



Aborto: aspectos jurídicos, clínicos e perspectivas em diferentes religiões

Abortion: legal aspects, clinic, and perspectives in different religions

Francisco de Assis Souza dos Santos²⁵¹

Docente do PPG em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória

Diane de Carvalho Machado²⁵²

Mestre em Ciências das Religiões pela Faculdade Unida de Vitória e fisioterapeuta no Hospital São José do Avaí-RJ

Resumo: Este artigo tem por objetivo apresentar a realidade do aborto nas diferentes esferas sociais, privilegiando os aspectos legais, clínicos e religiosos que envolvem o tema. Para isso, a revisão bibliográfica se fará presente, com argumentos pró e contra o aborto. A questão é melindrosa e por isso deve ser tratada com o máximo de cuidado, sempre buscando valorizar a vida e bem-estar de todos os seres humanos. Deliberar a respeito da existência ou não de uma vida humana ultrapassa diferentes percepções e impõe sobre aqueles que se encontram com essa responsabilidade equilíbrio e imparcialidade para que os equívocos, se possível, não aconteçam. É necessário que se considere os aspectos biológicos, psíquicos e religiosos para que qualquer parecer emitido não privilegie somente um desses aspectos. O assunto é relevante e delicado, causando desconforto nos diferentes seguimentos sociais, dentre eles, os religiosos que, dependendo do tipo de instituição seja, condemne o aborto.

Palavras-Chave: Aborto. Clínica. Religião. Legislação.

Abstract: This article aims to present the reality of abortion in different social segments that privilege the legal, clinical, and religious aspects that involve the theme. For this, the literature review will be presented, with arguments for and against abortion. The issue is touchy and, therefore, should be treated with the utmost care, always seeking to value the life and well-being of all human beings. Deliberating about them or not to have a human life goes beyond different perceptions and charges on those who find themselves with this responsibility impartiality so that misconceptions, if possible, do not happen. It is

²⁵¹ Doutor em Teologia pela PUC-Rio e Pós-Doutor pelo Methodist Theological School in Ohio (USA). Formação em Psicanálise, pela Escola Brasileira de Psicanálise, Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica pela Faculdade Unida de Vitória. Graduação em Letras - Português - Universidade Federal do Espírito Santo e Licenciatura em Filosofia - Centro Universitário ETEP. É docente do PPGCR-FUV.

²⁵² Mestra em Ciências das Religiões pelo PPGCR da Faculdade Unida de Vitória. Possui Graduação em Direito pela Faculdade Redentor-Itaperuna/RJ e Graduação em Fisioterapia pela UNIG. Pós-Graduada em Fisioterapia Respiratória - Pediatria e Neonatologia pela Faculdade Redentor e Pós-Graduada em Fisioterapia Cinética Funcional pela mesma instituição. Pós-Graduada em Direito Processual Civil, Direito Penal e Processual Penal pela Universidade Cândido Mendes. Atualmente, é fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital São José do Avaí - Itaperuna/RJ (desde agosto de 2002).

necessary to consider the biological, psychic, and religious aspects so that any opinion issued does not privilege only one of these aspects. The subject is relevant and delicate, causing discomfort in the different social segments, among them, the religious who, depending on the type of institution is condemn abortion.

Keywords: Abortion. Clinic. Religion. Legislation.

Introdução

O tema aborto ainda continua sendo de difícil reflexão em alguns diferentes seguimentos da sociedade. O objetivo desse artigo é apresentar perspectivas do assunto de acordo com a legislação, as ciências biológicas e a religião. O que se acredita é que o aborto assume diferentes formas de interpretação, dependendo do ponto de vista pelo qual ele esteja sendo analisado. Autores como Prado, Clotet, Koerich, Machado, Costas, Campos, dentre outros, trataram do assunto com extrema cautela. A metodologia utilizada neste artigo é bibliográfica, buscando diferentes autores nos três seguimentos apresentado (jurídico, biológico e religioso). Na primeira seção o aborto será apresentado do ponto de vista clínico, religioso e jurídico. Na segunda seção, aspectos específicos das malformações fetais, serão o enfoque principal. Na terceira seção, o que se procura entender é a questão bioética que envolve o que se iniciou na segunda seção. A seção quatro está dividida em seis subtópicos, sendo que o primeiro analisa o aborto do ponto de vista da igreja católica, com seus dogmas e formas de interpretação da concepção da vida. O segundo subtópico apresenta a perspectiva de igrejas protestantes e sua forma de interpretação da vida, como e quando ela inicia. No terceiro subtópico, buscou-se apresentar a visão da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias, por ser uma denominação que apresenta aspectos particulares que envolvem a questão biológica do assunto. No subtópico de número quatro, apresenta-se a perspectiva islâmica sobre o assunto. No quinto subtópico o enfoque recai sobre o Budismo e como ele interpreta a questão da interrupção forçada da vida pela intervenção humana. E por último, na seção seis, como o judaísmo entende o aborto.

1 Aborto de feto com malformação genética: abordagem clínica, religiosa e jurídica

Recentes avanços no diagnóstico pré-natal permitem que um número crescente de anomalias fetais sejam diagnosticadas. Com o advento da triagem no primeiro trimestre de gestação (11-13 semanas) e teste de DNA livre de células (10 semanas), mais mulheres são capazes de descobrir se suas gestações podem ser afetadas, ainda no início da gestação.²⁵³

Para as mulheres afetadas, o diagnóstico de uma anomalia fetal é, muitas vezes, inesperado e experimentado como uma perda devastadora de uma gravidez normal. Mesmo quando a mulher acredita que a decisão de interromper a gravidez está correta, devido à insegurança em relação à qualidade de vida da criança e dos futuros pais, sentimentos de tristeza sobre a perda fetal podem contribuir ainda mais para a ambivalência experimentada por essas mulheres.²⁵⁴

²⁵³ HANSCHMIDT, F. et al. Abortion after diagnosis of fetal anomaly: Psychometric properties of a German version of the individual level abortion stigma scale. *PLoS ONE*, v. 13, n. 6, p. 2, 2018.

²⁵⁴ LAFARGE, C.; MITCHELL, K.; FOX, P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters*, v. 22, n. 1, p. 193, 2014.

