatório de Belmont com o objetivo de identificar princípios éticos básicos que fundamentam as pesquisas biomédicas e comportamentais envolvendo seres humanos, além de dar diretrizes para garantir que estas pesquisas fossem conduzidas de acordo com os princípios (United States, 1979).

Este relatório levantou três princípios basilares da Bioética, sendo (United States, 1979), a Justiça, que trata da distribuição equitativa dos benefícios e dos ônus da pesquisa, ou seja, que ninguém deve ser explorado nem excluído sem motivo justo, como exemplo, pessoas em situação de vulnerabilidade não devem ser escolhidas como participantes de pesquisas apenas por serem mais acessíveis ou fáceis de manipular e, da mesma forma, os benefícios gerados por estas pesquisas, especialmente quando financiadas com dinheiro público, devem estar acessíveis a todos, e não apenas a quem pode pagar.

Estabeleceu-se também o princípio da Beneficência, o qual exige que as pesquisas com seres humanos busquem sempre o bem dos participantes, promovendo benefícios e evitando ou minimizando danos. Assim, os pesquisadores têm o dever de avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios envolvidos e agir para proteger a saúde, o bem-estar e a dignidade dos sujeitos. Isso significa não causar mal intencionalmente (não maleficência) e maximizar os resultados positivos para os participantes e para a sociedade.

E por fim o princípio da Autonomia, o qual reconhece que cada pessoa tem o direito de tomar decisões livres e conscientes sobre sua própria vida, ou seja, que as pessoas devem ser tratadas como agentes autônomos, capazes de decidir por si mesmos com base em informações claras e verdadeiras.

2.1.1. Autonomia e as Vertentes da Bioética

Partindo destes princípios bioéticos estabelecidos pelo Relatório de Belmont foi desenvolvida por Tom Beauchamp e James Childress a Bioética Principlista, eles estabeleceram os princípios da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça, funcionando como diretrizes normativas que estabelecem o que é, ou não, permitido ou obrigatório nas condutas médicas, fornecendo, portanto, a sistematização de um conjunto lógico para tomada de decisões nos contextos de novas tecnologias de saúde (Beauchamp; Childress *apud* Sá; Naves, 2025, p. 13-14).

Não obstante, se desenvolveu também a Bioética Contratualista, a qual se fundamenta na ideia de que os princípios morais e as normas de convivência são estabelecidos por meio de acordos ou

contratos sociais entre agentes racionais e autônomos. Diante do pluralismo moral presente na sociedade, o contratualismo foca no respeito à autonomia individual, na capacidade de consentir, respeitando as perspectivas e buscando um consenso entre os autores (Sá; Naves, 2025, p. 15).

Além destas, é importante falar também da Bioética Utilitarista, muito defendida pelo autor Peter Singer³, conforme traz Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato Naves (2025, p. 16). Esta se baseia no princípio da utilidade, tendo por objetivo central a maximização do bem-estar e a minimização do sofrimento para o maior número possível de indivíduos, ou seja, em busca do maior benefício coletivo, mesmo que isso signifique não atender plenamente às necessidades de um indivíduo isolado.

Há também a Bioética Personalista que coloca a pessoa humana como o valor central e absoluto, defendendo que a dignidade da vida humana é intrínseca e inviolável desde a concepção até a morte natural, já se opondo ao utilitarismo, no sentido de que esta reduziria o ser humano a uma função biológica ou utilitária (Sá, Naves, 2025, p. 17). Assim, o autor defensor desta vertente, Elio Sgreccia (*apud* Sá; Naves, 2025, p. 17) afirma que toda pessoa, para realizar suas escolhas, manifesta sua essência, corpo e espírito, não existindo, portanto, somente a faculdade de escolher, mas todo um contexto para a escolha.

Além destas vertentes, temos a Bioética de Intervenção, muito defendida pelo autor Volnei Garrafa, bioeticista brasileiro mundialmente reconhecido. Garrafa (2005) traz que a criação da Bioética veio para defender pessoas frágeis, vítimas de abusos ou falta de informação em pesquisas, cobaias humanas, normalmente

peças marginalizadas, de origens de países colonizados do sul global, entendendo que a Bioética não pode ser reduzida a um debate de princípios para decisão de conflitos como uma única vertente verdadeiramente decisiva para a resolução. Portanto, para a Bioética de Intervenção é essencial considerar o contexto em que a situação e seus envolvidos se inserem, para evitar a construção de uma alternativa generalizada e baseada em uma visão egoísta de autonomia individualista e não individualizada (Garrafa, 2005, p. 128).

A Autonomia, conforme o que preconiza o Relatório de Belmont reforça não somente à autodeterminação da pessoa, mas o exercício desta de maneira informada e consciente, fazendo-se necessário para a real autodeterminação, maior preocupação com a prestação de informações e esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde (Sá; Naves, 2023, p. 1366 e-book). Portanto, na atualidade, o princípio da autonomia nas relações médico-paciente representa a capacidade das pessoas em se autogovernar e autodeterminar, escolher sobre questões relativas à sua vida e saúde, tratamentos, métodos, com direito à informação completa para viabilização de uma escolha de maneira consciente, retirando do médico a escolha e passando a pessoa sua possibilidade de autogoverno.

