

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO

Izabela Ribeiro Otoni do Nascimento

**A SOCIEDADE E SEUS ARGUMENTOS NO STF:
O caso da ADPF 54**

Juiz de Fora

2014

Izabela Ribeiro Otoni do Nascimento

**A SOCIEDADE E SEUS ARGUMENTOS NO STF:
O caso da ADPF 54**

Monografia apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Mário Cesar Andrade

Juiz de Fora

2014

Izabela Ribeiro Otoni do Nascimento

**A SOCIEDADE E SEUS ARGUMENTOS NO STF:
O caso da ADPF 54**

Monografia apresentada à Faculdade de
Direito da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Aprovada em 18 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mário Cesar Andrade - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Brahwlio Ribeiro Mendes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Fellipe Guerra David Reis
Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

A proposta da presente pesquisa é analisar como o STF tem caracterizado as potencialidades franqueadas pelo instituto das audiências públicas. Acredita-se que tal potencial não tem sido consumado de modo suficiente, devido à tímida presença de diálogo entre os participantes das audiências públicas, o que impede a troca de argumentos levantados nessas audiências. Para o estudo pretendido, adota-se como referencial teórico a teoria da democracia participativa e a análise de conteúdo como via metodológica. As audiências públicas escolhidas para o exame em tela, versam sobre a constitucionalidade da interrupção da gestação de fetos anencéfalos. Neste sentido, pretende-se analisar como os argumentos levantados pelos expositores nas audiências públicas foram abordados pelos ministros em seus respectivos votos. Ao final, conclui-se que tais institutos de fato não tem efetivado toda sua potencialidade discursiva.

Palavras-chave: democracia participativa; audiências públicas; aborto; feto anencéfalo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	08
3	METODOLOGIA	13
4	A ABORDAGEM DOS TEMAS PELO STF	14
4.1	VIDA HUMANA.....	14
4.2	SACRIFÍCIOS E RISCOS.....	16
4.3	EUGENIA E UTILITARISMO.....	18
4.4	MEDICINA E CIÊNCIA.....	19
4.5	DIAGNÓSTICO.....	19
4.6	AFETADOS E SUAS REAÇÕES.....	20
4.7	ANENCEFALIA E MORTE.....	21
4.8	SISTEMA DE SAÚDE.....	23
4.9	DIREITO DE ESCOLHA.....	23
4.10	LEGISLAÇÃO E PROJETOS.....	25
4.11	CONSCIÊNCIA.....	26
4.12	ESTATÍSTICAS.....	26
4.13	MARCELA.....	27
4.14	VARIEDADE DE GRAUS.....	27
4.15	ÁCIDO FÓLICO.....	28
4.16	ABORTO.....	28
4.17	DA VIOLÊNCIA COMO VALOR SOCIAL.....	29
4.18	DA LAICIDADE DO ESTADO.....	29
4.19	DA DEMORA DA VIA JUDICIAL.....	30
	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE A – Catalogação dos argumentos	35

APÊNDICE B – Quadro de argumentos.....	53
APÊNDICE C – Quadro de temas.....	59

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o controle de constitucionalidade brasileiro tem se destacado pela crescente realização de audiências públicas, contando, até o presente momento, com 16 (dezesesseis) audiências convocadas, dentre realizadas e a realizar.

As audiências públicas e o *amicus curiae* são institutos jurídicos introduzidos no controle de constitucionalidade brasileiro pelas Leis nº 9.868 (BRASIL, 1999a) e nº 9.882 (BRASIL, 1999b). Tais institutos funcionam como vias jurídico-processuais colocadas à disposição do Supremo Tribunal Federal (STF) a fim subsidiar a construção de sua *ratio decidendi*. Em princípio, eles permitem que especialistas e parcelas da sociedade civil tragam ao juízo de constitucionalidade novos elementos, informações, esclarecimentos e visões de mundo sobre o tema objeto de uma dada ação de constitucionalidade. Por isso, esses institutos foram festejados pela doutrina como instrumentos de pluralização do controle de constitucionalidade, promovedores de uma maior legitimação democrática das decisões do STF.

Contudo, a potencialidade democrática desses institutos tem se concretizado? Como tais institutos têm sido, efetivamente, aplicados pelo STF?

Dentro desta perspectiva, a proposta do presente estudo é analisar como o STF tem concretizado as potencialidades franqueadas pelo instituto das audiências públicas.

Acredita-se que o potencial democrático-discursivo desse instituto de participação social não tem sido suficientemente consumado, devido à quase total ausência de diálogo entre os participantes das audiências públicas, o que tem impedido o intercâmbio argumentativo-reflexivo sobre os argumentos levantados nessas audiências.

Para a pesquisa pretendida, adota-se como referencial teórico a teoria da democracia deliberativa, a qual preceitua que a prática democrática não deve estar limitada ao preenchimento eleitoral e periódico de mandatos representativos, devendo abarcar também a intervenção direta, efetiva e eficaz dos cidadãos nos procedimentos de tomada de decisão e de controle da atuação dos poderes públicos.

Para a condução da pesquisa proposta, adota-se a análise de conteúdo como via metodológica, haja vista a pretensão de analisar como os argumentos levantados pelos expositores das audiências públicas foram abordados pelos ministros do STF em seus respectivos votos. Para essa pesquisa, escolheu-se as audiências públicas realizadas pelo STF nos dias 26 e 28 de agosto, e 4 e 16 de setembro de 2008, sobre a constitucionalidade da interrupção da gestação de fetos anencéfalos, as quais subsidiaram o julgamento da ADPF nº 54. Essa escolha deu-se pela grande controvérsia que subjaz à questão, haja vista o envolvimento de contrapostas visões morais, éticas, religiosas, científicas e sociais sobre o tema em pauta. Essa pluralidade argumentativa ressalta as audiências públicas realizadas sobre essa questão como um importante objeto para evidenciar como o STF interage com as diversas visões e valorações possíveis sobre um dado assunto socialmente problemático.

Ainda que, pelo dito até aqui, se possa identificar a pesquisa proposta como predominantemente qualitativa, não se pode negar a presença de características quantitativas, visto que a efetividade da análise pretendida depende do isolamento, catalogação e categorização de todos os argumentos levantados pelos expositores das referidas audiências públicas. Ademais, a identificação da quantidade de expositores que levantaram um argumento denota a importância do mesmo, bem como o impacto de eventual tratamento ou omissão desse argumento pelos ministros do STF.

No primeiro capítulo, expõe-se a teoria da democracia deliberativa, destacando-se a importância de seu substrato discursivo para a construção socialmente colaborativa e dialógica das decisões estatais, em especial, dos juízos de constitucionalidade realizados pelo STF.

No segundo capítulo, expõe-se a metodologia adotada para viabilizar a presente pesquisa.

No terceiro capítulo, analisa-se como os ministros do STF trataram os diversos argumentos levantados pelos expositores nas audiências públicas.

Na conclusão, identificou-se que, apesar de o objetivo legal das audiências públicas ser, unicamente, oferecer esclarecimentos técnicos para as decisões dos ministros do STF,

os expositores identificam tais institutos como uma possibilidade de contribuir para o juízo do STF com as diversas visões de mundo presentes na sociedade, havendo, portanto, uma divergência entre o objetivo legal e o a pretensão dos participantes. Além disso, concluiu-se que as audiências públicas realizadas pelo STF não têm efetivado toda a sua potencialidade discursiva, independentemente, do objetivo almejado, seja o de fornecer suporte técnico, seja o de democratizar o controle de constitucionalidade, pois essas audiências públicas têm sido caracterizadas pela ausência de diálogo entre os participantes, e pela omissão dos ministros em relação a diversos argumentos levantados.

2 A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Para o presente estudo, adota-se como referencial teórico a teoria da democracia deliberativa, a qual se caracteriza por uma forma de governo em que os cidadãos podem participar dos processos estatais de tomada de decisão e de controle da atuação dos poderes públicos. Assim, a participação democrática nesses processos de tomada de decisão pública não se limita ao processo eleitoral periódico para o preenchimento dos mandados representativos.

De acordo com tal teoria, aqueles responsáveis por interferir na tomada de decisão, devem justificá-la de modo acessível a todos os cidadãos aos quais elas são endereçadas com o objetivo de atingir conclusões que os vinculem no presente, mas que possibilitem uma discussão futura, constituindo, portanto, um processo dinâmico (FARIA, 2000).

Apesar da possibilidade de elaboração de um conceito para a teoria em tela, ressalta-se que ele não é absoluto, uma vez que os próprios democratas deliberativos divergem entre si em alguns pontos, principalmente naqueles que tocam à forma de operacionalização de tal democracia. Entre os muitos teóricos que discutem a presente teoria, destaca-se adiante os posicionamentos de Jurgen Habermas e James Bohman.

Para Habermas, o pluralismo e a complexidade da sociedade contemporânea geram a necessidade de compatibilização das demandas sociais através de procedimentos que assegurem o respeito a essa pluralidade social, alimentando-se da opinião informal presente na esfera pública, e, ao mesmo tempo, permita a formação da vontade formal das instituições políticas (FARIA, 2000). A opinião pública, apesar de não decidir diretamente as ações estatais, pode criticar e influenciar as decisões daqueles que ocupam posições institucionais.

Bohman (FARIA, 2000) acredita que o desafio da democracia deliberativa ainda pode ser alcançado nas sociedades mais complexas e pluralistas através da deliberação dialógica. Segundo tal proposta, as decisões devem ser tomadas a partir do diálogo entre os cidadãos interessados. Desse modo, os participantes cooperariam uns com os outros oferecendo e recebendo razões, de acordo com o ponto de vista defendido por cada um deles, e chegariam a um resultado para que a melhor decisão fosse tomada (FARIA, 2000). Como o autor em destaque considera os cidadãos iguais e com voz efetiva, ele busca

reduzir as influências não públicas e substituí-las pelas influências dos cooperadores no debate público (FARIA, 2000). Neste sentido, a legitimidade das decisões estaria presente mesmo que não houvesse unanimidade entre os cidadãos, que continuariam a cooperar no processo deliberativo.

A partir do exposto, nota-se que todos os autores mencionados concordam num ponto, qual seja, que a democracia deliberativa trata-se de um conceito que está intimamente ligado à noção de que a legitimidade das ações e decisões políticas advém da deliberação pública de coletividades de cidadãos livres e iguais. Neste sentido, pode-se afirmar que é cada vez maior a participação popular nas tomadas de decisão, seja pelo maior acesso às informações por parte dos cidadãos, e o conseqüente desejo de contribuição ao debate, seja pela maior necessidade de dados específicos e complexos por parte das instituições tomadoras de decisão.

Como exemplo dessa participação popular, tem-se as audiências públicas no STF, em que os ministros, diante de questões complexas e que normalmente envolvem diversos ramos da sociedade (como a interrupção da gestação do feto anencéfalo, que será abordada no decorrer do estudo em tela), dedicam um momento deste processo para ouvir os cidadãos e adquirir informações para uma melhor tomada de decisão.

Nesse instituto de participação popular no STF encontramos aspectos de democracia deliberativa, como alguns destacados anteriormente. Desse modo, a partir de uma análise, percebe-se que em tais audiências, os cidadãos comuns, associações, conselhos ou grupos que defendem um determinado interesse tem a oportunidade de expor suas razões perante os ministros para que eles possam avaliar o que foi exposto. Não existe aqui, portanto, uma vinculação a essas participações, há ainda um juízo de valor para ser realizado. Desse modo, assim como defendido por Habermas, o discurso da opinião pública esclarece muitas questões e pode influenciar na tomada de decisões da instituição, entretanto, não as tomará.

Com isso, há uma maior demanda por participação direta da sociedade nos processos decisórios estatais uma vez que tal medida confere maior legitimidade e segurança às tomadas de decisões pelas instituições.

Ainda que o controle de constitucionalidade tenha uma dimensão contramajoritária, isso não significa que a jurisdição constitucional esteja fechada ao potencial racionalizador e pluralizador do debate público.

Assim, a fim de institucionalizar um procedimento que permita a participação social no controle de constitucionalidade realizado pelo STF, as Leis nº 9.868, de 10 de novembro de 1999, e nº 9.882, de 03 de dezembro de 1999, positivaram a possibilidade de realização de audiências públicas no STF. Os artigos 9º, §§ 1º e 3º¹, e 20, §§ 1º e 3º², da Lei nº 9.868 (BRASIL, 1999a) e o artigo 6º, §1º³, da Lei nº 9.882 (BRASIL, 1999b) regulam a realização dessas audiências no STF. As audiências públicas também são regulamentadas no Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal (RISTF), nos artigos 13, XVII⁴; 21, XVII⁵; e 154⁶, inseridos no RISTF pela Emenda Regimental 29/2009.

De acordo com Diogo Rais, a audiência pública é um instrumento que auxilia a tomada de decisões, permitindo o diálogo entre a autoridade que decide e a sociedade que conhece as peculiaridades do objeto da decisão, seja pela *expertise* na área, seja por ser sujeito direto ou indireto dos efeitos da decisão que se seguirá. Sua condição se dá,

¹ Art. 9º Vencidos os prazos do artigo anterior, o relator lançará o relatório, com cópia a todos os Ministros, e pedirá dia para julgamento.

§1º Em caso de necessidade de esclarecimento de matéria ou circunstância de fato ou de notória insuficiência das informações existentes nos autos, poderá o relator requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou fixar data para, em audiência pública, ouvir depoimentos de pessoas com experiência e autoridade na matéria.

§3º As informações, perícias e audiências a que se referem os parágrafos anteriores serão realizadas no prazo de trinta dias, contado da solicitação do relator.

² Art. 20 Vencidos os prazos do artigo anterior, o relator lançará o relatório, com cópia a todos os Ministros, e pedirá dia para julgamento.

§1º Em caso de necessidade de esclarecimento de matéria ou circunstância de fato ou de notória insuficiência das informações existentes nos autos, poderá o relator requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou fixar data para, em audiência pública, ouvir depoimentos de pessoas com experiência e autoridade na matéria.

§3º As informações, perícias e audiências a que se referem os parágrafos anteriores serão realizadas no prazo de trinta dias, contado da solicitação do relator.

³ Art. 6º Apreciado o pedido de liminar, o relator solicitará as informações às autoridades responsáveis pela prática do ato questionado, no prazo de 10 dias.

§1º Se entender necessário, poderá o relator ouvir as partes no processo que ensejaram a arguição, requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou ainda, fixar datas para declarações, em audiência pública, de pessoas com experiência e autoridade na matéria.

⁴ Art. 13 São atribuições do Presidente:

XVII - convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com repercussão geral e de interesse público relevante, debatidas no âmbito do Tribunal.

⁵ Art. 21 (...)

XVII - convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com repercussão geral e de interesse público relevante.

⁶ O artigo 154 apresenta em seus incisos (I ao VII) algumas características que devem permear a audiência pública. Dentre essas características estão a publicidade tanto no despacho, quanto na transmissão via Rádio e TV Justiça; a possibilidade de indicação de pessoas que devam ser ouvidas e a igualdade de representação das diversas correntes de opinião, por exemplo.

necessariamente, pela oralidade e é pautada pela elevada transparência, atribuindo maior substrato factual para a autoridade que decide, além de ampliar a legitimidade dessa decisão (RAIS, 2012, p. 34).

Nesses novos tempos vividos pelo poder judiciário brasileiro em virtude do clamor social por uma maior participação nessa esfera de poder, a audiência pública tornou-se um instrumento bastante recorrente.

A audiência pública busca, portanto, consolidar um constitucionalismo cooperativo, onde a sociedade civil é chamada à cena para auxiliar o Supremo Tribunal Federal no exercício de suas funções. Sobre esse ponto, Peter Häberle (1997) fala em uma “nova interpretação constitucional”, que seria uma interpretação pluralista e não mais reduzida aos órgãos estatais ou aos participantes diretos do processo.

A consolidação dessas audiências fomenta uma democracia deliberativa, na qual há a busca pelo equilíbrio entre os interesses divergentes, com o estabelecimento de acordos, verificação da coerência jurídica e escolha racional de instrumentos voltada para um fim determinado (BOTELHO, 2010, p. 174).

Além do fomento à democracia deliberativa, a importância da abertura para a audiência pública reside justamente no fato de que a ampliação dos participantes tem o condão de integrar a realidade no processo de construção racional da decisão (BOTELHO, 2010, p. 177).

Contudo, esse objetivo de pluralização e racionalização do juízo de constitucionalidade realizado pelo STF pela participação da sociedade civil depende da efetivação de uma deliberação pública argumentativamente comunicativa. As audiências públicas somente lograrão êxito se os argumentos levantados pelos expositores nessas audiências forem abordados e trabalhados pelos Ministros dos STF, consumando um verdadeiro diálogo social.

Nesse sentido, o principal objetivo do presente estudo é aferir como os Ministros do STF abordam os argumentos levantados pelos expositores nas audiências públicas. Para isso, escolheu-se o julgamento da ADPF nº 54 e as respectivas audiências públicas realizadas em seu bojo, em razão de o seu objeto, a interrupção da gestação de fetos anencéfalos, ser caracterizado pela acirrada contraposição de visões científicas, jurídicas, morais e religiosas sobre a qualificação do feto anencéfalo. Por isso, identificou-se a ADPF

nº 54 como um bom exemplo de manifestação da pluralidade social no seio da jurisdição constitucional brasileira através das audiências públicas.

3 METODOLOGIA

Para a presente pesquisa adotou-se a metodologia da análise de conteúdo, exercida através de seus polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise, buscou-se a realização de três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, a formulação da hipótese e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

Na fase de exploração do material, aplicou-se a técnica de catalogação, com a identificação e segmentação dos trechos das falas dos expositores em que foi possível identificar argumentos favoráveis ou contrários ao pedido da ADPF nº 54. Após essa catalogação (Anexo A – Catalogação dos argumentos), procedeu-se a codificação de todos os argumentos levantados sob determinada epígrafe (Anexo B – Quadro de argumentos), reunindo sob o nome próprio todas as menções a um mesmo argumento, e indicando a recorrência da utilização desse argumento entre os expositores. Posteriormente, tendo em vista o grande volume de argumentos, realizou-se a codificação de argumentos tematicamente afins sob uma mesma epígrafe chamada “tema” (Anexo C – Quadro de temas), agrupando argumentos em direções diversas, mas interligados pelo mesmo tema como objeto.

