

AUDIÊNCIA PÚBLICA

ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 54

(16 de setembro de 2008)

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Declaro aberta a Quarta Sessão da Audiência Pública relativa à Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54.

Hoje, procederemos à oitiva dos segmentos restantes para concluir a Audiência Pública e ter, posteriormente, a seqüência do processo com a fase de alegações finais pela argüente, a manifestação da Advocacia-Geral da União e a do Procurador-Geral da República.

Vamos ouvir a Doutora 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).

Com a palavra a ilustre Professora.

Fique à vontade, hoje estamos até com certa folga porque o número de inscritos é menor.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Parece que o material que eu trouxe não está podendo ser usado aqui. Um instantinho só.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Pois não, fique à vontade.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Senhor Ministro, bom dia. É um prazer estar aqui.

Vamos entrar logo no assunto a respeito da discussão da liberação do aborto em gestação de anencéfalos e expor claramente o seguinte: o que importa na discussão da liberação do aborto em gestação de anencéfalos? Quem está importando: o feto ou a mulher? O feto - disso nós já temos certeza.

Sinceramente, nós temos que ser cientistas. Já foi provado, por diversos apresentadores, mas especialmente pela Dr^a Cyntia, na última vez, que dentro do útero não é possível detectar, não é possível determinar a morte encefálica. Quem fala isso está passando por cima de critérios científicos.

Conforme trabalho feito por estudiosos nos Estados Unidos, ficou muito claro que os nenês que nascem com anencefalia e ficam vivos não têm possibilidade de ter a sua morte encefálica determinada e muito menos quando estão dentro do útero.

Então, lembrando apenas a última apresentação, onde foi colocado claramente o quadro com respiração espontânea nesses nenês que foram acompanhados, mostrou, portanto, que todos esses sinais são de atividade cerebral. Isso está comprovado, isso está

publicado, isso foi aceito pela Sociedade de Neurologia. Quem negar isso está usando de política, está usando de artifícios. Foi provado e, por isso, a sociedade americana suspendeu a autorização para a retirada de órgãos de nenês anencefálicos que nasciam. Então acho que é forçar demais essa discussão, não é?

Outra coisa: ficou muito claro, provado, pode-se ignorar, mas é muito sério ignorar uma verdade científica, que 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. A holoanencefalia é gravíssima - em geral, o feto é abortado -, e a meroanencefalia tem uma sobrevida variável. Então 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 ultra-som com anencefalia e isso evoluiu para meroanencefalia, que é uma forma de anencefalia.

Eu gostaria de apresentar três laudos que vieram de especialistas dos Estados Unidos que avaliaram e concluíram os exames da Marcela. Olhando ali, naquele verde (data show), conforme os critérios de anencefalia, Marcela tem a anencefalia clássica. Existem nenês que nascem com anencefalia, como Baby K, que viveu dois anos e foi, inclusive, levado à Suprema Corte porque ficou

comprovado isso. Esse diagnóstico foi dado por Paul Bine, da Faculdade Especialista em Neonatologia; outro atestado foi dado pelo Chefe do Departamento de Neurologia, Alan Schulman, que coloca, claramente, que Marcela tem um clássico caso de anencefalia. Por que nós estamos falando em Marcela? Porque ela é uma referência, porque foi um caso que se tornou público e conseguiu ir para a mídia. Um terceiro atestado foi o de Thomas (?) Abiega, que fala que a imagem estudada em Marcela, baseado nos critérios neurológicos da Sociedade, diz que é exatamente o critério da anencefalia que a Marcela tinha. Acho, então, que deve ser mais discutido com os especialistas, que estão sendo imparciais na avaliação científica da Marcela.

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.

Quero discutir o aspecto da mãe. Heidegger já dizia que, assim que o ser humano nasce, ele já é suficiente velho para morrer. Portanto, se a mãe está viva, ela sofre risco, ela sofre risco na gravidez, sofre risco se fizer a antecipação do parto e sofre risco se fizer o aborto.

Vamos analisar onde há mais risco. Ela está viva - ela sofre risco. Na antecipação do parto, ela passa por um trabalho de parto prolongado - qualquer obstetra sabe disso -: em média, demora de 3 a 11 dias internada, esperando sob efeito de remédios ocitócicos, que provocam a contração; um trabalho de parto

prolongado que pode levar à ruptura uterina e à infecção. Qual é a dúvida, já que está em todos os livros? 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. Aliás, o Ministério da Saúde está fazendo tanta força para diminuir o número de cesáreas.

Qual o risco de a mãe continuar grávida? Pode aparecer um polidrâmnio, facilmente tratável hoje, com segurança; pode aparecer uma hipertensão, também igual a outras gestantes, possível de controle.

Veja, senhor Ministro, os problemas, no caso de se manter a gravidez, são 100% resolvidos pós-resolução espontânea, enquanto que, nas complicações da antecipação do parto, as seqüelas são permanentes para a vida dessa mulher.

Então, dizemos: "Não vamos antecipar o parto." - que consideramos após o segundo trimestre, em torno de 24 semanas - "Vamos fazer o aborto; vamos fazer antes". Qual é o risco para a mãe que está grávida no início? Nenhum. Quais são os riscos de um aborto provocado? Todos aqueles que todas as publicações internacionais têm provado: riscos imediatos - mesmo quando feito em hospitais, por especialistas -; riscos em curto prazo, de infecção; 7 vezes mais placenta prévia se a mulher tiver outra gravidez, mais parto prematuro, mais mortes de causa natural; mais

doença circulatória; mais doença cerebrovasculares; mais câncer de mama, que está subindo no Brasil como primeira causa de câncer. As seqüelas são evidentes e permanentes.

Apenas como ilustração, quero mostrar um folheto, uma publicação do Instituto de Câncer de Mama, que apresenta medidas preventivas e também, claramente, como causas de aumento de câncer de mama, o aborto induzido - que está sublinhado - e o parto prematuro. Ambos os procedimentos aumentam o número de câncer de mama.

Será, senhor Ministro, que não existe risco nenhum para a mãe em que se é provocado o aborto? Será que não se está olhando apenas uma parte e se esquecendo do resto?

Então, qual o risco materno? Sem dúvida - uma vez que raramente existe risco físico para a mãe levar adiante uma gestação anencefálica, comparado ao risco da indução antecipada -, existe um risco, sim: a carga emocional. É terrível para a mãe saber que ela está com um nenê anencefálico; e tudo o que se tem falado aqui é pouco para a dor dessas mães. É verdade. Mas, veja, Freud já apontava: Ficamos perplexos ao ver os inesperados resultados que podem suceder a um aborto artificial, ao fato de matar uma criança não nascida, mesmo a partir de uma decisão tomada sem remorso nem hesitação.

Maria Tereza Maldonado - seu livro, que eu tenho, está na sétima edição, referência para os obstetras - coloca claramente que, quando existe o diagnóstico de malformação fetal,

os problemas psicológicos de culpa, de identificação com o feto que está sendo gerado, sentimentos de regressão e fragilidade são potencializados, e que é preciso tempo e condições para enfrentar o problema e elaborar o luto.

Então, a interrupção da gravidez e depressão, o fato de saber que tem uma gestação anencefálica realmente pode gerar uma depressão. Mas a interrupção da gravidez com a consciência de ter sido ela a abreviar o tempo de vida do filho pode trazer maior sentimento de culpa. E esse sentimento de culpa, ainda que inconsciente, tenderá a aumentar a angústia e a possibilidade de depressão.

Uma coisa é muito importante: o fato de se estar gestando um filho anencefálico não quer dizer que ele tenha alguma química que provoque a depressão; o que causa a depressão é a dificuldade de enfrentar essa realidade. No momento em que se faz o aborto, nega-se uma realidade que precisa ser digerida, assumida.

Senhor Ministro, como foi mesmo a pergunta que Vossa Excelência fez: 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 - com certeza, eu já tive na minha vida e Vossa Excelência já deve ter tido também -, faz crescer. No inevitável, não é? Negar que existe o sofrimento inevitável é negar a vida. Conseqüência da negação da realidade. Tentar cortar o sofrimento sem uma confrontação existencial com essa realidade realmente pode gerar um vazio, e

debilita a pessoa para enfrentar futuras dificuldades. A ferida aberta não se cura.

No aspecto psicológico - não vai dar tempo -, 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. Aí, pode-se dizer assim, como foi dito aqui: e se mesmo assim a mãe optar pelo aborto? Será que aquelas que querem não devem optar pelo aborto? Eu pergunto: a mãe que não queria mais o neném e o jogou na Pampulha, ela podia jogar? Alguém que não quer mais o neném pode jogá-lo pela janela? Alguém pode esquartejar sua criança porque não quer mais o neném? É terrível! É preciso apoio e acolhimento. Então, como realmente ajudar? No acolhimento e desenvolvendo, a chamada resiliência, que é a capacidade de enfrentar a fatalidade que nos atinge, não que a gente procura.

Então, por que aumentar os riscos da mãe se está tão claro que o aborto provocado, a antecipação do parto prejudica mais a mãe? Eu gostaria de falar que é muito claro, e tem sido declarada pela imprensa que a discussão do feto anencefálico é apenas uma estratégia - como está escrito, posso entregar aos senhores Ministros - para ampliar a discussão do aborto.

Senhor Ministro, está sendo usada a dor da mãe, está sendo usada a possível depressão da mãe para discutir e ampliar uma

depressão, para discutir e ampliar uma proposta de aborto generalizado? No final deste artigo se diz claramente: Baseado nisso, os princípios éticos evocados para suportar o aborto seletivo - no caso de fetos anencefálicos - são também válidos para suportar outros casos e ampliar a discussão.

E digo mais, é também um trabalho eugênico sim. Esse documento de 1995, apresentado por Thomas Gollope e outros, diz claramente que, diagnosticado um caso de Síndrome de Turner, a família resolveu fazer o aborto e o autor conclui: *A dificuldade prende-se ao fato dessas crianças não terem retardo mental e serem perfeitamente viáveis.*

Qual é a intenção dessa discussão? É chegar ao aborto sim, é chegar ao controle de natalidade sim. Mais uma vez as mulheres estão sendo usadas. E veja como termina: *o diagnóstico pré-natal precoce tem grande contribuição para facilitar a decisão dos pais em abortar uma criança perfeitamente viável.*

E os outros países que aprovam e têm os nenéns anencefálicos podendo ser abortados? O que nos importa os outros países? Eles estão com diminuição da natalidade, eles estão com problema de velhice. Eles têm, realmente, o imperialismo cultural que propõe a liberação mundial do aborto até o ano de 2015. É a isso que nós vamos nos sujeitar? A América Latina não tem nada a falar para o mundo todo? Será que todo o programa que vem, desde 52, passando por todas as ONGs, passando pela ação internacional, é

a proposta de modificar conceitos de Direito Internacional, nós vamos nos sujeitar a isso? Nós temos que nos sujeitar a isso?

Portanto, o que se está propondo aqui, sem dúvida, é uma inovação da norma jurídica. Morte encefálica, antecipação de parto prematuro, terapêutica de parto, aborto terapêutico não se aplicam nesse caso. Vamos lembrar que a mulher é sensível a qualquer atentado à vida que sai dela, mesmo que seja um filho imperfeito.

Eu queria pedir cinco minutos para apresentar um filme. E quero dizer que as duas pessoas dos dois primeiros filmes me procuraram espontaneamente; e, perguntado se poderia ser apresentado aqui, pediram para ser apresentado. Então, são duas pessoas que nos procuraram espontaneamente - eu, como obstetra, não conhecia. Uma mora aqui, outra mora em Cachoeira Paulista, não sei. Esse primeiro é de um casal simples que fez o aborto; o segundo é de uma repórter. E os dois se apresentaram e pediram para serem ouvidos.