A interrupção de uma gravidez por anomalia fetal é uma decisão complexa, que pode ter consequências psicológicas em longo prazo, tais como depressão, estresse pós-traumático e luto para as mulheres e seus parceiros, situação ocasionada não somente pela perda do futuro filho, mas por este fato ter sido uma escolha dos pais. Esse elemento de escolha coloca esse fenômeno no centro dos debates éticos, que têm implicações para as experiências das mulheres, relacionadas à saúde mental, à questão legal e à bioética.²⁵⁵

Para muitas mulheres, a interrupção da gravidez por anormalidade fetal abala suas crenças básicas, sendo um momento de intensa dor física e emocional e a transição brutal entre o estado de gravidez e a não gravidez contribui para sentimentos de devastação. O processo de luto é contínuo, permanecendo ao longo da vida, onde a dor diminui, mas não desaparece por completo. As mulheres perdem o futuro imediato que imaginaram, muitas vezes se esforçando para se preparar para a chegada do bebê.²⁵⁶

Observa-se também uma perda de autoestima reprodutiva, com algumas mulheres sentindo que não conseguiram ter uma criança saudável, falhando não somente com o filho, mas com aqueles que as cercam. Algumas mulheres se culpam pela anormalidade, enquanto outras questionam sua coragem moral para a escolha de não ter uma criança com deficiência. O contexto social afeta muito as experiências dessas mulheres. Os debates polarizados sobre o aborto resultam em mulheres estigmatizadas e com sentimento de párias sociais.²⁵⁷

A disponibilidade de técnicas de diagnóstico intrauterino permite a detecção precisa de uma gama de anormalidades fetais, incluindo aquelas incompatíveis com a vida. Quando tais condições são identificadas através do diagnóstico pré-natal, a questão de se interromper ou não a gravidez devido à anormalidade é levantada. As anormalidades consideradas incompatíveis com a vida, quando pode ser solicitada autorização judicial para interromper a gravidez são defeitos do tubo neural, incluindo anencefalia, malformações congênitas múltiplas e anormalidades do sistema urinário. Nestes casos existem apenas duas opções para a mulher: interrupção da gravidez ou permitir que o bebê nasça mesmo sem chances de sobrevivência.²⁵⁸

As leis, políticas e antecedentes históricos, que são o resultado de atitudes sociais em relação à interrupção da gravidez por anormalidade fetal, possuem grande influência, pois ditam o momento e as condições médicas para as quais as gravidezes podem ser interrompidas.²⁵⁹

No entanto, independente dessas interrupções serem ou não permitidas, o momento e as condições médicas para as quais são realizadas, a qualidade da prática clínica, as atitudes dos cuidadores, as expectativas sociais das mulheres como mães, bem como as atitudes em relação ao aborto, formam coletivamente o contexto em que as mulheres experimentam a interrupção da gravidez por anormalidade fetal. Como as

²⁵⁵ WOOL, C. Systematic review of the literature: parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly. *Advances in Neonatal Care*, v. 11, n. 3, p. 184, 2011.

²⁵⁶ CHARLES, V. E.; POLIS, C. B.; SRIDHARA, S. K. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, v. 78, n. 6, p. 439, 2008.

²⁵⁷ BRYAR, S. H. One day you're pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 26, n. 5, p. 561, 1997.

²⁵⁸ COSTA, L. L. F. et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 13, n. 26, p. 153, 2005.

²⁵⁹ COSTA, 2005, p.143.

sociedades enviam mensagens conflitantes às mulheres, exaltando a aceitação da deficiência e, ao mesmo tempo, incentivando a triagem pré-natal, muitas podem se sentir incapazes de compartilhar sua história e, assim, sentir-se isoladas e estigmatizadas.²⁶⁰

2 As malformações fetais

Malformações fetais são defeitos na morfogênese de órgãos ou partes do corpo, que podem ser identificáveis. Fatores genéticos e ambientais podem induzir a esses defeitos congênitos. Ferramentas diagnósticas e terapêuticas foram melhorando progressivamente nas últimas décadas, contribuindo para a identificação ainda no período gestacional.²⁶¹

Nas últimas décadas, houve grandes mudanças no diagnóstico pré-natal de anomalias congênitas. Hoje malformações estruturais da maioria dos órgãos são detectáveis por ultrassom realizado durante a gravidez. A detecção pré-natal de defeitos cardíacos congênitos e algumas outras anomalias têm um papel cada vez mais importante no planejamento e no tratamento pós-natal efetivo, bem como na provisão de aconselhamento e outros serviços.²⁶² Malformações fetais são observadas em 3 a 5% de todas as gestações e sua detecção foi muito melhorada com avanço das tecnologias de imagem. Na maioria dos países do mundo, o exame no segundo trimestre da gestação, entre 18 e 22 semanas, continua sendo o padrão para avaliação anatômica fetal; no entanto, a literatura mais recente mostra uma melhora significativa na detecção dessas anomalias já no primeiro trimestre da gravidez.²⁶³

Uma ampla gama de anormalidades do sistema nervoso central, cardíacas, da parede abdominal, do trato urinário e do esqueleto pode ser diagnosticada entre a 11^a e a 14^a semanas. Os claros benefícios da ultrassonografia do primeiro trimestre são a detecção precoce e a exclusão de anomalias congênitas maiores (não compatíveis com a vida ou acompanhadas de anormalidades graves).²⁶⁴

As malformações congênitas podem ser etiologicamente classificadas em primárias, que são defeitos morfogênicos decorrentes de erros intrínsecos no processo de desenvolvimento, com origem genética, anomalias cromossômicas, poliploidia, polissomia, monossomia, mutações pontuais, dentre outras); secundárias, que ocorrem quando fatores ambientais interferem no processo normal de desenvolvimento, determinando prejuízo ou danos específicos em campos do desenvolvimento, decorrentes de agentes biológicos, vírus, citomegalovírus, rubéola, vírus do herpes, bactérias, agentes químicos, drogas, abuso de substâncias, condições metabólicas, radiações, dentre outros; e causas mecânicas, que decorrem de deformações que surgem durante o desenvolvimento fetal, como tumores ou malformações uterinas.²⁶⁵

²⁶⁰ McCOYD, J. L. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, v. 28, n. 1, p. 39, 2007.

²⁶¹ CORSELLO, G.; GIUFFRÈ, M. Congenital malformations. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 25, sup1, p. 25, 2012.

²⁶² GARNE, E. et al. EUROCAT website data on prenatal detection rates of congenital anomalies. *Journal of Medical Screening*, v. 17, n. 2, p. 97, 2010.

²⁶³ GARNE, 2010, p. 97.

²⁶⁴ DUGOFF, L. Ultrasound diagnosis of structural abnormalities in the first trimester. *Prenatal Diagnosis*, v. 22, n. 4, p. 317, 2002.

²⁶⁵ CORSELLO; GIUFFRÈ, 2012, p. 27.

Embora muitos defeitos congênitos possam ser diagnosticados no período pré-natal, algumas anomalias importantes não são detectadas até o nascimento ou em momento posterior. Vários fatores podem afetar a capacidade de detectar uma malformação fetal pré-natal. Em geral, as principais anomalias são geralmente mais prováveis de serem detectadas antes do nascimento do que pequenas anormalidades, mas algumas anomalias importantes - como cardiopatia congênita e fissura orofacial têm taxas de detecção relativamente baixas, apesar da triagem pré-natal de rotina.²⁶⁶

Em adição à natureza da instalação da ultrassonografia e a experiência do radiologista, as taxas de detecção também podem ser afetadas por fatores maternos, como a obesidade e a cicatrização da parede abdominal, o que pode dificultar a visualização pré-natal de estruturas fetais. Além disso, algumas anomalias não podem ser detectadas precocemente na gestação porque a estrutura não é desenvolvida quando o exame de imagem é realizado ou porque a anormalidade pode se desenvolver após a realização da varredura.

A incidência global de anomalias cromossômicas é estimada em cerca de 1/170 nascidos vivos. A prevalência na concepção é muito maior, com alta taxa de perda embriofetal (cerca de 50% de abortos se devem a alterações cromossômicas). Aberrações numéricas geralmente têm origem pré-zigótica, se decorrentes de erros pós-zigóticos, estando presentes apenas em uma porcentagem de células. As anomalias estruturais ocorrem a partir de rearranjos meióticos ou podem ser herdadas de um dos pais.