A partir dessa codificação por temas, passou-se a analisar como os temas e, conseqüentemente, os argumentos a eles relacionados foram abordados e trabalhados pelos Ministros do Supremo Tribunal Federal, quando de seus votos no julgamento da ADPF 54. Assim, essa codificação por temas possibilitou a identificação de variáveis precisas a fim de fazer as inferências necessárias para conhecer o grau de diálogo argumentativo decorrentes das audiências públicas no STF.

4 A ABORDAGEM DOS TEMAS PELO STF

Neste momento do estudo, analisa-se como os argumentos levantados pelos expositores nas audiências públicas foram tratados pelos ministros do STF em seus respectivos votos, quando do julgamento da ADPF nº 54 (BRASIL, 2012). Ressalta-se que serão analisados somente, os votos em que tais temas foram abordados.

Desse modo, o julgamento da ADPF nº 54 (BRASIL, 2012) iniciou-se com apresentação do relatório elaborado pelo Ministro Marco Aurélio e seu voto. Logo em seguida votaram, nesta ordem, os Ministros Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Ricardo Lewandowski, Ayres Brito, Gilmar Mendes, Celso de Melo e Cesar Peluso. Apenas o Ministro Dias Toffoli não contribuiu para o julgamento com seu voto, visto que estava impedido.

4.1 VIDA HUMANA

Em seu voto, a Min. Rosa Weber, destacou que, em caso de inviabilidade da vida humana, presente vida tão somente biológica, não há como concluir que o feto seja protegido em detrimento da mãe. Pelo contrário, a leitura sistêmica conduz à compreensão de que a proteção está do lado da mãe, em contraposição expressa ao argumento *Da superioridade do direito à vida* (BRASIL, 2012, p. 123). A Ministra utilizou ainda grande parte de seu voto para tratar da utilidade, veracidade, confiabilidade e possibilidade de se produzir conceitos, movida pelo desejo de conceituar “vida”. Em sequência, depois de muito desenvolver a respeito, ela concluiu que caracterização do feto anencéfalo como vivo pode ser extraído do conceito de morte encefálica estabelecido pela Lei de Transplantes, e que consiste na existência de atividade cerebral e não o simples funcionamento orgânico. Por fim, a Ministra ressaltou a proteção da lei aos direitos do nascituro, desde a concepção, mas condicionando ao nascimento com vida (BRASIL, 2012).

Os Min. Cármem Lúcia e Ricardo Lewandowski referiram-se, expressamente, ao argumento *Da dignidade do feto*, ainda que de diferentes modos. A primeira destacou que a vida pertencente ao feto seria uma vida sem dignidade e, portanto, não seria justo nem admissível, pelo Direito contemporâneo, exigir que a gestante leve até o fim sua gestação, vulnerando sua dignidade, sem que isso signifique a proteção ou promoção de outra dignidade. Em contraponto, o Ministro defendeu que a dignidade é inviolável, invariável e intrínseca a todo ser humano, rechaçando a possibilidade de interrupção da gestação (BRASIL, 2012). Nesse ponto, o Min. Lewandowski valeu-se, também, *Da identidade humana* como argumento para defender que a identidade e os direitos humanos não são afastados pela reduzida expectativa de vida do feto.

O Min. Celso de Melo com relação à *Vida humana* preocupou-se em expor, ao longo de 11 (onze) páginas, teorias científicas e religiosas que buscam estabelecer a definição bioética do início da vida, para que o intérprete, no caso concreto, pudesse optar pela concepção que mais se ajustasse ao interesse público e que respeitasse os direitos fundamentais das pessoas. O Ministro concluiu, entretanto, diante dos diversos posicionamentos, que na realidade os conceitos de vida e morte qualificavam-se como indeterminados (BRASIL, 2012, p. 348-349).

Na mesma linha de raciocínio, o Min. Ayres Brito concluiu que à luz da Constituição, assim como do Código Penal, não é possível definir o início de vida. O Ministro acrescentou ainda, que lhe é estranho criminalizar a interrupção de uma gravidez humana, sem a definição de quando começa, de quando se inicia essa vida humana (BRASIL, 2012).

O Min. Gilmar Mendes valeu-se *Da dignidade do feto* como argumento para defender que não se pode simplesmente tutelar o direito de praticar o aborto dos fetos anencéfalos com base no princípio da dignidade humana da mulher, visto que também o nascituro deve ser protegido por essa cláusula constitucional (BRASIL, 2012).

O Min. Cesar Peluso sustentou através do discurso didático de Lenise Martins Garcia que o anencéfalo é um ser humano e dotado de vida, uma vez em que ele morre, e só

pode morrer aquele que está vivo. O Min. Destacou ainda que são dotados da capacidade de movimento autógeno (BRASIL, 2012, p. 378).

Segundo o Min. Cesar Peluso a interrupção da gestação do feto anencéfalo é uma flagrante agressão ao valor constitucional da *Vida Humana* (BRASIL, 2012, p. 385). O Ministro enfatizou também, a partir da história da criminalização do aborto, que a tutela em questão fundamenta-se na necessidade de preservar a dignidade dessa vida intrauterina, independentemente das eventuais deformidades que o feto possa apresentar, corroborando com o argumento *Da dignidade do feto*.

O Min. Cesar Peluso ressaltou ainda, o argumento *Da arbitrariedade dos padrões sociais de perfeição* haja visto o perigo de transformar a vida do feto anencéfalo em objeto de disposição jurídica das pessoas. Segundo o Ministro isso não pode ocorrer, uma vez que ainda no seio materno, o ordenamento reconhece o feto anencéfalo como sujeito de direito, dotado de capacidade jurídica passiva, enquanto portador de vida. Desse modo, o Ministro descartou definitivamente a ideia de que todo anencéfalo não seria nunca sujeito de direito (BRASIL, 2012, p. 390).

4.2 SACRÍFICOS E RISCOS

Os Min. Marco Aurélio, Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Ayres Brito e Celso de Melo, no que toca aos direitos da mulher, ressaltaram o direito à saúde, à dignidade, à liberdade, à autonomia e à privacidade. Neste sentido, apesar de algumas pequenas diferenças de intensidade, todos esses ministros abordaram expressamente o tema dos *Sacríficos e Riscos* sofridos pelas gestantes, abordando, em especial, os argumentos *Do sofrimento e tortura da gestante*, *Do risco da gestação de um feto anencéfalo* e *Das consequências psicológicas*. Esses ministros concordaram totalmente com tais argumentos, tendo sido um ponto incontroverso entre eles e a maioria dos expositores nas audiências públicas.

A Min. Rosa Weber destacou ainda que em uma ponderação racional, os direitos da gestante se sobrepõem ao de vida do feto, o que fica evidente pelo fato de o crime de tortura possuir uma pena duas vezes maior do que a do crime de aborto. O Min. Luiz Fux ponderou nesse mesmo sentido.

Os Min. Cármen Lúcia, Luiz Fux e Celso de Melo também disseram a respeito da tarefa de fazer a ponderação de bens jurídicos tutelados pelo sistema, todos de inegável relevo para a vida de cada pessoa e da sociedade, a denominada de ponderação de princípios na teoria da proporcionalidade. O Min. Gilmar Mendes em contraposição, defendeu ser inadequado tratar do tema aborto de fetos anencéfalos sobre o prisma da ponderação entre a dignidade humana da mulher em detrimento da do feto, uma vez que a ponderação de princípios, especialmente em questões sensíveis, mostra-se bastante difícil de ser realizada (BRASIL, 2012).

A Min. Cármen Lúcia destacou ainda *Do risco da gestação do feto anencéfalo*, uma vez que, além de todo sofrimento mental e emocional a que passa a se submeter, também corre risco de vida, por tratar-se de gravidez de alto risco (BRASIL, 2012). Neste ponto, a Ministra utilizou argumentos de Débora Diniz, uma das expositoras, no entanto, o fez a partir de uma obra da autora e não das audiências públicas.

Os ministros acima referidos alegaram que o dever da gestação constitui um ato de tortura do Estado contra as mulheres, em que a gravidez passa a ser uma experiência angustiante de luto prolongado (BRASIL, 2012).

Portanto, percebe-se que o argumento *Do sofrimento e tortura da gestante* foi abordado, até aqui, por todos os ministros que defenderam a interrupção da gestação de feto anencéfalo.

O Min. Gilmar Mendes utilizou como argumento *Do risco da gestação de um feto anencéfalo* destacando que o risco desse tipo de gravidez é maior do que o de um feto viável e quais as complicações frequentes, as mesmas levantadas nas audiências públicas. O Ministro valeu-se também, *Das consequências psicológicas* como argumento para defender os fortes impactos na saúde mental da mulher.

O Min. Cesar Peluso tenta desconstruir o argumento *Do sofrimento e a tortura da gestante* alegando que tortura configura-se somente quando algum sofrimento injusto e intencional poderia ser evitado de maneira compatível com o ordenamento jurídico. O que obviamente não poderia ser legalmente evitado, no caso em tela. Ademais, falta a circunstância elementar de inflicção proposital de sofrimento (BRASIL, 2012, p. 403-404). O Ministro destacou ainda, que a autora e a Prof.^a Débora Diniz opta, por uma saída muito cômoda de culpar o Estado por dramas que são da responsabilidade exclusiva da conjugação de ato livre dos particulares e de ulterior acaso biológico. Desse modo, o Ministro afirmou que a natureza não tortura (BRASIL, 2012, p. 404).

O Min. Cesar Peluso discordou do argumento *Do risco da gestação de um feto anencéfalo*, pois defende que todas as hipóteses de risco de vida à genitora já estão resguardadas pelo chamado aborto terapêutico, previsto no art. 128, inc. I, do Código Penal, que, em que se permite o sacrifício do feto como medida extrema para preservar a vida da mãe (BRASIL, 2012).

4.3 EUGENIA E UTILITARISMO

Em relação ao assunto *Eugenia e Utilitarismo*, os Min. Marco Aurélio, Luiz Fux, Joaquim Barbosa destacaram que a interrupção da gestação de fetos anencéfalos não é um tipo de aborto eugênico. O Min. Marco Aurélio valeu-se especialmente do argumento *Da distinção para a deficiência*, entretanto, em nenhum momento confrontou os argumentos daqueles que identificam a anencefalia como deficiência.

Em contraponto, o Min. Ricardo Lewandowski destacou o argumento *Da eugenia*, mas, também, não se deteve em desconstruir os argumentos em prol da identificação com a deficiência.

O Min. Ayres Brito disse a respeito *Da distinção para a deficiência* quando ressaltou que o feto anencéfalo sequer pode ser chamado de deficiente visto que vai lhe faltar a calota craniana.

O Min. Cesar Peluso valeu-se *Da eugenia* como argumento para defender que “no caso do extermínio do anencéfalo, encena-se a atuação avassaladora do ser poderoso superior que, detentor de toda a força, inflige a pena de morte ao incapaz de pressentir a agressão e de esboçar-lhe qualquer defesa” (BRASIL, 2012, p. 384). Ainda com relação ao argumento *Da eugenia*, o Ministro comparou o caso em tela aquele discutido na ADI 3510, alegando se naquele caso não se delineava ameaça eugênica, neste materializa-se de modo contundente (BRASIL, 2012, p. 395).

O Ministro utilizou também o argumento *Da eliminação de um incômodo e custo* uma vez que a partir da possibilidade de interrupção da gestação o feto é reduzido à condição de lixo ou de outra coisa imprestável e incômoda, não sendo reconhecido a ele grau algum da dignidade jurídica e ética (BRASIL, 2012, p. 383-384).

O Min. Cesar Peluso apresentou as razões daqueles grupos que são e que não são favoráveis ao aborto do anencéfalo com relação ao argumento *Da distinção para deficiência*, destacando que os favoráveis alegam que anencefalia não é deficiência e que a ADPF nº 54 diz respeito apenas à anencefalia e não a nenhuma outra situação de malformação ou deficiência no feto e que por isso, não haveria risco do renascimento da eugenia (BRASIL, 2012, p. 396).

4.4 MEDICINA E CIÊNCIA

Valendo-se *Da limitação do atual conhecimento científico*, a Min. Cármem Lúcia ressaltou que na ausência de recursos médicos capazes de reverter a anencefalia no feto, a única medida que resta ao Estado é proteger a saúde mental e física destas mulheres (BRASIL, 2012).

4.5 DIAGNÓSTICO

Os Min. Marco Aurélio e Luiz Fux trataram da questão *Do diagnóstico* da anencefalia ocorrer em torno da décima segunda semana de gestação, enfocando especialmente nos argumentos *Do diagnóstico precoce e certo*, *Da facilidade do diagnóstico* e *Da recomendação de 2 exames de ecografia* para que não restem dúvidas. Apesar de o argumento *Da incerteza do diagnóstico* ter sido levantado por 2 (dois) expositores, ele não foi destacado pelos referidos ministros.

A Min. Rosa Weber destacou que a possibilidade *Da incerteza do diagnóstico* pode gerar imprecisão ou erro de diagnóstico, o que justificaria os relatos encontrados na literatura de mais sobrevida (meses e até mais de um ano), assim como o caso Marcela, que seria, na realidade, meroencefalia, não se confundindo com a anencefalia, propriamente dita.

O Min. Joaquim Barbosa reiterou a respeito *Do diagnóstico precoce e correto*, no entanto, deixou de analisar os outros diversos argumentos sobre o tema *Diagnóstico* e que foram abordados em diversos momentos ao longo das audiências públicas.

O Min. Gilmar Mendes utilizou os argumentos *Do diagnóstico* e *Do diagnóstico precoce e correto*, destacando que no estágio atual de desenvolvimento da medicina, o diagnóstico da anencefalia fetal pode ser realizado com elevadíssimo grau de certeza e no fim do primeiro trimestre de gravidez.

Para defender o argumento *Da incerteza do diagnóstico*, o Min. Cesar Peluso destacou que a interrupção da gestação está indissociavelmente vinculada ao problema da dificuldade técnico-científica de se detectar, com precisão absoluta, quais casos são de anencefalia, de modo a diferenciá-los de outras afecções da mesma classe nosológica, das quais se distingue apenas por questão de grau, como exemplo citou *Do diagnóstico errado da Marcela* (BRASIL, 2012, p. 398). O Ministro destacou a posição de expositores que pensam em sentido contrário e dessa forma, contrapôs-se ao argumento *Do diagnóstico precoce e certo* e ao *De recomendação de 2 exames de ecografia*.

4.6 AFETADOS E SUAS REAÇÕES

Os Min. Marco Aurélio e Cármem Lúcia, quando *Dos afetados*, destacaram que a anencefalia envolve não somente o paciente e o feto, mas toda a família, que pode sofrer e desfalecer frente ao diagnóstico. Eles também trataram *Da pluralidade de reações* diante da constatação da anencefalia. Tais reações foram evidenciadas ainda pelo Min. Joaquim Barbosa ao elencar alguns dos sentimentos experienciados pelos afetados, como culpa, impotência, raiva e dor, tão relatados nas audiências públicas (BRASIL, 2012).

Os Ministros calaram-se, entretanto, em relação aos demais argumentos relacionados ao tema e levantados pelos expositores.

4.7 ANENCEFALIA E MORTE

Os Min. Marco Aurélio, Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármem Lúcia, Ayres Brito e Gilmar Mendes destacaram *Da irreversibilidade da anencefalia*, ressaltando não ser possível reverter a não formação do tecido cerebral, o não fechamento do tubo neural. Eles alegaram ainda que, mesmo que haja possibilidade de um período breve de vida, composto apenas por reações automáticas, a anencefalia é no entanto inexoravelmente letal.

A Min. Rosa Weber destacou que anencefalia e vida são termos antitéticos, visto que o feto anencéfalo não tem potencialidade de vida, sendo um natimorto cerebral e, portanto, a interrupção da gestação de feto anencéfalo não configura aborto, já que este é um crime contra a vida e, no caso em tela, não se pode falar em potencial de vida. Ela utilizou grande parte de seu voto para tratar da utilidade, veracidade, confiabilidade e possibilidade de se produzir conceitos, movida pelo desejo de conceituar “vida”. Depois de muito desenvolver a respeito, ela concluiu que a vida pode ser extraída. Neste sentido, ela concordou com o argumento *Da anencefalia como morte*, uma vez que defendeu que o feto anencéfalo é um natimorto, por ser impossível a vida extra-uterina. Tal argumento também

foi utilizado pelos Min. Marco Aurélio, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármem Lúcia e Ayres Brito.

Destaque-se que entre os ministros anteriormente citados, somente a Min. Cármem Lúcia (BRASIL, 2012) trouxe argumentos defendidos por grupos que acreditam na tutela de direitos ao feto. Ela confrontou o argumento *Da distinção entre anencefalia e morte encefálica*, segundo o qual o feto anencéfalo não pode ser declarado morto encefálico, porque pode apresentar reflexos decorrentes de atividade infra-espinhal, mesmo sendo esta uma posição contrária daquela que defende. No mesmo sentido, o Min. Lewandowski (BRASIL, 2012) alegou que ainda que a anencefalia seja uma doença congênita letal, o feto anencéfalo não está, propriamente, com morte encefálica.

O Min. Marco Aurélio tratou *Da impossibilidade de transplante*, alegando que é vedado obrigar a manutenção da gravidez somente para doação de órgãos, uma vez que é praticamente impossível o aproveitamento dos órgãos, o que foi levantado por 3 (três) expositores nas audiências públicas (BRASIL, 2012), em razão do curto período de vida, das patologias genéticas ou cromossômicas geralmente associadas, bem como pelo tamanho reduzido dos órgãos e pelas lesões ocasionadas pela hipóxia.