Sendo assim, autores como Lara Souza e Natália Lisboa (2021); e Volnei Garrafa (2005) apresentam uma crítica contemporânea que aponta para os limites de uma Bioética Principlista, centrada em ideais liberais e descolada das realidades socioculturais de populações vulnerabilizadas, especialmente nos contextos periféricos do sul global, vendo o debate principlista como restrito a uma população específica, detentora de informação e tecnologia, que possibilita o exercício de autodeterminação, enquanto ao restante da população “desinformada” resta a confiança no antigo

paternalismo médico, distantes dos debates morais e teóricos. Volnei Garrafa (2005) acredita que a Bioética principialista seja insuficiente às necessidades da população, considerando que a análise dos conflitos necessita de contextualização, com flexibilidade para adequação cultural, ou seja, considerando que foi desenvolvida em um determinado contexto que parte de uma ótica ocidental liberal, ela pode não dar conta de conflitos vivenciados em contextos culturais diversos. Como exemplo, o princípio da autonomia individualista, pode entrar em conflito com culturas que valorizam decisões coletivas ou familiares, como em comunidades indígenas ou tradicionais, o que pode reforçar as desigualdades culturais e sociais.

Além desta crítica, analisa-se também que a Bioética Contratualista e a Personalista, embora partam de matrizes distintas, convergem em uma mesma limitação central: a ênfase excessiva na autonomia individual e na dignidade metafísica, o que acaba por ignorar as reais condições materiais e as assimetrias de poder que impedem o exercício real da autonomia em países do Sul Global, por exemplo. Visto que o contratualismo pressupõe um cenário ideal de negociação entre "iguais" e o personalismo foca na proteção da vida biológica e moral do indivíduo, ambos falham ao não enfrentar as determinantes sociais e econômicas que precarizam a existência humana. Conclui-se também por uma falha da Bioética Utilitarista, uma vez que esta prioriza o cálculo de custo-benefício e a maximização do bem-estar geral, ignorando que, em contextos de exclusão social e colonialidade, a "utilidade" frequentemente perpetua opressões.

Diante disto, a Bioética de Intervenção, se revela mais adequada, pois desloca o debate do campo puramente abstrato para o político,

priorizando o combate à exclusão social e a defesa dos grupos vulnerabilizados, tratando a saúde e a vida não apenas como direitos individuais, mas como questões de justiça social. Além de assumir um compromisso político com a justiça social e com a proteção dos vulneráveis, com intenção de enfrentar as desigualdades estruturais que exigem uma atuação militante e libertadora em favor dos oprimidos.

Neste sentido, Volnei Garrafa (2005, p. 130) traz a Bioética de Intervenção como uma proposta anti-hegemônica debatida por bioeticistas latino-americanos, objetivando atender ao lado social historicamente mais frágil. No âmbito individual, essa abordagem valoriza soluções práticas e contextualizadas, construídas a partir da realidade concreta em que os conflitos ocorrem, respeitando as particularidades de cada situação e buscando respostas viáveis dentro do próprio cenário local. Mostrando-se também mais adequada para lidar com questões estruturais e coletivas, como problemas Bioéticos persistentes em países de alta exclusão social, como a desigualdade no acesso à saúde, injustiça social e ambiental, pobreza extrema, discriminação racial ou de gênero e negligência em políticas públicas de saúde. Questões como estas não podem ser resolvidas apenas com a aplicação de princípios abstratos, maximização de benefícios ou autonomia indiscriminada de contratação, nem mesmo com os demais princípios como a beneficência ou justiça, sem considerar, primeiramente, as estruturas de poder, a exclusão e a opressão que sustenta esses contextos.

2.2. Direitos Humanos e Autonomia Reprodutiva

As ciências da Bioética e do Biodireito, por mais que tenham diversos pontos de confluência não podem e não devem ser tratadas como a mesma coisa. Ambas lidam com as questões de saúde e desenvolvimento das ciências de saúde, mas expressam-se de maneira diversa. Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato Naves (2023, p. 741 e-book), explicam que a Bioética é parte da zetética, atua em um campo da moral, a partir de valores relativos. Mas, diante de conflitos que geram reflexos no direito, é importante buscarmos a ciência do Biodireito enquanto dogmática. As normas e os dogmas costumam beber de fontes de valores para subsidiar sua formulação, ou seja, “a zetética se relaciona com a dogmática na medida em que fornece fundamentos, bases valorativas a serem incorporadas pelo sistema dogmático” (Sá; Naves, 2023, p. 789, e-book).