A síndrome de Down (trissomia 21) é a anomalia cromossômica mais frequente no nascimento (cerca de 1/700). Na maioria dos casos (95%), é secundária a uma não-disjunção meiótica materna de cromossomos homólogos 21. A incidência aumenta com a idade materna na concepção. O envolvimento de órgãos pode incluir defeitos cardíacos congênitos, atresia ou estenose duodenal e malformações do trato urinário.²⁶⁷

A Síndrome de Edwards (trissomia 18) se apresenta como restrição de crescimento pré-natal. Outras malformações são frequentes e responsáveis por grave prognóstico, com alta mortalidade neonatal, como a Síndrome de Patau (trissomia 13), onde geralmente, a criança não ultrapassa o primeiro ano de vida; a síndrome de Turner, aneuploidia cromossômica mais frequente (1/2500), determinada por monossomia do cromossomo X.²⁶⁸

Existe muitas malformações fetais, que podem ser ocasionadas por alterações cromossômicas, musculoesqueléticas, hereditárias, cardíacas e do sistema nervoso central, que podem ser detectadas através de exame citogenético ou molecular do líquido amniótico e/ou sangue fetal, da ressonância magnética nuclear, do exame ecográfico e do ecocardiograma fetal.

No que se refere ao diagnóstico pré-natal, os equipamentos de ultrassonografia, que possibilitam visualizar detalhadamente a anatomia fetal, além dos testes genéticos, possibilitam o diagnóstico precoce de muitas malformações fetais, bem como uma terapêutica intrauterina, dependendo dos tipos de anomalia. Entretanto, nem todas as

²⁶⁶ LEITE, D. L.; MIZIARA, H.; VELOSO, M. Malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas- características, associações e prevalência. *Arq Bras Cardiol*, v. 94, n. 3, p. 295, 2010.

²⁶⁷ SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 5, p. 594, 2005.

²⁶⁸ SANTOS; DIAS, 2005, p. 595

malformações detectadas possuem tratamento, especialmente daqueles fetos que apresentam malformação maior, caso em que normalmente a gestação é interrompida, desde que se enquadre no quadro legal vigente.²⁶⁹

3 Princípios bioéticos envolvidos na malformação fetal

A Bioética surgiu da necessidade de reflexão e adequação à qualidade de vida humana diante das inovações tecnológicas disponíveis no tratamento da saúde, ocupando-se da solução de problemas individuais e coletivos que inquietam as pessoas e a humanidade, além de buscar preservar a integridade dos indivíduos dos abusos de poder. “A Bioética nasceu do interesse múltiplo pelo debate e pelo diálogo público sobre os modos de agir corretos e incorretos de médicos, pesquisadores”.²⁷⁰

A ética é uma disciplina filosófica relacionada às noções de bem e mal, certo e errado e à vida moral em comunidade e a bioética é a aplicação da ética no campo da medicina e da saúde. Éticos e bioeticistas questionam situações no contexto da medicina moderna e da saúde, baseando-se no pluralismo de tradições, tanto seculares quanto religiosas, para gerar um discurso civil sobre questões contenciosas de diferença moral.²⁷¹

A bioética é multidisciplinar, combinando filosofia, teologia, história e direito com a medicina, enfermagem e políticas de saúde. Insights de várias disciplinas são utilizados na complexa interação da vida humana, ciência e tecnologia e, embora suas questões sejam tão antigas quanto a humanidade, as origens da bioética como um campo são mais recentes e difíceis de capturar em uma única visão.²⁷²

A Bioética não dita as regras das nossas ações, mas sim permite uma reflexão sobre os conflitos e dilemas morais que permeiam as questões da saúde e da vida. Ela é vista como o exercício humanista de pensar sobre os conflitos naturais, e, mais ainda, visa combinar a biologia e os valores humanos de forma que os dilemas morais e éticos sejam tratados e seguidos de forma ética.²⁷³

A questão do aborto, um dos tópicos essenciais da bioética, levanta questões pessoais para muitas pessoas, havendo polarização e divisão que levanta discussões sobre moral, ciência, medicina, sexualidade, autonomia, religião e política. Uma questão central é decidir o que se pode dizer sobre crianças não nascidas, inicialmente conhecidas como embriões e, mais tarde, fetos. Qual é o seu status moral - o quanto eles são importantes e quais são as obrigações para com eles? A questão da personalidade surge como uma discussão filosófica e legal sobre o que os direitos lhes concedem.²⁷⁴

²⁶⁹ ROLHA, P. M. P. B. *Malformações fetais: que futuro?* Dissertação (Mestrado em Bioestatística e Biometria) – Universidade Aberta, Lisboa, 2015, p.5.

²⁷⁰ CLOTET, J. Bioética como ética aplicada e genética. *Bioética*, v. 5, n. 2, p. 176, 1997.

²⁷¹ KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 1, p. 17, 2005.

²⁷² KOERICH, 2005, p. 107.

²⁷³ MIZIARA, I. D.; MIZIARA, C. S. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthoethanasia in Brazil. *Indian Journal of Medical Ethics*, v. 10, n. 1, p. 59, 2013.

²⁷⁴ ROLHA, 2015, p. 7.

A interrupção da gravidez por anormalidade fetal é atualmente uma das poucas práticas clínicas que persistentemente não possui um consenso internacional em termos de suas indicações e aspectos médico-legais. Alguns países têm leis estritas que a proíbem, enquanto outros fornecem quase total liberdade, tanto para as famílias como para o clínico, quando o procedimento é preferido.²⁷⁵

Em geral, argumenta-se que nos casos de anormalidades cromossômicas/distúrbios genéticos graves, risco de retardo mental, situação de incompatibilidade com a vida e múltiplas anomalias/multimorbidade, consideradas situações sem chance de sobrevivência, a manutenção da vida somente retarda a morte. No entanto, há um consenso em relação ao limite da idade gestacional (24 semanas), mesmo nos países onde a prática é permitida, entendendo-se que a viabilidade fetal, que é descrita como entre a 22-24 semanas de gestação, cria esse limite "de fato" na tomada de decisões éticas científicas.²⁷⁶

A ética médica é transnacional, transcultural e transreligiosa, sendo, muitas vezes, decidida por consenso profissional. Assim, há uma linha tênue entre o que é ético e o que é legal. Questões éticas sobre saúde, doença e assistência médica anteriormente eram consideradas campo em que prevalecia o julgamento dos médicos, no entanto, a bioética substituiu a noção de que o médico possui maior conhecimento, com abordagens teoricamente fundamentadas para a tomada de decisão em medicina.²⁷⁷

Com o objetivo de ajudar a resolver os dilemas que surgem nos cuidados de saúde, os bioeticistas acadêmicos apelaram a uma série de teorias (deontologia, teleologia, teoria da virtude, ética do cuidado, ética feminista, para citar alguns), mas o trabalho cotidiano dos bioeticistas é, na maioria das vezes, guiado por um método de resolução de problemas éticos conhecidos como principialismo, baseado em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.²⁷⁸

O princípio da autonomia reconhece que o paciente tem uma perspectiva de seu interesse com base em seus valores, tendo o direito de escolher ou recusar tratamento. Autonomia é considerada como uma posse do indivíduo que decide sobre si mesmo com independência, entendendo que ninguém pode ser forçado a agir ou se abster de fazê-lo, porque fora dessa ação ou abstenção pode surgir um bem, porque isso o fará mais feliz ou porque, na opinião dos outros, isso é sensato ou justo. Pode-se discutir, convencer ou implorar, mas não forçar ou prejudicar alguém por agir de forma diferente ao que se deseja.²⁷⁹

Para esta coerção ser justificada, a conduta dessa pessoa teria que ser destinada a prejudicar outras pessoas, mas para qualquer situação que não envolva outros, a independência é, de fato, absoluta. O indivíduo tem soberania sobre si mesmo, seu corpo e espírito. Entretanto, na prática, muitas vezes há pacientes com ou sem competência para decidir ou, no caso do aborto por malformação, a família

²⁷⁵ HERN, W. M. Fetal diagnostic indications for second and third trimester outpatient pregnancy termination. *Prenat Diagn*, v. 34, n. 1, p. 440, 2014.

