



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 1135/91

“Suprime o artigo 124 do Código Penal Brasileiro”.

Autores: Deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling

Relatora: Deputada Jandira Feghali

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 1135/91 de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling foi apresentado em 1991,

Foram apensados à proposta inicial os seguintes projetos de lei:

1. PL 176/95, do Dep. José Genoíno, que “Dispõe sobre a opção da interrupção da gravidez”, permitindo a livre interrupção até 90 dias de gestação. Para realização basta reivindicação da gestante, sendo a rede pública é obrigada a realizar o aborto;

2. PL 3.280/92, do Dep. Luiz Moreira, que Autoriza a interrupção da gravidez até a 24ª semana nos casos previstos no projeto. A interrupção é autorizada até a 24ª semana quando o feto apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas e mentais. Basta o consentimento da gestante, cônjuge ou representante legal e da autorização de um médico que não seja o que realizará o aborto;

3. PL 1.174/91, dos Dep. Eduardo Jorge e Sandra Starling, que dá nova redação ao artigo 128 do Decreto Lei n.º 2848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal. Este projeto deixa de punir o aborto quando:

- gravidez determinar perigo de vida ou a saúde física e psíquica da gestante.
- constatada enfermidade grave e hereditária ou se moléstia ou intoxicação ou acidente sofrido pela gestante comprometer a saúde do nascituro.
- resulta de estupro (antecedido de consentimento da gestante)
- comprovado que a mulher estiver contaminada pelo vírus HIV.
- realizado mediante diagnóstico por escrito.



O projeto estabelece, ainda, que:

- em casos de dúvida sobre o parecer, uma comissão multiprofissional da Unidade de saúde será chamada e deverá apresentar parecer em 05 dias;
- deverá ser realizado no máximo 07 dias após a apresentação do diagnóstico ou parecer da comissão;
- será realizada pelo SUS;
- fica assegurado ao médico direito de se escusar do abortamento.

4. PL 1.956/96, da Dep. Marta Suplicy, que autoriza a interrupção da gravidez nos casos que menciona. Pela proposta fica autorizada a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou doença degenerativa incurável, ou quando for constatada por meio científico impossibilidade de vida extra-uterina. Para realização do procedimento basta o consentimento da gestante ou representante legal.

5. PL 2.929/97, do Dep. Wigberto Tartuce, que permite às mulheres estupradas por parentes a interrupção da gravidez.

6. PL 4.703/98, do Dep. Francisco Silva, e o **7. PL 4.917/01**, do Dep. Givaldo Garimão, que procuram tipificar o aborto, como crime hediondo. O projeto assegura ao médico a possibilidade de se escusar do abortamento por razões de consciência de acordo com o Código de Ética Médica.

8. PL 7.235/02, do Dep. Severino Cavalcanti, que revoga o art. 128 do Decreto-Lei n.º 2848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal.

9. PL 1.459/03, do Dep. Severino Cavalcanti, que acrescenta um parágrafo ao artigo 126 do Código Penal.

10. PL 3.744/04, do Dep. Coronel Alves, que dá nova redação ao art. 128 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, incluindo a possibilidade de se recorrer ao aborto no caso de gravidez resultante de estupro ou atentado violento ao pudor.

11. PL 4.304/04, do Dep. Eduardo Valverde, que despenaliza a interrupção de gravidez, em condições específicas:

- Quando há risco de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;



- No caso de nascituro virá a sofrer de forma incurável, de grave doença congênita e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez;
- A gravidez seja resultado de violência sexual, podendo ser realizada nas primeiras 16 semanas;

O projeto prevê ainda que os profissionais de saúde têm o direito de invocar objeção de consciência e se recusar a efetuar o procedimento.

12. PL 4.834/05, dos Deputados Luciana Genro e Dr. Pinotti, acrescentando inciso ao artigo 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, autorizando a realização de aborto na situação da gravidez com feto anencéfalo.

13. PL 5.166/05, do Deputado Takayama, estabelece penas para os casos antecipação terapêutica de parto de feto anencefálico ou inviável.

14. PL 5.364/05, dos Deputados Luiz Bassuma e Ângela Guadagnin, pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro, independente do consentimento da gestante, ou quando incapaz, de seu representante legal.

II - VOTO DA RELATORA

A América Latina e o Caribe têm se destacado por ser uma região onde existem as maiores restrições à interrupção da gravidez. As leis punitivas desses países acabam levando as mulheres à clandestinidade, a realizar abortos em condições precárias e cujas complicações e seqüelas se transformam em um grave problema de saúde pública.

O aborto é responsável por uma em cada 8 mortes maternas, e o acesso a serviços de aborto seguro poderiam evitar entre 20 e 25% do meio milhão de mortes maternas que ocorrem anualmente nos países em desenvolvimento.