Neste sentido, é importante conhecermos a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos -DHBDH (UNESCO, 2005) que propõe reflexões éticas para que os governos desenvolvam leis e normas mais adequadas no campo bioético, com maior proteção à saúde, fundamentando-se na dignidade humana, direitos humanos e liberdades fundamentais (Salvador; Sampaio; Palhares, 2018, p. 525). O autor Volnei Garrafa reforça, na apresentação que escreveu para a DHBDH, a importância do Brasil no debate para o desenvolvimento desta Declaração, visto que as nações mais desenvolvidas que participaram do processo objetivavam a restrição à uma bioética biomédica e biotecnológica, enquanto o Brasil contribuiu para ampliação nos textos relativos aos campos sanitários, ambiental e social, o que representa um avanço para as nações em desenvolvimento, como exemplo países latino-americanos, africanos e Índia. Os debates anteriores à esta declaração eram preferencialmente trazidos pelos países mais ricos que seguem uma

Bioética reduzida, sem considerações sociais e ambientais (Souza, Lisboa, 2015, p. 08). Portanto, esta declaração reflete um avanço em relação à dignidade da pessoa humana, inclusão social, diversidade cultural e respeito à vulnerabilidade humana, resultado do debate aberto entre as nações, principalmente países do sul global que reagiram ao favorecimento de uma vertente principialista ou utilitarista.

O ponto de partida mais imediato é o artigo 5º da Declaração, que estabelece que:

"deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais", determinando ainda que "devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia" (UNESCO, 2005).

Esse dispositivo afirma o valor da autodeterminação sem absolutizá-lo: a autonomia é reconhecida no contexto das relações sociais e dos direitos recíprocos. Para a Bioética de Intervenção, contudo, esse reconhecimento formal é insuficiente se desconectado das condições materiais e simbólicas que tornam o seu exercício possível ou impossível. Uma mulher privada de acesso à educação sexual, à contracepção eficaz e a serviços de saúde reprodutiva não exerce sua autonomia nas mesmas condições que aquela com pleno acesso a esses recursos. O respeito à autonomia reprodutiva,

portanto, é uma exigência que só se realiza concretamente quando acompanhado das condições sociais que lhes dão substância.

Esse nexos entre autonomia e condições materiais é aprofundado pelo artigo 14º da referida Declaração (UNESCO, 2005), que vincula a promoção da saúde à responsabilidade social dos Estados, determinando que o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar "o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais", além de visar "a melhoria das condições de vida e do meio ambiente" e "a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo" (UNESCO, 2005). O mesmo artigo afirma, com clareza, que "usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social" (UNESCO, 2005).

Esses compromissos têm implicações diretas sobre a questão do aborto: nos países em que sua prática é criminalizada ou severamente restringida, são invariavelmente as mulheres mais pobres, negras e periféricas que recorrem a procedimentos clandestinos e inseguros, pagando com a saúde e, frequentemente, com a própria vida. A negação do acesso ao aborto seguro é, nesse sentido, uma forma de exclusão sanitária que a Declaração, ao articular saúde como bem social e humano, não pode tolerar sem contradizer seus próprios fundamentos.

Complementando esse quadro, o artigo 8º determina que:

"a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas", e que "indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada" (UNESCO, 2005).

Neste sentido, a mulher que enfrenta uma gravidez indesejada, especialmente em contextos de violência, ausência de suporte social ou extrema pobreza, é, por definição, uma pessoa em situação de vulnerabilidade. Ignorar essa vulnerabilidade em nome de uma abstrata proteção de outro bem jurídico é precisamente o tipo de raciocínio que a Declaração e a Bioética de Intervenção recusam.

A integridade individual mencionada no artigo 8º não se limita à dimensão física: abrange a autonomia psicológica, social e existencial do sujeito, todas comprometidas quando se impõe a continuidade compulsória de uma gestação não consentida.

O artigo 6º da Declaração avança nessa direção de maneira ainda mais direta. Ele determina que "qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequado" (UNESCO, 2005), e que "o consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito" (UNESCO, 2005). A lógica desse dispositivo tem implicações

simétricas: se nenhuma intervenção médica pode ser imposta sem consentimento, a obrigação jurídica de manter uma gravidez contra a vontade da gestante configura uma intervenção sobre seu corpo e sua vida realizada sem, e frequentemente contra, esse consentimento. A continuidade forçada de uma gestação é, ela própria, uma intervenção de consequências profundas sobre a saúde física e mental da mulher, e sua imposição pelo Estado colide diretamente com os princípios articulados no artigo 6º.

Os artigos 3º, 10º e 11º da Declaração completam esse mosaico normativo com as exigências de dignidade, igualdade e não-discriminação. O artigo 3º afirma que "a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade" (UNESCO, 2005) e que "os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade" (UNESCO, 2005). Enquanto o artigo 10º determina que "a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa" (UNESCO, 2005). O artigo 11º estabelece que "nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão" (UNESCO, 2005). Lidos em conjunto, esses dispositivos evidenciam que a criminalização do aborto produz uma injustiça estrutural de natureza discriminatória: mulheres com recursos financeiros suficientes têm acesso a procedimentos seguros, ainda que ilegais, em clínicas privadas ou no exterior; mulheres pobres não têm. A proibição, portanto, não protege de maneira igual, ela distribui seus custos de forma desigual, sacrificando a dignidade, a saúde e a vida das mais vulneráveis.