O Min. Gilmar Mendes utilizou *Da distinção entre anencefalia e morte encefálica* como argumento para destacar que morte encefálica e anencefalia são conceitos distintos, neste sentido, o argumento de que a lei brasileira considera a morte cerebral para fins de doação de órgãos deve ser ponderado, uma vez que na anencefalia, a pessoa tem autonomia cardíaca e respiratória, ao passo que, na morte cerebral, a pessoa só permanece viva com a ajuda de aparelhos (BRASIL, 2012).

O Min. Cesar Peluso defende o argumento *Da distinção entre anencefalia e morte encefálica* alegando que a morte encefálica caracteriza-se por “ser uma situação de prognóstico, de uma irreversibilidade em que não há respiração espontânea, inclusive”, o que não é o caso do anencéfalo. Ademais, a audiência pública produziu resultados contraditórios quanto à questão da existência de atividade e ondas cerebrais no anencéfalo e

que é falsa a ideia de que o feto acometido de anencefalia não tenha encéfalo (BRASIL, 2012, p. 381).

Com relação ao argumento *Da impossibilidade de transplante*, o Min. Cesar Peluso destacou que a morte encefálica é diagnosticada para fins de transplante, no entanto não tem aplicabilidade a fetos ou recém-nascidos (BRASIL, 2012, p. 381).

4.8 SISTEMA DE SAÚDE

Os Min. Marco Aurélio e Joaquim Barbosa quando *Do sistema de saúde*, afirmaram que a rede pública de saúde possui recursos suficientes para o diagnóstico da anencefalia, conforme a maioria dos expositores alegaram nas audiências. Eles e o Min. Luiz Fux corroboraram o argumento *Do acompanhamento indistinto*, destacando a existência de acompanhamento médico e psíquico especializado, de modo constante à gestante e sua família, independentemente da escolha da gestante em interromper ou não a gestação. Contudo, eles não se dedicaram, em nenhum momento, a afastar os argumentos contrários.

4.9 DIREITO DE ESCOLHA

O Min. Marco Aurélio ressaltou, e o Min. Luiz Fux concordou, que os interesses legítimos da mulher em ver respeitada sua dignidade eram conflitantes com os interesses de parcela da sociedade que deseja proteger todos aqueles que dela fazem parte, indistintamente (BRASIL, 2012). Reiteraram que a ADPF em análise pretende assegurar *Do direito de escolha da mulher* com base em seus valores e as suas crenças. A Min. Cármen Lúcia acrescentou que o respeito a esta escolha é o respeito ao princípio da dignidade humana. (BRASIL, 2012)

O Min. Marco Aurélio destacou ainda que *Descriminalizar não é tornar obrigatório* e que ao Estado brasileiro cabe prestar informações à mulher para que ela possa fazer sua escolha com acompanhamento médico e psíquico, concordando assim, com o argumento

Da necessidade de esclarecimento para a escolha apresentado por 5 (cinco) expositores nas audiências públicas.

Os Min. Rosa Weber e Joaquim Barbosa também defenderam o argumento *Do direito de escolha da mulher*. A primeira utilizou uma extensa narrativa a respeito da “transformação de toda compreensão de Direito e Política” (BRASIL, 2012, p.119) ao longo dos tempos. O segundo defendeu que tal direito de escolha deve ser concretizado a partir do respeito aos princípios da liberdade, da intimidade e da autonomia privada da mulher. Percebe-se, portanto, que eles não mencionaram os demais argumentos apresentados ao longo das audiências públicas sobre esse mesmo tema.

A Min. Carmem Lúcia destacou ainda, com base na obra de uma das expositoras das audiências públicas e não em sua exposição, que a maioria absoluta das mulheres opta pela interrupção da gestação após a certeza da anencefalia do feto, corroborando assim, com *Da escolha da maioria das gestantes*.

A Min. Carmem Lúcia quando *Da necessidade de esclarecimento para escolha* destacou o previsto no Código de Ética Médica, uma vez que a partir de toda informação fornecida pelo médico, o paciente deve ter o direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, ressalvadas as situações de urgência (BRASIL, 2012, p.184). Ela julgou necessário o consentimento esclarecido, entretanto, valeu-se de fonte consultada por ela própria, sem mencionar as exposições nas audiência públicas que abordaram esse tema.

O Min. Ayres Brito deixou claro que defende os argumentos *Do direito de escolha da mulher e Descriminalizar não é tornar obrigatório* uma vez que deve-se respeitar a autonomia da gestante, sendo uma decisão mais do que inviolável, sagrada.

O Min. Gilmar Mendes valeu-se do argumento *Da necessidade de esclarecimento para escolha* como argumento para defender que a segurança do diagnóstico é que poderá, na prática, tutelar o direito à privacidade da mulher, bem como a boa utilização da autonomia da vontade individual, com o intuito de permitir que tome, com consciência e segurança, qualquer decisão sobre tema tão delicado. O Ministro acrescentou que deve-se

recomendar que o Ministério da Saúde edite, além das já existentes, norma específica sobre o aborto de fetos anencéfalos (BRASIL, 2012).

O Min. Celso de Melo utiliza como argumento *Do direito de escolha da mulher* para afirmar que a mulher grávida de feto anencéfalo tem o direito insuprimível de optar pela antecipação terapêutica de parto, nos casos de comprovada malformação fetal por anencefalia (BRASIL, 2012).

4.10 LEGISLAÇÃO E PROJETOS

Os Min. Marco Aurélio, Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármem Lúcia e Gilmar Mendes trataram do argumento *Da desatualização tecnológica do Código Penal*, visto que, na época de sua elaboração, não se tinha acesso às tecnologias tão comuns atualmente, o que impossibilitou a tutela de questões como a interrupção da gestação do feto anencéfalo.

Com relação ao argumento *Do aborto terapêutico*, a Min. Rosa Weber alegou que não há criação normativa, mas tão somente interpretação conforme à Constituição dos arts. 124 e 126 do Código Penal, no que toca à interrupção da gestação em caso de feto anencefálico. Assim, não se trata de dizer que o artigo 128 deve ser lido como contendo mais uma excludente. As situações são absolutamente diferentes (BRASIL, 2012, p.134). Ela defendeu a atipicidade penal da antecipação do parto de feto anencéfalo. A Ministra destacou ainda que a vontade do legislador não é critério seguro para hermenêutica jurídica, visto que não se mostra consistente (BRASIL, 2012).

A Min. Cármem Lúcia destacou ainda que o aborto do feto desprovido do encéfalo sequer poderia ser considerado conduta penal típica, porque se teria verdadeiro crime impossível em face da absoluta impropriedade daquele sobre o qual recai a conduta do agente, a saber, o feto morto, porque anencéfalo (BRASIL, 2012).

O Min. Ricardo Lewandowski ao dizer a respeito *Dos projetos em tramitação*, alegou que se encontram sob a análise dos parlamentares pelo menos dois projetos de lei

objetivando normatizar o assunto. Ele destacou ainda, que ambos revelam a complexidade do tema, sobretudo a dificuldade envolvida no regramento de seus distintos aspectos técnicos, jurídicos e científicos, os quais, por isso mesmo, são insuscetíveis de disciplina judicial (BRASIL, 2012, p. 249). Os demais ministros sequer citaram esse argumento, apesar de ter sido levantado em audiência pública.

4.11 CONSCIÊNCIA

Em relação ao argumento *Da ausência de consciência*, a Min. Cármen Lúcia alegou que, na anencefalia, a inexistência das estruturas cerebrais torna ausentes as funções superiores do sistema nervoso central que garantem a existência da consciência, a cognição, a vida de relação, a comunicação, a afetividade, a emotividade, mantendo-se somente a preservação efêmera das funções vegetativas controladoras, parcialmente, da respiração, das funções vasomotoras e das dependentes da medula espinhal (BRASIL, 2012).

O Min. Lewandowski, citando um dos expositores da audiência pública, destacou *Da possibilidade de consciência primitiva*, alegando que, em primeiro lugar, a anencefalia é um termo que induz ao erro e que na realidade, anencefalia corresponde à ausência de uma parte do encéfalo (BRASIL, 2012). Trouxe ao voto ainda, a Portaria nº 487/07, do Ministério da Saúde, que reflete a preocupação das autoridades médicas com o sofrimento dos fetos anencéfalos, os quais, não obstante sejam dotados de um sistema nervoso central incompleto, como destacado, comprovadamente sentem dor e reagem a estímulos externos (BRASIL, 2012). O Min. Ayres Brito valeu-se *Da ausência de consciência* como argumento para defender que se o anencéfalo não tem o lado direito nem o lado esquerdo do cérebro, inteligência emocional do lado direito, inteligência intelectual ou cartesiana ou racional ou lógica do lado esquerdo, ele não tem como portanto, pela combinação dos dois hemisférios, partejar o que podemos chamar de rebento da consciência (BRASIL, 2012).

4.12 ESTATÍSTICAS

Os Min. Marco Aurélio e Luiz Fux destacaram *Da incidência* da anencefalia no panorama nacional e nas formalizações pelos tribunais com relação à autorização para o procedimento de interrupção da gestação de fetos anencéfalos, argumento destacado por um dos expositores. O Min. Luiz Fux destacou a frequência com que os recém-nascidos com essa deformidade falecem nas primeiras horas após o nascimento (BRASIL, 2012).

A Min. Cármem Lúcia destacou *Da incidência* da anencefalia a nível mundial.

O Min. Gilmar Mendes utilizou o argumento *Da interrupção da gestação no mundo* para indicar que praticamente a metade dos países membros da Organização das Nações Unidas reconhece a interrupção da gravidez na hipótese de anencefalia do feto. Ademais, em quase todos esses países, a discussão sobre a possibilidade de interrupção da gestação de fetos anencéfalos deu-se há mais de uma década (BRASIL, 2012).

4.13 MARCELA

O Min. Marco Aurélio explicitou *Do caso Marcela e Do diagnóstico errado da Marcela* de anencefalia defendido por um número expressivo de expositores.

A Min. Rosa Weber também destacou o *Do diagnóstico errado da Marcela*, e que concluiu que por isso a menina teve uma sobrevida maior.

O Min. Cesar Peluso utilizou-se *Do diagnóstico errado da Marcela* como exemplo para recomendar a prudência quanto ao diagnósticos, uma vez que 6 (seis) dos expositores defendem a certeza do diagnóstico de anencefalia enquanto 4 (quatro) outros expositores defendem o erro do diagnóstico, que não era um feto anencéfalo, não havendo, portanto, em consenso entre eles.

4.14 VARIEDADE DE GRAUS

O Min. Marco Aurélio disse a respeito *Da variedade de graus de anencefalia* que, no anencéfalo, algumas partes superiores do encéfalo não estão formadas, mas outras estão, havendo uma variedade de graus, permitindo que algumas crianças sobrevivam mais e tenham movimentos.

O Min. Marco Aurélio tratou *Do conceito de anencefalia*, o qual também foi abordado pelos Min. Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármem Lúcia e Ayres Brito. Todos os ministros apresentaram, com palavras diferentes, o mesmo conceito e na maioria das vezes citando o conceito dado por estudiosos diferentes daqueles presentes nas audiências públicas.

O Min. Cesar Peluso destacou o argumento *Da variedade de graus de anencefalia* em contraposição ao argumento daqueles que defendem com clareza, a certeza dos diagnósticos, uma vez que optando por uma postura mais zelosa, entende que a anencefalia não é algo certo e determinado, mas é algo contínuo que vai de formas menos graves a formas mais graves. O Ministro ressaltou ainda, que esse é um dado estabilizado na ciência e não há de ser retrucado (BRASIL, 2012, p. 399)

4.15 ÁCIDO FÓLICO

O Min. Gilmar Mendes destacou a importância de se atribuir ao Ministério da Saúde a responsabilidade de promoção de ações que visem à prevenção da anencefalia, disponibilizando ácido fólico na rede básica de saúde para acesso de todas as mulheres no período pré-gestacional e gestacional, além de garantir a inclusão de ácido fólico nos insumos alimentícios (BRASIL, 2012).

4.16 ABORTO

Os Min. Marco Aurélio, Joaquim Barbosa, Luiz Fux e Cármem Lúcia trataram do argumento *Da distinção para o aborto*, uma vez que a interrupção da gestação de feto

anencéfalo não é aborto, pois não há expectativa de vida extra-uterina. Contudo, eles não apresentaram, entretanto, o ponto de vista daqueles que acreditam que a interrupção configura aborto.

4.17 DA VIOLÊNCIA COMO VALOR SOCIAL

O argumento *Da violência como valor social* não foi abordado por nenhum Ministro.

4.18 DA LAICIDADE DO ESTADO

O Ministro Relator organizou sua fundamentação em blocos temáticos, o primeiro deles foi intitulado “A República Federativa do Brasil como Estado laico” (BRASIL, 2012), discorreu extensamente a respeito do argumento destacado por dois dos expositores presentes nas audiências públicas, qual seja, *Da laicidade do Estado*, segundo o qual o Estado brasileiro não pode regular-se por definições religiosas. O Ministro apresentou um panorama histórico da relação entre o Estado brasileiro e as religiões. Ele também destacou que, no preâmbulo da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a expressão “sob a proteção de Deus” carece de força normativa, o que não significa dizer que a oitiva das entidades religiosas nas audiências públicas foi em vão. Percebe-se que o Ministro preocupou-se em fundamentar a decisão de aceitar a oitiva de representantes de entidades religiosas, reconhecendo essa oitiva como forma de pluralizar as avaliações sobre o objeto da ADPF. Por outro lado, percebe-se que ele abordou o argumento *Da laicidade do Estado* de forma consideravelmente extensa, ainda que esse argumento tenha sido levantado por somente dois expositores.

A Min. Cármen Lúcia utilizou *Da laicidade do Estado* para fundamentar seu voto, alegando que apesar da sociedade brasileira ser amplamente conhecida pela variedade de credos e sincretismo religioso, o Brasil é um Estado laico em virtude de respeitar a

diversidade de pontos de vista dos diversos credos sem, contudo, deixar-se influenciar por algum deles em específico (BRASIL, 2012).

Os Min. Gilmar Mendes e Celso de Melo (histórico) valeram-se *Da laicidade do Estado* como argumento para defender a não regulamentação do Estado brasileiro por definições religiosas.

4.19 DA DEMORA DA VIA JUDICIAL

A Min. Cármen Lúcia destacou *Da demora da via judicial*, dizendo que as proibições legais ou a ausência da norma excludente de ilicitude fazem com que os casais ou a gestante de feto anencéfalo percorram longo e difícil caminho para obter autorização judicial para a prática médica (BRASIL, 2012).

4 CONCLUSÃO

Ao longo da presente pesquisa, buscou-se analisar, primordialmente, a potencialidade democrática das audiências públicas e em que medida elas tem sido efetivamente aplicadas pelo STF. Para tal, analisou-se os discursos apresentados por todos os expositores presentes nas audiências públicas e os argumentos levantados por eles, para, em seguida, averiguar o voto de cada Ministro e chegar a uma conclusão.

Como destacado no início da pesquisa, as audiências públicas possuem a finalidade de subsidiar a construção de uma decisão por meio de novas informações trazidas pelos expositores, com o intuito de promover maior legitimação democrática às decisões do STF. Ressalta-se que tal subsídio seria mais fiel ao ideal da democracia participativa caso houvesse uma maior incidência de debates nas audiências.

Frisa-se que, no caso concreto, houve um debate um tanto quanto tímido, uma vez que foi fomentado substancialmente por perguntas do procurador da arguente e em alguns casos pelo Procurador da República e o Relator da ADPF e, em nenhuma hipótese, por um dos expositores. Tal medida acaba por restringir as possibilidades viáveis para tomada de uma melhor decisão. A partir dessa constatação, conclui-se que na teoria adota-se a deliberação dialógica defendida por Bohman quando na prática, as audiências públicas assemelham-se ao conceito de democracia participativa defendido por Habermas.

Acontece que a realidade apresenta-se um tanto quanto diferente do mencionado modelo. Isso porque, a partir da investigação dos votos dos ministros na ADPF 54, confirmou-se a hipótese inicialmente levantada de que a real influência dos expositores, e seus respectivos argumentos, não é tão expressiva como os defensores da democracia participativa defendem. Desse modo, diversas respostas foram extraídas, as quais serão destacadas adiante.

Nota-se que grande parte dos ministros não se preocupam em fundamentar seus votos a partir dos argumentos levantados pelos expositores, a maioria deles inclusive,

utilizou somente um ou outro desses argumentos. Ainda assim, quando utilizaram não deram a devida importância aos argumentos opostos.

Merecem destaque os votos dos Min. Marco Aurélio e Cesar Peluso, que apesar de defenderem posições diferentes, utilizaram, em grande escala e de modo expresso, os argumentos trazidos nas audiências públicas. O segundo Ministro preocupou-se ainda, em destacar aqueles argumentos que estavam em contraposição ao defendido para que, desse modo, houvesse maior credibilidade ao que desejava destacar e adequação aos moldes da democracia participativa.

Uma parcela dos ministros fundamentaram seus votos com argumentos próprios ou com base em teses desenvolvidas por estudiosos diferentes daqueles presentes nas audiências públicas, o que não seria reprovável caso não estivéssemos diante do mencionado instituto, implementado justamente para poder esclarecer e trazer informações suficientes para resolução do caso complexo. Além disso, desenvolveram teses que não influenciaram na resolução do caso, em detrimento daqueles argumentos e temas destacados pelos expositores.

Outros ministros apontaram trechos de algumas obras em língua estrangeira para fundamentar suas teses, o que é uma flagrante ofensa à democracia participativa, visto que o discurso utilizado não pode ser compreendido por todos aqueles que serão atingidos pela decisão proferida.

Há ainda, Ministros que não se referem hora alguma às audiências públicas e tampouco aos argumentos levantados nelas. Baseiam-se somente em argumentos próprios, que muitas vezes, são extensos e desnecessários ao debate.