SILVANA - *Meu nome é Silvana. Na época, eu tinha 26 anos quando engravidei pela quarta vez, e lá me encaminharam para o hospital de Brasília. Fizeram ecografia e confirmaram que meu filho era anencéfalo.*

Foi falado que 99% das crianças, no caso de anencefalia, não sobreviviam. Então me sugeriram que eu abortasse, porque, talvez, por estar

no quinto mês de gestação, eu poderia correr risco. Então eu e meu esposo resolvemos aceitar a proposta do médico e tirar a criança.

ESPOSO DA SILVANA - Nos encaminharam para o Ministério Público, fomos porque teria que ser feito o aborto. Mostraram um álbum de fotografias de crianças anencéfalas e, realmente, as fotos eram muito chocantes. Nós assinamos os papéis do Ministério Público e nos encaminharam para o hospital.

SILVANA - Foi aí, então, que começou meu sofrimento. Lá no hospital, uma mãe chegou até mim e comentou sobre o problema da minha criança. E perguntou:

- você vai tirar?

Eu disse assim:

- Vou.

E me perguntou quantos filhos eu tinha a mais, eu disse:

- Eu tenho três.

Ela falou para mim:

- Bom que você, graças a Deus, que você tem três filhos, um substitui o outro.

Então eu passei três dias internada, todos os dias sentindo dores.

Eram 9 da manhã quando me levaram para a sala de parto. Eu lembro até hoje de outras crianças nascendo do lado, recebendo a vida; eu estava numa cama e vi que ela nasceu, eu senti mexendo e eu não quis ver. Talvez porque eu me sentisse uma covarde, talvez eu me sentisse um monstro, naquele momento, e não tive coragem de ver a crueldade que eu permiti, autorizei fazer comigo.

Lembro dela gritando:

- Tadinha da criança, nasceu viva.

Hoje, eu sofro bastante. Tenho problema de depressão, luto com ela todos os dias. Não sei qual dia que eu vou levantar bem.

Talvez quinze minutos fosse o máximo de sobrevivência para ele, mas eu me pergunto: em quinze minutos, quantos eu te amo podia falar para esse meu filho? Podia até um e eu perdi.

ESPOSO DA SILVANA - Após um ano, tivemos mais uma filha e chegou um momento em que casamos.

Há um ano, estamos lutando contra isso. Vira-e-mexe, tem uma recaída das depressões dela, lutamos contra isso.

Este depoimento pode transmitir para outras pessoas para que não cometam o erro que nós cometemos.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Vejam que ela falou assim: "Em quinze minutos, quantas vezes eu poderia falar para esta criança eu te amo?"

Ela disse para gente (nós tivemos que cortar o filme para dar em três minutos):

- Três filhos, um substitui o outro? Não, nenhum substitui o outro. Tenho dez dedos na mão, um não substitui o outro dedo - na linguagem dela.

Esse é de três minutos.

KELLEN REIS - *Meu nome é Kellen Reis, tenho vinte e quatro anos, sou casada, estou grávida de oito meses.*

Ao quinto mês de gestação, eu descobri que a minha filha, Maria Eduarda - já tinha um nome - , possuía anencefalia. No momento, com a chegada da notícia, claro que é um abalo, você se sente impotente diante da situação.

Meu marido esteve presente no exame, esteve presente comigo nas consultas médicas, procurei vários especialistas. Duas médicas me orientaram que eu poderia fazer o aborto, mas eu não quis. Acredito que eu não sou ninguém para decidir

sobre a vida de outro ser humano, principalmente da minha filha; optei por levar a gestação até o final.

Quem acredita que eu sofro, que eu choro, todos os dias, eu não sofro desta maneira. Preferi curtir cada momento da minha gestação, curtindo a minha gravidez, curtindo a minha filha que mexe, que reage a estímulos, que me dá essa condição, a minha força vem dela.

Acredito que a mãe de um anencéfalo só sofre se ela quiser, porque ela tem a opção de ficar chorando o dia todo, mas eu quis curtir cada momento e cada dia; vou levar essa gravidez até o último minuto.

Procurei saber se eu corria algum risco, estou tendo orientação médica e psicológica. Para mim, é uma gravidez normal; para mim, existe uma vida, sim, não me considero um caixão ambulante, não me considero um caixão ambulante, não acredito que minha filha esteja morta dentro de mim.

Quero ser mãe hoje; o que eu puder fazer para minha filha, hoje, eu vou fazer. Acredito que é dessa maneira que toda mãe poderia fazer que é contribuir com a vida do seu filho. Porque, se ela viver até o nono mês, se ela sobreviver ao parto, por alguns segundos, por algumas horas, que seja, ou por

um ou dois dias, como já aconteceu em alguns casos, a minha parte eu fiz como mãe. Eu consegui ser mãe da Maria Eduarda até o momento que ela agüentou viver, e não que eu decidi que ela vivesse, porque eu acho que eu não tenho esse direito de decidir sobre a vida de ninguém, de outro ser humano que não a minha.

Essa é a minha primeira filha. Eu tenho certeza que eu vou engravidar de novo, que eu vou ser mãe de novo, mas eu não vou ter a Maria Eduarda de novo. Então, hoje, eu quero ser mãe da Maria Eduarda.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - É mais possível que uma mãe, ao fazer um aborto, sinta remorso e arrependimento, mas a mãe que leva uma gravidez até o fim, ou até a morte espontânea, ela não terá remorso por ter feito o que pôde, enquanto pôde.

Terminando, e não temos nem um minuto.

(VÍDEO)

MÃE DA MARCELA - *Penso que se interromper uma gravidez assim, matar o seu filho, vai sofrer muito mais. Ao invés de comprar um berço, vai comprar um caixãozinho. Isso não interessa seja o tempo que for, seja um minuto, dois ou três minutos, não interessa.*

ENTREVISTADOR - *O que a senhora sente hoje, na ausência da Marcela?*

MÃE DA MARCELA - *Sinto saudades, sim, mas tristeza não. Sinto, assim, o dever cumprido.*

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Muito obrigada.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Passemos à fase dos esclarecimentos. Por gentileza o serviço de apoio.

Com a palavra o doutor Luís Roberto Barroso, representante processual da argüente.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio, Excelentíssimo Senhor Doutor Gisi, Doutora Elizabeth Cerqueira, eu agradeço, sinceramente, a colaboração que a senhora nos presta, e o fato de termos posições divergentes evidentemente não diminui o respeito que tenho pelo seu trabalho e pelas suas posições.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Vice-versa.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Eu bem me lembro, a senhora também tinha uma posição contrária às pesquisas com células tronco-embrionárias. A senhora, também, esteve aqui participando desses debates. Percebi que a senhora, também, tem uma posição contrária ao controle de natalidade, como expôs desta tribuna.

A senhora, repetidamente, utilizou o termo aborto, e essa é uma questão sensível para nós, gostaria de ter clara a sua posição. A senhora acha que a interrupção da gestação de um feto

anencéfalo - cuja probabilidade de morte é de cem por cento em curto prazo - é a mesma situação de um feto com potencialidade de vida extra-uterina normal? A senhora acha que o emprego do mesmo termo é cientificamente adequado?

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Dr. Barroso, eu não acho, isto é, isto está nos livros, isto está na definição.

Desculpe-me falar com um atrevimentozinho: o senhor chegou atrasado.

Então, no comecinho, eu coloquei claramente que é impossível determinar a morte encefálica de um nenê intra-útero, assim como não foi possível determinar a morte encefálica das crianças que nasceram vivas com anencefalia. Portanto, interromper a gravidez após vinte e quatro semanas é realmente provocar a morte antecipada dos fetos.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Eu entendo. O mundo em que eu habito, Dr^a Elizabeth, tem menos verdades plenas e menos certezas absolutas, mas respeito o mundo em que a senhora habita.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Nossa! Isso é grave.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Gostaria de lhe fazer uma pergunta técnica: A senhora apresentou um dado de duzentos e sessenta por cento de crescimento da hospitalização psiquiátrica para a mulher. Gostaria de saber Se a senhora tem essa pesquisa e se ela está acessível ao público?

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Tenho e posso entregar ao Ministério Público para, depois, encaminhar aos senhores Ministros.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Eu apreciaria ter. De quem é essa pesquisa? Qual foi a instituição que conduziu essa pesquisa?

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Eu não sei de cor, porque eu não a tenho aqui, eu vou entregar.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - A senhora vai me desculpar, para achar tem que ter procurado. Gostaria de saber onde está essa pesquisa, é muito importante.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Vou entregar com toda a comprovação.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Certamente haverá possibilidade - como já anunciei, inclusive, na primeira Sessão da Audiência Pública - de apresentação de memoriais e seria interessante termos os dados no memorial.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Como não foram comprovadas outras situações também.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Uma última pergunta. A senhora falou, com conhecimento técnico que possui, sobre culpa, sobre sofrimento, sobre riscos. A senhora acha que todas as culpas são iguais? Todos os sofrimentos são iguais? A senhora acha que o Estado deve tomar esta decisão sobre culpa e sobre sofrimento em

lugar da mulher? A senhora acha que a mulher, se que fizer essa escolha trágica, deveria ser presa?

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Não tem nada uma coisa a ver com a outra.

O Estado não é responsável pela tortura - como tem sido falado - da mãe grávida de um feto anencefálico. Não foi o Estado que colocou o neném anencefálico dentro da barriga dela.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Quem faz a escolha? Quem toma a decisão final?

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Todos sabem que, no mundo inteiro, no momento em que é liberado o aborto, o primeiro impulso da mulher diante de uma gestação indesejada é fazer o aborto, sim; e, depois, ela se arrepende.

Portanto, o Estado é responsável por dar oportunidade à mulher de pensar assim. Se ele liberar, ele estará promovendo uma cultura em que os outros jovens, as outras crianças vão entender que crianças indesejadas devem ser abortadas.

Eu acho, sim, que o Estado é responsável pela cultura inclusive dos nossos jovens e por diminuir a cultura de violência que existe no mundo.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Portanto, a posição da senhora é que o Estado deve decidir que a mulher que decide contrariamente...

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Não, o Estado não deve...

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Gostaria que a senhora só respondesse o que perguntei.

A dúvida é: é crime ou não? Se a senhora acha que é crime, a senhora acha que esta mulher deve ser presa; se acha que não, essa mulher não deve ser presa. Não há meio termo.

A SRA. ELIZABETH KIPMAN CERQUEIRA - Dá licença, deixe-me responder. O senhor, como advogado, pode me falar de situações em que não há punição, no Direito? Por exemplo, um filho que rouba os pais. Há situações, no Direito, em que esse crime não é punido.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Estou satisfeito, senhor Presidente.

Obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE) - Personificando a Advocacia Geral da União, com a palavra a Doutora Grace Maria Fernandes Mendonça.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Bom-dia, Ministro.

Mais uma vez a Suprema Corte dá essa oportunidade a toda sociedade de poder conhecer um pouco mais profundamente questões de tamanha relevância.

A Advocacia-Geral da União se sente prestigiada de mais uma vez poder estar aqui presente.

Aproveito a oportunidade, Ministro, para justificar a ausência do Ministro Toffoli. Hoje, temos a posse de procuradores

da Fazenda Nacional e ele, infelizmente, não pôde comparecer, mas pediu-me que justificasse a ausência.

A Advocacia-Geral da União, diante das colocações feitas, na verdade, tão bem expostas por esta profissional, eu tenho a impressão de que esta questão da postura do Estado, agora sustentada pelo professor Luís Roberto Barroso, representada e respondida pela profissional, eu acho que a Advocacia-Geral da União sente-se satisfeita.

A Ministra Nilcéa vai expor outras questões de relevância, também de esclarecimento para a sociedade.

Muito obrigada.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR)- Ilustre Subprocurador-Geral da República, Doutor Gisi.