²⁷⁶ LEUTHNER, S. R. Borderline viability: controversies in caring for the extremely premature infant. *Clin Perinatol*, v. 41, n. 3, p. 803, 2014.

²⁷⁷ WITOONPANICH, P. Ethics and rule in obstetrics and gynecology rule of ethics for obstetricians and gynecologists. *Thai J Obstet Gynaecol*, v. 19, n. 1, p. 155, 2011.

²⁷⁸ WITOONPANICH, 2011, p. 156

²⁷⁹ PATIL, A. B. et al. Medical ethics in abortion. *Indian Journal of Clinical Practice*, v. 25, n. 6, p. 547, 2014.

desempenha um importante papel nas decisões clínicas e no consentimento informado, tornando a situação bastante complexa.²⁸⁰

O princípio da beneficência traduz a responsabilidade do médico em visar sempre o melhor interesse do paciente, avaliando objetiva e meticulosamente todas as opções diagnósticas e terapêuticas, garantindo equilíbrio dos danos. A não-maleficência, princípio muito próximo da beneficência, defende que um médico deve certificar-se de que, em primeiro lugar, não fará nenhum mal. O princípio da justiça se refere à distribuição justa dos recursos de saúde e da decisão de quem recebe o tratamento com igualdade.²⁸¹

Avaliar uma ação clínica em relação ao seu fim e à relação médico-paciente requer que se leve em consideração o percurso clínico completo, que leva à decisão sobre determinada ação. Portanto, atenção deve ser dada à ação determinação e aos testes pré-natais precedentes. Uma análise da ação de terminação de gravidez depois de teste pré-natal em termos de alvo (paciente) e fim (o bem do paciente) revela que não se enquadra no esquema característico de ações clínicas e, conseqüentemente, não fornece as informações de referência para um quadro de moralidade interna.²⁸²

Esta situação deve ser diferente para o próprio teste pré-natal e, de fato, a ampla implementação clínica atual das práticas de teste pré-natal não servem como um indicador para as questões relacionadas à moralidade. O alvo desta ação clínica é o feto e seu status genético, a qualidade e o ritmo do desenvolvimento fetal ou indicadores de seu estado de saúde. Mas e o fim? É possível promover o bem do paciente, o feto, por testes pré-natais (genéticos)? Um diagnóstico é geralmente entendido como não tendo utilidade em si, mas apenas em relação a um determinado fim. Muitos concordariam que o teste pré-natal pode promover o bem do feto nos casos em que existem opções terapêuticas pré-natais disponíveis para a condição testada, no entanto, embora constantemente mencionada como uma importante justificativa para o teste por especialistas em cuidados pré-natais, esses casos ainda são raros.²⁸³

Os procedimentos de triagem pré-natal são direcionados para a detecção de certas condições fetais, causadas, por exemplo, por aneuploidias, especialmente a trissomia do cromossomo 21 (Síndrome de Down), que não são tratáveis no período pré-natal. Outro potencial benefício para o feto é que o teste pré-natal permite um planejamento adequado do parto, que pode ser importante, por exemplo, em malformações cardíacas graves. Em condições extremamente raras, onde a vida e até mesmo nascer pode significar sofrimento extremo para o feto ou a criança, respectivamente, mesmo um término antecipado de gravidez pode, de certa forma, ser interpretada como benéfica para o feto. No entanto, todos esses casos são raras exceções.²⁸⁴

Conseqüentemente, não o bem do feto, mas a autonomia reprodutiva da mulher grávida é mencionada quando o teste pré-natal deve ser justificado. De acordo com as muitas diretrizes e declarações de instituições médicas profissionais, o teste pré-natal é oferecido a fim de permitir que as mulheres escolham saber mais sobre a saúde do

²⁸⁰ LEÓN CORREA, F. ,2013, p.153

²⁸¹ PATIL et al., 2014, p. 547

²⁸² LUNA, N.2018, p.7.

²⁸³ LEÓN CORREA, F. J. Abortion from a bioethical viewpoint: autonomy and beneficency versus justice? *J Clin Res Bioeth*, v. 4, n. 1, p. 154, 2013.

²⁸⁴ WITTOONPANICH, 2011, p. 157

feto e decidir sobre o término ou continuação da gravidez. Com esta afirmação, no entanto, deixa-se o quadro da moralidade interna, porque tal fim não pode ser entendido como inerente a ação em si (voltada para o feto).²⁸⁵

Em suma, a questão do aborto não é apenas um tópico sobre a autonomia da mãe, mas também se relaciona com a controvérsia entre a autonomia e o devido benefício ao feto como ser humano, cuja dignidade deve ser respeitada. A autonomia, portanto, não é ilimitada; faz parte da liberdade do ser humano em seu dever de agir respeitando a liberdade dos outros, mesmo que isso o restrinja ou cause a ele um problema. Isso moralmente o obriga a cuidar e respeitar os bens básicos que compõem sua dignidade: vida, saúde, sua própria consciência e a dos outros.²⁸⁶

Assim, ao se tratar dos princípios bioéticos nas decisões relacionadas ao aborto, que pode ser tratado a partir de perspectivas sociais, psicológicas, médicas, legais, éticas etc., deve-se abordar dois conceitos que são amplamente utilizados em todos os debates sobre esta questão, e que dão origem a algumas questões: o estatuto do embrião humano: o que ou quem são o embrião e o feto? Quando a vida humana começa? É uma questão a ser determinada pela filosofia ou pela ciência? Ao mesmo tempo, a autonomia da mulher para decidir: o que é autonomia? Quais são os seus limites, se houver? Pode a mãe - ou outras pessoas, incluindo o médico - decidir pelo feto? E finalmente, pode a mãe - ou outras pessoas - incluindo o médico, realizar uma ação, como é o aborto, sobre o feto, por razões de caridade para a mãe? Talvez estas sejam as questões mais fundamentais sobre o aborto que são levantadas em todos os debates de diferentes perspectivas bioéticas.²⁸⁷