O artigo 12º, ao tratar do respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, introduz uma tensão que merece atenção. Reconhece a diversidade cultural como valor a ser respeitado, mas estabelece com clareza que "tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo" (UNESCO, 2005). Isso significa que argumentos de natureza religiosa ou cultural que sustentem a negação da autodeterminação reprodutiva da mulher, quando essa negação resulta em danos concretos à sua saúde e à sua vida, não podem ser aceitos como expressões legítimas de pluralismo. A diversidade cultural é um valor genuíno que a Declaração protege; mas, como o próprio artigo 12º delimita, ela não pode funcionar como escudo para a perpetuação de práticas que violam a dignidade e os direitos fundamentais de pessoas concretas.

Por fim, o artigo 26º determina que:

"a presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e inter-relacionados", devendo cada um ser "interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância" (UNESCO, 2005).

Essa cláusula de interpretação sistêmica é decisiva: ela impede que qualquer princípio da Declaração seja absolutizado de forma isolada, exigindo que autonomia, dignidade, vulnerabilidade, igualdade, não-discriminação e responsabilidade social sejam pensados em

conjunto. Quando assim lidos, convergem em direção a uma conclusão que a Bioética de Intervenção explicita sem hesitação: uma política bioética coerente com os compromissos da Declaração de 2005 não pode reconhecer como eticamente aceitável a imposição, sobretudo às mulheres mais vulneráveis, dos riscos letais e das violações de integridade que decorrem da criminalização do aborto. A Bioética comprometida com os direitos humanos não se contenta com a proclamação abstrata da dignidade; exige, como condição de sua própria coerência, que essa dignidade seja garantida nas condições concretas em que as pessoas vivem, sofrem e morrem.

2.2.1. Autonomia Reprodutiva

Aplicada ao campo reprodutivo, a autonomia implica o direito de decidir sobre contracepção, gestação, parto e interrupção da gravidez sem interferências arbitrárias do Estado, de instituições religiosas ou de profissionais de saúde, relacionado ao direito constitucional ao livre planejamento familiar que se subdivide nos direitos sexuais e reprodutivos.

A autora Carolina Palmeira (2023, p. 68) reforça a importância da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIP&D) do Cairo (1994), no que tange à autonomia reprodutiva, uma vez que esta incluiu, pela primeira vez, os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, conforme seu princípio 8º. A autora traz ainda que estes direitos são desdobramentos da igualdade e liberdade, debatidos pela primeira dimensão de direitos fundamentais e estabelecidos como princípios da democracia. É importante ressaltar que, em texto de apresentação do Relatório desta Conferência, Tania Patriota (1994) aponta que as discussões e

garantias de direitos reprodutivos no Brasil precederam tal Conferência.

Já nos anos 80, os movimentos de mulheres no Brasil reivindicavam um programa de saúde da mulher que contemplasse suas necessidades de saúde de forma integral e não restrito exclusivamente às dimensões de concepção e contracepção. Tendo sido criado o PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançado em 1983, que se propunha a atender às necessidades de saúde das mulheres durante seu ciclo vital, dando atenção a todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Nesta perspectiva abrangente, pode-se dizer que o movimento feminista brasileiro havia antecipado em uma década o espírito do Cairo. (CIP&D, 1994).

Esse protagonismo brasileiro na construção dos direitos reprodutivos é relevante para compreender que a autodeterminação reprodutiva da mulher, que inclui a decisão sobre a continuidade ou interrupção de uma gravidez, não é pauta recente nem importada, mas demanda historicamente enraizada nos movimentos sociais nacionais e progressivamente incorporada ao ordenamento jurídico interno e aos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro.

No Brasil, a Constituição da República de 1988, seguindo aos tratados internacionais, reforçou o princípio da dignidade humana, bem como a igualdade entre o homem e a mulher, passando o Estado a ter o dever de garantir a tutela de direitos das pessoas independentemente de condição, de sexo ou de origem (Souza; Souza, 2024, p. 3-4). O dever constitucional do Estado não restou somente descrito pelo princípio da dignidade humana no inciso III

do art. 1º da Constituição da República de 1988, mas também previsto em outros dispositivos da carta magna, como o direito ao livre planejamento familiar, trazido pelo art. 226, §7º⁴, que reconhece o planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, sendo uma livre decisão do casal ou da pessoa solteira. Nessa dimensão positiva, cabe ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, o que abrange, nos limites legais, os serviços relacionados ao aborto legal. Na dimensão negativa, veda-se ao Estado qualquer conduta coercitiva que impeça o exercício da autodeterminação reprodutiva, seja por parte de instituições oficiais ou privadas.

O planejamento familiar também encontra amparo legal na Lei nº 9.263/96, que direciona ao SUS (Sistema Único de Saúde) a responsabilidade por definir as normas de exercício desse direito, bem como desenvolver ações, pesquisas e políticas públicas, conforme os artigos 1º ao 5º da referida lei. O direito social à saúde, previsto no art. 196⁵ da Constituição da República de 1988, reforça o dever estatal de garantir o acesso universal e igualitário à saúde, inclusive à saúde reprodutiva, tanto a meios contraceptivos preventivos quanto às demandas relacionadas à gestação e, nos casos previstos em lei, à sua interrupção.