O SR. MÁRIO JOSÉ GISI (SUPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Não tenho perguntas, Excelência.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Agradeço a colaboração da Doutora Elizabeth Kipman Cerqueira, trazendo enfoque sobre a necessidade de se preservar a gravidez no caso de feto anencéfalo.

Chegaremos a uma conclusão segura a partir da análise de fatos diversos envolvidos na espécie.

E, se realizamos esta Audiência Pública, o fazemos para ter esclarecida a matéria. Evidentemente, não haveria o esclarecimento se o enfoque fosse único.

Muito obrigado, portanto, a Doutora Elizabeth Kipman Cerqueira. Estamos com um ligeiro problema temporário - acredito - porquanto duas autoridades, que deveriam ser ouvidas - autoridades nos temas versados -, não chegaram ainda, talvez tendo em conta problemas de nossa aviação.

Vamos ouvir a Doutora Eleonora Menecucci de Oliveira, representante da Conectas Direitos Humanos e Centro de Direitos Humanos, 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.

Com a palavra a ilustre profissional.

A SRA. ELEONORA MENEUCUCCI DE OLIVEIRA - Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio de Mello, na pessoa de quem cumprimento os demais presentes neste Tribunal, autoridades, demais expositores, senhoras e senhores.

Falo aqui de um lugar de Professora Titular na Área da Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP e de ex-Relatora Nacional de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais da Plataforma DHESC/ONU para os Direitos Humanos em Saúde.

Agradeço a oportunidade de participar desta audiência como representante da Conectas Direitos Humanos e do Centro de

Direitos Humanos, a quem agradeço a honra da indicação de meu nome para cumprir essa tarefa tão importante para as mulheres brasileiras, a de apresentar alguns argumentos no sentido de que seja autorizada a interrupção voluntária da gravidez em gestação de feto anencéfalos. Falo a partir da experiência prática que hoje desenvolvo profissionalmente.

Sou Coordenadora do Serviço de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência da UNIFESP, que divide uma casa com o Serviço de Medicina Fetal da mesma Universidade. Em sua grande maioria, as mulheres atendidas nesses serviços são pobres, usuárias e clientes do Sistema Único de Saúde - SUS; e dependem de seu funcionamento para o exercício de seu direito reprodutivo.

Antes de apresentar alguns argumentos, quero fazer algumas considerações:

Em primeiro lugar, é importante correlacionar os princípios de integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com as necessidades de saúde das mulheres no campo dos direitos reprodutivos, enquanto direitos humanos.

Assim, universalidade significa que todas as mulheres têm o direito à saúde de qualidade; integralidade, todas as mulheres devem ser atendidas e assistidas pelo SUS em sua integralidade biopsíquica e social; equidade, nenhuma mulher pode ser discriminada pela sua condição de classe, raça, geração e outras tantas singularidades de cada uma das mulheres.

Em segundo lugar, senhor Ministro, e dentro desta lógica, o conceito de saúde com o qual trabalhamos envolve saúde física e subjetiva; isto é, a subjetividade das mulheres entendidas aqui como sofrimento, alívio, medo e perdas.

Se articularmos as condições objetivas às subjetivas, é possível afirmar, sem sombra de dúvida, que o acesso à informação e à garantia do direito à saúde, sobretudo à saúde pública, são carências marcantes na saúde das mulheres brasileiras. Somente uma mulher que detém a informação sobre o que acontece em seu corpo, seu processo de adoecimento e sobre a correlação deste adoecimento com sua qualidade de vida, poderá exercer o universal direito humano da escolha com plena autonomia de seu exercício.

É sobre a informação a respeito do que se passa em seu corpo de mulher, como uma das maiores necessidades de saúde, que enfocarei minha linha de raciocínio. Vamos aos argumentos:

Primeiro, 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, como bem já foi mencionado em audiências anteriores a esta, de sofrimento e de medo pela espera do nascimento e convivência com o diagnóstico da inviabilidade fetal, como vimos no vídeo, esta situação 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.

Segundo, 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.

Terceiro, 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. Pela lei atual, aquelas que, dentre essas, optam pela interrupção da gravidez precisam passar por todos os trâmites legais até conseguirem uma autorização judicial. Muitas até já o conseguiram.

O que esperamos deste Tribunal, portanto, senhoras e senhores Ministros - também na ausência de Suas Excelências -, é que poupem essas mulheres para o futuro desse processo que é tão desgastante e que nem sempre se conclui da forma como as mulheres desejavam.

Como contribuição para este julgamento, trago algumas experiências vivenciadas em nosso serviço na UNIFESP, onde uma equipe multiprofissional e interdisciplinar atende às mulheres.

Acredito que não seja um procedimento só dele, mas eu posso falar apenas dele.

Primeiro, a atenção especial é dada à assistência integral, durante o período preconcepcional, pré-natal e puerpério. A assistência pré-natal, com ultra-sonografia de primeiro trimestre, é fundamental para o estabelecimento precoce de um diagnóstico fetal, o que tanto possibilita intervenções terapêuticas quando há o diagnóstico de patologias fetais viáveis quanto possibilita a oportunidade de optar por interromper a gestação nos casos de diagnósticos de inviabilidade de sobrevivência fetal, quando for a escolha da mulher. Nesses casos, os casais são adequadamente orientados quanto ao diagnóstico fetal, risco materno e opções por manter ou interromper a gestação.

A dificuldade maior enfrentada, senhoras e senhores Ministros, pelos serviços, o que inviabiliza a integralidade dessa assistência e dessa atenção, é o limite da lei que proíbe a implementação de uma decisão já tomada pelas mulheres.

O importante fator no processo de decisão é o diagnóstico precoce, pois, com doze semanas de gestação, não há ainda alterações gravídicas evidentes, a mulher não sente movimentação fetal e o vínculo mãe e feto ainda é incipiente. Assim, o diagnóstico precoce pode amenizar o sofrimento das mulheres, mesmo que a interrupção, nestes casos, possa ser realizada quando a mulher decidir.

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.

Se a gravidez prevê a idealização de uma criança saudável, independente de ser planejada, a revelação do diagnóstico de inviabilidade fetal provoca desnorteamento e desespero, que refletem um choque emocional e uma frustração, presentes no depoimento seguinte.

"Lá, na hora, eu não sabia o que fazer nem como chegar em casa. Minha perna ficou trêmula, queria me trancar e não falar com ninguém".

Muitas vezes, a falta de participação do companheiro diante do diagnóstico tão devastador para a mulher dificulta o processo de decisão.

"Ele falou que não queria saber, que não queria, tipo assim".

Sobre o dilema de interromper ou não a gestação, trago as falas de duas mulheres, que chegaram ao nosso serviço

recentemente, e, após um atendimento integralizado, optaram por interromper a gestação.

"Estava sendo atendida por meu médico particular. Ele até me deu a opção por interromper minha gestação mediante a autorização judicial, mas não sabia me orientar quanto a como proceder, então vim procurar este serviço. Optei por ser atendida em um serviço público, mesmo tendo direito a atendimento pelo meu convênio, pois aqui estou tendo um atendimento especializado; e, hoje, com quinze semanas, tanto eu como meu marido estamos optando por interromper a gestação e nos encontramos bastantes seguros desta decisão."

Outra fala de outra mulher:

"Após procurar por dois meses assistência, me senti acolhida, protegida, bem cuidada; hoje, me sinto fortalecida e apta a retornar às minhas atividades e para minha família, pois, desde o diagnóstico fetal até encontrar essa assistência, praticamente deixei de viver." Uma mulher grávida de vinte e oito semanas.

"Foi a melhor opção".

Estas foram as falas de trinta e quatro mulheres, sendo catorze que não realizaram a interrupção e vinte que realizaram.

Nem todas as mulheres optam pela interrupção da gravidez, mas aquelas que optam deveriam ter esse direito garantido, assim como as que optam por continuar a gravidez já o tem. É o direito de escolha que concretiza o direito à saúde reprodutiva e o direito à saúde física e psíquica da gestante em caso de anomalia incompatível com a vida extra-uterina.

Algumas normativas nacionais e internacionais:

A impossibilidade do exercício da escolha de interromper a gravidez configura uma grave violação aos direitos humanos das mulheres, tanto no que se refere ao seu direito à saúde reprodutiva quanto ao seu direito de estar livre de toda forma de tortura ou de tratamento desumano ou degradante.

Nosso País deveria observar o que vem acontecendo no plano internacional em relação, por exemplo, às respostas que o Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas vem ofertando no plano global. Este Comitê, em duas oportunidades, já se manifestou sobre o assunto: em 1996, considerou que a possibilidade de um aborto gerar uma penalidade criminal representa uma forma de tratamento desumano em relação às mulheres; em 2005, considerou que a impossibilidade de interromper a gravidez, em caso de gestação de feto anencéfalo, foi causa de grande sofrimento. Tratava-se do caso específico de Caelli, uma jovem mulher peruana, que, aos 17 anos de idade, viu-se confrontada com uma gravidez de feto anencéfalo.

Após receber o diagnóstico e considerar o seu futuro, expressou o seu desejo de antecipar o parto, evitando a extensão de um sofrimento desnecessário. No entanto, viu-se obrigada a viver, ainda tão jovem, a tortura de parir sem o alento do seguimento da presença do feto. E por quê? Pela negação do Estado em ofertar uma resposta condizente com suas necessidades.

O caso foi conduzido ao Comitê de Direitos Humanos, que foi muito explícito, afirmando que a negação de um aborto nesta situação e neste caso particular havia causado problemas à saúde

mental; e que, seguir com a gestação, poderia ser considerado como um tanto cruel e desumano de Caelli.

Lembro aqui, senhor Ministro, o caso de Severina, a mulher paraibana que teria acesso à interrupção em 20/10/2004, pela liminar do STF. Mas a liminar foi cassada naquele mesmo dia. Ela teve de se submeter a um (???), e somente conseguiu autorização ao final da gravidez, porque apresentava risco de morte. Severina é a personagem do documentário realizado pela ANIS, do qual um trecho foi apresentado em audiência anterior a esta.

Quero retornar aos princípios do SUS. Faz-se urgente a permissão da interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, para que as mulheres possam ter suas necessidades de saúde atendidas e garantidas.

É fato que as mulheres com maior poder aquisitivo, senhor Ministro, têm acesso à informação e, portanto, têm possivelmente acesso ao procedimento da interrupção, o que não acontece com a maioria das mulheres brasileiras. As mulheres que decidem por interromper essa gravidez seguramente passam por um longo processo de sofrimento, com gravíssimos impactos sobre as esferas de suas vidas. Entretanto, a experiência tem mostrado que o sofrimento decorrente da não-interrupção não é tão menor assim.

Ressalto também o sentimento de alívio que as mulheres têm, como disseram as falas, quando se abre para elas a possibilidade de se desvencilhar do peso enorme de serem obrigadas

a levar adiante a gravidez, pois sabem que, ao final, não terão o filho esperado. Ele será um natimorto.

Finalmente, senhores e senhoras, Ministros, Ministras e demais presentes nesta sala, é importante reforçar que, 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.

Finalmente, o cenário relativo a mulheres grávidas de fetos anencéfalos, no Brasil, é uma parte da situação de abortamento inseguro no Brasil que configura um grave problema de saúde pública, pois, quando as mulheres não encontram respaldo legal para interromper a gravidez, passam a procurar serviços clandestinos, geralmente inseguros.

Muito obrigada.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutor Luís Roberto Barroso.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Excelentíssimo Senhor Relator, Dr^a Eleonora de Oliveira, em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer muito por a senhora estar aqui emprestando o seu prestígio e a sua experiência para defender a nossa causa que consideramos justa.

Gostaria de fazer duas perguntas a senhora, uma para pontuar um aspecto que me pareceu importante na sua exposição, e outra, colhendo um pouco da sua experiência.