Diante de todo o exposto, conclui-se que a potencialidade democrática de tal instituto, apesar de existente, não tem se concretizado de fato, haja vista que somente uma pequena parcela dos ministros do STF utilizam os argumentos levantados em audiências públicas como fundamento para tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOTELHO, Marcos César. **A legitimidade da jurisdição constitucional no pensamento de Jürgen Habermas**. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.868, de 10 de novembro de 1999**. Dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19868.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.882, de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre o processo e julgamento da argüição de descumprimento de preceito fundamental, nos termos do § 1º do art. 102 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19882.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Notas taquigráficas da audiência pública; de 26 de agosto de 2008**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/audienciaPublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Notas taquigráficas da audiência pública; de 28 de agosto de 2008**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/audienciaPublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Notas taquigráficas da audiência pública; de 04 de setembro de 2008**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/audienciaPublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Notas taquigráficas da audiência pública; de 16 de setembro de 2008**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/audienciaPublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 12 de abril de 2012. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=\(54\)\(54.NUME.+OU+54.ACMS.\)&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/pawlunj](http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=(54)(54.NUME.+OU+54.ACMS.)&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/pawlunj)>. Acesso em: 08 jul. 2014.

FARIA, Cláudia Feres. **Democracia deliberativa**: Habermas, Cohen e Bohman. Lua Nova – Revista de Cultura e Política, nº 49, 2000.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica constitucional, a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição:** contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição. Tradução Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

RAIS, Diogo. **A sociedade e o Supremo Tribunal Federal:** o caso das audiências públicas. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

APÊNDICE A – Catalogação dos argumentos

26 de agosto de 2008

I	
Luiz Antônio Bento	Padre; Doutor em Bioética
Indicado por	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
1. “(...) o aborto é a morte deliberada direta, independentemente da forma como é realizada, de um ser humano (...)” (BRASIL, 2008a, p. 05)	
2. “Cremos que quando a vida não é respeitada no seu início, dificilmente o será em suas outras etapas. Não importando como essa vida se encontra, todos os outros direitos da pessoa humana serão desprezados.” (BRASIL, 2008a, p. 06)	
3. “Ademais, uma sociedade que quer se desenvolver não pode fazê-lo livremente, não pode crescer à custa do sangue de pessoas inocentes.” (BRASIL, 2008a, p. 06)	
4. “Não se constrói uma sociedade com violência, uma violência contra os doentes, contra os fetos indefesos e inocentes.” (BRASIL, 2008a, p. 06)	
5. “As pretensões de desqualificação da pessoa humana ferem a dignidade intrínseca e inviolável da pessoa. Só pelo fato de pertencer à espécie humana, esse indivíduo tem uma dignidade; e é essa dignidade que queremos reafirmar, que precisa ser tutelada, que precisa ser respeitada.” (BRASIL, 2008a, p. 06)	
6. “(...) o feto anencefálico é um ser humano vivente e sua reduzida expectativa de vida não nega os seus direitos, a sua identidade.” (BRASIL, 2008a, p. 06)	
7. “A vida de cada indivíduo não é apenas um bem pessoal inalienável, mas também um bem social. Portanto, é um bem social que pertence a todos, e a sociedade tem a obrigação de promover e de defender esses direitos da pessoa humana, do feto que está com uma anomalia.” (BRASIL, 2008a, p. 06-07)	
8. “(...) o aborto eugênico é uma barbárie, um sintoma de desumanização, aliás, uma escalada para a instalação de câmara de extermínio de recém-nascidos defeituosos, para a eutanásia de deficientes físicos e mentais e para a eliminação de idosos não produtivos.” (BRASIL, 2008a, p. 07)	
9. “Então, procura-se, na verdade, eliminar o feto com a anencefalia, porque essa pessoa não corresponde aos padrões da nossa sociedade hodierna. É importante, podemos dizer, que esses padrões são arbitrários, porque nós não podemos exigir um determinado tipo de perfeição da pessoa.” (BRASIL, 2008a, p. 08)	
10. “Quanto ao sofrimento da gestante e da família, este sofrimento a todos sensibiliza. (...) Mas esse sofrimento não justifica nem autoriza o sacrifício da vida do filho que se carrega no ventre.” (BRASIL, 2008a, p. 08)	
11. “(...) quando a Medicina não pode curar, ela ainda pode fazer muita coisa, pode aliviar o sofrimento, pode confortar (...)” (BRASIL, 2008a, p. 09)	
12. “Uma ciência que mata não é mais uma ciência, é puramente uma tecnologia.” (BRASIL, 2008a, p. 10)	
13. “Com relação à consciência (...). Hoje, há um grupo de cientistas, de médicos que defende a possibilidade de uma consciência primitiva nesses pacientes, nesses indivíduos.” (BRASIL, 2008a, p. 09-10)	
14. “(...) gostaria de trazer, aqui, as palavras do Doutor Rodolfo Acatauassú, mestre e doutor em cirurgia geral pela UERJ: Se o feto fosse uma malformação não humana, se o feto nunca pudesse nascer vivo, se a criança tivesse em morte encefálica, a premissa da ADPF poderia ter algum embasamento; mas, como o feto tem o genoma humano, todos os dados genéticos estão presentes na vida desse indivíduo, mas, como o feto pode nascer vivo, mas, como a criança não está em morte encefálica, a premissa da ADPF não tem embasamento.” (BRASIL, 2008a, p. 10)	
15. “(...) a Medicina ainda pode encontrar uma cura também para a questão da anencefalia ou, pelo menos, dar grandes passos (...) a Medicina ainda tem muito para aprender com a anencefalia.” (BRASIL, 2008a, p. 10)	
16. “(...) e a Marcela – que todos conhecemos – é um exemplo de que a Medicina ainda tem muito para aprender com a anencefalia.” (BRASIL, 2008a, p. 10)	
17. “Terminando com as palavras do professor Jérôme Lejeune, descobridor da origem cromossômica da síndrome de Down: penso pessoalmente que, diante de um feto que corre um risco, não há outra solução	

senão deixá-lo correr esse risco, porque, caso se mate, transforma-se o risco de cinquenta em cem por cento e não se poderá salvar em caso nenhum.” (BRASIL, 2008a, p. 11)	
18. “(...) a morte se caracteriza com a morte encefálica, esse é o critério também adotado pela doutrina da Igreja Católica, que é exatamente o momento em que há essa verificação. (...) A partir desse momento em que não há mais uma atividade ou função de todos os órgãos, então ali se caracteriza a morte do indivíduo. (...) É muito diferente se essa criança está viva, ela pode não ter toda a formação do cérebro, mas ela tem o tronco encefálico, ela tem outros elementos que lhe dão a possibilidade de respirar. (...)” (BRASIL, 2008a, p. 13-14)	

II	
Paulo Silveira Martins Leão Júnior	
Indicado por	
1. “Há uma certa confusão entre a situação do feto anencefálico e morte encefálica. São situações bem distintas. No caso do feto anencefálico, há estudos profundos internacionais sobre o assunto, como, por exemplo, os estudos do Comitê Nacional de Bioética da Itália (...)” (BRASIL, 2008a, p. 15)	
2. “Como foi colocado aqui, algumas partes superiores do encéfalo não estão formadas, mas outras, sim, estão formadas, e há uma variedade, permitindo que umas sobrevivam mais.” (BRASIL, 2008a, p. 16)	

III	
Carlos Macedo de Oliveira	Bispo
Indicado por	Igreja Universal
1. “O Estado foi idealizado essencialmente para este fim, ou seja, proporcionar que seus cidadãos não apenas vivam, mas vivam bem. Esse deve ser o seu papel.” (BRASIL, 2008a, p. 19)	
2. “Defendemos que, nesses casos, deva prevalecer o desejo da mulher que passa ou venha a passar por esse drama.” (BRASIL, 2008a, p. 21)	
3. “São elas quem passam pelo habitual desconforto da gravidez, e, talvez, nenhum de nós consiga dimensionar os agravos de uma gravidez acometida por anencefalia e que, por força da lei, a mulher estaria ou está penalizada a carregar durante nove meses alguém que ela não terá a felicidade de ver crescer e de ter vida extra-uterina.” (BRASIL, 2008a, p. 21)	
4. “Em nossa opinião, a descriminalização desse tipo de aborto não deveria esbarrar nas radicalizações conceituais ou religiosas, até porque descriminalizar o aborto é diferente de torná-lo obrigatório, ou seja, alguém - quem quer que seja -, por questões de opção, consciência ou religiosidade, tem o direito de fazê-lo se assim desejar, ou não.” (BRASIL, 2008a, p. 21)	

VI	
Rodolfo Acatuassú Nunes	Representante da Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família; Professor adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mestre e doutor em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e livre docente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Indicado por	
1. “A anencefalia é ainda, nos dias de hoje, uma doença congênita letal, mas certamente não é a única (...). Por que foi escolhida a anencefalia para provocar-se a antecipação da morte, ainda no ventre materno, não se esperando o nascimento e a morte natural?” (BRASIL, 2008a, p.24)	
2. “(...) anencefalia é um termo que induz ao erro. Há uma grande desinformação, que faz prevalecer e difundir a idéia de que anencefalia significa ausência do encéfalo. Na realidade, anencefalia corresponde à ausência de uma parte do encéfalo. O nome mais correto para anencefalia seria “meroanencefalia”, já que	

<p>“mero” significa “parte”. (...) (...) Ela não é um tudo ou nada” (BRASIL, 2008a, p.24-25)</p>
<p>3. “Anencefalia é um termo que induz ao erro, há uma grande desinformação que faz pensar que anencefalia equivale a morte encefálica, porque as pessoas simplesmente pensam: anencefalia, não tem encéfalo; se não tem encéfalo, tem morte encefálica. Por que tanta discussão? Na realidade, essa equivalência não pode ser provada, essa equivalência não é verdadeira.</p>
<p>4. A criança com anencefalia, no momento em que está respirando, certamente não está em morte encefálica. Nenhuma equipe de médicos vai ao local atender a uma pessoa que está respirando, dizendo que está em morte encefálica. Ora, a pessoa está respirando. Se está respirando, já excluiu a morte encefálica.” (BRASIL, 2008a, p. 26)</p>
<p>5. “O centro respiratório está no tronco encefálico. Essa criança que está mamando é uma criança com anencefalia. Elas ficam com touca para preservar. Obviamente, a morte encefálica está excluída; ela está ali tomando a mamadeira. (...) E essa outra que sobreviveu um ano e oito meses está no cavalo com seu pai, não tem nenhum aparelho, não tem nada absolutamente artificial.” (BRASIL, 2008a, p. 26-27)</p>
<p>6. “Realmente, há sobrevida na anencefalia – não pode ser esquecido que a anencefalia está no rol nas doenças congênitas letais. Não há cura no momento atual, ninguém está negando isso. Apesar de essa mortalidade ser muito elevada, algumas dessas crianças podem viver por meses ou mais raramente por um ano, mas nunca morrem, obrigatoriamente, todas elas, imediatamente após o parto.” (BRASIL, 2008a, p. 27)</p>
<p>7. “(...) alguns afirmam que a criança com anencefalia não tem consciência. A Associação Médica Americana recuou quando afirmou, para efeito de retirada de órgãos, que essas crianças não tinham e não teriam consciência. Ela inicialmente fez a proposta, mas recuou. Recuou, por quê? Porque houve uma pressão médica, pediu-se para comprovar isso de uma forma definitiva e essa prova não pôde ser dada, porque não havia estudos aprofundados nesse sentido. Então, poucos meses após, a Associação Médica Americana recuou e passou a conclamar estudos para discernir o real estado da consciência dessas crianças e voltou a proibir a retirada de órgãos sem os sinais clássicos de morte. Não foi aceita a equivalência da anencefalia com a morte encefálica por não se ter conseguido prová-la.” (BRASIL, 2008a, p. 28)</p>
<p>8. “A Resolução do CFM nº 1752/04 autorizava a retirada de órgãos de crianças com anencefalia, classificando como inaplicáveis e desnecessários os critérios da morte encefálica. Posteriormente, em março de 2007, a Portaria nº 487, do Ministério da Saúde, revendo a questão no Seminário para Discussão da Anencefalia e Doação de Órgãos composto pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante, representantes da Academia Brasileira de Neurologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria, do Conselho Federal de Medicina, da Ordem dos Advogados do Brasil, da Procuradoria Regional da República, da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos e da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde resolveu: <i>‘Art. 1o - A retirada de órgãos e/ou tecidos de neonato encefálico para fins de transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de parada cardíaca irreversível.’</i>” (BRASIL, 2008a, p. 28-29)</p>
<p>9. “(...) não existem estudos com tecnologia moderna de ponta sobre o funcionamento da parte do encéfalo não comprometido na anencefalia. (...) estudos com ressonância nuclear magnética funcional e estudos mais aprofundados. Quanto á razão da prudência, poderia haver uma neuroplasticidade vertical que suprisse algumas funções, como a de Schuman, (...)” (BRASIL, 2008a, p. 29)</p>
<p>10. “(...) Merker coloca a possibilidade de o núcleo primitivo da consciência estar entre o diencéfalo, o mesencéfalo e o tronco encefálico. (...) Aqui está a criança portadora de anencefalia com seus pais. Seus pais referem interação com essa criança: ela chora quando a mãe se ausenta.” (BRASIL, 2008a, p. 30)</p>
<p>11. “(...) recentemente, em um grande estudo multicêntrico, foi mostrado, além da diminuição dos defeitos, o aumento de sobrevida estatisticamente significativo das crianças com meningomielocele; ou seja, a anomalia, com essa adição de ácido fólico nas farinhas pode – não estou dizendo que está - estar atenuando, pode haver atenuações. É uma hipótese.” (BRASIL, 2008a, p. 30)</p>

V

<p>Maria José Fontenelas Rosado Nunes</p>	<p>Socióloga; Mestre e Doutora em Ciências Sociais; Pesquisadora</p>
---	---

Indicado por	
1. “O caráter laico do Estado é uma condição imprescindível para o pleno exercício da cidadania de todas as pessoas e para a proteção dos direitos constitucionais, a liberdade e a autodeterminação.” (BRASIL, 2008a, p. 39)	
2. “(...) uma legislação permissiva faculta, mas não obriga.” (BRASIL, 2008a, p. 41)	
3. “Atualmente, o que acontece no caso da gestação de anencéfalos é que um grande número de mulheres tem seu direito à autodeterminação desrespeitado e ferida a sua dignidade. Aquelas, (...) que decidem manter a gravidez, mesmo sabendo que geram um natimorto (...) têm a sua decisão respeitada, mas as mulheres que não desejam manter essa gestação vêm os seus direitos negados.” (BRASIL, 2008a, p.41)	
4. “O que as pesquisas revelam é que a maioria da população entende o sofrimento das mulheres e consideram uma verdadeira tortura – isso está em pesquisas – obrigá-las a manter uma gravidez que terá como fruto a morte, seja ela imediata ou não.” (BRASIL, 2008a, p. 41)	
5. “Obrigar uma mulher a manter uma gestação desse tipo, não oferecer-lhe a possibilidade da interrupção desse processo, é tratá-la como coisa.” (BRASIL, 2008a, p. 42)	

VI

Irvênia Luíza de Santis Prada	
Indicado por	
1. “(...) esses termos cérebro e encéfalo não são sinônimos. (...) O anencéfalo tem preservados pelo menos as partes mais profundas do seu encéfalo. (...) É o chamado “tronco cerebral alto”, por um dos maiores neurocientistas do pós-guerra que é Wilder Penfield. (...) Em suma, nesse tronco encefálico alto, que todo feto anencefálico tem, nós contemplamos as bases dos mecanismos neurais da respiração, do ritmo circadiano de sono e vigília, de batimentos cardíacos, de peristaltismo gástrico-intestinal, de controle de temperatura, de controle vasomotor, de controle dos motoneurônios, de controle de alguns dos <i>gates</i> , dos portões de controle da dor e de expressão de comportamentos emocionais, acompanhados de emoções.” (BRASIL, 2008a, p. 47-48)	
2. “(...) estou querendo dizer que a própria Ciência, nos últimos tempos, vem contando com a participação de cientistas de renome na introdução de uma tese sobre a existência de uma dimensão extrafísica. Essa dimensão extrafísica de atuação no local é (...) de “consciência”.” (BRASIL, 2008a, p. 49)	
3. O tronco encefálico alto é o substrato da consciência, como veremos a seguir. Wilder Penfield, autor já citado, em “O mistério da mente”, diz assim: “O indispensável substrato da consciência localiza-se fora do córtex cerebral, provavelmente no diencéfalo” – uma daquelas porções que referi, como integrantes do tronco cerebral alto, que todo anencéfalo tem. (...) Penfield, que estudou muito os soldados traumatizados de encéfalo no pós-guerra, acabou percebendo - e a tomografia computadorizada veio mostrar - que muitos indivíduos sem a atuação de córtex (...) tinham procedimentos quase normais e, do ponto de vista da consciência, eram absolutamente normais.” (BRASIL, 2008a, p. 50)	

VII

Marlene Rossi Severino Nobre	Médica-ginecologista, aposentada, especializada em prevenção do câncer
Indicado por	Associação Médico-Espírita do Brasil
1. “Não há direito da mulher quando estamos falando de um direito que sobrepõe, que é o direito à vida. (...) De modo que nós dizemos claramente que a vida do anencéfalo sobrepuja todos os outros direitos que é um bem fundamental que lhe pertence.” (BRASIL, 2008a, p. 52-54)	
2. “Nós cremos nos postulados de Darwin, menos em um: aquele que afirma que o acaso explica a vida. O acaso não explica a vida. (...) De todas as maneiras que você investiga a célula, bioquimicamente, você observa claramente que ela foi planejada.” (BRASIL, 2008a, p. 53)	
3. “(...) logo nos primeiros dias da embriogênese, são produzidos os neuropeptídeos; logo, o anencéfalo	

também. Em que pesem todas as suas dificuldades, todas as suas anomalias, ele também produz esses neuropeptídeos, que lhe permitem a intercomunicação entre os vários sistemas, bem como a possibilidade de atuar mesmo precariamente sobre o seu corpo.” (BRASIL, 2008a, p. 55)