São decorrentes do planejamento familiar o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, classificados como direitos fundamentais e direitos humanos conforme preconiza o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (CIP&D, 1994), que trata os direitos reprodutivos como exercício da autodeterminação individual e do livre exercício da sexualidade e da reprodução. Carolina Palmeira (2023, p. 66) traz que, para a saúde

coletiva, os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos, destinando-se à vivência da sexualidade e da reprodução de maneira livre. Nesse sentido, o direito de decidir sobre a interrupção de uma gravidez se insere como expressão direta dessa autonomia, não como exceção ao sistema de direitos, mas como seu desdobramento lógico.

Tem-se também a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (CMSM, 1995), cujo item 94 define saúde reprodutiva como:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. (CMSM, 1995).

Essa definição é fundamental para o debate sobre o aborto: ao afirmar que saúde reprodutiva implica a liberdade de decidir ter ou não ter filhos, quando e com que frequência, o documento reconhece que a interrupção voluntária da gravidez não é antítese da saúde reprodutiva, mas uma de suas dimensões possíveis. A mesma conferência reconheceu, contudo, a existência de desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a negligência dos direitos reprodutivos na prática, suscitando maior assistência na área de saúde sexual e reprodutiva (CMSM, 1995). Essa dificuldade de

acesso permaneceu e foi notificada pela Secretaria de Saúde para a Mulher em 2004, o que ensejou o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no SUS, um "conjunto de diretrizes e objetivos que busca oferecer cuidados completos para a saúde das mulheres, promovendo a autonomia delas" (Brasil, 2005).

Em 2005, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, lançou o documento "Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo", que esclarece o que são direitos reprodutivos:

Direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (Brasil, 2005).

Esse conjunto normativo evidencia que a autonomia reprodutiva, incluindo a decisão pela não continuidade de uma gestação, é direito expressamente reconhecido pelo Estado brasileiro, não como concessão, mas como expressão da dignidade humana e da liberdade individual. A decisão sobre ter ou não ter filhos, em que momento e em que condições, pertence à esfera mais íntima da autodeterminação pessoal, e qualquer restrição a esse campo deve ser compreendida como intervenção sobre a liberdade do sujeito que exige justificativa constitucional robusta.

Contudo, a distância entre o texto normativo e a realidade vivida pelas mulheres é notória. Pesquisas como a Pesquisa Nacional sobre Saúde (2019) e os estudos da Fundação Perseu Abramo revelam que parcela significativa das mulheres brasileiras não tem acesso a informações adequadas sobre saúde reprodutiva, experimenta coerção em serviços de saúde e enfrenta julgamentos morais quando busca exercer suas escolhas reprodutivas. O que denota que a efetivação desses direitos não pode ser analisada de forma dissociada dos condicionantes sociais, econômicos e jurídicos que incidem sobre os corpos, sobretudo das mulheres.

A análise hegemônica dos direitos reprodutivos, fundada na ideia de igualdade formal, presume neutralidade e universalidade, mas ignora que o exercício concreto desses direitos é atravessado por desigualdades estruturais. Como observa Iara Antunes de Souza (2023, p. 81-82), a hegemonia normativa não dá conta de assegurar a plena fruição desses direitos, pois fatores interseccionais, como classe, raça, gênero e condição socioeconômica, operam como barreiras reais ao acesso e ao exercício da autonomia reprodutiva. Assim, embora o planejamento familiar seja juridicamente livre, essa liberdade encontra limites que afetam principalmente mulheres em contextos periféricos e vulnerabilizados.

2.3. Aborto e Sua Realidade no Brasil

O aborto, sob a perspectiva médica, é definido como a interrupção da gestação antes que o feto atinja viabilidade extrauterina, geralmente fixada entre 20 e 22 semanas de gestação (OMS, 2022). Pode ser espontâneo, ocorrendo naturalmente em decorrência de alterações genéticas, patologias maternas ou causas desconhecidas,

ou induzido, quando resulta de intervenção intencional para interromper a gravidez.

O Código Penal Brasileiro de 1940 trata o aborto como crime nos artigos 124 a 127, prevendo penalidades tanto para a gestante que provoca ou consente o próprio aborto quanto para terceiros que o realizam. Entretanto, o mesmo diploma legal estabelece causas de exclusão de ilicitude que tornam o aborto legal em determinadas situações, configurando as chamadas 'hipóteses permissivas' ou 'excludentes de antijuridicidade'.

A primeira hipótese legal está prevista no artigo 128, inciso I, do Código Penal, não há crime quando o aborto é realizado por médico e não há outro meio de salvar a vida da gestante. Trata-se do denominado aborto necessário ou terapêutico, que não exige qualquer autorização judicial, sendo suficiente a indicação médica e o consentimento da paciente. A segunda hipótese, prevista no inciso II do mesmo artigo, refere-se à gravidez resultante de estupro, caso em que o aborto é legal desde que realizado com o consentimento da gestante, ou de seu representante legal quando incapaz. Nessa hipótese, não é exigido boletim de ocorrência nem decisão judicial, bastando a declaração da mulher sobre as circunstâncias da concepção, conforme normatizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (2005, atualizada em 2012).