A taxa de mortalidade materna teve uma redução significativa em alguns países das Américas, quando o aborto começou a ser legalizado nessa região, no início da década de 1970. Um ano após a sua legalização em Nova Iorque (em 1971), a taxa de mortalidade materna havia diminuído 45%. Entre 1973 (quando o aborto foi legalizado em todo os EUA) e 1990, o número de mortes decorrentes do aborto diminuiu 10 vezes.



Câmara dos Deputados
Gabinete da Deputada Jandira Feghali – PCdoB/RJ

No restante das Américas onde a legislação foi flexibilizada os dados se repetem. Em Cuba houve uma redução de 60%. Lá o Estado assumiu a responsabilidade pelos serviços. Na Guiana, primeiro país da América do Sul a legalizar o aborto, ocorreu uma redução de 65% nas complicações decorrentes do aborto, que eram a terceira causa de hospitalização no país. O relatório final da Comissão tripartite instalada para revisar a legislação punitiva sobre a interrupção voluntária da gravidez reforça este argumento ao constatar:

“É bom ressaltar que, ao contrário do que acredita o senso comum, a descriminalização do abortamento e a normatização do atendimento não acarretam, a médio e longo prazo, um aumento no número desses procedimentos. Nos países em que a alteração da legislação já ocorreu, observou-se, isto sim, a redução das mortes maternas, mesmo com a manutenção das taxas médias de abortamento.

Na Suíça, por exemplo, onde o procedimento foi descriminalizado em 2001, os dados informam a ocorrência de taxas anuais de 8,4 (em 1996), 7,5 (em 2001), e 7,5 (em 2002) abortamentos por mil mulheres em idade fértil.

Se compararmos essas mesmas taxas em todo o mundo, encontraremos um grupo de países onde elas giram em torno de seis a oito (Holanda, Bélgica e Alemanha), um outro com índices entre trinta e seis e quarenta (Colômbia, Brasil e Chile) e ainda um outro com taxas que variam de sessenta e oito a oitenta e quatro (Rússia, Romênia e Vietnã). No primeiro grupo, as mulheres têm acesso ao abortamento legal, ao uso de contraceptivos e à educação sexual ampla. No segundo grupo, as mulheres só têm acesso ao uso de contraceptivos. E no terceiro grupo, elas só têm acesso ao abortamento legal.”

No Brasil a situação é outra. O país está entre os que apresentam as maiores restrições à interrupção voluntária da gravidez. Como consequência os dados são alarmantes. Segundo o Ministério da Saúde, em média 250 mil mulheres são internadas anualmente com complicações decorrentes de abortos clandestinos. Em 1991



o número de curetagens pós-abortamento, realizadas na rede pública de saúde, ultrapassou os 340 mil, sendo aproximadamente 20% desse total em adolescentes (10-19 anos). Somente em 1997 foram 240 mil internações de adolescentes para realização deste procedimento.

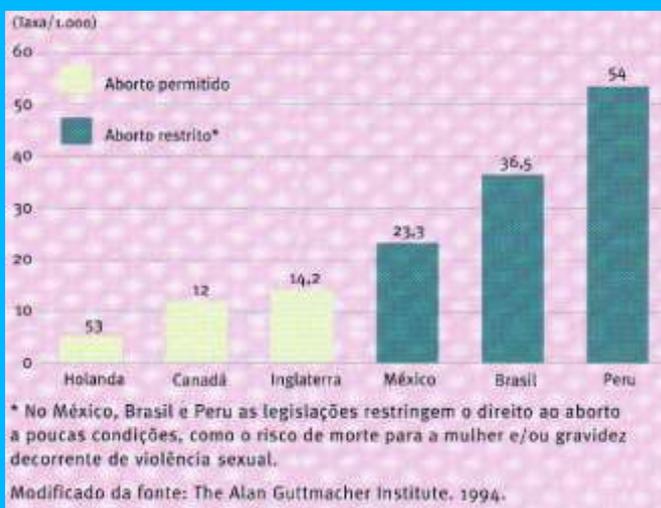


Tabela 1: Taxas anuais de aborto por 1.000 mulheres em idade fértil segundo país e tipo de legislação

(Gráfico retirado de publicação do IPAS/Brasil)

Sabemos, através da Organização Mundial de Saúde (OMS), que milhões de mulheres são submetidas a esta prática cirúrgica e, mesmo nos casos previstos em lei, as mulheres não recebem o tratamento adequado, tendo todas, salvo raríssimas exceções, recorrido aos serviços de clínicas clandestinas.

Economicamente, a ilegalidade do aborto assegura tão somente a existência de clínicas particulares clandestinas, o que gera a impossibilidade de fiscalização por parte das autoridades competentes, além de abusos e corrupção. A ilegalidade também é responsável pelos altos gastos, por parte dos serviços de saúde pública, no atendimento às mulheres com doenças e seqüelas provenientes de aborto mal feito. Encontramos nesses casos, principalmente, as mulheres de baixo poder aquisitivo, cuja situação financeira não permite acesso a um atendimento adequado, submetendo-se a auto-abortos ou impelidas a buscarem ajuda de pessoas não treinadas.