4 A perspectiva das principais religiões mundiais relativas à questão do aborto

É sabido que há forte oposição filosófica/religiosa sobre o aborto. Quando a vida começa não é uma questão somente biológica ou médica, mas essencialmente ética, religiosa e social. Assim, parece haver dois pontos de vista extremos: total permissibilidade ao aborto, de acordo com os desejos da mãe, contra uma proibição absoluta em todas as circunstâncias. Essas visualizações produzem difíceis questões existenciais e filosóficas. Há, no entanto, uma terceira abordagem que é um meio termo as duas visões opostas; que é compartilhada por algumas religiões e abordagens ético-legais. Um princípio fundamental é que o feto tem o direito de nascer e existir, entretanto, sua reivindicação de vida é menor do que o direito da mãe de viver. Portanto, em circunstâncias específicas e limitadas, como a gravidez que coloca em risco a mãe, o direito desta tem precedência sobre o do feto, posição de algumas religiões na atualidade.²⁸⁸

As religiões possuem forte influência nas atitudes relacionadas ao aborto, sendo consideradas como o fator mais importante para explicar a formação de atitudes e preferências de políticas públicas e atitudes pessoais. Assim, católicos praticantes, protestantes conservadores e evangélicos, bem como pessoas que frequentam serviços

²⁸⁵ SCHMITZ, D. Terminating pregnancy after prenatal diagnosis – with a little help of professional ethics? *J Med Ethics*, v. 38, n. 3, p. 400, 2012.

²⁸⁶ SCHMITZ, 2012, p. 401

²⁸⁷ VILLE, Y. Fetal therapy: practical ethical considerations. *Prenat Diagn*, v. 31, n. 1, p. 625, 2011.

²⁸⁸ OGLAND, C. P.; VERONA, A. P. Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 50, n. 4, p. 814, 2011.

religiosos, independentemente da filiação, estão significativamente mais dispostas a se posicionar contra a prática do aborto, mesmo diante de malformações fetais graves.²⁸⁹

A religião é uma fonte muito importante de valores e princípios éticos para muitos pacientes e, em um ambiente cada vez mais multicultural, os médicos entram em contato com muitos ideais religiosos, alguns dos quais podem ser estranhos. O aborto é um exemplo de uma questão ética com implicações religiosas significativas e observar como cada religião vê a questão fornece uma ilustração de sua deliberação bioética. Através deste exame do aborto em cada religião, observa-se uma instância em que uma vida pode ser tomada para salvar outra e os processos ético-legais que foram desenvolvidos por cada comunidade de fiéis para lidar com esses casos.

4.1 A Igreja Católica Apostólica Romana

A teologia católica nem sempre considerou o feto precoce como pessoa, adotando primeiramente a crença de Aristóteles, São Jerônimo, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, de que somente depois de várias semanas após a concepção o feto teria alma. O posicionamento da Igreja Católica foi se modificando ao longo dos séculos em relação ao aborto. Segundo Melo, a igreja primitiva condenava o aborto como pecado grave somente dos fetos completamente formados, entendendo que estes eram possuidores de alma, à semelhança de Deus. Até o século V, o aborto era considerado repreensível, não um pecado mortal.²⁹⁰

Ao longo das Idades Média e Moderna, o debate sobre o momento exato em que a alma se unia ao corpo continuou, embora a grande maioria dos teólogos aceitasse a teoria da hominização tardia. Uma figura muito difundida foi que a alma foi introduzida ao feto 40 dias após a concepção, no caso dos homens, e 80, no caso das mulheres. No Concílio de Trento, no século XVI, a igreja tinha como entendimento doutrinário a teoria do movimento, ou seja, o feto passava a ter alma quando apresentava seus primeiros movimentos ainda no interior do útero. No entanto, em 1588, o Papa Sisto V tentou desencorajar o aborto reservando a absolvição apenas à Santa Sé. Logo ficou evidente que tal arranjo era impraticável, e assim, em 1591, apenas três anos depois, o Papa Gregório XIV retornou à absolvição por aborto ao bispo local.²⁹¹

Em 1679, o Papa Inocêncio XI condenou os escritos e ensinamentos de dois teólogos, Thomas Sanchez e Joannis Marcus, que acreditavam que o aborto era legal se o feto ainda não estivesse ou animado e o objetivo do aborto era prevenir a vergonha para a mulher. Este ato mostrou decisivamente que a Igreja não tolerava o aborto e estava disposta a corrigir aqueles que espalhassem o erro em relação à matança de crianças.²⁹²

A partir de 1869, com a encíclica *Apostolicae Sedis*, do Papa Pio IX, a Igreja Católica Romana passou a se opor absolutamente ao aborto, considerando este ato como pecado digno de excomunhão e o feto como um ser humano completo e independente, com direitos absolutos iguais aos da mãe. De acordo com essa visão, o

²⁸⁹ OGLAND; VERONA, 2011, p. 815.

²⁹⁰ MELO, G. Problemática religiosa de la mujer que aborta. In: ENCUESTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 1994, [s.p.].

²⁹¹ FARRARIS, L. *Bibliotheca Iuridica Moralis Theologica*. Roma: Rarebooksclub, 2013, p.37.

²⁹² FARRARIS, 2013, p. 38.

direito do feto à vida nunca pode ser desconsiderado e o aborto é visto como um assassinato. A religião católica romana é a mais rigorosa em relação ao aborto e o proíbe em qualquer caso e por todos os meios, mesmo se a vida da mãe, ou da mãe e do feto, estiverem em jogo.²⁹³

Por considerar que o ser recebe, no momento em que o óvulo é fecundado, a alma, esta passa a pertencer ao feto, sendo, portanto, o aborto considerado como assassinato cuja pena é a excomunhão. Indo além, os cristãos evangélicos são contrários ao aborto em qualquer hipótese, com base no mesmo pressuposto, não admitindo sequer as hipóteses legalmente determinadas para a prática.²⁹⁴

A igreja católica utiliza como argumentos religiosos que somente Deus é o deus da vida; os seres humanos não têm o direito de tirar a vida de outros (inocentes) seres humanos; a vida humana inicia no momento da concepção; e que a prática do aborto, independente do estágio de desenvolvimento do conceito, é tirar uma vida humana inocente.²⁹⁵

Atualmente o aborto é condenável em qualquer situação, pois a doutrina entende que o feto tem o mesmo direito à vida que a mãe, e que, nem mesmo para salvar a vida da gestante é tolerável que se aborte. A igreja católica parte do princípio que ao ocorrer a fecundação o novo ser já tem uma alma, e como Deus é o autor da vida, somente Ele tem poder para ceifá-la, ninguém mais. O catolicismo não aceita sequer método anticoncepcional, a não ser a abstinência sexual, pois qualquer outro meio contraceptivo é visto como crime contra a natureza.