28 de agosto de 2008

VIII	
Roberto Luz D Ávila	Médico Cardiologista; Coordenador da Câmara sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos; Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina e do Conselho Federal de Medicina; Ex-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina; 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina; Membro do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde sobre Morte Súbita; Mestre em Neurociências e Comportamento; Professor Adjunto da UFSC; Coordenador da Câmara Técnica de Informática em Saúde; doutorando em Medicina Bioética pela Universidade do Porto, Portugal.
Indicado por	Conselho Federal de Medicina
1. “Hoje, na Medicina, trabalhamos com o consentimento pós-esclarecido e só assim podemos agir.” (BRASIL, 2008b, p. 5)	
2. “(...) podemos até falar tecnicamente com ele: é um anencéfalo, não tem a córtex -, não poderá jamais vir a ser o que todos nós esperamos, o que todos nós desejamos. Mesmo que falemos isso, sabemos, perfeitamente, que para aquela mãe é um filho, é um bebê. Compreendemos esse sofrimento e damos a eles a possibilidade de continuar a gravidez, se ela assim desejar - se respeitamos a autonomia, essa autonomia tem de ser respeitada no seu desejo de progredir a gravidez, por algum motivo, que não importa qual no momento (...)” (BRASIL, 2008b, p. 6-7)	
3. “Para o Código Penal – (...) o que importa é a expectativa de vida, é todo potencial de alguém que será, mesmo com a promessa de vir a ser alguém. O anencéfalo não será.” (BRASIL, 2008b, p. 7)	
4. “A gravidez impõe um risco à mulher. Por que submetê-la a um risco, que para nós é desnecessário, se ela não desejar? E esse é o grande problema, ficamos absolutamente reféns das decisões judiciais.” (BRASIL, 2008b, p. 7) “É sabido que, na gestação de um anencéfalo, é muito freqüente a ocorrência simultânea do que chamamos de polihidrânio, excesso de líquido amniótico, já que ele não deglute, há uma contínua produção, e essa associação é muito comum. Essa condição de polihidrânio é acompanhada de toxemia gravídica, caso grave que expõe a saúde da mãe.” (BRASIL, 2008b, p. 12)	
5. “Portanto, em nome do respeito à autonomia da vontade das pessoas, de uma boa prática médica, da manutenção desse exercício profissional que trabalha buscando a beneficência das pessoas, entendemos - e é isso que estamos dizendo aos médicos - que o Supremo deve considerar esse caso definitivamente para que nós não fiquemos mais à mercê dos humores do Poder Judiciário, do juiz de plantão naquele dia e naquele caso.” (BRASIL, 2008b, p. 8)	
6. “Quando essa questão foi tipificada no Código Penal, com as duas exceções, em 1940, não tínhamos nenhuma tecnologia que pudesse permitir o diagnóstico pré-natal dessas anomalias, dessas malformações incompatíveis com a vida; (...)” (BRASIL, 2008b, p. 9-10)	
8. “Entendemos que há atipicidade, que não é crime, que estamos fazendo o bem (...)” (BRASIL, 2008b, p. 10)	
9. “(...) hoje em dia, precocemente, é possível fazer esse diagnóstico com absoluta certeza, conforme será mostrado posteriormente pelos especialistas.” (BRASIL, 2008b, p. 11)	
10. “Temos um problema, no nosso País, que é a alta taxa de mortalidade materna. A doença hipertensiva da gravidez, a hemorragia, a infecção, são causas de mortalidade materna elevada, mesmo em gestações de fetos viáveis. Num feto inviável, portador de anencefalia, com essa associação, com polihidrânio e maior possibilidade de toxicemia gravídica, esse risco aumenta. Essa é uma questão médica também porque poderia estar contemplada numa das exceções tipificadas no próprio Código Penal. Não podemos esperar até o terceiro trimestre para que a toxemia se manifeste e tratar a complicação com perda de tempo e com risco maior.” (BRASIL, 2008b, p. 12)	

IX	
Jorge Andalaft Neto	Professor titular de obstetrícia e ginecologia da Universidade Santo Amaro; mestre e doutor em obstetrícia da Unifesp, Escola Paulista de Medicina; membro da Comissão Nacional da Febrasgo de Aborto Previsto em Lei
Indicado por	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
1. “No primeiro exame de ultra-som, já dentro do primeiro trimestre da gestação, antes de doze semanas é possível diagnosticar a patologia (...)” (BRASIL, 2008b, p. 15)	
2. “O impacto psíquico é muito grande para as mulheres, é devastador. Elas são acometidas por choro, tristeza profunda, frustração, culpa, indignação, sofrimento, pensamentos de morte e acham que elas são as responsáveis por estar acontecendo aquela coisa com o seu bebê.” (BRASIL, 2008b, p. 16) “Aí estão as repercussões para a vida da mulher que é forçada a prosseguir a gestação: aumento da morbidade; aumento dos riscos durante a gestação; aumento dos riscos obstétricos no parto e no pós-parto e conseqüências psicológicas severas.” (BRASIL, 2008b, p. 17) “(…) o impacto sobre a saúde mental das mulheres é impressionante. O risco de depressão é oito vezes maior. O stress psíquico, a angústia, a culpa, pensamentos de suicídios - temos casos em que a mulheres queriam se suicidar por se sentirem culpadas, fora que a situação conjugal dessas mulheres fica muito comprometida -, fixação na imagem fetal, sofrimento e tristeza profunda.” (BRASIL, 2008b, p. 19)	
3. “A anencefalia é incompatível com a vida - isso explicamos para a mulher. Ela é letal, multifatorial e decorre de defeitos de fechamento de tubo neural. O feto também pode ter outras malformações associadas.” (BRASIL, 2008b, p. 16)	
4. “Diante das morbidades e dos riscos, a maioria das gestantes opta pela antecipação do parto, mas, frente aos obstáculos, muitas desistem de buscar uma autorização judicial.” (BRASIL, 2008b, p. 18)	
5. “(...) a população é mais favorável a que se antecipe o parto nos casos de anencefalia do que nos casos de estupro.” (BRASIL, 2008b, p. 19)	
6. “(...) 83,5% dos ginecologistas da FEBRASGO consideraram a manutenção da gestação um risco físico e mental para as mulheres com fetos com anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 19)	
7. “(...) a interrupção da gestação com feto anencefálico é um direito de cidadania e entendemos que esse direito deve ser exercido pela gestante, e o médico ginecologista, que é o seu parceiro, seu confidente, o seu cuidador, deve atender a essa solicitação.” (BRASIL, 2008b, p. 20)	
8. “A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO - tem uma posição: eliminar riscos de morbidade materna é dever dos médicos, e a Justiça não pode ser um obstáculo nos países com leis restritas.” (BRASIL, 2008b, p. 20)	

X	
Heverton Neves Pettersen	Representante da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal
Indicado por	Sociedade Brasileira de Medicina
1. “(...) o diagnóstico é possível de ser realizado na 8ª semana.” (BRASIL, 2008b, p. 24)	
2. “(...) o termo anencefalia (...) seria a não-formação completa do encéfalo; ou seja, para o diagnóstico de anencefalia precisamos ter ausência dos hemisférios cerebrais, do cerebelo e um tronco cerebral rudimentar.” (BRASIL, 2008b, p. 24)	
3. “Esse slide ainda ilustra o que é polidano. (...) Mas ele produz o líquido amniótico, porque 99% do líquido amniótico é urina do feto, e se ele não deglute essa urina, ele vai produzindo cada vez mais essa quantidade, tornando-se então uma quantidade enorme de líquido amniótico, e obviamente que isso pode trazer algumas repercussões (...): um volume muito grande aperta a drenagem renal da mãe, onde os ureteres estão comprimindo, levando aí a uma patologia que é a hidronefrose. Então, existem algumas complicações específicas de tal patologia.” (BRASIL, 2008b, p. 28)	
4. “Isso é importante, porque, pela imprensa, vimos casos relacionados a anencéfalos que sobreviveram uma longa temporada. E o caso clássico que tivemos no ano passado, da Marcela, esta aí a tomografia já apresentada anteriormente, e posso provar aos Senhores e a Sua Excelência que é uma falsa idéia de anencéfalo, porque essa criança apresenta, como podemos ver na tomografia, região do cerebelo, tronco	

cerebral e um pedacinho do lóbulo temporal que faz parte dos hemisférios cerebrais.” (BRASIL, 2008b, p. 29)
5. “Eu gostaria de colocar que nós temos o conceito de morte já determinado tecnicamente, cientificamente, juridicamente. Há dois aspectos que consideramos o fim da vida: um seria o aspecto cardíaco, a parada dos batimentos cardíacos; e o outro seria a morte encefálica. Se aquele cidadão já apresenta uma morte encefálica, nós podemos documentar através de estudos de eletroencefalogramas e de testes que não ocorre mais atividade do cérebro, apesar de ele já ter constituído, podemos fazer ressonância, tomografia, vamos ver uma calota craniana, um encéfalo todo formado, mas acabou a atividade cerebral, nós reconhecemos isso como um falecimento, nós consideramos o feto anencéfalo um natimorto neurológico. Do ponto de vista técnico, ele não tem sequer o desenvolvimento do sistema nervoso central.” (BRASIL, 2008b, p. 30)
6. “E lembramos que a grande maioria das mães que estão ali são desejosas de terem seus filhos, mas reconhecemos que o feto está morto e permanecer num luto durante seis meses seria uma tortura psicológica que não podemos aceitar frente à tecnologia de que dispomos na atualidade.” (BRASIL, 2008b, p. 31)
7. “O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO – A segunda pergunta é se a massa encefálica pode se formar posteriormente ao diagnóstico de anencefalia. O SR. HEVERTON NEVES PETERSEN – Impossível também essa questão, porque durante o desenvolvimento, que conhecemos como embriogênese, cada órgão tem seu tempo de desenvolvimento. Se ele não aparecer naquele exato momento, não formará mais adequadamente a partir daí; não teremos o subsídio celular para o seu desenvolvimento.” (BRASIL, 2008b, p. 32)
8. “Mas não precisamos mais do que um simples aparelho de ultra-som para fazer o diagnóstico. Se conseguimos ver o sexo do feto, com certeza podemos fazer o diagnóstico ou, pelo menos, suspeitar desse diagnóstico. E essa paciente poderá, então, ser encaminhada a um serviço especializado para complementação do seu diagnóstico.” (BRASIL, 2008b, p. 34)
9. “Eu não posso falar em todo o sistema de saúde deste país continental que temos, mas acredito que nas grandes cidades existe o recurso de atendimento à gestante, ao acompanhamento do pré-natal adequado. Obviamente que se não tivermos a ultra-sonografia, um diagnóstico de imagem, fica impossível prever, ou ter uma premonição de que essa paciente é portadora de um feto anencéfalo.” (BRASIL, 2008b, p. 36)
10. “É claro que, conforme coloquei, a gravidez é uma instituição porque envolve não só a paciente e o feto, mas toda a família, os médicos.” (BRASIL, 2008b, p. 38)
11. “Em relação a lidar com essa situação, a forma que temos de colocar para a paciente é a mais clara possível, mas tem jeito de mostrarmos isso. (...) (...) Há pacientes que gostariam de ver, inclusive, a imagem real, outros não. Assim, temos de respeitar essa pluralidade de situações.” (BRASIL, 2008b, p. 38-39)

XI

Luiz Bassuma	Deputado Federal; Engenheiro de petróleo pela Universidade Federal do Paraná; Presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Vida – Contra o Aborto
Indicado por	
1. “(...) a nossa Constituição preferiu deixar no art.5º, de maneira bastante clara e límpida, o direito inviolável à vida – e é isso que nos move -, todos os direitos fundamentais à Justiça, à educação, à saúde.” (BRASIL, 2008b, p. 41)	
2. “Se não soubermos - uma sociedade dita civilizada - respeitar o direito à vida, todos os outros passam a ser direitos mortos, sem finalidade, porque a vida não vai existir.” (BRASIL, 2008b, p. 41)	
3. “A vida não pode ser medida em estatística, apesar de eu ter percebido nas falas anteriores algumas discrepâncias. Porque as estatísticas podem ser utilizadas de mil maneiras, vai depender de quem as defende, de quem as apresenta.” (BRASIL, 2008b, p. 41)	
4. “E eu não posso acreditar que não exista, nem na minha capital, Salvador, nenhum ultra-som para as pessoas do SUS. Talvez exista em outro país, não no Brasil.” (BRASIL, 2008b, p. 41)	
5. “Temos o caso Marcela, recorde mundial.” (BRASIL, 2008b, p. 42)	
6. “(...) conseguimos rejeitar na Comissão de Seguridade Social e Família, da qual eu sou membro e também o Doutor Pinotti aqui presente, foi rechaçado, por unanimidade, um projeto de lei que tramitou	

<p>por dezessete anos, o Projeto de Lei nº 11.035/91, que visa legalizar o aborto no Brasil. Essa comissão – e não é que ficou parado -, pela complexidade, pela gravidade do assunto, pela polêmica que sempre é constituída em torno desse assunto, “n” audiências públicas, muito debate e, finalmente, votou neste ano e derrubamos no Congresso, por unanimidade. Foi à CCJ, Comissão de Constituição e Justiça, que necessariamente discutiu a mesma matéria, o mesmo projeto, e lá, por ampla maioria, foi também rejeitado recentemente.” (BRASIL, 2008b, p. 42-43)</p>
<p>7. “Um dos artigos importantes desse decreto, recém-aprovado no Congresso Nacional: ‘Todo ser humano tem o inerente direito à vida e tomarão todas as medidas necessárias para assegurar o efetivo exercício desse direito, pelas pessoas com deficiência, com igualdade de oportunidades com as demais pessoas’.” (BRASIL, 2008b, p. 43)</p>
<p>8. “É o Projeto de Lei nº 4.403/2004, portanto já está tramitando no Congresso há quatro anos, que é para legalizar o direito ao aborto, neste caso.” (BRASIL, 2008b, p. 44)</p>
<p>9. “Mas também sonho que o Brasil jamais seja visto como um país que se utilizou da morte como solução de seus problemas.” (BRASIL, 2008b, p. 45)</p>
<p>10. “Se nós, nesta Casa, se este Supremo entender que poderemos tratar o anencéfalo como um ser que não deve ser respeitado - estou aqui defendendo o direito deste ser, nenhum ser pode deixar de ser respeitado - poderemos abrir várias janelas, para amanhã acharmos: não, aquela criança vai nascer, possivelmente com Síndrome de Down. Elimina-se. Vamos eliminar aqueles todos que possam ter qualquer deficiência para permitir apenas que se nasçam apenas aqueles que alguns dirão perfeitos, esteticamente, (...)” (BRASIL, 2008b, p. 45)</p>
<p>11. “(...) nunca poderão avaliar, Ministro Direito, os valores, a ética. Esses não podem ser avaliados por nenhum diagnóstico, nenhum equipamento por mais sofisticados que seja. Esses são inerentes ao espírito humano, que dá vida àquele corpo material, que pode durar semanas, pode durar dias, mas pode durar anos.” (BRASIL, 2008b, p. 45)</p>
<p>12. “A ciência, Senhor Presidente, a Justiça e nós legisladores temos que trabalhar pela vida para garantir a qualidade de vida, nunca matar para evitar um problema. Nunca!” (BRASIL, 2008b, p. 46)</p>
<p>13. “É a eliminação de uma vida que incomoda, que é cara.” (BRASIL, 2008b, p. 46)</p>
<p>14. “(...) sabe quanto é o custo de um programa básico de saúde pública para reduzir a praticamente zero a incidência da anencefalia em uma gestante, principalmente entre as pessoas pobres? É uma substância chamada ácido fólico que, se for introduzida na dieta, é baratíssima, custa menos de um centavo.” (BRASIL, 2008b, p. 46-47)</p>
<p>15. “A partir desse momento mágico, que é a fecundação, não poderá existir mais outras análises que não seja para ir para trás, para eliminar e para fazer a morte. Agora, para fazer a vida prosperar, esse é o início. Não há outra discussão. Não há eufemismo, não há divergências filosóficas nem científicas porque ele é exato.” (BRASIL, 2008b, p. 52)</p>

XII	
Salmo Raskin	
Indicado por	Sociedade Brasileira de Genética Clínica
<p>1. “(...) saber que a incidência da anencefalia é de, em média, um para mil – e em São Paulo, um para seiscentos; não um para seis mil – é muito importante. A anencefalia é a maior causa de malformação congênita no primeiro trimestre de gestação. A cada três horas, no Brasil, nasce uma criança anencefálica. Então, estamos falando de algo extremamente freqüente.” (BRASIL, 2008b, p. 55)</p>	
<p>2. “Sabemos exatamente quando o tubo neural fecha-se. Ele fecha-se no vigésimo quarto dia depois da fecundação. Portanto, se esse processo embriológico programado pela natureza não ocorrer de maneira adequada e esse tubo não se fechar, com certeza absoluta teremos a anencefalia. Esse é o momento crucial.” (BRASIL, 2008b, p. 56-57)</p>	
<p>3. “(...) a fortificação com o ácido fólico, que não reduz cem por cento dos casos (...), reduz (...) de dez a quarenta por cento dos casos. (...) Mas, enfim, quando a gestante descobre que está grávida e não utilizou ácido fólico, não adianta mais utilizar, porque já passou o momento de fechamento do tubo neural.” (BRASIL, 2008b, p. 57)</p>	
<p>4. “O que é uma característica multifatorial? (...) São dadas por uma interação entre a genética e o meio ambiente. (...) E temos características patológicas dadas pela multifatorialidade: diabetes, a pressão alta, a</p>	

<p>depressão, a deficiência mental e a anencefalia. (...)</p> <p>(...)</p> <p>As características podem ser discordantes devido a fatores ambientais como a localização geográfica, a deficiência do ácido fólico, a classe sócio-econômica, a idade materna, a obesidade materna são fatores ambientais que vão fazer parte desse conceito de multifatoriedade.” (BRASIL, 2008b, p. 58-59)</p>
<p>5. “O recém-nascido com anencefalia vai demonstrar alguns movimentos que são típicos de crianças que não têm anencefalia, como a sucção e o reflexo de moro, mas, por automatismo, pode haver crises epiléticas e é muito freqüente que isso aconteça após o nascimento.” (BRASIL, 2008b, p. 60)</p>
<p>6. “(...) estando esse alto índice de malformações associados à anencefalia. Esses recém-nascidos com anencefalia não devem e não podem ser doadores de órgãos. Não é apenas uma questão ética; é uma questão científica que leva, sim, a uma questão ética.</p> <p>(...)</p> <p>Além de a anencefalia poder ser apenas parte do defeito de síndromes genéticas ou cromossômicas, eles morrem muito rápido, não dando tempo para a retirada dos órgãos, mas, mesmo que haja tempo, esses órgãos já estão lesionados pela hipóxia.” (BRASIL, 2008b, p. 61)</p>