A primeira pergunta é mais genérica. Nós, em sessões passadas, ouvimos o depoimento, ou presencial, ou por audiovisual, de duas mulheres que interromperam a gestação. Elas depuseram no sentido de que fizeram aquilo que acharam melhor e que estavam muito realizadas com a sua escolha. E ouvimos, hoje, dois depoimentos de mulheres que optaram por não interromper a sua gestação, as quais também pareciam muito realizadas com a sua escolha.

O ponto que nós sustentamos, e gostaríamos de saber se a senhora está de acordo - e assim deve ser a vida, e assim deve ser o tratamento jurídico desta matéria -, é que cada mulher deve ter o direito de escolher aquilo que considera melhor para si - cada pessoa sofre de uma forma. A senhora concorda com isso?

A SRA. ELEONORA MENECCUCCI DE OLIVEIRA - Inteira e plenamente. Não só eu, mas a instituição que represento, aqui, e os meus colegas da Universidade Federal de São Paulo, no Departamento de Medicina Preventiva, porque acho que, realmente, é aí que está o ponto.

Não é possível uma decisão garantir os direitos de apenas uma parte da população de mulheres. É necessário que o direito de todas as mulheres seja garantido. Aquelas que acharem que devem levar a termo uma gravidez de feto inviável que o façam -

é uma escolha pessoal delas -, como eu disse, é de ordem do privado; e aquelas que decidem por não levar a termo essa gravidez, elas também terão o seu direito garantido para o exercício desse direito.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Tenho uma segunda pergunta. Estou conhecendo a senhora agora, as nossas perguntas, portanto, não são combinadas. Estou preparado para a senhora responder aquilo que corresponda à sua convicção.

A senhora tem uma larga experiência no atendimento de mulheres vítimas de estupro que desejam interromper a gestação e que procuram o SUS. A senhora acha que o SUS está capacitado a cuidar de mulheres grávidas de fetos anencefálicos da mesma maneira? E complementando: A senhora acha que a desnecessidade de ir à polícia ou à Justiça, no caso de estupro, deveria ser estendida ao caso dos fetos anencefálicos? A senhora acha que isso poupa sofrimento à mulher?

A SRA. ELEONORA MENECCUCCI DE OLIVEIRA - Não tenho dúvida, sou totalmente favorável a isso. Defendo, no serviço do qual estou como coordenadora, hoje, que é a Casa de Saúde Domingos Delásccio, da UNIFESP, que atende mulheres em situação de violência sexual e que desejam interromper a gravidez de estupro até doze semanas, que a interrompam no próprio Hospital São Paulo, no 8º andar.

Para nós, o que importa é o desejo dessas mulheres, a fala delas e a co-relação com a idade gestacional e a última

menstruação. Portanto, é o desejo dessas mulheres, e o SUS está absolutamente adequado para continuar prestando esses serviços às mulheres em situação de violência sexual. 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.

Então, para nós, as mulheres não devem ir a uma instituição judiciária ou de segurança pública pedir autorização para exercer um direito que é da ordem do privado. É uma questão de saúde pública; é uma questão de qualidade de saúde e de necessidade de saúde das mulheres brasileiras hoje.

Acho que o SUS está absolutamente apto a acolher essas mulheres e fazer um atendimento integral. Falo porque sou uma fundadora do SUS e uma militante no Sistema Único de Saúde dentro da Universidade e, também, pesquisadora.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Estou satisfeito, senhor Relator.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutora Grace.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Doutora Eleonora, eu a parabenizo pela exposição.

Aproveito a oportunidade, senhor Ministro, para pedir alguns esclarecimentos adicionais com relação à questão do diagnóstico precoce: Quanto à segurança de que, efetivamente, o feto é anencefálico, é possível se ter esse diagnóstico precoce?

A SRA. ELEONORA MENEUCUCCI DE OLIVEIRA - Sim, sem dúvida nenhuma. A ultra-sonografia, no primeiro trimestre de gravidez, é o único procedimento que temos, corretamente, que vai nos dizer, como outros colegas já assim disseram aqui, o diagnóstico de inviabilidade fetal, e mostrar às mulheres e ao casal a situação pela qual eles passarão durante nove meses. Então, é possível, sim; temos altas tecnologias.

E eu enfoquei, aqui, que essa informação é fundamental para ser dada às mulheres, sem nenhum milímetro a mais nem a menos. É a informação que um cirurgião ou cirurgiã transmite. Então, o Sistema Único de Saúde tem todas as condições de fornecer um diagnóstico precoce no primeiro trimestre da gravidez.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Muito obrigada.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR)- Doutor Mario José Gisi?

O SR. MARIO JOSÉ GISI (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Não tenho pergunta, Excelência.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR)- Agradeço a colaboração da Conectas Direitos Humanos e Centro de Direitos Humanos, na voz da Professora Eleonora Menecucci de Oliveira. Essa exposição - creio -, como também a anterior, foi proficiente, partindo, como já ressaltado, do ponto de vista segundo o qual cabe à mulher definir se quer, ou não, interromper a gravidez no caso de feto anencéfalo.

Suspenderemos a Sessão por dez minutos.

S U S P E N S A

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Peço a gentileza de ficarem de pé, considerada a liturgia da Corte.

Vamos sentar. Fiquem à vontade.

Está reaberta a Sessão.

Daremos seqüência aos trabalhos, ouvindo agora a Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, Secretária da Presidência da República, Doutora Nilcéa Freire, que também é presidente do Conselho Nacional de Direitos da Mulher.

A SRA. NILCÉA FREIRE - Bom dia, senhor Ministro Marco Aurélio. Cumprimentando o senhor Ministro, cumprimento todos os presentes aqui nesta audiência.

Em primeiro lugar, quero dizer da minha satisfação de presenciar este momento tão importante de discussão. Essa iniciativa tomada nesta Corte engrandece o Judiciário brasileiro e torna a decisão que for tomada uma decisão com legitimidade muito mais ampla e maior junto à sociedade brasileira. Portanto, ousou, em nome das mulheres brasileiras, agradecer essa iniciativa, qualquer que seja a decisão tomada.

Quero, inicialmente, permitir-me fazer algumas observações, tentando não ser repetitiva com relação a tudo aquilo que já foi apresentado nas três audiências públicas que aconteceram anteriormente. Foram apresentadas visões de diferentes especialistas, de militantes e de pessoas que têm tanto convicções pessoais quanto políticas e científicas diferenciadas, e isso tem engrandecido o debate.

A minha razão para estar aqui é o fato de presidir o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que, desde 2004, se manifestou favoravelmente à interrupção da gravidez quando a gestação é de um feto anencéfalo.

O posicionamento do Conselho, que agora, em 2008, fez-se novamente na mesma direção e que foi exposto aqui pela Dra. Jacqueline Pitanguy, na última audiência pública, tem como princípio o direito de escolha das mães.

Permito-me colocar esse direito de escolha como um direito de escolha informado, mas que não está sujeito à tutela. O nosso princípio de trabalho é que, em quaisquer circunstâncias, as mulheres sejam vistas como sujeitos de direito e, portanto, respeitadas como tal.

Em muitas falas, em muitos posicionamentos anteriores, nesta audiência ou em outros espaços, há uma clara percepção de que esses discursos trazem embutido um preconceito, como se as mulheres não tivessem a capacidade de tomar decisões sobre seu corpo, sua vida, seu destino e, portanto, necessitassem

de tutela - seja ela do Estado, seja de instituições de qualquer natureza religiosa ou da própria instituição médica. As mulheres não necessitam de tutela; elas necessitam de informação e apoio para tomarem as suas decisões.

Um outro princípio sobre o qual o Conselho Nacional de Direitos da Mulher tomou a decisão, tanto em 2004 quanto em 2007, de manifestar-se publicamente é o da equidade, já exposto pela Dra. Eleonora Menecucci. Portanto, o Conselho, que representa todas as mulheres brasileiras em toda a sua diversidade, tem que propugnar pela garantia de que qualquer procedimento, qualquer decisão e qualquer nível de assistência às mulheres sejam garantidos a todas as mulheres, independentemente de sua renda, de sua origem social e da região do país em que tenha nascido.

Por isso, quando estamos discutindo a possibilidade de interrupção da gravidez por anencefalia, estamos discutindo sobre a adoção dos procedimentos em nível do Sistema Único de Saúde, para que as mulheres mais pobres possam ter acesso, e, também, estamos discutindo, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, a ampliação deste acesso. E como representante do governo brasileiro, quero aqui manifestar, como manifestou o Ministro José Gomes Temporão, a necessidade de ampliação deste acesso, na medida em que seja a decisão pela possibilidade de interrupção voluntária da gravidez.

O terceiro embasamento pelo qual o Conselho veio a público se manifestar diz respeito àqueles tratados internacionais

e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário, e que nada tem a ver com qualquer invasão dos limites da soberania do nosso país ou de adoção dessas convenções e desses tratados, sem que o nosso país tenha sido ouvido. Foi insinuado em falas anteriores que essas convenções são tratadas como uma imposição externa, tanto ao Direito brasileiro quanto à vontade da sua sociedade.

Cabe lembrar que, há décadas, as conferências de direitos da Organização das Nações Unidas foram conseqüências de amplos debates, na sociedade aqui no Brasil ou em outros países do mundo, envolvendo a movimentação das mulheres na busca da inclusão do reconhecimento dos seus direitos como parte inalienável, inseparável dos direitos humanos, já consagrados desde 1983, quando, na Conferência de Viena dos Direitos Humanos, os direitos das mulheres foram reconhecidos como parte integrante do conjunto dos direitos humanos. Por conseguinte, a América Latina e o Brasil têm a dizer, sim, e já o disse, na Conferência do Cairo, na Conferência de Beijing, e na conferência que deu origem à convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher - a convenção mais completa sobre os direitos das mulheres - , e na convenção de Belém do Pará, que veio para punir e erradicar toda forma de violência contra as mulheres, entendendo como violência qualquer procedimento que cause sofrimento psíquico ou físico a qualquer mulher, garantindo a cada cidadã do nosso país e de todos os países da nossa região - posto que esta seja uma

Convenção da Organização dos Estados Americanos - uma vida livre de violência.

Assim, é em nome dessas três questões que o Conselho se manifestou e que eu, como Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, estou aqui.

Estou aqui, também, porque tenho, como Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, o dever de implementar o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

O governo brasileiro, em 2004, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, entendendo que a participação da sociedade, na formulação das políticas públicas, é absolutamente importante, convocou a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Desta conferência emergiram os princípios e diretrizes que conformaram o Primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi avaliado em 2007, na Segunda Conferência Nacional, e que deu origem ao Segundo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Tanto o primeiro quanto o segundo plano - no segundo de maneira aperfeiçoada, posto que partisse de uma avaliação da sociedade - têm um capítulo que diz respeito à saúde integral das mulheres, seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos.

Na primeira conferência, foram ouvidas, em todas as suas etapas - as etapas municipais, estaduais e a nacional -, cento e vinte mil mulheres brasileiras. Na segunda conferência, nas três

etapas, foram ouvidas cerca de cento e noventa e cinco mil mulheres brasileiras de todas as regiões e em todos os Estados do País. 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. A ultra-sonografia só foi introduzida no Brasil - isso do ponto de vista histórico é nada - em 1976, a partir de então, as mulheres brasileiras passaram a ter acesso ao diagnóstico por ultra-sonografia. Eu quero dizer que fui beneficiária disso, mas havia poucos serviços que faziam ultra-sonografia no Rio de Janeiro - onde eu resido e sou natural. Só havia um serviço confiável para ultra-sonografia, que era na maternidade-escola pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro à época.