4.2 As Igrejas Protestantes

As igrejas protestantes se opõem ao aborto em base moral-religiosa básica, mas a maioria o permite em circunstâncias específicas. Existem divergências de opinião entre os religiosos conservadores e os liberais nas principais denominações protestantes, mas a maioria, apoiando o não o direito ao aborto, reconhece o feto como um ser humano. A área de conflito é se este ser tem ou não direito à vida, que tem precedência sobre o direito da mãe. A maioria das principais denominações protestantes assumiu uma posição formal apoiando o direito da mulher de fazer aborto, sob uma variedade de condições, dentre as quais a malformação fetal.²⁹⁶

A atitude protestante contemporânea mais típica em relação ao aborto continua a ser uma negatividade tradicionalista e pró-natalista em relação à prática, com um reconhecimento relutante de que os abortos ocorrem com frequência, mesmo dentro das comunidades de fé protestantes. Tal negatividade cautelosa é mantida sem uma justificativa moral forte e elaborada, principalmente porque o forte ethos cultural da sociologia centrada na família existente das igrejas protestantes dá a essa visão tal plausibilidade. O consenso tradicionalista tende a quebrar-se, no entanto, sempre que as comunidades protestantes são confrontadas com debates moldados por conflitos

²⁹³ STEINBERG, A. Abortion for fetal CNS malformations: religious aspects. *Child's Nervous System*, v. 19, n. 7-8, p. 595, 2003.

²⁹⁴ SOUZA, 2017, p. 39.

²⁹⁵ CALLAHAN, 1996, p. 83.

²⁹⁶ CAMPOS, 2007, p. 83.

dentro da cultura mais ampla ou por dissidentes recém-articulados dentro dessas próprias comunidades protestantes.²⁹⁷

As denominações protestantes não tomam, diferente da igreja católica, uma posição definitiva sobre o momento em que o embrião se torna humano e a vida se inicia, mas todas elas defendem o direito à vida e salientam que o aborto jamais deve ser realizado para fins de planejamento familiar e, embora possuam algumas opiniões diferentes sobre as circunstâncias em que o aborto é uma opção permissível, todas se opõem à legislação para restringir completamente o aborto, entendendo que as leis não abordam as causas do problema da gravidez indesejada.²⁹⁸

4.3 A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias

A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mórmons) se opõe ao aborto eletivo baseado na crença da santidade da vida humana, no entanto, a igreja não tem uma posição clara sobre quando a vida começa. As ordenanças, como nomear e abençoar as crianças, não são realizadas com natimortos ou abortados. O Manual de Instruções da Igreja declara que é um fato que uma criança tem vida antes do nascimento, entretanto, não há revelação direta sobre quando o espírito entra no corpo.²⁹⁹

A igreja permite que os membros abortem a gravidez em algumas circunstâncias raras, tais como quando a gravidez resulta de estupro ou incesto, um médico competente determina que a vida ou a saúde da mãe está seriamente comprometida ou determina que o feto tem defeitos graves que não permitem que o bebê sobreviva além do nascimento. No entanto, devido à seriedade do tema, só se deve considerar o aborto depois que as pessoas envolvidas tiverem consultado seu líder religioso local e sentirem, através da oração pessoal, que sua decisão está correta.³⁰⁰

Exceto nas circunstâncias citadas, a igreja se opõe ao aborto e o denuncia como um pecado grave. No entanto, ao contrário de outras religiões, não associa o aborto ao assassinato. Além disso, reconhece que mulheres e homens que estiveram envolvidos em abortos podem ser perdoados e voltarem a se tornar membros. As exceções ao mandamento que proíbe o aborto destacam o compromisso da igreja com os direitos das mulheres e com seu valor intrínseco, além dos seus papéis biológicos como mães.

A igreja não favorece ou se opõe a legislação específica ou demonstrações públicas sobre o aborto. No entanto, seus membros são livres para expressar suas próprias opiniões e se envolver como indivíduos em causas políticas, incluindo a legislação sobre o aborto. Devido a essa posição, tem sido muitas vezes criticada por grupos conservadores, por não tomar uma posição mais firme e, ao mesmo tempo, é criticada por grupos pró escolha por sua tolerância extremamente limitada. Ambos os lados do argumento acusam a igreja de tentar demais agradar o lado oposto. Em vez de criar uma posição que agrade totalmente a ambos os lados do debate, a posição da Igreja é moderada - baseada em um mundo real e complicado, no qual as situações difíceis devem ser consideradas com cuidado. Apesar da falta de engajamento direto na política de aborto, seus líderes alertam os membros contra o alinhamento com

²⁹⁷ SULLINS, P., 1999, p.357

²⁹⁸ PRADO, D. *O que é aborto*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.62.

²⁹⁹ MAGUIRE, D. C., 2003, p.83

³⁰⁰ MAGUIRE, 2003, p. 83.

movimentos que promovam o uso do aborto além das circunstâncias de estupro, incesto e resultados catastróficos de saúde.³⁰¹

4.4 O Islamismo

Para entender a perspectiva islâmica sobre o aborto, alguns pontos precisam ser esclarecidos, incluindo a compreensão da vida, bem como sua formação e começo da vida. No Islã, a vida é um dom sagrado e inestimável. O Alcorão, livro sagrado dos muçulmanos, afirma que o assassinato de uma vida é como matar toda a humanidade. Todas as formas de assassinato são proibidas, incluindo homicídio, suicídio e aborto, enquanto todos os tipos de vida são considerados sagrados, incluindo adultos, adolescentes, crianças e bebês.³⁰²

Para os muçulmanos, a criação do ser humano passa por três estágios, *nufah*, *calaqah* e *mughah*, em que cada estágio consome aproximadamente 40 dias, constituindo assim um total de 120 dias. Assim, para uma corrente islâmica, só haveria vida depois que todos os três estágios terminassem completamente. Assim, com base nesse *hadith*, a maioria dos estudiosos concorda que a criação ocorre imediatamente após 120 dias da concepção ou nos dez dias seguintes.³⁰³

A preservação da vida é um dos principais objetivos da Lei Divina Islâmica (*maqasid al-shari'ah*). Além da preservação da vida, a shari'ah islâmica também visa preservar a religião, o intelecto, a honra (linhagem familiar) e a propriedade. Condutas e comportamentos que são considerados como violadores desses objetivos são proibidos, enquanto condutas que são definidas para atingir esses objetivos são consideradas moralmente corretas. Neste caso, uma vez que o aborto envolve o término da vida, é considerado imoral. No entanto, a perspectiva geral do Islã sobre o aborto é que este não é permitido, a menos que seja feito para salvar a vida da mãe, o que deve ser feito antes que a criação ocorra. Neste caso, o aborto é permitido para o feto malformado antes do 120º dia de gravidez, uma vez que o médico tenha certificado. Quanto àqueles fetos malformados com idade superior a 120 dias, a remoção não é permitida, a menos que possa ameaçar a vida da mãe.³⁰⁴

O Islã permite que o aborto salve a vida da mãe, porque entende isso como o "menor de dois males" e há um princípio geral na shari'ah de escolher o menor de dois males. Assim, o aborto é considerado um mal menor neste caso porque a mãe é a "criadora" do feto, sua vida já está bem estabelecida, possui deveres e responsabilidades e faz parte de uma família, além de permitir que a mãe morra também mataria o feto na maioria dos casos.³⁰⁵

4.5 O Budismo

O budismo é firmemente contra o aborto, somente permitindo-o em caso de ameaça física à vida da mãe. A ressurreição possui valor fundamental por isso o budismo rejeita os argumentos favoráveis ao aborto e defende enfaticamente a

³⁰¹ MAGUIRE, D. C. *Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions*. Oxford: University Press, 2003, p. 84.

³⁰² MAGUIRE, 2003, p. 83.

³⁰³ D DEMIREL, S. Abortion from an Islamic ethical point of view. *Int J Bus Soc Sci*, v. 2, n. 1, p. 233 2011.