XIII

José Aristodemo Pinotti	<p>Deputado Federal; Professor Titular por concurso emérito da USP e da Unicamp; Membro da Academia Nacional de Medicina; Ex-Secretário de Educação, em São Paulo (1986-1987) e de Saúde (1987-1991), também do Município de São Paulo; Presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (1986-1992); Assessor da Organização Mundial da Saúde para Assuntos de Saúde da Mulher, desde 1993; Reitor da Unicamp (1982-1986); Presidente do Instituto de Altos Estudos das Metropolitanas.</p>
Indicado por	
1. “É verdade, também, que a Medicina é uma ciência das verdades transitórias, mas elas não são tão transitórias assim. Hoje, podemos dizer, com certeza, que, na décima segunda semana de gravidez, feitos dois exames ecográficos por ecografistas experientes, nós teremos um diagnóstico de certeza. E havendo um diagnóstico de certeza de anencefalia, não há nenhuma presunção de vida pós-parto.” (BRASIL, 2008b, p. 71-72)	
2. “Eu não aconselharia nenhuma interrupção de gravidez por anencefalia se não tivesse, pelo menos, dois diagnósticos de dois ecografistas experientes na décima segunda semana. Isso é perfeitamente possível dentro do sistema de saúde brasileiro, desde que se queira fazer, desde que haja responsabilidade.” (BRASIL, 2008b, p. 72)	
3. “Isso é perfeitamente possível dentro do sistema de saúde brasileiro, desde que se queira fazer, desde que haja responsabilidade.” (BRASIL, 2008b, p. 72)	
4. “E a gravidez do feto anencéfalo é uma gravidez de altíssimo risco.” (BRASIL, 2008b, p. 73)	
5. “(...) penso que não deveríamos cunhar esse ato com o nome de aborto, porque não estou nada preocupado com questões semânticas, entretanto, aborto, claramente, é a interrupção de uma potencialidade de vida. Um feto anencéfalo não tem cérebro, não tem potencialidade de vida,” (BRASIL, 2008b, p. 74)	
6. “Hoje, o Código Penal obriga a todas as mulheres, mesmo conhecendo (...) o seu diagnóstico, o seu prognóstico a levar essa gravidez até o fim. O que nós queremos não é impedir isso, mas permitir, se ela quiser, se ela assim o desejar, de uma maneira bastante informada, a interrupção dessa gestação.” (BRASIL, 2008b, p. 75)	
7. “Letal, em cem por cento dos casos, quando o diagnóstico é correto.” (BRASIL, 2008b, p. 76)	
8. “No Brasil, nunca houve um transplante, aliás, houve uma tentativa de transplante, no INCOR, e que não foi levada adiante.” (BRASIL, 2008b, p. 77)	
9. “(...) realmente houve um erro diagnóstico no caso da Marcela. Isso foi comprovado aqui pelo Doutor Pettersen, que expôs claramente essa questão. Não era um feto anencéfalo.” (BRASIL, 2008b, p. 80)	

XIV

XIV

Lenise Aparecida Martins Garcia	Professora Titular do Departamento de Biologia Molecular da Universidade de Brasília; Presidente do Movimento Nacional da Cidadania em Defesa da Vida – Brasil Sem Aborto.
Indicado por	Movimento “Brasil Sem Aborto”
1. “(...) não é um tudo ou nada, mas apresenta uma variabilidade. Então cada anencéfalo tem a sua anencefalia. (...) (...) é dado estatístico, cientificamente estudado, que um por cento dos anencéfalos sobrevive por cerca de três meses, isso em uma publicação do ano de 87; ocasionalmente sete a dez meses, uma publicação de 93; um ano e dois meses foi o registro na literatura que encontramos o máximo.” (BRASIL, 2008b, p. 82-83)	
2. “O próprio Doutor Jorge Andalaft, aqui presente, declarou à Revista Época, no ano passado: ‘A medicina ainda tem de aprender muito sobre a anencefalia. Quando vemos o bebê no útero, não sabemos quanto ele vai viver. Ele nasce, e vemos quanto tempo dura.’” (BRASIL, 2008b, p. 83)	
3. “Aqui vamos ver um pouquinho a médica que mais acompanhou a Marcela, Dra. Márcia Barcelos. (Apresentação de vídeo). (...) Doutora Márcia Barcelos - ‘O diagnóstico da anencefalia é feito radiologicamente. A Marcela tem uma tomografia e duas ressonâncias magnéticas confirmando esse diagnóstico. (...) Ela tinha - o que me deixa muito impressionada - uma ligação; ela percebia quando a mãe estava por perto.’” (BRASIL, 2008b, p. 84-85)	
4. “(...) se a Marcela não foi considerada anencéfala, o problema é mais grave. Porque, se com ressonância magnética, se com tomografia de uma menina de mais de um ano, os médicos não chegam a acordo sobre se ela é anencéfala ou não, como dirão que dentro do útero, com o ultra-som, eu tenho cem por cento de certeza se a criança é anencéfala?” (BRASIL, 2008b, p. 85-86)	
5. “Nós não temos condição de dizer que um anencéfalo não tem inclusive consciência. Quer dizer, eu posso considerar um anencéfalo como um morto cerebral? Eu nunca vi morto cerebral ter crise epilética.” (BRASIL, 2008b, p. 86)	
6. “E não tenho dúvida de que o aborto de um anencéfalo, porque ele não tem uma expectativa de vida, caracteriza-se, sim, como um aborto eugênico. É falado em morte cerebral, mas também é falado em pouca sobrevida; é falado em vida inútil; é falado em vida com pouca qualidade; é falado em vida vegetativa.” (BRASIL, 2008b, p. 87)	
7. “Os Estados-partes reafirmam que todo ser humano tem o inerente direito à vida, e que tomarão todas as medidas necessárias para assegurar o efetivo exercício desse direito pelas pessoas com deficiência e igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Então, o anencéfalo é um deficiente; ele não é um morto vivo.” (BRASIL, 2008b, p. 88)	
8. “Então, onde está o valor da vida humana? (...) ‘Foge à verdade científica dizer que, na anencefalia, a criança está em morte encefálica e, portanto, não sente nada.’” (BRASIL, 2008b, p. 88-89)	
9. “A partir do momento em que começamos a abrir brechas, a dizer que uma vida, porque fragilizada, não merece ser vivida, não tem o direito de ser vivida, nós entramos em um campo ético, de uma ética de oportunismo, de uma ética utilitarista, em lugar da ética da dignidade humana, a que embasa a nossa Constituição.” (BRASIL, 2008b, p. 89-90)	
10. “Na verdade, do ponto de vista psicológico, o aborto não encerra problema nenhum. A maior parte das pessoas vai para o resto da vida, levar essa marca, como leva a marca o casal que opta por ter a criança.” (BRASIL, 2008b, p. 91)	

XV

Thomaz Rafael Gollop	Professor livre-docente em genética médica na USP, São Paulo; Professor na disciplina de ginecologia na Faculdade de Medicina de Jundiaí.
Indicado por	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
1. “Deduz-se que o Sistema Único de Saúde está absolutamente aparelhado para fazer ultra-sonografias e, portanto, o diagnóstico seguro de anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 93-94)	
2. “(...) merocrania é um defeito menos acentuado na formação do sistema nervoso, que admite morte cerebral e êxito letal, sempre – que é o que Marcela tem -, e onde há uma membrana que reveste o resquício do cérebro, membrana essa que protege contra infecção. É por isso que pode haver uma sobrevida um pouco maior.” (BRASIL, 2008b, p. 94)	

3. “(...) o êxito é letal em todos esses casos, e o médico do Sistema Único de Saúde (...) não se pende a pequenas variações de um diagnóstico, cuja única diferença com anencefalia é a possibilidade maior de sobrevivência – e eu serei muito cuidadoso na utilização dos termos.” (BRASIL, 2008b, p. 94)
4. “Quando chegamos a um paciente terminal na UTI e falamos alguma coisa, ele não tem condição de processar essa informação, porque ele precisa justamente do córtex cerebral. Se esse lhe falta, ele não tem condição de ter nenhum tipo de sentimento, nem condição de processar informação.” (BRASIL, 2008b, p. 95)
5. “O anencéfalo é um morto cerebral, que tem batimento cardíaco e respiração.” (BRASIL, 2008b, p. 95)
6. “Estudo feito em quarenta e um países em cinco continentes: noventa por cento dos países desenvolvidos e vinte por cento daqueles em desenvolvimento permitiam a interrupção de gravidez em casos de anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 96)
7. “A ultra-sonografia disponível, sim, no Sistema Único de Saúde é 100% segura. Existem dois diagnósticos em Medicina Fetal que são absolutamente indiscutíveis: óbito fetal e anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 97)

XVI	
Débora Diniz	Antropóloga; Doutora em Antropologia e pós-doutora em Bioética; Professora da nossa Universidade de Brasília; Pesquisadora da Organização Não Governamental ANIS e membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética.
Indicado por	Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero – ANIS
1. “A principal conclusão que tivemos aqui de sociedades científicas (...) é que vimos uma posição de absoluto consenso em torno do caráter letal e inviável da anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 102)	
2. “O aborto pressupõe o silêncio sobre a gravidez, não levando as mulheres a uma mudança de identidade social. Não são futuras mães que abortam, mas mulheres que não desejam uma gravidez em um determinado momento de suas vidas. Para as situações tradicionais de aborto voluntário não há essa proximidade simbólica e social entre a decisão pelo aborto e o desejo pela maternidade.” (BRASIL, 2008b, p. 103)	
3. “Não só ela, mas toda a sua rede de relações familiares passa a experimentar o cruel binômio do berço/caixão.” (BRASIL, 2008b, p. 104)	
4. “As mulheres, senhor Ministro, não acreditam no primeiro diagnóstico que escutam. Elas duvidam dos médicos, buscam diferentes médicos e resistem ao diagnóstico da inviabilidade fetal.” (BRASIL, 2008b, p. 104)	
5. “Em muitos casos, o que ocorre é uma luta desesperada contra o tempo dos tribunais e da natureza para que o feto não atinja o peso de quinhentos gramas ou de vinte semanas de gestação, para evitar o sofrimento adicional do enterro. Um feto com mais de quinhentos gramas necessita ser enterrado e ter atestado de óbito.” (BRASIL, 2008b, p. 105-106)	
6. “As mulheres querem ter, Senhor Ministro, o direito de abreviar o seu sofrimento.” (BRASIL, 2008b, p. 106)	
7. “O conceito de antecipação terapêutica do parto é um retrato antropológico de como as mulheres grávidas de fetos com anencefalia descrevem o procedimento médico. Nenhuma delas o descreve como aborto. (...) Elas nos forçam a entender que há uma fronteira entre diferentes experiências de interrupção da gestação. Por isso, acusá-las de eufemismo é desconhecer as particularidades da experiência do luto precoce imposto pela anencefalia.” (BRASIL, 2008b, p. 107)	
8. “A aprovação da ADPF nº 54 não significa que as mulheres venham a ser obrigadas a tomar qualquer decisão.” (BRASIL, 2008b, p. 107-108)	
9. “Anencefalia não é deficiência. (...) A ADPF nº 54 diz respeito apenas à anencefalia, nenhuma outra situação de malformação ou de deficiência no feto. Por isso, não há o risco do renascimento da eugenia entre nós.” (BRASIL, 2008b, p. 108)	
10. “O caso de Marcela de Jesus não era de anencefalia (...).” (BRASIL, 2008b, p. 108)	
11. “Na ausência de proteção jurídica, as mulheres são alvo de tortura das instituições.” (BRASIL, 2008b, p. 108-109)	

XVII	
José Gomes Temporão	Ministro da Saúde
Indicado por	Ministério da Saúde
<p>1. “(...) anencefalia é uma má-formação incompatível com a vida do feto fora do útero. Um feto com anencefalia não sobrevive ao parto, uma certeza médica e científica atestada pela Organização Mundial da Saúde. (...)” (...) Uma vez estabelecido que o feto com anencefalia não possui o córtex cerebral, invoca-se a analogia com a definição legal de morte encefálica.” (BRASIL, 2008c, p. 4-5)</p>	
<p>2. “A discussão ora estabelecida visa garantir o direito de escolha da mulher grávida sobre a antecipação do parto nestes casos.” (BRASIL, 2008c, p. 4)</p>	
<p>3. “No Brasil, atualmente, podemos assegurar o diagnóstico da anencefalia pela incorporação de tecnologias por imagem, como a ecografia, diferentemente de 1940, quando o Código Penal foi elaborado.” (BRASIL, 2008c, p. 4)</p>	
<p>4. “O Sistema Único de Saúde tem plenas condições de oferecer, e oferece, diagnóstico seguro às mulheres durante o pré-natal.” (BRASIL, 2008c, p. 5)</p>	
<p>5. “No geral, o diagnóstico de anencefalia no feto é dado em torno da décima segunda semana de gestação. (...) Posso assegurar que o diagnóstico de anencefalia resulta de exames feitos por mais de um médico e que o atendimento à paciente é conduzido por equipes de saúde multidisciplinares.” (BRASIL, 2008c, p. 6)</p>	
<p>6. “(...) equipes assistem às mulheres grávidas de fetos anencéfalos, desde a decisão de buscar suporte judicial para a autorização de antecipação do parto até o pós-parto, da mesma maneira que cuidam daquelas que optam por manter a gestação ou não conseguem receber autorização judicial.” (BRASIL, 2008c, p. 6-7)</p>	
<p>7. “E quase todos os países democráticos do mundo autorizam a antecipação do parto em caso de anencefalia, em uma concertação ética, jurídica e médica, que permite o procedimento.” (BRASIL, 2008c, p. 8)</p>	
<p>8. “(...) essa gravidez pode levar a intercorrências durante a gestação, colocando a saúde da mãe em risco num percentual maior do que na gestação normal.” (BRASIL, 2008c, p. 10)</p>	
<p>9. “Eu queria chamar a atenção novamente para o risco que corremos quando separamos uma dualidade que, na verdade, é uma. Não existe essa figura do bebê e da mãe, existe uma unidade nesse processo. E veja que a psicanálise nos mostra que essa unidade vai bastante além do momento do parto; durante um longo período o bebê não consegue separar o seu “eu” da sua mãe.” (BRASIL, 2008c, p. 13)</p>	

XVIII	
Cláudia Werneck	Jornalista formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Pós-graduada em Comunicação e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, com livros publicados
Indicado por	Escola da Gente
<p>1. “(...) não reconhecemos nossa causa nas críticas que têm sido feitas à antecipação terapêutica do parto a partir do enfoque de deficiência.” (BRASIL, 2008c, p. 20)</p>	
<p>2. “Entendemos que há consenso na comunidade científica nacional e internacional de que não há expectativa de vida fora do útero para fetos com anencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 21)</p>	
<p>3. “(...) a humanidade de qualquer exemplar da espécie humana é insuscetível de ser graduada, medida, comparada, hierarquizada. Para nós, a humanidade não é aumentada nem diminuída com a ausência ou presença de qualquer especificidade, por mais incomum que seja ou que simplesmente nos pareça ser.” (BRASIL, 2008c, p. 22)</p>	

XIX	
Ieda Terezinha do Nascimento Verreschi	Médica; Professora associada de endocrinologia da Escola Paulista de Medicina; Conselheira do Conselho Regional de

	Medicina de São Paulo e Chefe do laboratório de esteroides.
Indicado por	Associação de Desenvolvimento da Família – ADEF
1. “A perspectiva e a expectativa de vida é variável. (...) Então, há casos que são nascidos vivos - e esse número é expressivo: 40% a 60% - se bem que, após o nascimento, somente 8% sobrevive por algum tempo.” (BRASIL, 2008c, p. 35)	
2. “Então, a unidade feto-placentária está desenvolvida em graus variáveis, Ministro; por isso justifica-se essa resposta variável de casos de anencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 37)	
3. “(...) fiz um juramento, Juramento de Hipócrates, em que se diz: “Manterei o mais alto respeito pela vida humana”. Não há como dizer que não é vida humana. É vida humana e, mesmo sob ameaça, não posso utilizar o meu conhecimento médico em princípios contrários à lei da natureza.” (BRASIL, 2008c, p. 37)	
4. “(...) o risco de avaliar o ser humano só pela sua eficiência é um risco a ser pensado.” (BRASIL, 2008c, p. 38)	
5. “É preciso que se instalem (...) grupos de acolhida que não levem ao caixão, que não levem ao abortamento, que não levem à antecipação do parto, porque acredito que vivemos em um mundo de construção.” (BRASIL, 2008c, p. 39)	

XX

Lia Zanota Machado	Graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo; Mestre em Sociologia pela mesma Universidade; Doutora em Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo; Pós-graduada; membro do Conselho Diretor da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; membro da Comissão que elaborou o anteprojeto de lei sobre a revisão da legislação punitiva e restritiva ao aborto no Brasil.
Indicado por	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
1. “Todas elas, de diferentes formas, vivenciam a tragédia de esperar um filho ou filha e saber que a anencefalia implica na certeza da morte cerebral já acontecida e na certeza de uma curta sobrevivida vegetativa, quando e se ocorrer.” (BRASIL, 2008c, p. 48)	
2. “Nomeiam a tortura de diferentes formas. Para Érica, seria continuar a gravidez. Seria ‘muito mais sofrimento. Minha barriga estaria crescendo, eu sentindo tudo e, no final, eu não ia tê-lo.’” (BRASIL, 2008c, p. 48-49)	
3. “Todas elas experimentam a tragédia inevitável da morte cerebral fetal. Sofrem e vivem a tragédia, mas não a confundem com a situação torturante de levarem adiante a gravidez. Querem decidir.” (BRASIL, 2008c, p. 49)	
4. “Interromper essa gravidez não representa uma prática de eugenia, como se quer insinuar no debate. Deficiência é uma situação onde é possível estar no mundo; anencefalia, não” (BRASIL, 2008c, p. 51)	
5. “(...) sabem que a sua saúde física e psíquica está em risco.” (BRASIL, 2008c, p. 51)	
6. “As novas tecnologias permitem antecipar os diagnósticos de anencefalia, como permitem diminuir o tempo de sofrimento e o risco para a saúde das mulheres.” (BRASIL, 2008c, p. 52)	
7. “O sofrimento involuntário e imposto por outrem não dignifica ninguém.” (BRASIL, 2008c, p. 53)	