Portanto, tanto na primeira quanto na segunda conferência, isso foi votado, deliberado; e, tanto no primeiro plano quanto no segundo, do qual a Secretaria é guardiã, coloca-se a necessidade de apoiar as mulheres e ampliar o acesso das mulheres a todos os procedimentos que possam garantir-lhes plena saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, em 2004, o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em celebração ao

Dia Internacional da Mulher, lançaram o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal. Este pacto é um exemplo de mobilização social em torno de uma causa extremamente importante, redução da morte materna, e vem obtendo resultados importantes. 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.

O meu tempo está se esgotando, eu não vou repetir, tenho um documento, depois estará acessível, colocando toda a questão da tortura psicológica, do direito das mulheres a uma vida livre de violência, mas eu preferi contextualizar a posição do Conselho, neste momento, agregando estas questões.

Não trouxe nenhum caso. Sou Médica formada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pude ver e discutir casos. Não é a minha especialidade, sou parasitologista, trabalho na área de doenças infecto-parasitárias, mas vou me permitir falar de mim.

Vivi a expectativa muito angustiante, quando grávida do meu primeiro filho, de um diagnóstico de polidrâmnios - ele não é uma causa, mas a consequência de algum tipo de ocorrência com o feto - que me foi passado pelo meu obstetra - à época, era meu professor na Faculdade de Medicina; eu era estudante do quinto ano de Medicina. Para quem não sabe, é no quinto ano que nós fazemos a cadeira de obstetrícia. Eu era aluna, nesse momento, da cadeira de

obstetrícia -, portanto, quando tive o diagnóstico de polidrâmnios, cheguei em casa e, obviamente, fui ler o que isso significava: uma das possibilidades do polidrâmnios era de que houvesse uma gestação por feto anencéfalo.

Como eu disse anteriormente, os procedimentos de diagnósticos, à época, eram muito mais precários; a ultrasonografia dava uma leve, apenas uma leve possibilidade do que seriam os contornos fetais, nem de longe tinha a resolução e a precisão que os procedimentos ultra-sonográficos têm hoje. Eu vivia a angústia do não-diagnóstico, da incerteza até o nono mês da gravidez. Felizmente, não era essa a causa; meu filho teve outros problemas e os superou no período perinatal. É uma pessoa, hoje, de trinta anos, saudável, vai me dar a alegria da minha primeira neta que nasce em outubro.

Quero, aqui, compartilhar com vocês que, se eu tivesse tido a possibilidade do diagnóstico, àquela época, teria sido muito importante, inclusive para a saúde da minha gestação que, a partir desse diagnóstico, foi muito difícil, angustiada, o que levou a um parto com algumas complicações.

Agradeço esta oportunidade e parablenizo esta Corte e digo que nós do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, confiamos que a decisão tomada será a melhor para garantir a cada mulher desse país o direito a uma vida plena de saúde, a uma vida plena de cidadania.

Muito obrigada.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Sem dúvida alguma, a Senhora será avó por merecimento, não por idade.

Doutor Luís Roberto Barroso, com a palavra.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Senhor Ministro Marco Aurélio, eu também teria esta observação a fazer, a única surpresa no depoimento da nossa Ministra foi saber que será avó tão precocemente.

Tenho muito prazer e muita honra de ter a Professora Nilcéa Freire aqui. Ela foi Reitora na Universidade do Estado do Rio de Janeiro há muitos anos, numa gestão extremamente profícua.

Gostaria apenas de pontuar se Vossa Excelência não acha que esse debate é, de certa forma, uma nova etapa de conquistas dos direitos da mulher?

As mulheres conquistaram o direito de ir à escola na virada do século; de votar em 1932; viver independentemente do seu marido, em 1963; deixaram de ser relativamente incapazes; em 88, as mulheres têm, pela Constituição, equiparação no mercado de trabalho, e passam a ter o direito de formar uma família, mesmo que não queiram ter um casamento, de modo que, agora, talvez se tenha chegado à conquista mais difícil que é a da liberdade reprodutiva, a dos seus direitos reprodutivos, e, sobretudo, o direito de escolher se e como quer sofrer.

Agradeço muito a participação de Vossa Excelência. Gostaria de pedir apenas que confirmasse o entendimento de que esta

é a nova conquista que as mulheres precisam ter, a conquista do novo milênio de ter controle sobre os seus direitos reprodutivos.

A SRA. NILCÉA FREIRE - Professor Luis Roberto, muito obrigada pela gentileza e, também, ao Ministro Marco Aurélio.

Certamente é mais uma etapa. É bom lembrarmos que, neste ano, a nossa Constituição Cidadã cumpre vinte anos. Foi essa Constituição que permitiu, inclusive, ao Brasil retirar as ressalvas à Convenção CEDAW. Quando o Brasil assinou, pela primeira vez, a Convenção o fez com ressalvas, tendo em vista que a Constituição brasileira, no capítulo referente à família, era incompatível com aquilo que estava na Convenção do ponto de vista do pátrio poder, da necessidade de o marido autorizar uma série de questões em relação à mulher, à posse do poder sobre os filhos. Portanto, só após a Constituição de 88 é que o Brasil pode retirar as ressalvas à Convenção CEDAW e, depois, assinar o seu protocolo facultativo que estabelece obrigatoriedade, inclusive, dos relatórios.

É tão importante essa nova etapa, que estamos discutindo, nesta Corte, no Supremo Tribunal Federal, em audiência pública, este tema. E é mais importante ainda porque a consequência imediata da deliberação, tomada a partir dessa discussão, permitirá adoção e ampliação de políticas públicas que garantam os direitos. Eu diria que essa etapa da vida das mulheres brasileiras se caracteriza para além do reconhecimento dos direitos. Nós lutamos muito para que os direitos fossem reconhecidos, agora é preciso que

eles sejam garantidos e efetivados através de políticas públicas. É isso que o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres propõe: direitos, inclusive o direito de escolher e de viver plenamente a maternidade, da maneira que entender, que possa ser exercido pela mulher, seja no serviço privado ou na medicina liberal, mas garantido, essencialmente, no serviço público a todas as mulheres brasileiras.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Caríssima doutora Grace.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Ministra, também registrando, aqui, o reconhecimento pela exposição tão rica. Só um questionamento em relação às colocações que foram feitas no que se refere ao acompanhamento psicológico, pelos dois lados. O Sistema Único de Saúde dispõe de condições de estrutura para fornecer esse acompanhamento psicológico àquelas gestantes que fazem a opção, ou que poderão, após a decisão da Suprema Corte, com toda a legitimidade, fazer a opção pela interrupção da gravidez?

A SRA. NILCÉA FREIRE - Hoje, os serviços existentes para a interrupção voluntária da gravidez, para o abortamento legal, dispõem de equipes multidisciplinares aptas a fazerem esse acompanhamento.

Não seria correto dizer que esses serviços são no número desejado. No entanto, estamos trabalhando em conjunto com o Ministério da Saúde. Há um planejamento e meta de ampliação de mais

serviços, todos eles com previsão de equipes multidisciplinares para fazerem o acompanhamento.

Eu diria que, 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.

O SR. MÁRIO JOSÉ GISI (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Cumprimentando-a também pela brilhante exposição, gostaria de saber da Ministra, diante do quadro colocado de que não é uma extensão completa no país dessa assistência, se haveria necessidade dessa tutela à mulher pelo Estado na decisão que ela viria a tomar ou uma necessidade de impedimento à que a mulher deliberasse por conta própria, em face de uma eventual carência no sistema de atendimento?

A SRA. NILCÉA FREIRE - Ao contrário, a carência que por ventura existe no sistema de atendimento deve-se, também, pelo impedimento legal. Ou seja, há uma limitação da implantação de serviços na medida em que há um questionamento do ponto de vista formal, legal.

À medida que esse óbice desaparecer, teremos uma facilidade maior, porque muitos serviços deixam de ser criados, não por falta de recursos para criá-los, mas por resistência à criação, tendo em vista os questionamentos legais que possam surgir da

existência dos serviços em cima e sobre os médicos que atendem a eles.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - É a grande questão da insegurança jurídica, não é?

Agradeço a contribuição da Doutora Nilcéa Freire em exposição clara, precisa, sobre a matéria.

Certamente, será levado em conta pelos integrantes da Corte no desfecho dessa argüição de descumprimento de preceito fundamental.

Muito obrigado, portanto, a Sua Excelência.

Ouviremos agora o Doutor 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 do 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.

Com a palavra o ilustre Doutor Talvane Marins de Moraes.

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio de Mello, Presidente desta Audiência, Senhor Procurador, Mário José Gisi, ilustre Ministra Nilcéa Freire, que me antecedeu, uma das colegas mais prestigiadas da nossa área da medicina, senhoras e senhores presentes nesta Audiência.

A razão de eu estar aqui, Ministro, é porque me foi solicitado que representasse a Associação Brasileira de Psiquiatria, uma entidade que congrega os psiquiatras de todo o país - como coloquei aqui no quadro -, representando, inclusive, cinqüenta e quatro federadas e seis núcleos nos diversos Estados.

Para evitar quaisquer dúvidas, o número acima do que tem nos Estados é porque, em muitos deles, temos várias federadas.

Essa associação foi criada em 1966 e tem por objetivo exatamente dirigir as metas na área de saúde mental no que se refere à psiquiatria no Brasil.

Temos atualmente cinco mil e quinhentos associados e realizamos o terceiro maior congresso de psiquiatria do mundo, o primeiro é o americano, o segundo é o mundial e o terceiro é o nosso, para nossa honra.

A principal preocupação na nossa Associação é com a saúde mental do ser humano. A saúde, nós entendemos, é um bem-estar biopsicossocial - como está definido pela Organização Mundial de Saúde -, acrescido, recentemente, da idéia de qualidade de vida. É nesta linha que eu vou desenvolver o meu raciocínio. Vou procurar obedecer ao tempo.

Temos que a psiquiatria - como todos sabem - é um ramo da medicina, portanto, uma atividade médica. Existem outras áreas convergentes sobre a questão da saúde mental, mas nos preocupamos, basicamente, com a psiquiatria. Ela cuida dos transtornos mentais e da saúde mental da população; tem, portanto,

um trabalho que se dirige para o público, embora a nossa Associação seja uma organização privada. A atenção principal é a qualidade de vida e dignidade da pessoa humana. Esta é a nossa preocupação e está nas nossas diretrizes esse tipo de observação.

As anomalias na formação e desenvolvimento do feto, anencefalia em especial, que é o motivo desta Audiência, e o enfrentamento psicológico da questão pela mulher.

A nossa Ministra Nilcéa já antecipou uma série de questões aqui e os que me antecederam - tenho acompanhado pela televisão as audiências - falaram exaustivamente sobre a anencefalia. Vou apenas tocar em alguns pontos, mas, obviamente, a discussão principal é a da saúde mental.

Há muita dúvida entre as pessoas leigas sobre o que seja tristeza e depressão. Fala-se, às vezes - alguns argumentam contra -, a respeito da depressão.

Depressão é uma variação de humor normal no ser humano, assim como a alegria, a tristeza também é normal. A depressão é anormal - confundi os termos, desculpe. Então a alegria é normal no ser humano; e, diante de determinados percalços da vida, aspectos existenciais, podemos ter tristeza. Alguns têm até em razão de paixão clubística, quando o clube perde.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - É o meu caso!

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Meu também, os cariocas hoje estão totalmente fora do campeonato brasileiro.

Portanto, quando algumas mulheres referem estar triste, não se trata de depressão, é o que nós chamamos de luto - quando há uma grave perda. Todas as pessoas que perdem alguma coisa, um ente querido, uma situação econômica, de alguma maneira, essas pessoas experimentam uma reação de tristeza, que nós qualificamos como luto, mas que 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. Portanto, este aspecto é importante que nós tenhamos.