Uma terceira hipótese foi estabelecida por decisão do Supremo Tribunal Federal no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, concluído em 2012, que reconheceu a inconstitucionalidade de criminalizar a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos. O STF, por maioria, entendeu que a anencefalia, por ser incompatível com a vida extrauterina, não

configura 'vida' em sentido jurídico, razão pela qual a gestante não pode ser compelida a manter a gestação. Essa decisão, embora restrita aos casos de anencefalia, ampliou o debate sobre malformações fetais graves e letais.

Em 2023, o STF iniciou o julgamento da ADPF nº 442, que questiona a criminalização do aborto voluntário até a 12ª semana de gestação. Embora o julgamento ainda não tenha sido concluído, o debate evidencia a tensão entre a autonomia reprodutiva feminina e a tutela penal sobre o corpo da mulher, refletindo posicionamentos divergentes entre setores conservadores, feministas, de saúde pública e religiosos.

Paralelamente ao debate sobre a descriminalização, é importante mencionar que, na prática, mulheres que necessitam de aborto legal frequentemente enfrentam obstáculos institucionais graves: negativas ilegais por parte de serviços de saúde, exigência de documentos não previstos em lei, escassez de serviços habilitados e objeção de consciência exercida de forma coletiva e institucional por hospitais, o que representa uma violação dos direitos reprodutivos garantidos legalmente.

O abortamento induzido configura um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil, com dimensões que extrapolam o debate moral e se impõem como urgência sanitária concreta. Estima-se que ocorram mais de um milhão de abortos inseguros ao ano no país (Brasil, 2014), número que por si só evidencia a insuficiência de qualquer abordagem que trate o tema apenas como questão de ordem penal ou religiosa, ignorando suas consequências diretas sobre a saúde e a vida das mulheres brasileiras.

A magnitude do problema se expressa com ainda mais força quando se considera que o abortamento figura entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil (Brasil, 2014).

Pesquisa sobre mortalidade de mulheres entre 10 e 49 anos, realizada em 2002 em todas as capitais e no Distrito Federal, evidenciou a permanência de taxas elevadas de morte materna no país (Brasil, 2006 apud Brasil, 2014), em contraste com o que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas são substancialmente menores. Entre 1995 e 2000, estatísticas de países europeus registraram taxas inferiores a 10 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em contextos nos quais o aborto é realizado em condições seguras e não representa mais uma causa relevante de morte materna (Alexander et al., 2003 apud Brasil, 2014). Além disso, segundo dados do Ministério da Saúde (2023), o aborto inseguro é responsável por cerca de 11% das mortes maternas no país, afetando desproporcionalmente mulheres negras, de baixa renda e sem acesso ao sistema de saúde formal. Estima-se que cerca de 500 mil abortos induzidos ocorram anualmente no Brasil, a maioria em condições precárias e clandestinas. A diferença não é casual: é estrutural, e revela que a segurança do procedimento depende diretamente do contexto jurídico e sanitário em que ele ocorre.

Nesse sentido, os dados internacionais são inequívocos. Em países onde as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morte decorrente de um abortamento realizado com métodos modernos não ultrapassa uma por cada 100 mil procedimentos (AGI, 1999 apud Brasil, 2014). Em países em desenvolvimento, por outro lado, o risco de morte por complicações de procedimentos inseguros é várias vezes superior ao de um procedimento realizado por profissionais habilitados e em condições adequadas

(Organização Mundial da Saúde, 2004 apud Brasil, 2014). Igualmente revelador é o dado de que, em países onde o aborto é proibido por lei ou norma religiosa, não há redução da taxa total de abortos, pelo contrário, estudos demonstram um efeito direto entre a proibição e o aumento dos índices de abortamentos clandestinos e inseguros e, conseqüentemente, da mortalidade materna (AGI, 2004, 2008; Brasil, 2006; Drezett, 2005 apud Brasil, 2014). A proibição, portanto, não previne o aborto: apenas o torna mais letal para as mulheres mais pobres.

Essa dimensão de classe é central para compreender o fenômeno em sua inteireza. No Brasil, a prática do aborto traduz de forma inequívoca as desigualdades sociais vigentes: embora todas as mulheres compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, percorrem trajetórias radicalmente distintas. Uma minoria delas pode arcar com os custos de um procedimento rápido, seguro e sigiloso em clínicas privadas ou no exterior; a grande maioria recorre a estratégias inseguras que frequentemente se complicam e acarretam mortes maternas (Brasil, 2014). As repercussões alcançam jovens mulheres em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou impondo sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações imediatas como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade somam-se aos transtornos subjetivos de vivenciar o ônus de uma escolha difícil em contexto de culpabilização e penalização (Brasil, 2014).