³⁰⁴ DEMIREL, 2011, p. 234.

³⁰⁵ DEMIREL, 2011, p. 235.

proteção da vida humana. No entanto, apesar da defesa da vida, a decisão cabe somente à mulher.³⁰⁶

A crença budista geral sobre o renascimento é que, na concepção, três coisas se juntam: o espermatozóide, o óvulo e a força cármica, que é o efeito de uma vida anterior, significando que a vida humana começa no momento da concepção. Se um feto humano é terminado ou morre de outra forma, isso pode significar, em termos budistas, que o carma ruim herdado da vida anterior foi "pago" e assim a próxima vida será mais feliz. Ao mesmo tempo, as pessoas que causam aborto (tanto a mulher como os médicos) gerarão carma ruim para esse ato de violência. A compaixão pelo feto é necessária, mas outras condições precisam ser consideradas e a compaixão pela mulher grávida também é vital. Assim, se uma mulher budista toma a decisão de fazer aborto, deve-se ter compaixão por ela, em lugar de julgá-la. A maioria dos budistas sente que, em princípio, o aborto é errado, ou pelo menos muito lamentável, mas deve-se sempre examinar as circunstâncias e permitir exceções, e não condenar aqueles que chegam a uma conclusão diferente.³⁰⁷

O bebê no útero é uma vida, portanto, abortar é matar, mas nenhuma lei, nem o Estado, nem uma crença religiosa podem dizer a uma mulher se deve continuar com a gravidez. O aborto não é uma questão que a lei pode resolver ou estabelecer, a pessoa que tem maior direito de decidir é a mãe do bebê e sua decisão deve ser respeitada, porque ela é quem vai arcar com as consequências. No budismo, seus seguidores devem sempre assumir responsabilidade pessoal por tudo o que fazem e pelas consequências que se seguem. A decisão de abortar é, portanto, altamente pessoal, e exige reflexão cuidadosa e compassiva das questões éticas envolvidas, e disposição para carregar o fardo de tudo o que acontece como resultado da decisão.³⁰⁸

Na atualidade, os budistas japoneses tiveram que fazer esforços significativos para reconciliar o aborto com sua religião, já que é uma prática comum no país e tem sido usado como uma forma de controle de natalidade. Alguns seguidores do budismo japonês que fazem aborto realizam oferendas a Jizo, o deus dos viajantes e crianças perdidas, acreditando que o deus cuidará da criança abortada até que ela renasça em outra encarnação. Essas oferendas são feitas em um *mizuko kuyō*, um serviço memorial para crianças abortadas que se tornou popular na década de 1970, sendo feito também em casos de aborto espontâneo ou natimortos. O ritual inclui elementos da religião popular e do xintoísmo, bem como do budismo.³⁰⁹

Segundo LaFleur, ao apontar algumas dificuldades com essa tradição, dentro da comunidade budista japonesa, a discussão do aborto é amplamente limitada a críticas a esses templos e organizações semelhantes a templos que empregam a noção de "retribuição fetal" para coagir esses pais a realizar rituais que celebrem o feto, remova seus rancores e facilite seu renascimento ou seu estado de Buda. Muitos budistas acham repugnantes esse tipo de manipulação da culpa dos pais - especialmente quando

³⁰⁶ LECSO, P. A. A buddhist view of abortion. In: STEFFEN, L. (ed.). *Abortion: a reader*. Cleveland: Pilgrim Library of Ethics, 1996, p. 216.

³⁰⁷ LAFLEUR, W. R. *Liquid life: abortion and buddhism and Japan*. Princeton: Princeton University Press, 1992, p.131.

³⁰⁸ LECSO, 1996, p. 217.

³⁰⁹ LAFLEUR, 1992, p. 132.

expressos na noção de que um feto no limbo irá vingar-se (*tatari*) de pais que negligenciam a sua memorização.³¹⁰

4.6 O Judaísmo

A lei judaica permite aborto quando a vida da mãe está em perigo, entretanto, esse perigo não precisa necessariamente ser definitivo; podendo ser uma ameaça provável para a vida da mãe. Esta permissão é baseada em uma interpretação da *halacha* (lei sagrada judaica), que permite que alguém mate um ladrão que está invadindo sua casa, porque pode supor que o ladrão esteja armado e pode matá-lo. O feto é, assim, visto como um perseguidor, que está ameaçando a vida da mãe e, portanto, essa ameaça deve ser interrompida, mesmo que isso signifique matar o perseguidor.³¹¹

Assim, o aborto de feto não nascido é permitido se a vida da mãe estiver em perigo. Isso porque, se a gravidez de uma mulher está causando uma doença fatal, tudo deve ser feito para salvar sua vida, incluindo a violação de um mandamento da Torá. Se isso não for feito, então o responsável pela saúde da mulher é culpado de assassinato, porque é um crime muito mais grave do que o aborto, que não é considerado assassinato pela lei judaica.³¹²

Muitos rabinos permitem o aborto, mesmo se houver apenas a possibilidade de perigo ou perigo remoto para a mãe de continuar a gravidez. A maioria também permite o aborto quando a gravidez produz doença mental na mulher, entendendo que esta é uma forma de perigo para a vida. Quando uma malformação grave ou doença é detectada no feto, a permissibilidade do aborto pode ser contestada pelo rabino, entendendo que, nestes casos, seria um assassinato do feto, legalmente considerado como um recém-nascido com uma doença grave ou defeito, cuja morte é proibida.

Ele (aborto) interrompe indubitavelmente uma vida possível, mas o que os rabinos acentuam é que uma mulher que decide, após a concepção, interromper a gravidez, não estaria muito distante daquela que deixa de ter relações com seu marido para não conceber. Se no segundo caso não há homicídio também não há no primeiro.³¹³

De acordo com alguns rabinos, no entanto, deve ser concedida permissão para abortar alguns fetos, desde que seja absolutamente certo que este está sofrendo de uma doença ou defeito irreversível, devidamente comprovado por exames; doenças que sejam fatais em um curto período, isto é, anencefalia, em oposição a anormalidades fetais que levam a uma qualidade de vida inferior, mas não fatal.³¹⁴

O judaísmo considera o feto como um ser humano menor do que aquele que foi (pelo menos parcialmente) nascido. Mas, embora o feto não tenha personalidade e, portanto, nenhum dos direitos e privilégios de um ser humano, ainda deve ser

³¹⁰ LAFLEUR, 1992, p. 136.

³¹¹ LEWIS, J. A. *Jewish perspectives on pregnancy and childbearing*. MCN Am J Matern Child Nurs, v. 28, n. 1, p. 306, 2003.

³¹² LEWIS, 2003, p. 307.