Eu fui buscar alguns estudos. Nós temos um estudo, no Brasil, muito interessante - que foi feito por alguns colegas que estudaram esse assunto, Costa e autores -, sobre a questão das mulheres que superam a perda de forma rápida, sentindo-se aliviadas, por quê? A mulher que se submeteu à antecipação terapêutica do parto - como nós, médicos, preferimos falar, e vou mais adiante justificar por que -, conseqüente à gestação de fetos anencéfalos, assim elabora; e, aqui, nós temos o depoimento de uma moça de dezoito anos, primeira gestação, de feto anencéfalo, que diz o seguinte:

Eu me senti uma vitoriosa, porque era a única coisa que eu poderia fazer por ela - no caso, o feto -, naquele momento. Não poderia fazer mais nada e eu tinha que ter força para aquilo, até me senti uma vitoriosa.

Ou seja, ela saiu da tristeza que é normal, do luto e partiu para uma superação de se sentir, inclusive, engrandecida por haver adotado ou permitido que se adotasse uma antecipação terapêutica de um parto que, para ela, não tinha solução, porque foi esclarecida. Como a Dra. Nilcéa explicou, nós médicos fazemos questão, hoje em dia, do ponto de vista ético, de fazer o chamado esclarecimento informado para o paciente.

Aqui, temos outra conclusão deste trabalho de Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa, que foi o trabalho anterior, Ellen Hardy, Maria José Duarte e Aníbal Faúndes, que considero ser o trabalho mais completo que já se fez no Brasil até hoje sobre essa questão da interrupção da gestação em razão de anencefalia. Então, diz aqui, na conclusão do trabalho:

A interrupção da gravidez aconteceu porque a vida do bebê não era viável e não porque a gravidez era indesejada.

Esta é uma grande diferença de situação de aborto, do ponto de vista psicológico. A gravidez indesejada pode levar ao aborto, como leva também ao infanticídio, muitas vezes. Neste caso, ficou claro que a gravidez não era indesejada, porque foi esclarecido à mulher que, na realidade, o bebê era inviável, que ele era um natimorto, por assim dizer.

Assim, vale lembrar que atualmente se tem debatido a possibilidade que, nos casos de anormalidade fetal incompatível com a vida, a

interrupção da gravidez não deveria ser classificada como aborto induzido, nem na área médica, nem na área jurídica, mas, sim, como parto prematuro terapêutico, conseqüentemente não estaria incluído nos escopos das restrições legais do aborto.

Rapidamente, já foi falado aqui, em sessões anteriores, que há de se diferenciar a merocrânia e a crânia da anencefalia. Às vezes, isso não é, em determinadas situações, feito adequadamente e, aí, se tem a falsa idéia de que houve um caso de anencéfalo que sobreviveu durante muitos meses, etc.

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, que hoje o Direito já aceita pacificamente, morte encefálica, em que a Medicina colocou claramente essa situação em que é um fato irreversível, é um fato no qual a vida de relação não subsiste, permanecendo apenas o aspecto da vida vegetativa. Por isso, para fins, inclusive, de doação de órgãos, é admitido, hoje, o diagnóstico de morte encefálica, que é feito com todo cuidado. Existe um protocolo para se fazer isso.

(DATA SHOW)

Na criança normal, temos, aqui, o encéfalo. O cérebro é este conjunto. No cérebro, em razão de desorganização, temos a

acrania; e, no encéfalo, só existe o tronco cerebral, nada mais do que isso.

Aqui, há algumas fotos e vou passar, porque já foram mostrados casos de anencefalia. A ultra-sonografia mostra a possibilidade, hoje, de diagnóstico, e vê-se perfeitamente o quadro de anencefalia.

Então, na interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida, qual foi a vivência das mulheres brasileiras? É aquele trabalho que há pouco apontei e está reproduzido, publicado em questões de saúde reprodutiva no ano de 2006.

Tatiana, dezenove anos, segunda gestação, gravidez de anencéfalo. Na decisão de interromper a gravidez, o que ela diz com suas próprias palavras:

Então, aí, eu optei fazer porque não adiantava eu ficar com uma criança que não ia sobreviver, eu iria só manter uma esperança - e chamaria atenção nesse aspecto -, sabe? Eu já tinha comprado as coisinhas, roupinhas para ele e tudo, está até guardadinho até hoje, certo. Então, adiantava eu ficar mantendo a esperança? Vê, sentia ele mexendo na barriga, porque, se ele ia morrer...

Essa vivência, que a nós psiquiatras interessa muito, é exatamente de perda da expectativa futura, porque sabemos que toda mulher - e as mulheres sabem melhor do que nós, com toda

ciência - tem na gravidez uma esperança do surgimento de um novo ser, do filho, que é algo profundamente sagrado, e vimos aqui a citação de alguns casos.

Nesse caso, diagnosticada a anencefalia e mostrado à paciente a opção de antecipar o parto ou não, ela optou por antecipar e disse exatamente isso. Resumo desse trabalho:

Diante de anormalidades fetais incompatíveis com a vida, coloque-se as opções de abortamento ou nascimento, será seguido de óbito.

Chamo atenção a esse resumo, que não foi escrito por mim, é o resumo do trabalho que citei.

Esse trabalho descreve a vivência de dez mulheres que tiveram a gravidez interrompida, no Hospital Universitário Brasileiro, devido à anormalidade fetal incompatível com a vida.

As mulheres foram entrevistadas aproximadamente quarenta dias após o procedimento. A experiência foi marcada pelas fortes emoções dessas mulheres, que sofreram um choque terrível ao saber o diagnóstico realizado entre treze e vinte e cinco semanas de gestação. Elas choraram - e aí vem o luto - e vivenciaram medo, desespero, angústia, sensação

de inutilidade e não-aceitação da situação, seguindo-se uma fase em que a situação é consumada e realmente elas superaram.

Ao tomar a decisão de interromper a gravidez, as mulheres sentiram tristeza, desespero, culpa, e esses sentimentos causaram intenso sofrimento. Saber que o feto teria que ser morto, foi a parte mais difícil de aceitar; no entanto, posteriormente, elas se sentiram satisfeitas com a decisão que haviam tomado, entendendo que tinha sido a resolução correta, apesar da angústia dela advinda.

A inclusão da interrupção na gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida na legislação brasileira ajudaria a reduzir o sofrimento das mulheres.

Esse é um dado importante, quer dizer, essas mulheres sofrem quando obrigadas a manter aquela gravidez já sem esperança até o final, e contribuiria para oferecimento de cuidados adequados por parte do serviço de saúde.

O Ministro José Gomes Temporão, já foi falado aqui, apóia a tese - eu não vou ler a manifestação dele que é do conhecimento de todos. Gostaria de chamar atenção, do ponto de vista médico - parece-me que já foi mostrado por um colega -, isso aqui é um eletroencefalograma de pessoa normal, bebê recém-nascido

com vida normal; em seguida, um eletroencefalograma de anencéfalo. Anteriormente vimos as ondas cerebrais típicas; aqui, não há ondas cerebrais no anencéfalo. Desculpem, eu pulei aqui -, então as ondas cerebrais estão isoelétricas, quer dizer, não há manifestação e é semelhante ao que acontece na morte encefálica: as ondas também são isoelétricas. Esse é um dado significativo e objetivo para termos a idéia do que acontece com o anencéfalo.

Também, outro dado importante é do ponto de vista da arteriografia cerebral. Na arteriografia cerebral, onde há irrigação do encéfalo, há vida. O diagnóstico de morte encefálica, por exemplo, é feito dessa forma, onde não há mais vida encefálica e, portanto, é uma situação incompatível com a vida

Sobre a resolução do Conselho é muito importante falarmos, mas rapidamente - já estou com o tempo esgotado; o Ministro foi bondoso comigo.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Não, imagina. O senhor pode prosseguir um pouco mais. A tolerância tem sido adotada de forma linear.

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - E que é uma situação maravilhosa das pessoas, a questão da tolerância, principalmente num Ministro do Supremo.

O diagnóstico de anencefalia ocorre, sabemos também, por um erro de fechamento do tubo neural. Representa a segunda malformação congênita mais comum. Já deve ter sido dito aqui ao Ministro, pois sei que o Ministro cultua o vernáculo, que a

medicina tem uns erros. Malformação deveria ser má-formação. Mas malformação se consagrou, e nós falamos em malformação seguidamente. Assim aprendemos na faculdade e assim repetimos.

A anencefalia é incompatível com a vida. Não há atividade cortical, corresponde à morte cerebral.

Esse é um dado importantíssimo do ponto de vista médico. Tratado de Obstetrícia, de Williams, publicação da Editora Guanabara, ano 2000.

O Brasil é o quarto país em freqüência de anencefalia no mundo - dados da Organização Mundial de Saúde. Portanto, é um problema de saúde pública, problema sério em nosso país. Alguém diria: Mas por que no nosso país? Por causa de condições nutricionais, etc. Há uma série de fatores.

Um estudo feito em 41 países em cinco continentes, 90% dos países desenvolvidos e 20% daqueles em desenvolvimento permitiam a interrupção de gestação em casos de anencefalia, já em 1994. Esse é um trabalho de 2004. 75% dos fetos anencéfalos morrem dentro do útero. É outro dado de saúde pública também. 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.

Hoje, com os progressos da ultra-sonografia, não há dúvida nenhuma. É um exame inócuo, não evasivo, pode ser, inclusive na dúvida, repetido várias vezes até que se tenha certeza absoluta. Isso para a assessoria do Judiciário que se poderá fazer. Aí, já é a minha cabeça médico-legal pensando.

A morte encefálica, consequência de um processo irreversível - isso é resolução do Conselho Federal de Medicina, em 1997, sendo anencéfalo o resultado desse processo -, sem qualquer possibilidade de sobrevivida, por não possuir a parte vital do cérebro.

Está na Resolução 1.752/2004, do Conselho Federal de Medicina. Diga-se de passagem que as normas e resoluções do Conselho Federal de Medicina têm de ser acatadas pelos médicos, porque, à semelhança do Código de Ética Médica, elas se incorporam ao repertório de Ética, assim como os tratados internacionais homologados pelo Brasil se incorporam à Constituição.

Então, o feto anencéfalo é um natimorto cerebral - é o que diz o Conselho. 75% dos fetos morrem dentro do útero, já falei isso. Sobre a resolução e diagnóstico já falei.

A questão dos riscos foi falada aqui. Por exemplo, o polidrâmnio, que é um risco alto para a gravidez, a gravidez prolongada, descolamento prematuro de placenta, apresentação

pélvica de face, retenção da placenta, atonia uterina - e o que falei antes -, a possibilidade da morte fetal intra-útero.

O Conselho Nacional de Saúde, outro órgão que regula as questões de saúde no Brasil, manifesta o seu direito à gestante esclarecida e informada. Foi dito, aqui, pela nossa ministra. Ou seja, é importante se ter em mente que 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.

Agora, queria só justificar o que falei no início que, na realidade, não se trata de aborto. Como médico legista, como professor de Medicina Legal, ensino na Faculdade de Direito que aborto é interrupção da gravidez com a morte do concepto. É o conceito médico legal de aborto.

Na realidade, aqui não é interrupção da gravidez com morte do concepto. Aqui, o feto, do ponto de vista inviável, já está morto; é um natimorto. Então, impossível. Há uma assertiva que afirma que seria um crime impossível o aborto com anencéfalo. Trata-se, na realidade, de antecipação terapêutica do parto, que é um processo terapêutico para salvar até a vida da gestante.

A Associação Brasileira de Psiquiatria deixa bem claro, ao final, Ministro, que não defende indiscriminadamente o aborto - é bom ficar claro isso -, não temos defesa do aborto. Na realidade, em nome da saúde mental da mulher, defendemos a autodeterminação da gestante para decidir livremente sobre a

antecipação terapêutica do parto em gravidez de feto anencéfalo. Essa é a nossa posição.