Além disso, as desigualdades regionais também se manifestam com clareza nos dados epidemiológicos, verifica-se uma redução na média de idade das mulheres que foram a óbito, bem como menor redução dessas taxas nos estados nordestinos (Brasil, 2014). É

exatamente nessa região onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem maior peso entre as causas de morte materna. Em municípios da Região Metropolitana do Recife, entre 1994 e 1996, o aborto ocupou respectivamente o primeiro e o segundo lugar entre as causas de morte materna (Valongueiro, 1996; Recife, 1998 apud Brasil, 2014); em Salvador, desde o início da década de 1990, o abortamento permaneceu como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando os maiores riscos (Compte, 1995; Menezes; Aquino, 2001 apud Brasil, 2014). Esses dados não descrevem apenas uma realidade epidemiológica: descrevem uma injustiça territorial e social que o sistema de saúde e o ordenamento jurídico têm o dever de enfrentar.

A vulnerabilidade enfrentada por mulheres que buscam a interrupção da gravidez em contexto de criminalização, a partir da perspectiva de Florencia Luna (2008), não deve ser compreendida como rótulo de vitimização ou condição intrínseca e imutável, mas sim por meio da metáfora das camadas que a autora desenvolve. Nessa visão, a vulnerabilidade é "dinâmica e relacional" (Luna, 2008, p. 13), surgindo da sobreposição de circunstâncias específicas, como as barreiras econômicas para o acesso a procedimentos seguros e a ausência de amparo jurídico. Ao transpor a ideia de "grupos vulneráveis" para o conceito de camadas, evita-se a estigmatização das mulheres, focando nas condições externas que geram a fragilidade. Esse olhar permite identificar que "não há uma única resposta, mas que as soluções deveriam ser múltiplas e sutis" (Luna, 2008, p. 12), adequando a proteção jurídica à complexidade de cada situação concreta. A mulher pobre que recorre a um procedimento clandestino e a mulher que acessa um serviço seguro no exterior não vivenciam a mesma experiência do aborto e essa diferença não

é acidental, mas produto de camadas sobrepostas de exclusão que o direito tem o dever de remover.

Apesar de reconhecidos juridicamente, os direitos reprodutivos não são exercidos de forma equivalente entre todas as mulheres, uma vez que desigualdades sociais, padrões patriarcais e colonialidades de poder interferem diretamente na capacidade de decisão reprodutiva (Souza, 2023, p. 85). Há, portanto, uma distância entre o direito formal à reprodução e à contracepção e a capacidade concreta de exercê-los. Isso explica por que o planejamento familiar, enquanto direito, precisa ser compreendido além do texto normativo: ele exige políticas públicas eficazes, acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e condições materiais que permitam escolhas reais, sobretudo no Sistema Único de Saúde, que é a única via de acesso à saúde para a maioria das mulheres brasileiras.

Diante desse cenário, compreende-se que os direitos reprodutivos e o planejamento familiar não podem ser dissociados das condições materiais e subjetivas que permeiam a vida das pessoas. A autonomia reprodutiva, ao ser confrontada com as múltiplas camadas de vulnerabilidade que incidem sobre mulheres em situação periférica, revela a necessidade de uma Bioética e de um Biodireito que ultrapassem a igualdade formal e se comprometam com a proteção concreta da dignidade humana nas relações de saúde, reconhecendo que garantir o direito ao aborto seguro não é concessão, mas condição de coerência de um ordenamento jurídico que se afirma comprometido com a dignidade, a igualdade e a liberdade de todas as mulheres.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida ao longo deste trabalho revela um cenário paradoxal, mas não surpreendente: enquanto o arcabouço normativo brasileiro e os instrumentos internacionais de direitos humanos garantem, formalmente, amplos direitos reprodutivos às mulheres, a efetivação desses direitos esbarra em obstáculos estruturais que reproduzem e aprofundam desigualdades de gênero, raça e classe. A autonomia reprodutiva, tal como proclamada nos textos normativos, permanece, para a maioria das mulheres brasileiras, um direito abstrato, real no papel, negado na prática.

O percurso pelo campo da Bioética evidenciou que não há neutralidade possível na escolha da vertente teórica adotada. A Bioética Principlista, ao eleger princípios abstratos e universalizantes como guias de conduta, mostra-se insuficiente para dar conta dos conflitos vividos por populações em situação de exclusão, especialmente em contextos periféricos do Sul Global. O contratualismo e o personalismo, cada um a seu modo, também falham ao não enfrentar as determinantes estruturais que impedem o exercício real da autonomia. A Bioética Utilitarista, por sua vez, ao privilegiar o cálculo de custo-benefício coletivo, corre o risco de perpetuar opressões em nome de um bem-estar geral que frequentemente invisibiliza os mais vulneráveis. É a Bioética de Intervenção, proposta por Volnei Garrafa e outros bioeticistas latino-americanos, que oferece a perspectiva mais coerente com a realidade das mulheres brasileiras: ao deslocar o debate do plano abstrato para o político, priorizando o combate à exclusão social e a defesa dos grupos historicamente marginalizados, ela fornece os fundamentos éticos necessários para que a autonomia reprodutiva deixe de ser um privilégio e se converta em direito efetivo.