³¹³ PRADO, 1985, p. 67

³¹⁴ PADELA, A. I. Medical ethics in religious traditions: a study of Judaism, Catholicism and Islam. *J Islam Med Assoc*, v. 38, n. 5, p. 111, 2006.

protegido como um ser humano em potencial e não casualmente prejudicado ou destruído. Assim, devem ser levados em conta os aspectos negativos e positivos que este feto trará à sua mãe, além dos motivos que a levaram a optar pelo aborto. Diante da análise dos motivos, a família pondera e decide, entretanto, em casos mais graves, a comunidade judaica pode decidir, através do rabino.³¹⁵

Conclusão

Como se pode observar, como o tema aborto é melindroso para os diferentes seguimentos sociais, as abordagens apresentadas mostram os variados entendimentos legais, científicos e religiosos para a prática ou não do aborto. No aspecto que envolve decisão legal, o cuidado a ser tomado considera os diferentes recursos tecnológicos utilizados para diagnóstico preciso sobre as malformações de fetos e o risco a que se expõe aquela que está gerando outra vida. As leis e políticas históricas apresentam argumentos que viabilizam a interrupção da gravidez se necessário. Considerando o aspecto científico e bioético da questão, o que se pode observar é que além das perspectivas físicas que envolvem a prática do aborto, a dimensão moral deve ser examinada. A reflexão profunda dos conflitos e dilemas morais, combina biologia e valores humanos.

Examinando o entendimento das religiões contempladas no artigo, não é trabalhoso perceber que existe impasse quanto a se praticar ou não o aborto. Os argumentos apresentados por essas religiões variam entre aspectos físicos, morais e a dimensão religiosa. Em suma o que está em evidência é em que momento se dá o início da vida e em que momento o ser humano, na dimensão religiosa, passa a ser considerado detentor do que é denominado espírito. Seja como for, o que ficou nitidamente evidenciado é responsabilidade que se deve ter com a vida humana deste e o sua mais tenra concepção. Além disso, uma questão importante que deve ser contemplada é: como ficam as mulheres em relação ao aborto? As religiões patriarcais têm pregado e proclamado a submissão das mulheres, por isto, também tem condenado as mulheres que abortam.

Referências

- BRYAR, S. H. One day you're pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 26, n. 5, p. 559-66, 1997.
- CAMPOS, A. *Crime ou castigo?* Da perseguição das mulheres até a despenalização do aborto. Coimbra: Almedina, 2007.
- CALLAHAN, D. The roman catholic position. In: STEFFEN, L. (ed.). *Abortion: a reader*. Cleveland: Pilgrim Library of Ethics, 1996
- CHARLES, V. E.; POLIS, C. B.; SRIDHARA, S. K. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, v. 78, n. 6, p. 436-50, 2008.
- CLOTET, J. Bioética como ética aplicada e genética. *Bioética*, v. 5, n. 2, p. 173-83, 1997.

³¹⁵ PRADO, 1985, p. 68.

- COSTA, L. L. F. et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 13, n. 26, p. 139-46, 2005.
- CORSELLO, G.; GIUFFRÈ, M. Congenital malformations. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 25, sup1, p. 25-9, 2012.
- DEMIREL, S. Abortion from an Islamic ethical point of view. *Int J Bus Soc Sci*, v. 2, n. 1, p. 230-37, 2011.
- DUGOFF, L. Ultrasound diagnosis of structural abnormalities in the first trimester. *Prenatal Diagnosis*, v. 22, n. 4, p. 316-20, 2002.
- FARRARIS, L. *Bibliotheca Iuridica Moralis Theologica*. Roma: Rarebooksclub, 2013.
- GARNE, E. et al. EUROCAT website data on prenatal detection rates of congenital anomalies. *Journal of Medical Screening*, v. 17, n. 2, p. 97-8, 2010.
- HANSCHMIDT, F. et al. Abortion after diagnosis of fetal anomaly: Psychometric properties of a German version of the individual level abortion stigma scale. *PLoS ONE*, v. 13, n. 6, p. 1-18, 2018.
- HERN, W. M. Fetal diagnostic indications for second and third trimester outpatient pregnancy termination. *Prenat Diagn*, v. 34, n. 1, p. 438-44, 2014.
- KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 1, p. 106-10, 2005.
- LAFARGE, C.; MITCHELL, K.; FOX, P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters*, v. 22, n. 1, p. 191-201, 2014.
- LAFLEUR, W. R. *Liquid life: abortion and buddhism and Japan*. Princeton: Princeton University Press, 1992.
- LECSO, P. A. A buddhist view of abortion. In: STEFFEN, L. (ed.). *Abortion: a reader*. Cleveland: Pilgrim Library of Ethics, 1996.
- LEITE, D. L.; MIZIARA, H.; VELOSO, M. Malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas- características, associações e prevalência. *Arq Bras Cardiol*, v. 94, n. 3, p. 294-9, 2010.
- LEÓN CORREA, F. J. Abortion from a bioethical viewpoint: autonomy and beneficency versus justice? *J Clin Res Bioeth*, v. 4, n. 1, p. 151-6, 2013.
- LEUTHNER, S. R. Borderline viability: controversies in caring for the extremely premature infant. *Clin Perinatol*, v. 41, n. 3, p. 799-814, 2014.
- LEWIS, J. A. Jewish perspectives on pregnancy and childbearing. *MCN Am J Matern Child Nurs*, v. 28, n. 1, p. 306-12, 2003.
- LUNA, N. Abortion, embryos, euthanasia, and gender theory: an anthropological analysis of the Catholic Church's Bioethics. Manual at World Youth Day. *Vibrant, Virtual Braz. Anthrv*. 15, n. 1, p. 1-20, 2018.
- MAGUIRE, D. C. *Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions*. Oxford: University Press, 2003.

McCOYD, J. L. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, v. 28, n. 1, p. 37-48, 2007.

MELO, G. Problemática religiosa de la mujer que aborta. In: ENCUENTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 1994.

MIZIARA, I. D.; MIZIARA, C. S. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthothanasia in Brazil. *Indian Journal of Medical Ethics*, v. 10, n. 1, p. 58-61, 2013.

OGLAND, C. P.; VERONA, A. P. Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 50, n. 4, p. 812-21, 2011.

PADELA, A. I. Medical ethics in religious traditions: a study of Judaism, Catholicism and Islam. *J Islam Med Assoc*, v. 38, n. 5, p. 106-17, 2006.

PATIL, A. B. et al. Medical ethics in abortion. *Indian Journal of Clinical Practice*, v. 25, n. 6, p. 544-8, 2014.

PRADO, D. *O que é aborto*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ROLHA, P. M. P. B. *Malformações fetais: que futuro?* Dissertação (Mestrado em Bioestatística e Biometria) – Universidade Aberta, Lisboa, 2015.

SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n 5, p. 592-6, 2005.

SCHMITZ, D. Terminating pregnancy after prenatal diagnosis – with a little help of professional ethics? *J Med Ethics*, v. 38, n. 3, p. 399-402, 2012

STEINBERG, A. Abortion for fetal CNS malformations: religious aspects. *Child's Nervous System*, v. 19, n. 7-8, p. 592-5, 2003.

SULLINS, P. Catholic/Protestant trends on abortion: convergence and polarity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 38, n. 3, p. 354-69, 1999.

VILLE, Y. Fetal therapy: practical ethical considerations. *Prenat Diagn*, v. 31, n. 1, p. 621-7, 2011.

WITONPANICH, P. Ethics and rule in obstetrics and gynecology rule of ethics for obstetricians and gynecologists. *Thai J Obstet Gynaecol*, v. 19, n. 1, p. 155-7, 2011.

WOOL, C. Systematic review of the literature: parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly. *Advances in Neonatal Care*, v. 11, n. 3, p. 182-92, 2011.