E defende também que a mulher grávida de feto anencéfalo - e já foi dada a resposta, aqui, pela ministra, em nome do Governo - tem direito à assistência governamental em relação aos cuidados protetivos à sua saúde, em especial à saúde mental.

Uma reflexão. Como estamos diante de uma questão polêmica, sendo discutida de maneira muito democrática - é um momento que saúdo essa iniciativa do Supremo, na pessoa do Ministro Marco Aurélio, essa discussão pública -, gostaria de fazer uma reflexão de Confúcio:

"Quem, voltando a fazer o caminho velho, aprende o novo, pode considerar-se um mestre."

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Muito bem. Também adotando a óptica de Confúcio, diria: "quem elege um trabalho que lhe dê prazer não trabalhará um dia sequer". É o que fazemos.

Doutor Luís Roberto Barroso, as considerações.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Ministro Marco Aurélio, Professor Talvane de Moraes, agradeço imensamente a sua valiosa contribuição. Tenho uma pergunta a lhe fazer: o senhor acha que uma mulher ser forçada a levar a gestação a termo, no caso de anencefalia, pode ser gravoso à sua saúde mental?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Muito boa a sua pergunta, professor. Realmente funciona como um processo de verdadeira tortura. Por quê? Porque se a mulher está esclarecida de que aquela gravidez é de um feto inviável, se ela deseja encerrar aquele sofrimento, aquela situação em que ela está vivendo, e não lhe permitem, não só pelo depoimento desse trabalho que aponte com mulheres, mas como psiquiatra, sem querer fazer uma teorização exagerada, suponho que seja uma situação de sofrimento muito intenso, semelhante à tortura.

Portanto, nesse momento, é como se o Estado, através da sua legislação e da sua imposição, estivesse promovendo a tortura para aquela mulher. Ela pode inclusive desencadear um quadro psiquiátrico grave. Aí, sim, um quadro psiquiátrico grave de depressão, de transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo um quadro grave de tentativa de suicídio, já que não lhe permitem uma decisão, ela pode chegar à conclusão, na depressão, de auto-exterminio.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutor Luís Roberto Barroso.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Estou satisfeito. Consulto Vossa Excelência se esta é a minha última oportunidade.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Não. Eu lhe darei a palavra a seguir, considerada a oralidade do processo, para as últimas considerações, sem prejuízo da fase que abriremos de apresentação de alegações finais.

Doutora Grace.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Apenas complementando a colocação e a resposta que já foi dada. Há estudos, levantamentos com relação a esses impactos, ou seja, a impossibilidade de se interromper a gravidez, esses danos psicológicos que causam à mulher que não pode interromper a gestação? Há estudos, dados concretos com relação a esses efeitos?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Os estudos que temos são indiretos. Na realidade, este que trouxe aqui, hoje, trata das mulheres que tiveram o parto antecipado em razão da anencefalia, Quer dizer, vemos que as declarações - e nada melhor do que a expressão da própria mulher - são de que elas se recuperaram. E algumas, até por uma questão de tempo, voltaram a engravidar. Então, continuaram com a esperança da mulher, clássica, que é a da maternidade, e tiveram filhos normais.

Uma delas diz: Quando voltei a engravidar, procurei meu obstetra - veja bem que ela já fez até uma situação de prevenção - para saber se eu teria outro feto anencéfalo. O médico me respondeu: Não. A senhora tem a mesma chance que as outras mulheres têm. Então, a senhora será acompanhada e, ao longo de um tempo, verificaremos. Foi feita a ultra-sonografia, na época adequada, e ela sentiu muita alegria ao saber que levaria aquela gestação até o fim, como levou. E a criança nasceu saudável e perfeita.

Agora, estudos específicos sobre a frustração das mulheres que desejaram interromper e não conseguiram, não temos.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR)- Doutor Gisi?

O SR. MARIO JOSÉ GISI (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Não tenho pergunta, Excelência.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Há um dito popular segundo o qual "de médico e louco todos têm um pouco". Mas não adentro esse campo e, por isso, vou-me permitir fazer uma indagação. É possível o eletroencefalograma do feto?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - É possível, Excelência.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Seria mais uma forma de detectar, portanto, a anencefalia?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Sim. Acontece que, nos meios semiológicos, procuramos sempre seqüenciar aqueles menos invasivos. No caso, a ultra-sonografia é um meio não invasivo muito utilizado, mas é possível fazer esse eletro. É claro que o eletroencefalograma do feto demanda uma técnica muito sofisticada.

O que mostrei aqui, por exemplo, no eletroencefalograma da morte encefálica e do feto anencéfalo, era um anencéfalo que nasceu, isto é, veio à luz, e que já estava como

uma pessoa morta. Não tinha vida de relação alguma, não tinha funcionamento encefálico.

A SRA. DÓRIS HIPÓLITO PIRES - Senhor Ministro, com a sua permissão, bondade e tolerância, permita-me fazer uma pergunta, em nome da Associação de Mulheres do Rio de Janeiro, ao nobre expoente?

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Permissão concedida.

A SRA. DÓRIS HIPÓLITO PIRES - Muito obrigada, Excelência.

Doutor Talvane, levando em consideração as suas colocações de que a criança com anencefalia é um natimorto cerebral, pergunto-lhe, então: o natimorto cerebral teria condições de nascer, chorar e segurar a mão dos seus pais, conforme demonstrações em fotografias, que trago em mão, da Associação Nacional Mulheres pela Vida? Podemos considerar essa criança um natimorto cerebral mesmo chorando, mesmo se movimentando, mesmo dando todos os sinais vitais?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Obrigado pela pergunta.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - A senhora parte de uma premissa: já afirma que ela seria capaz de chorar e de segurar a mão dos pais, mas ouviremos o Doutor Talvane a respeito.

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Na realidade, mostrei, aqui, que existem anormalidades assemelhadas à anencefalia que não são anencefalia: a acrania, a merocrania. São anormalidades assemelhadas. Essas crianças que assim nascem, são capazes de ter reações e de ter uma sobrevivência longa. Mas não existe na literatura mundial - e provavelmente a senhora já fez essa pesquisa - nenhum caso verdadeiro de anencefalia em que tenha sobrevivido. Agora, a reação reflexa é outra coisa. Assim, se a senhora entrar numa CTI onde existe um adulto em morte cerebral - não sei se a senhora já teve essa oportunidade -, verá que tem reflexos essa pessoa.

PLATÉIA - O choro é reflexo?

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - O choro não. Mas tenho dúvidas se essa criança era anencéfala ou era...

PLATÉIA - Comprovado pelos médicos.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Vamos deixar o deslinde para uma outra fase.

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Eu gostaria de ver esse material depois, com a base científica. Agradeço.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - A colaboração da nossa assistente foi interessante.

Suspenderemos a Sessão por dez minutos e passaremos à parte das considerações finais, não sem antes agradecer ao Doutor Talvane a colaboração trazida sob o ângulo da Psiquiatria, tendo em vista o impacto em relação às mulheres, principalmente àquelas que,

por si, decidiriam sobre a interrupção da gravidez, mas que estão impedidas de fazê-lo, tendo em conta a glosa penal.

Muito obrigado, Doutor Talvane.

O SR. TALVANE MARINS DE MORAES - Eu que agradeço, Excelência.

S U S P E N S A

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Retomaremos os trabalhos.

Peço a todos que fiquem de pé. Agradeço. Podem ficar à vontade.

Declaro reaberta a Sessão.

Passaremos agora, como já adiantei, à fase das considerações finais - não são alegações finais - sobre a Audiência Pública, que hoje se encerrará.

Doutor Luís Roberto Barroso.

O SR. LUÍS ROBERTO BARROSO - Senhor Ministro Marco Aurélio, ao final dessas quatro sessões, longas e extremamente proveitosas, gostaria de fazer alguns registros finais, agradecendo a deferência de Vossa Excelência.

Em primeiro lugar, é muito importante agradecer às diferentes entidades religiosas, científicas, médicas e da sociedade civil que aqui acorreram. Gostaria de agradecer com muita

sinceridade quer aos que se manifestaram favoravelmente à tese que postulamos, quer aos que se manifestaram em sentido diverso. Como já disse aqui - e sei que Vossa Excelência concorda com esse entendimento -, quem pensa diferente de mim não é meu inimigo ou adversário, é meu parceiro na construção de uma sociedade plural, em que as pessoas devem ter o direito de viver os seus valores, de viver as suas crenças e de viver as suas escolhas. Muito sinceramente registro - em meu nome, em nome da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, do Dr. Caetano, da ANIS e da professora Débora Diniz - o privilégio de ter compartilhado essas sessões com pessoas de grande qualificação técnica e qualificação moral.

Gostaria de, muito sumária e objetivamente, tentar pontuar - e são oito proposições sumárias - os pontos de vista que consideramos confirmados por esta audiência pública.

Em primeiro lugar, o diagnóstico de anencefalia é feito com 100% de certeza e é irreversível. Diferentes autoridades médicas se manifestaram nesse sentido. Além disso, a rede pública de saúde, de acordo com o Ministro Temporão, tem plenas condições de fazer esse diagnóstico e realizar o procedimento médico adequado, caso essa seja a vontade da gestante. Portanto, penso que esta seja a primeira tese confirmada nesta audiência: a certeza do diagnóstico e a capacidade de a rede pública realizar o procedimento.

Segunda tese que penso ter sido confirmada pelas diferentes manifestações nas audiências: a anencefalia é letal em 100% dos casos. Em cerca de 50% deles o feto não resiste à gravidez e, portanto, o desfecho se dá intra-uterino; nos outros casos, o feto resiste ao parto, mas estará com os órgãos funcionando apenas segundos e minutos.

Vou me abster, Ministro Marco Aurélio, de comentar o caso específico da menina Marcela em respeito à privacidade e às circunstâncias da vida da mãe. Embora os médicos, muitos tenham dito que aquela não era uma hipótese de anencefalia, eu apenas concederei para não criar uma polêmica que me parece inconveniente, porque, se por acaso o caso dela fosse anencefalia, era um ponto totalmente fora da curva, e não o que normalmente acontece na vida.

Terceiro lugar: os médicos, de uma maneira geral, confirmaram que a gestação de um feto anencefálico traz maior risco para a saúde da mulher, tanto um risco físico como um risco para a saúde mental, como endossou hoje o Professor Talvane de Moraes.

Quarta proposição: no Brasil, não há registro de transplante de órgãos de um anencéfalo para uma criança viva. O estado da arte da medicina não permite que isso seja feito, até porque a lesão anencefálica geralmente traz seqüelas para os demais órgãos do feto e, portanto, o transplante normalmente não é viável.

Quinto lugar: a interrupção da gestação na hipótese de feto anencefálico deve ser tratada como antecipação terapêutica do parto, e não como aborto. Na medida em que não chega a haver

vida encefálica, e como o critério para a definição de morte no Direito brasileiro é o da morte encefálica, tragicamente, infelizmente, o feto anencefálico não chega a ser um ser vivo e, conseqüentemente, a interrupção da gestação não é aborto, mas um procedimento terapêutico.

Em sexto lugar: a anencefalia não se confunde com deficiência. Não há crianças ou adultos com anencefalia. Deficiência é uma expressão da diversidade humana em nossa sociedade, como bem expôs a Doutora Claudia Werneck, na sua presença aqui. Pois, no caso da anencefalia, não há nenhum tipo de atividade de relação e, portanto, qualquer argumento relativo à eugenia é um golpe retórico e não corresponde à realidade dos fatos.

E por fim, Ministro Marco Aurélio, nós vimos depoimentos de mulheres que fizeram a antecipação terapêutica do parto e ficaram realizadas com a sua escolha; e vimos mulheres que não fizeram a antecipação terapêutica e também pareceram realizadas com a sua decisão.