A análise dos marcos normativos, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) à Constituição Federal de 1988, passando pelas Conferências do Cairo e de Pequim, demonstrou que a autonomia reprodutiva, incluindo a decisão sobre a interrupção da gravidez, não é pauta marginal ou excepcional: é desdobramento lógico e necessário do sistema de direitos fundamentais. Os artigos 5º, 6º, 8º, 10º, 11º e 14º da Declaração da UNESCO, lidos de forma sistêmica conforme exige o artigo 26º do mesmo instrumento, convergem inequivocamente para a conclusão de que a imposição de uma gestação não consentida, especialmente em contextos de violência e vulnerabilidade social, viola a dignidade, a integridade e a igualdade das mulheres. O Biodireito, ao incorporar esses preceitos bioéticos e traduzi-los em normas jurídicas exigíveis, tem o papel de transformar essa convergência normativa em proteção concreta e não em retórica institucional.

A realidade do aborto no Brasil, examinada no terceiro capítulo, é o teste mais severo dessa coerência. Com mais de um milhão de abortos inseguros estimados por ano (Brasil, 2014), taxas de mortalidade materna que recaem desproporcionalmente sobre mulheres negras, pobres e nordestinas, e uma proibição que não reduz a prática mas apenas a torna mais letal para as mais vulneráveis, o país enfrenta uma contradição insustentável: proclama a dignidade humana como fundamento da República e, simultaneamente, mantém um regime jurídico que condena mulheres à morte evitável. Diante desse cenário marcado por tantas intervenções institucionais, normativas e sociais sobre o corpo feminino, emerge com força a interrogação que percorre todo este trabalho: qual o papel da Bioética e do Biodireito se não o de questionar ativamente as estruturas que produzem esse sofrimento

injusto e oferecer ao ordenamento jurídico os fundamentos para corrigi-lo?

Superar esses desafios requer não apenas reformas legislativas, embora estas sejam urgentes e necessárias, mas uma transformação cultural profunda que coloque o corpo feminino e a vontade da mulher no centro das decisões reprodutivas. Investir em educação sexual abrangente, ampliar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva de qualidade, formar profissionais de saúde em direitos humanos e combater sistematicamente a violência obstétrica e reprodutiva são medidas indispensáveis para que a autonomia reprodutiva saia do papel e se torne realidade vivida por todas as mulheres, independentemente de sua origem, renda ou raça. Uma Bioética e um Biodireito comprometidos com a dignidade humana não se contentam com a igualdade formal: assumem posição, questionam estruturas e constroem, junto às populações vulnerabilizadas, os caminhos para uma proteção que seja, de fato, universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed., 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgamento: 12 abr. 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CIPD), 1994, Cairo. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo: ONU, 1994. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_cairo.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. Pequim: ONU Mulheres, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

GARRAFA, Volnei. Da Bioética de Princípios a uma Bioética Interventiva. Revista Bioética, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125–134, 2005.

Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br>. Acesso em: 26 jun. 2025.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N° 1, 2008, pp.: 60-67. Disponível em: <http://www.lasalusproject.org/moodle30/mod/resource/view.php?id=48&forceview=1>. Acesso em: 20 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plataforma de Ação de Pequim. IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim: ONU, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2022.

POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*. Tradução de Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato. *Bioética e Biodireito*. 7ª Edição. Indaiatuba: Editora Foco, E-book, 2025.

SOUZA, Iara Antunes de; LISBÔA, Natália de Souza. Princípios Bioéticos e Biojurídicos: uma visão baseada nos direitos humanos. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NOGUEIRA, Roberto Henrique Pôrto; SCHETTINI, Beatriz. (Org.). *Novos direitos privados*. 1ed. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2016, v. 1, p. 1-15.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Washington, D.C.: HHS, 1979. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>. Acesso em: 24 jun. 2025.

¹ Professora de Direito da Universidade Estadual de Minas Gerais campus Passos e Faculdade FACINT, polo de Pouso Alegre. Advogada graduada pela Faculdade de Direito do Sul de Minas. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto. Pós graduada em Direito Médico e da Saúde e em Direito Processual Civil.

² Doutora e pós-doutora em Obstetrícia pela Unesp. Enfermeira. Docente da graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos. Atua como avaliadora de cursos do INEP/MEC e editora associada externa da revista Texto & Contexto Enfermagem. Desenvolve pesquisas na área de Saúde Materno-Infantil, com ênfase em gestação de alto risco, aleitamento materno e assistência multidisciplinar ao parto.

³ Peter Singer (1946) é um filósofo e bioeticista australiano, professor da Universidade de Princeton e um dos principais expoentes contemporâneos do utilitarismo de preferências. Na bioética, sua abordagem defende que a moralidade de uma ação deve ser julgada pela maximização do bem-estar e pela satisfação dos

interesses do maior número de seres sencientes,
independentemente de sua espécie.

⁴ Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do
Estado.

⁵ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido
mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do
risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e
igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e
recuperação.