XXI

Michele Gomes de Almeida	Interrompeu a gestação de um feto anencéfalo
Indicado por	Lia Zanotta Machado
1. “Sensação de paz e de alívio.” (BRASIL, 2008c, p. 60)	
2. “Depois de três diagnósticos, vi que era anencefalia e procurei me atualizar com os médicos. Foi quando descobri que não tinha volta, que a minha criança não tinha solução, então resolvi adiantar o parto.” (BRASIL, 2008c, p. 60)	
3. “A primeira foi particular, que foi hidrocefalia; as duas últimas, quando procurei o SUS, foi anencefalia. O médico era do setor de biofeto, de criança com má-formação, daí ele me consultou e disse	

que era anencefalia, confirmou para mim.” (BRASIL, 2008c, p. 61-62)
4. “Temos que ter livre escolha; a mulher tem que ter livre escolha de decisão.” (BRASIL, 2008c, p. 62)

XXII	
Ailton Maranhão de Almeida	Marido de uma mulher que gestou um feto anencéfalo
Indicado por	Lia Zanotta Machado
1. “Acabou comigo. Eu não sabia o que fazer.” (BRASIL, 2008c, p. 63)	
2. “Deparei-me com uma equipe de médicos excelente - tendo em vista que a turma fala muito da rede do SUS -, muito simpática, que nos deu todo o suporte médico. O Doutor Eugênio e a equipe médica dele nos informou. Antes, não sabíamos o que estava se passando, se era uma anencefalia ou uma hidrocefalia, até porque nem tinha consciência do que era isso.” (BRASIL, 2008c, p. 64)	
3. “Minha esposa ficou um bagaço. Ela não queria tomar banho e fugiu de casa. Tive que sair do meu trabalho para apanhá-la, e foi quando eu disse ao médico.” (BRASIL, 2008c, p. 65)	
4. “Tive que sair do meu trabalho para apanhá-la, e foi quando eu disse ao médico. “Como é esse procedimento?” Ele respondeu: Internamo-la, faz-se o procedimento do adiantamento do parto, e ela sai daqui andando normalmente. Posteriormente, você vai engravidá-la novamente. Só vai tomar um ácido folicozinho.” (BRASIL, 2008c, p. 65)	

XXIII	
Cinthia Macedo Specian	Especialista em pediatria, com habilitação em neurologia pediátrica; Coordenadora do serviço de neonatologia e da UTI neonatal do Hospital São Francisco.
Indicado por	
1. “Quando o defeito do fechamento acontece nos segmentos cefálicos na sua porção anterior, então nós temos o defeito conhecido como anencefalia. O defeito primário da anencefalia é a não-formação ou a formação parcial dos ossos que formam a calota craniana, os ossos do crânio. (...) Então, nós podemos dizer aqui que tanto a holoanencefalia como a meranencefalia são formas da mesma situação, são formas de anencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 71-72)	
2. “(...) por volta da 14ª semana, nós temos, com certeza, a identificação de um quadro chamado anencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 73)	
3. “(...) a gente pode dizer que o indivíduo em morte encefálica não apresenta atividade elétrica cerebral, as ondas cerebrais não são identificadas no eletroencefalograma. Assim, aplicar o protocolo de morte encefálica no feto é uma coisa que não é possível, não se aplica usar a terminologia de morte encefálica no feto, mesmo que ele tenha um diagnóstico de anencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 75)	
4. “O diagnóstico da anencefalia é, sem dúvida, muito preciso e com os métodos ultra-sonográficos que encontramos hoje, entre doze e quatorze semanas, não há dúvida do diagnóstico. Nós podemos observar com precisão se ocorreu o defeito de fechamento do tubo neural. Mas somente após a vigésima quarta semana de gestação e poderemos observar o grau de desenvolvimento dessa massa encefálica rudimentar que existia abaixo dessa calota que não se formou. E, já nesse momento, os métodos ultra-sonográficos não conseguem ser tão precisos, porque mesmo a presença de coágulos ou de tecido cicatricial não permite diferenciar o que é uma coisa ou o que é outra com esse método.” (BRASIL, 2008c, p. 75)	
5. “(...) no caso “Marcela”, não podemos falar em erro diagnóstico, isso não é uma verdade; o diagnóstico foi correto. O diagnóstico inicial, com quatorze semanas, era de uma anencefalia. e, realmente, essa criança quando nasceu, apresentava a forma clínica de que os ossos do crânio não estavam formados e estavam abertos. Mas, só após o nascimento, com os exames complementares, foi possível identificá-la como uma anencefalia na forma de mera anencefalia, porque houve o tempo para que essa massa rudimentar tivesse algum desenvolvimento.” (BRASIL, 2008c, p. 76)	
6. “Se observarmos esse diapositivo, veremos também que o desenvolvimento desse sistema nervoso central não acaba na sexta semana; percebemos que esse desenvolvimento prossegue até o termo da gestação.” (BRASIL, 2008c, p. 77)	

XXIV	
Denival da Silva Brandão	Médico com o título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Especialista em Medicina do Trabalho pela PUC do Rio de Janeiro; Membro titular da Academia Fluminense de Medicina e presidente da Comissão de Ética e Cidadania da Academia Fluminense de Medicina.
Indicado por	Ministro Marco Aurélio
1. “Quero fazer aqui uma observação: a interrupção do parto antes de sua viabilidade é aborto. O termo técnico que se usa em medicina é aborto, que é a retirada da criança antes de sua viabilidade.” (BRASIL, 2008c, p. 80-81)	
2. “A anencefalia é um termo impróprio, porque quer dizer falta de encéfalo - isso não é verdade. O encéfalo é composto de muitas partes, e a anencefalia tem graus variáveis. É uma má-formação congênita grave que, como já foi dito, seria a falta parcial da abóbora craniana e massa encefálica reduzida, mas tem vários graus.” (BRASIL, 2008c, p. 81)	
3. “A criança anencefálica – vejam bem - não causa perigo à vida da sua mãe mais do que uma gestação gemelar.” (BRASIL, 2008c, p. 81)	
4. “Então eu diria que o mais importante na criança e essencial é sua natureza humana. Não é a beleza, a saúde – muitas crianças nascem doentes não só com anencefalia –, o que importa é a dignidade do ser humano que deve ser respeitada em sua totalidade.” (BRASIL, 2008c, p. 83)	
5. “A violência contra um ser humano indefeso não é compatível com a consciência ética do médico nem com a missão e a nobreza da medicina.” (BRASIL, 2008c, p. 83-84)	
6. “A ciência técnica deve se colocar sempre a favor da vida e do bem-estar do ser humano no seu direito inquestionável de nascer e existir, princípio solenemente consagrado em todos os atos médicos.” (BRASIL, 2008c, p. 84)	
7. “A permissão para abortamento em caso de anencefalia é, sem dúvida, mais um passo para o abortamento eugênico; o que, no caso em tela, se não há perigo para a vida da mãe, o nosso Código Penal não diz que é crime, mas diz que não é crime ‘se não há outro meio de salvar a vida da gestante.’ (...)” (BRASIL, 2008c, p. 85)	
8. “Cabe ao médico cuidado com a gestante com o filho doente, dando-lhe todo apoio efetivo, psicológico durante a gravidez. Compete ao médico dar esse apoio.” (BRASIL, 2008c, p. 85-86)	
9. “A mãe não perde a sua dignidade pelo fato de gerar um filho doente, ao contrário, cresce a sua dignidade no respeito à vida e à dignidade do filho que ama; e, se ela não induzir o aborto, jamais terá remorso por tê-lo amado. Isso a gente vê muito. Não foi trazido, aqui, mas geralmente há o remorso.” (BRASIL, 2008c, p. 86)	
10. “Não está cientificamente sem vida, está com o coração batendo dentro do útero, ela se mexe.” (BRASIL, 2008c, p. 88)	
11. “Num discurso feito em 1987, no Centro de Política e Ética Social da Universidade de Manchester - não sou eu que estou dizendo, mas Edwards que fez o primeiro bebê de proveta -, Edwards advertiu que não se deve esperar dos cientistas orientação moral sobre as conseqüências de seu trabalho. Literalmente, os cientistas são notoriamente desprovidos de ética se comparados à população em geral.” (BRASIL, 2008c, p. 88)	
12. “Eu quero apenas dizer que o aborto provocado ou parto prematuro não é destituído de complicações e podem ser iguais ou maiores que o parto a termo, com a diferença ética e moral de que a morte da criança não foi provocada ou antecipada voluntariamente, restando o diagnóstico que está correto ou não está.” (BRASIL, 2008c, p. 91)	
13. “Em Medicina não há certeza nesses diagnósticos, tanto assim que disseram que era anencefalia e, depois, já não era meroanencefalia.” (BRASIL, 2008c, p. 91)	
14. “Os órgãos dos anencefálicos são desprovidos de perfeição suficiente para vingarem.” (BRASIL, 2008c, p. 93)	
15. “E falaram inclusive em morte cerebral que também é outra coisa, são eufemismos, não existe natimorto cerebral.” (BRASIL, 2008c, p. 93)	
16. “(...) o chamado anencéfalo possui, sem sombra de dúvida, do ponto de vista da medicina e, logo, cientificamente, uma vida humana que deve ser preservada e defendida por todos, principalmente pelos poderes públicos.” (BRASIL, 2008c, p. 93)	

XXV	
Jacqueline Pitanguy	Socióloga; Cientista Política
Indicado por	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
1. “Ausência de cérebro seria, assim, compreendida como ausência de vida.” (BRASIL, 2008c, p. 95)	
2. “Trata-se, assim, de defender um direito à escolha da mulher que, se desejar levar a termo a gravidez nessa circunstância, está amparada pela lei e pelos serviços de saúde.” (BRASIL, 2008c, p. 96)	
3. “A separação entre igreja e estado é um pilar da nossa República e a sua defesa é fundamental para que os direitos civis, políticos, sexuais e reprodutivos de todos os brasileiros e brasileiras que, com crenças religiosas e filosóficas diversas, convivem como cidadãos e cidadãs com igualdade de direitos e deveres.” (BRASIL, 2008c, p. 96)	
4. “A aprovação da ADPF – arguição de descumprimento de preceito fundamental - não significará obrigatoriedade da antecipação do parto, mas possibilitará o exercício do direito de escolha.” (BRASIL, 2008c, p. 97)	
5. “As dificuldades e perigos de uma gestação de anencéfalos, como hipertensão, maior possibilidade de eclampsia já foram apresentadas a este Tribunal. Ressalto, sobretudo, as terríveis seqüelas emocionais.” (BRASIL, 2008c, p. 98)	
6. “Na década de 40, se voltarmos atrás, ao levar a termo a gravidez, o choque emocional da gestante ocorreria, provavelmente, apenas no momento do parto. Hoje, entretanto, ela sabe que gesta um feto sem possibilidade de vida. E, se desejar interromper essa gestação, onde o seu útero é um sarcófago, por que deve ser obrigada a levar a termo esse processo, cujo final é um atestado de óbito em lugar de uma certidão de nascimento, e um enterro em vez da alegria familiar pela chegada do bebê?” (BRASIL, 2008c, p. 98)	
7. “Eu diria que obrigar uma mulher a vivenciar essa experiência é uma forma de tortura a ela impingida e um desrespeito aos seus familiares, ao seu marido ou companheiro e aos outros filhos se ela os tiver.” (BRASIL, 2008c, p. 99)	

16 de setembro de 2008

XXVI	
Elizabeth Kipman Cerqueira	Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Professora Adjunta por dois anos na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Secretária de Saúde do Município de Jacareí por quatro anos; Co-fundadora do Hospital e Maternidade São Francisco de Assis em Jacareí onde foi Diretora Clínica por seis anos; Gerente de Qualidade do Hospital São Francisco; Diretora do Centro Interdisciplinar de Estudos Bioéticos do Hospital São Francisco (SP)
Indicado por	
1. “(...) dentro do útero não é possível detectar, não é possível determinar a morte encefálica.” (BRASIL, 2008d, p. 2)	
2. “(...) com quatorze semanas se identifica um caso de anencefalia, mas apenas com vinte e quatro semanas é que isso se desenvolve, porque o tecido nervoso continua se desenvolvendo mesmo no feto anencefálico para holoanencefalia ou para meroanencefalia.” (BRASIL, 2008d, p. 3)	
3. “(...) o feto com meroanencefalia ou com holoanencefalia são anencefálicos. Só no Brasil é que está se dizendo que não. Não sei por quê. No caso de Marcela, não houve erro diagnóstico. Com quatorze semanas, foi feito corretamente o ultrassom com anencefalia e isso evoluiu para meroanencefalia, que é uma forma de anencefalia.” (BRASIL, 2008d, p. 3)	
4. “Quanto ao feto, portanto, ele é vivo. É um feto seriamente comprometido quando nasce; é um nenê com curtíssimo tempo de vida, mas está vivo.” (BRASIL, 2008d, p. 4)	

5. “Forçar um trabalho de parto com útero imaturo ocasiona risco, e é um trabalho de parto muito mais demorado, além do isolamento familiar e além de, devido a tudo isso, poder levar a parto cesariana - parto cesariana desnecessário, com os riscos intrínsecos a esse tipo de parto.” (BRASIL, 2008d, p. 5)
6. “(...) o sofrimento purifica? Não; o sofrimento não purifica. O sofrimento faz crescer? Não; o sofrimento não faz crescer. Mas a atitude diante do sofrimento inevitável (...), faz crescer. No inevitável, não é? Negar que existe o sofrimento inevitável é negar a vida. Conseqüência da negação da realidade.” (BRASIL, 2008d, p. 8)
7. “No aspecto psicológico –(...), temos muito mais problemas de hospitalização, de necessidade de acompanhamento psiquiátrico, enquanto que, levando a gravidez de um neném anencefálico, é preciso apoio, acolhimento, permissão para viver o luto e, pela avaliação das mães, dos pais e familiares, é possível sair mais pessoa de um sofrimento inevitável, enfrentado com atitude.” (BRASIL, 2008d, p. 8)

XXVII	
Eleonora Menecucci de Oliveira	Socióloga; Professora Titular do Departamento de Medicina; Preventiva da Universidade de São Paulo; Coordenadora da Casa da Saúde da Mulher Professor Domingos Delascio; Relatora Nacional pelo Direito Humano à Saúde da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais/Organização das Nações Unidas no período de 2002 a 2004.
Indicado por	Conectas Direitos Humanos e Centro de Direitos Humanos
1. “(...) nenhuma mulher, senhores Ministros, deve estar exposta e vulnerável aos riscos de morte e aos riscos graves de saúde sem necessidade. E lhes afirmo que manter, obrigatoriamente, a gestação de um anencéfalo, além de expor a gestante a um processo de tortura, (...) a coloca, também, diante de alguns riscos de morte. A obrigatoriedade de manter a gravidez de um feto anencéfalo é uma situação limítrofe de vulnerabilidade que a atual legislação sobre a proibição na interrupção de feto anencéfalo impõe às mulheres.” (BRASIL, 2008d, p. 24-25)	
2. “(...) as mulheres grávidas de feto anencéfalo têm o direito de receber todas as informações disponíveis para que possam decidir se querem, ou não, levar essa gravidez a termo. Entendemos este como um direito humano à saúde reprodutiva que os serviços de saúde, sobretudo os do Sistema Único de Saúde, têm o dever de garantir.” (BRASIL, 2008d, p. 25)	
3. “(...) somente as mulheres que convivem com a certeza da morte de um feto que estão gestando são capazes de avaliar para si próprias o sofrimento, o medo que povoam essa experiência desde o momento da notícia da inviabilidade fetal até o desfecho final.” (BRASIL, 2008d, p. 25)	
4. “Qual o impacto do diagnóstico na vida das mulheres e dos casais? Primeiro, alteração no relacionamento conjugal, muitas vezes ocasionada por falta de informação e pelo desgaste na espera da decisão judicial. Segundo, alterações comportamentais como em qualquer outra gestação, sobretudo as de risco: sono, indisposição, relação interpessoal, alteração no rendimento profissional, comprometimento psicológico com aumento de risco para depressão pós-parto, aumento de risco para complicações clínicas-maternas.” (BRASIL, 2008d, p. 27)	
5. “(...) quando mulheres decidem interromper a gestação de fetos anencéfalos no Brasil, passam por um processo humilhante e constrangedor. Precisam solicitar a uma instância da esfera pública – o Judiciário – a permissão para exercerem um direito reprodutivo que é da ordem do privado e que diz respeito ao casal e, em última instância, à mulher, pois, afinal, é em seu corpo que esta e demais gravidezes são geradas e gestadas.” (BRASIL, 2008d, p. 31)	
6. “E, no caso de fetos anencéfalos, o SUS está absolutamente adequado, tem procedimentos, tem serviço já com experiência nisso e o que atrapalha, como eu já disse aqui, é o limite da lei.” (BRASIL, 2008d, p. 34)	

XXVIII	
Nilcéa Freire	Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Secretária da Presidência da República; Presidente do Conselho Nacional de Direitos da Mulher