É isso que se pede aqui na linha exposta pela Professora e pela Ministra Nilcéa Freire: que o Supremo Tribunal Federal assegure a cada mulher o direito de viver as suas escolhas, os seus valores, as suas crenças. Cada uma há de sofrer como quiser, e não como o Estado impuser.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Doutora Grace.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Ministro Marco Aurélio, vou apenas agradecer, na verdade, e louvar a iniciativa de Vossa Excelência com relação à realização da 3ª Audiência Pública no âmbito da Suprema Corte do País.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Seria a primeira, não tivesse havido o incidente de percurso com a cassação da liminar em 2004.

A SRA. GRACE MARIA FERNANDES MENDONÇA - Não somente a iniciativa, Ministro, como também a condução dos trabalhos, sempre dando a oportunidade de esclarecimentos, um tratamento, como já foi dito, linear. Então, dentro dessa visão, a Suprema Corte do País, com a realização de mais esta Audiência Pública, demonstra que vem cumprindo verdadeiramente - aliás, como de costume - sua missão constitucional.

A União, apesar de não constar como parte na ação, a Advocacia-Geral da União teve oportunidade, seja pela presença do Ministro Advogado-Geral da União, ou através de representantes, de participar de todos os debates, certo de que, de fato, o Ministro Marco Aurélio encontra-se diante de uma questão de extrema relevância para a sociedade brasileira. É aquele tradicional dois lados da moeda que Vossa Excelência sempre soube muito bem tutelar, e que a sociedade aguarda mais uma vez o desfecho com o voto de Vossa Excelência certo de que o Supremo Tribunal Federal, mais uma

vez, vai entregar à sociedade, agora já enriquecida com todos esses dados e esclarecimentos, uma prestação jurisdicional segura.

Mais uma vez agradeço em nome do Ministro Toffoli e da Advocacia-Geral da União a oportunidade de poder participar dos debates. Parabenizo a Suprema Corte por mais esta Audiência. Agradecendo também toda a atenção do Ministério Público Federal a presença na audiência; a todos aqueles que participaram dos debates, profissionais que se dedicaram, aos advogados que aqui atuaram.

Muito obrigada, Ministro.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Já adianto que, depois do pronunciamento da argüente sob o ângulo das alegações finais, ouvirei a Advocacia-Geral da União.

E digo que realmente o Supremo se defronta com conflito que interessa diretamente à sociedade brasileira como um grande todo. Reafirmo o que consignei em uma das Sessões: se pudesse, se tivesse esse poder, constituiria um Colegiado composto apenas de mulheres para julgar a espécie.

Doutor Mário Gisi.

O SR. MARIO JOSÉ GISI (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Excelência, na verdade, esse sentimento também eu tive, porque esse tema é tão próprio do gênero feminino que nos sentimos um tanto constrangidos.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - O nosso consolo está na participação, no Colegiado, de duas mulheres.

O SR. MARIO JOSÉ GISI (SUBPROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA) - Exatamente. Também considero que talvez ajude a descompensar um pouco a diferença.

Mas nunca é demais salientar e reverenciar essas possibilidades de audiência pública pelo Supremo Tribunal Federal. Como foi bem trazido aqui, depois da criação da TV Justiça, na verdade, este foi outro grande passo em prol da aproximação do Judiciário com a sociedade como um todo.

Essas quatro sessões desta Audiência Pública demonstraram o quão necessário, o quão importante é a ouvida de tantos segmentos. E que certamente a Corte, por mais sábios que sejam os seus integrantes, não teria condições de aferir ou de coletar tantos dados de tantas diferentes posições que foram trazidas aqui.

Designado pelo Procurador-Geral da República, tive a honra de ser designado para participar desta Audiência, certamente não participarei da sessão Plenária em que será decidido. Portanto, estava de fato querendo também manifestar o sentimento que pude extrair e as conclusões que pude extrair dessas quatro Audiências e que tivemos a oportunidade de ouvir as riquíssimas exposições formuladas, tanto na perspectiva ética, religiosa e política como

também em conjunto de importantes informações de cunho científico e a sempre fundamental participação da sociedade civil.

Nestas Audiências Públicas de quatro sessões, transpareceu a mim, claro, que, na perspectiva religiosa, algumas correntes religiosas são contra e outras a favor da possibilidade de interrupção da gravidez em decorrência da anencefalia. Inclusive, dentro da religião católica, há aqueles favoráveis e outros contrários à referida questão. Cito o exemplo da exposição excelente feita pela Doutora Maria José Fontelas Rosado Nunes, fundadora e diretora da ONG Católicas pelo Direito de Decidir, que nos trouxe o relato concreto do sofrimento de uma mulher a que não foi assegurado o direito de decidir por retardo na prestação jurisdicional. Protesta a Doutora Maria, e tantos outros em falas subseqüentes, pela isonomia, já que só a mulher que decide manter a gravidez até o final tem sua decisão respeitada.

Reivindicou-se reiteradamente, e diria mais, perpassou na grande maioria das exposições aqui feitas a necessidade de lembrarmos que o Estado é laico, da mesma forma a palavra respeito permeou o evento como um todo; respeito parece ser o elemento chave para deliberar-se a propósito de um tema que envolve perspectivas sociais, culturais e religiosas diversas; respeito que devemos ter às convicções religiosas que, dentro de seu contexto, consideram pecado contra a vida e contra Deus a interrupção da gravidez e, portanto, há de proibir a seus fiéis tal prática, da mesma forma respeito àqueles que professam religiões

que condenam a transfusão de sangue, mesmo com risco de morte; respeito àquelas mulheres ou famílias que não partilham da mesma opinião e que devem ter assegurado o direito de autodeterminar-se nesse momento de extrema dor porque, certamente, não é fácil sequer nos colocarmos no lugar de uma mulher que se descobre grávida de um filho que não tem nenhuma possibilidade de vida extra-uterina.

Todos os expositores que aqui estiveram, sem exceção nenhuma, demonstraram o grande apreço pela vida, independentemente de professarem ou não algum tipo de religião. A vida quer naturalmente viver, e não é preciso dizer à mãe que dar a luz a um filho é importante e maravilhoso. Ela sabe disso naturalmente e instintivamente quer isso. Depara-se com a inviabilidade de seu feto é frustrar a própria razão de ser da sua condição essencial, a procriação.

Não tratamos aqui de uma situação de interrupção da gravidez por banalidade. Relevantes os dados trazidos, dentre tantos outros, pelo Doutor Jorge Andalaft Neto, representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, quando falou da morbidade materna; dos riscos que tantas vezes foram trazidos aqui; das afetações psicológicas severas que também foram trazidas hoje aqui; que só 2.8% destas mulheres não têm intercorrências, ou seja, mais de 97% das mulheres com gravidez anencefálica têm problemas de riscos de saúde e riscos.

Também o Doutor Thomaz Rafael Gollop, representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, demonstrou

dato irrefutável através de eletroencefalograma, que mais uma vez foi trazido aqui hoje, em que se equipara a anencefalia àquele que tem morte cerebral; em ambos, a atividade cerebral está ausente, ou seja, o feto anencéfalo é um natimorto cerebral.

É natural, por outro lado, que existam manifestações sensíveis e até inteligentes em um ser anencéfalo na sua eventual efêmera sobrevivida após parto. Afinal, tais características são próprias de todo ser vivo. A própria célula viva tem a capacidade de distinguir o que lhe faz bem do que lhe pode causar a morte.

Como bem pontua Edgard Morin dizendo que podemos constatar inteligência não só nos animais dotados de um aparelho neurocerebral, mas, mesmo no reino vegetal, com efeito, embora desprovidos de cérebro e de sistema nervoso, os vegetais dispõem de estratégias inventivas para resolver os seus problemas vitais: gozar o sol, repelir as raízes vizinhas, atrair insetos. É de maneira não metafórica que podemos falar em inteligência das plantas.

Também a Doutora Débora Diniz, do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, integrante da Associação Internacional de Bioética, falou, não só ela como também outras tantas exposições na mesma linha, sobre o impacto da notícia da gravidez anencefálica para as mulheres grávidas. A experiência da tortura e o ato de tortura do Estado contra elas.

Doutor José Aristodemo Pinotti, também da mesma forma que a Doutora Eleonora de Oliveira, hoje, trouxe, informa que é

necessário assegurar a dignidade da pessoa humana em poder optar de modo informado. E isso ficou bem demonstrado que essa prática é possível diante do quadro, enfim, de saúde e do SUS que hoje temos. Da mesma forma, a Ministra Nilcéa também trouxe nessa mesma linha.

Doutor José Gomes Temporão também informa que, caso haja a constatação de anencefalia, a paciente é convidada a fazer um segundo exame por outra equipe médica. O que é muito importante, nenhuma mulher será obrigada a antecipar o parto; e também ele informa que o diagnóstico é seguro, ele e tantos outros.

Doutora Claudia Werneck, também, da Escola de Gente, que luta pela inclusão das pessoas portadoras de deficiência, teve muita proficiência, aqui, quando informou sobre o debate nesta Audiência Pública não envolve negação de direito à vida em decorrência da deficiência, porque, no caso da anencefalia, não se trata de deficiência, mas de inviabilidade da própria vida.

Enfim, Senhor Ministro, esta Audiência Pública cumpriu com o seu desiderato, demonstrando em extensão e profundidade que é constrangedora a idéia de outrem decidir por mim, no extremo do meu sofrimento, por valores que eu não adoto.

É constrangedor para os direitos humanos admitir que o Estado se imiscua no âmago da intimidade do lar para decretar-lhe condutas que torturam, em última instância, afetam somente a esfera íntima da frustrada mãe.

Espera-se que esta Corte assegure os valores mais caros da democracia que formatam o Estado para regular as relações

entre concidadãos, mas que não admite e não suporta a imposição de valores do espírito, opções individuais, íntimas e personalíssimas, seara em que cada um há de ser livre para se autodeterminar.

Muito obrigado.

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO (PRESIDENTE E RELATOR) - Antes de encerrar a Audiência Pública, desejo registrar que ela foi norteada, acima de tudo, pela espontaneidade e liberdade em seu sentido maior.

Tudo o que veiculado integrará o processo, mediante notas taquigráficas, memoriais e DVD.

Agradeço aos expositores indistintamente, pouco importando o convencimento exteriorizado, como já ressaltado pelo Doutor Luís Roberto Barroso, presente a honestidade e disciplina intelectuais.

Remeteremos posteriormente a cada qual o DVD, que espero contenha índice que permita acessar, com facilidade maior, as faixas e as exposições feitas.

Agradeço à advocacia privada e à advocacia pública, dirigindo-me às pessoas elegantes do Doutor Luís Roberto Barroso e da Doutora Grace, do Doutor Toffoli e do Doutor Evandro, já que os três estiveram presentes, personificando a Advocacia-Geral da União.

A participação confirma o que previsto na Constituição Federal, que a todos indistintamente submete: "o advogado é indispensável à administração da justiça".

Desejo, por último, também registrar meu agradecimento ao Ministério Público Federal, representado aqui pelo Doutor Mário José Gisi, pessoa com quem trabalhei quando da última passagem pelo Tribunal Superior Eleitoral e que já conhecia quanto à formação profissional, considerado o Direito, e também à formação humanística.

Estando o processo aparelhado com essas peças a que me referi, teremos a fase das alegações finais e, posteriormente, as manifestações da Advocacia-Geral da União e do Ministério Público, para que então possa, com base em elementos - e sem elementos não há julgamento, não se julga -, confeccionar o relatório e o voto e pedir dia para o pregão - inserção do processo em pauta - no Plenário da Corte.

Declaro encerrada a Sessão.

Mais uma vez, meu agradecimento, inclusive, àqueles que acorreram para assistir ao que tratado nesta Audiência Pública, e tratado, com toda certeza, com muita mestria.

Muito obrigado a todos.