Indicado por	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
1. “Permito-me colocar esse direito de escolha como um direito de escolha informado, mas que não está sujeito à tutela.” (BRASIL, 2008d, p. 37)	
2. “Tanto na primeira quanto na segunda conferência, a maioria absoluta dos Estados brasileiros tomou a deliberação, nas conferências estaduais, de que a legislação sobre a interrupção da gravidez no nosso País deveria ser revista; e, nesse caso, revisão incluindo a questão da legislação que diz respeito à anencefalia, no entendimento de que o diagnóstico, possível hoje, não era possível àquela época, quando o Código Penal vigente era o de 1940.” (BRASIL, 2008d, p. 41)	
3. “Um dos pontos cruciais dentro do pacto da redução da morte materna e neonatal é a assistência pré-natal, garantindo às mulheres o acesso ao diagnóstico precoce, podendo, assim, tomar a sua decisão informada precocemente.” (BRASIL, 2008d, p. 42)	
4. “(...) hoje, todos os serviços universitários existentes no país têm equipes multidisciplinares – e posso dizer isso, com certeza -, com acompanhamento de psicólogos, que permitirão informação e assistência às mulheres no tocante à sua decisão, seja pela continuidade da gestação, seja pela interrupção da gestação.” (BRASIL, 2008d, p. 47)	

XXIX

Talvane Marins de Moraes	Médico especializado em psiquiatria forense; Livre-docente e doutor em psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professor da cadeira de psiquiatria forense da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ; Especialista em medicina legal e em psiquiatria pela Associação Médica Brasileira; Membro de duas câmaras técnicas do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro: Perícia Médica e Medicina Legal.
Indicado por	Associação Brasileira de Psiquiatria
1. “(...) quando algumas mulheres referem estar triste, não se trata de depressão, é o que nós chamamos de luto - quando há uma grave perda. (...) é normal, tanto que a evolução é benigna, diferente da depressão, onde a evolução tem que haver tratamento, tem que haver intervenção medicamentosa, caso contrário, não se consegue corrigir.” (BRASIL, 2008d, p. 51)	
2. “Então, diz aqui, na conclusão do trabalho: <i>A interrupção da gravidez aconteceu porque a vida do bebê não era viável e não porque a gravidez era indesejada.</i> Esta é uma grande diferença de situação de aborto, do ponto de vista psicológico.” (BRASIL, 2008d, p. 52)	
3. “Na anencefalia está excluída a vida de relação. Na realidade, a característica do encéfalo é a vida de relação, embora possa permanecer a vida vegetativa, à semelhança, por exemplo, da situação de morte cerebral (...)” (BRASIL, 2008d, p. 53)	
4. “A ultra-sonografia mostra a possibilidade, hoje, de diagnóstico, e vê-se perfeitamente o quadro de anencefalia.” (BRASIL, 2008d, p. 54)	
5. “Quer dizer, uma gravidez anencéfala é uma gravidez de alto risco, porque o feto vai morrer intra-útero muitas vezes. 25% apresentam diagnóstico indiscutível de morte. A ultra-sonografia nos dá 100% de especificidade, portanto, diagnóstico de certeza.” (BRASIL, 2008d, p. 58)	
6. “(...) a decisão da mulher tem que estar respaldada por um esclarecimento devidamente orientado no sentido de que ela pode decidir por ter ou não ter.” (BRASIL, 2008d, p. 60)	
7. “(...) a mulher grávida de feto anencéfalo (...) tem direito à assistência governamental em relação aos cuidados protetivos à sua saúde, em especial à saúde mental.” (BRASIL, 2008d, p. 61)	

APÊNDICE B – Quadro de argumentos

Argumentos expostos na audiência pública da ADPF 54		
Argumento	Conteúdo	Recorrência
Do aborto	A interrupção da gestação de feto anencéfalo é uma morte deliberada direta (aborto).	I.1; XXIV.1; XXVI.4
Do pressuposto para outros direitos	Se o direito à vida for desrespeitado, todos os outros direitos serão desprezados.	I.2; XI.2; XIV.9
Do desenvolvimento injusto	O desenvolvimento social não pode ser a custa de sangue inocente.	I.3; XI.9
Da violência como valor social	A interrupção da gestação de feto anencéfalo difunde a violência como valor social	I.4; XI.9
Da dignidade do feto	A dignidade é inviolável, invariável e intrínseca a todo ser humano.	I.5; XI.1; XIV.8; XVIII.3
Da identidade humana	A identidade e os direitos humanos não são afastados pela reduzida expectativa de vida do feto.	I.6; XI.11; XXIV.4
Da vida como valor objetivo	A vida humana não é apenas um bem pessoal inalienável, mas também um bem social.	I.7; XI.1; XXIV.16
Da eugenia	A interrupção da gestação de feto anencéfalo é eugenia.	I.8; XI.10; XIV.6; XXIV.7
Da arbitrariedade dos padrões sociais de perfeição	Elimina-se o feto anencéfalo porque ele não corresponde aos padrões sociais arbitrários de perfeição.	I.9
Do sacrifício injustificado	O sofrimento da gestante e da família não justifica o sacrifício da vida do filho.	I.10
Do papel da medicina	Quando a medicina não pode curar, ela ainda pode confortar.	I.11; XI.12; XIX.5; XXIV.5; XXIV.8
Da tecnologia de morte	Uma ciência que mata é pura tecnologia.	I.12; XIX.3; XXIV.6
Da possibilidade de consciência primitiva	Alguns cientistas defendem a possibilidade de o feto anencéfalo ter uma consciência primitiva.	I.13; IV.10; VI.2
Da distinção entre anencefalia e morte encefálica	O feto anencéfalo não está com morte encefálica.	I.14; II.1; VI.1; VII.3; XIV.5; XXIII.3; XXIV.15; XXVI.1

Da limitação do atual conhecimento científico	A medicina ainda pode encontrar uma cura ou ter avanços no tratamento da anencefalia, tornado a interrupção da gestação desnecessária.	I.15; IV.9; XIV.2
Do caso Marcela	Marcela foi diagnosticada com anencefalia e viveu 18 meses após o parto.	I.16; X.4; XI.5; XIV.3; XXIII.5; XXVI.3
Do risco inevitável	Diante de um feto que corre um risco, não há outra solução senão deixá-lo correr esse risco.	I.17; XXIV.3; XXVI.6
Da morte como inatividade de todos os órgãos	A morte é caracterizada pela ausência de atividade de todos os órgãos, o que não acontece com o feto anencéfalo.	I.18; XXIV.10
Da variedade de graus de anencefalia	No anencéfalo, algumas partes superiores do encéfalo não estão formadas, mas outras estão, havendo uma variedade de graus, permitindo que umas crianças sobrevivam mais e tenham movimentos.	II.2; XII.5; XIV.1; XIX.2; XXIII.6; XXIV.2; XXVI.2
Do objetivo do Estado	O Estado tem como objetivo assegurar aos seus cidadãos uma vida de qualidade.	III.1
Do direito de escolha da mulher	Deve prevalecer o direito de escolha da mulher gestante.	III.2; V.3; VIII.2; IX.7; XVI.6; XVII.2; XX.3; XXI.4; XXV.2; XXVII.3; XXVIII.1
Do sofrimento e tortura da gestante	A impossibilidade da interrupção da gestação de feto anencéfalo gera sofrimento.	III.3; V.4; IX.2; X.6; XVI.11; XX.2; XXI.1; XXII.3; XXV.5; XXVII.4; XXIX.1
Descriminalizar não é tornar obrigatório	Descriminalizar o aborto é diferente de torná-lo obrigatório, pois garante-se o direito da gestante de levar até o fim a gestação.	III.4; V.2; XIII.6; XVI.8; XXV.4
Da adição de ácido fólico	Diminuição dos defeitos e aumento de sobrevivência pela adição de ácido fólico nas farinhas.	IV.11; XI.14
Da laicidade do Estado	O Estado brasileiro é laico, logo, não pode regular-se por definições religiosas.	V.1; XXV.3
Da reificação da mulher	Obrigar uma mulher a manter uma gestação desse tipo é tratá-la como coisa.	V.5
Do diencéfalo como consciência	O substrato da consciência localiza-se fora do córtex cerebral, provavelmente no diencéfalo, uma daquelas porções do tronco cerebral alto, que todo anencéfalo tem.	VI.3

Da superioridade do direito à vida	O direito à vida do feto sobrepõe-se ao direito de escolha da mulher.	VII.1
Do não acaso da vida	O acaso não explica a vida, pois ela é um bem outorgado, e a ciência confirma isso.	VII.2
Da necessidade de esclarecimento para a escolha	Hoje, na Medicina, trabalha-se com o consentimento pós-esclarecido, informado.	VIII.1; XXII.4; XXVII.2; XXVIII.3; XXIX.6
Da distinção para o aborto	A interrupção da gestação de feto anencéfalo não é aborto, pois não há expectativa de vida extra-uterina.	VIII.3; VIII.8; IX.3; XIII.5; XV.3; XVI.2; XVI.7; XXIX.2
Do risco da gestação de um feto anencéfalo	A gestação de um feto anencéfalo impõe riscos à vida e ao bem-estar da mulher.	VIII.4; X.3; XIII.4; XVII.8; XX.5; XXVII.1; XXIX.5
Da desatualização tecnológica do Código Penal	Quando o aborto foi tipificado no Código Penal, não tínhamos tecnologia que permitisse o diagnóstico pré-natal dessas anomalias incompatíveis com a vida.	VIII.6; XVII.3; XXV.6; XXVIII.2
Do diagnóstico precoce e certo	Atualmente, é possível o diagnóstico precoce e certo de anencefalia.	VIII.9; IX.1; X.1; XIII.1; XV.7; XX.6; XXIII.2; XXVIII.4
Do aborto terapêutico	A interrupção da gestação de feto anencéfalo poderia se subsumir em uma das exceções tipificadas no próprio Código Penal.	VIII.10
Da escolha da maioria das gestantes	A maioria das gestantes de fetos anencéfalos opta pela interrupção da gestação.	IX.4
Do dever da medicina em eliminar riscos	A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO – defende o dever médico de eliminar riscos de morbidade materna.	IX.8
Do conceito de anencefalia	O conceito de anencefalia	X.2; XXIII.1
Da anencefalia como morte	O anencéfalo é um natimorto, pois a anencefalia é incompatível com a vida extra-uterina.	X.5; XIII.7; XV.5; XVI.1; XVII.1; XVIII.2; XIX.1; XX.2; XXI.2; XXV.1; XXIX.3
Da irreversibilidade da anencefalia	Não é possível reverter a não formação do tecido cerebral.	X.7; XII.2
Da facilidade do diagnóstico	Basta um simples aparelho de ultra-som (imagem) para fazer o diagnóstico.	X.8; XXIX.4

Do sistema de saúde	O sistema de saúde brasileiro possui os recursos (ultra-sonografia) para o diagnóstico.	X.9; XIII.3; XV.1; XVII.4; XXI.3; XXII.2; XXVII.6
Dos afetados	A anencefalia envolve não só a paciente e o feto, mas toda a família e os médicos.	X.10; XVI.3; XXII.1; XXV.7
Da pluralidade de reações	Cada gestante reage de uma forma ao diagnóstico.	X.11
Das estatísticas	A vida não se reduz a estatísticas, que são maleáveis.	XI.3
Da falta de recursos	O sistema de saúde brasileiro não possui recursos (ultra-som) suficientes.	XI.4
Da posição do Legislativo	As comissões legislativas rejeitaram, por ampla maioria, um projeto de legalização do aborto.	XI.6
Da anencefalia como deficiência	A anencefalia é uma forma de deficiência, atraindo a incidência das normas protetivas específicas.	XI.7; XIV.7
Dos projetos em tramitação	Está tramitando o Projeto de Lei nº 4.403/2004 para a legalização da interrupção da gestação de anencéfalo.	XI.8
Da eliminação de um incômodo e custo	A interrupção da gestação é a eliminação de uma vida que incomoda e é cara.	XI.13
Da incidência	A incidência de anencefalia é de, em média, um para mil – e em São Paulo, um para seiscentos; não um para seis mil. A cada três horas, no Brasil, nasce uma criança anencefálica. Logo, é algo muito frequente.	XII.1
Da limitação do efeito do ácido fólico	A fortificação com ácido fólico não elimina a possibilidade de anencefalia, nem reverte o não fechamento do tubo neural.	XII.3
Da causa multifatorial	A anencefalia tem origem multifatorial, decorrente da interação entre a genética e o meio ambiente, o que explica a variedade de graus.	XII.4
Da impossibilidade de transplante	O anencéfalo não pode ser doador de órgãos em razão do curto período de vida, das patologias genéticas ou cromossômicas geralmente associadas, pelo, em geral, tamanho menor dos órgãos e pela lesão dos órgãos pela hipóxia.	XII.6; XIII.8; XXIV.14
Da recomendação de 2 exames de ecografia	A interrupção de gravidez por anencefalia deveria ser precedida de, pelo menos, dois diagnósticos de dois ecografistas experientes, na décima segunda semana.	XIII.2

Do diagnóstico errado da Marcela	Houve um erro de diagnóstico no caso da Marcela, que não era um feto anencéfalo.	XIII.9; XIV.4; XV.2; XVI.10
Das consequências psicológicas	Tanto o aborto quanto a decisão de levar a gestação até o fim tem efeitos psicológicos, e não somente o aborto.	XIV.10
Da ausência de consciência	O anencéfalo é incapaz de todas as funções superiores e de consciência.	XV.4
Da interrupção da gestação no mundo	Noventa por cento dos países desenvolvidos e vinte por cento daqueles em desenvolvimento permitiam a interrupção de gravidez em casos de anencefalia.	XV.6; XVII.7
Da resistência inicial da gestante	As mulheres não acreditam no primeiro diagnóstico que escutam, elas resistem ao diagnóstico da inviabilidade fetal.	XVI.4
Da demora da via judicial	A demora da via judicial pode permitir que o feto atinja o peso de quinhentos gramas ou de vinte semanas de gestação, demandando a necessidade de enterro e certidão de óbito.	XVI.5; XXVII.5
Da distinção para a deficiência	Anencefalia não é deficiência, logo a interrupção da gestação de feto anencéfalo não é eugenia.	XVI.9; XVIII.1; XIX.4; XX.4
Do diagnóstico	O diagnóstico de anencefalia é dado em torno da décima segunda semana de gestação e resulta de exames feitos por mais de um médico; e a gestante é atendida por equipes de saúde multidisciplinares	XVII.5
Do acompanhamento indistinto	O sistema de saúde oferece acompanhamento tanto para as que decidem pela interrupção quanto para as que decidem pela manutenção da gestação.	XVII.6; XXVIII.4; XXIX.7
Da unidade mãe-bebê	Não existem as figuras do bebê e da mãe, mas a unidade deles no processo.	XVII.9
Do sofrimento indigno	O sofrimento involuntário e imposto não dignifica ninguém.	XX.7
Da incerteza do diagnóstico	Somente após a vigésima quarta semana de gestação o diagnóstico é absolutamente certo, mas, nesse momento, os métodos ultra-sonográficos não são mais tão precisos.	XXIII.4; XXIV.13
Do sofrimento dignificante	Ao respeitar a vida, a dignidade da gestante é preservada e ela evita o remorso que geralmente ocorre nesses casos.	XXIV.9; XXVI.7
Da falta de ética da ciência	A maioria dos cientistas são desprovidos de ética.	XXIV.11
Dos riscos e consequências	A interrupção da gestação também gera riscos.	XXIV.12; XXVI.5

prejudiciais da interrupção		
-----------------------------	--	--

APÊNDICE C – Quadro de temas

Interrupção de gravidez – Feto anencéfalo

ADPF 54

AUDIÊNCIA PÚBLICA

RELAÇÃO DOS TEMAS

Vida humana	Do pressuposto para outros direitos
	Da dignidade do feto
	Da identidade humana
	Da vida como valor objetivo
	Do sacrifício injustificado
	Do objetivo do Estado
	Da superioridade do direito à vida
	Do não acaso da vida

Sacrifício e Riscos	Do sacrifício injustificado
	Do risco inevitável
	Do sofrimento e tortura da gestante
	Do risco da gestação de um feto anencéfalo
	Das consequências psicológicas
	Do sofrimento indigno
	Do sofrimento dignificante
	Dos riscos e consequências prejudiciais da interrupção

Eugenia e Utilitarismo	Da eugenia
	Da arbitrariedade dos padrões sociais de perfeição
	Da anencefalia como deficiência
	Da eliminação de um incômodo e custo
	Da distinção para a deficiência

Medicina e ciência	Do papel da medicina
	Da tecnologia de morte
	Da limitação do atual conhecimento científico
	Do dever da medicina em eliminar riscos

	Da falta de ética da ciência
	Do desenvolvimento injusto

Diagnóstico	Do diagnóstico precoce e certo
	Da facilidade do diagnóstico
	Da recomendação de 2 exames de ecografia
	Do diagnóstico
	Da incerteza do diagnóstico

Afetados e suas reações	Da reificação da mulher
	Dos afetados
	Da pluralidade de reações
	Da resistência inicial da gestante
	Da unidade mãe-bebê

Anencefalia e Morte	Da distinção entre anencefalia e morte encefálica
	Da morte como inatividade de todos os órgãos
	Da anencefalia como morte
	Da irreversibilidade da anencefalia
	Da impossibilidade de transplante

Sistema de saúde	Do objetivo do Estado
	Do sistema de saúde
	Da falta de recursos
	Do acompanhamento indistinto

Direito de escolha	Do direito de escolha da mulher
	Descriminalizar não é tornar obrigatório
	Da necessidade de esclarecimento para a escolha
	Da escolha da maioria das gestantes

Legislação e projetos	Da desatualização tecnológica do Código Penal
	Do aborto terapêutico
	Da posição do Legislativo
	Dos projetos em tramitação

Consciência	Da possibilidade de consciência primitiva
	Do diencéfalo como consciência
	Da ausência de consciência

Estatísticas	Das estatísticas
	Da incidência
	Da interrupção da gestação no mundo

Marcela	Do caso Marcela
	Do diagnóstico errado da Marcela

Variedade de graus	Da variedade de graus de anencefalia
	Da causa multifatorial
	Do conceito de anencefalia

Ácido fólico	Da adição de ácido fólico
	Da limitação do efeito do ácido fólico

Aborto	Do aborto
	Da distinção para o aborto

Da violência como valor social

Da inutilidade da discussão

Da laicidade do Estado

Da demora da via judicial