O relatório da CPI da Mortalidade Materna, da Câmara dos Deputados, aponta alguns aspectos mundiais do fenômeno das mortes maternas sistematizados em documento da Organização Mundial de Saúde “Redução da Mortalidade Materna”, de 1999.

“Segundo este texto, a causa de morte materna mais



comum em todo o mundo é a hemorragia. Um quarto das mortes são atribuíveis a ela, especialmente quando não existe estrutura de atendimento, drogas ou transfusões para contê-la, sendo esse índice agravado em países onde o aborto é ilegal. As infecções causam 15% dos óbitos, geralmente conseqüentes a más condições de higiene durante o parto ou por doenças sexualmente transmissíveis não tratadas ou por tentativas de aborto sem as devidas condições de higiene e sanitárias.

As complicações de abortos chegaram a causar 13% das mortes maternas, embora em algumas partes do mundo ele chegue a provocar um terço delas. No Brasil, em 1998, provocou 5% delas. A questão do aborto pode, na verdade, ser ainda mais importante do que esse índice aponta, pois é razoável considerar a existência de uma subnotificação geral sobre o aborto, devido à ilegalidade da prática em inúmeros países em desenvolvimento. É provável que os índices de infecções e hemorragias encubram seqüelas de tentativas de aborto em más-condições, fazendo com que a questão do aborto não seja considerada a terceira causa, mas algo ainda mais importante e urgente de ser discutido sobre a mortalidade materna.”

Nas tabelas abaixo podemos constatar as internações por aborto provocado.

Tabela 02: Distribuição das Internações por Diagnóstico de Aborto no SUS, segundo região. Brasil, 1999 a 2002.

REGIÕES	1999	2000	2001	2002	Total
Norte	18970	19140	19680	19102	76892
Nordeste	84704	85950	89634	88473	348761
Sudeste	104405	103170	100350	100316	408241
Sul	21144	23863	23559	23260	91826
C.Oeste	15268	15761	16402	16005	63436
Brasil	244491	247884	249625	247156	989156

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



Tabela 03: Distribuição das Internações Hospitalares pelo SUS por diagnósticos de Aborto. Brasil, 1999 a 2002.

REGIÕES	1999		2000		2001		2002		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Espontâneo	95776	39,2	98282	39,6	97158	39	11182	8	403044	40,7
Razões										
Médicas	1517	0,6	946	0,4	878	0,3	946	0,4	4287	0,4
Outras	147198	60,2	14865	60	15158	60,7	13438	2	581825	58,8
Brasil	244491	100	24788	100	24962	100	24715	6	989156	* 100

*Nota: O atual inclui todas as faixas etárias, com idade identificada entre 05 e 80 anos, demonstrando a permanência de erro no preenchimento do SIH/SUS.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



Tabela 4: Taxas de abortamento relação com evolução da mortalidade materna, segundo tipo de legislação (Fonte: Reforma Legal e aborto seguro – IPAS/Brasil)

Não podemos descartar os fatores morais que condenam a realização do aborto. A sua legalização pode ser uma forma de evitar o constrangimento das famílias. Por ser o aborto um tema que vem provocando sérias discussões religiosas, sociais, políticas e éticas, as tentativas de mediação do problema no Brasil são ainda muito precárias. É urgente que o tema do aborto seja discutido de forma democrática e tolerante na esfera legislativa brasileira, de forma a contemplar não apenas as posições religiosas ou morais de determinadas parcelas da sociedade mas, principalmente, a



pluralidade de posições e crenças que caracterizam toda a sociedade brasileira.

Em duas conferências, realizadas nas cidades do Cairo, no Egito, e Beijing, na China, representantes de 180 países de todo o mundo concordaram com uma extensa série de recomendações para tratar da problemática do aborto. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo) partiu-se do reconhecimento de que o aborto “*realizado em condições não adequadas*” é um problema de saúde pública e que as mulheres que tenham recorrido a sua prática devem ser atendidas de maneira pronta e humanitária.

Já a conferência em Beijing alertou que “*...Quaisquer medidas ou alterações relacionadas com o aborto no âmbito do sistema de saúde só podem ser determinadas em nível nacional ou local, de conformidade com o processo legislativo nacional...*”, e que devemos “*...Considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos...*”.

As recomendações do IX Fórum Interprofissional Abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher são claras ao tratar das mudanças desejáveis em nossa legislação sobre abortamento:

“É necessário revisar a legislação, para descriminalizar o abortamento, pois a sua criminalização não é eficaz para evitá-lo, não resolve esse grave problema de saúde pública e traz um custo social muito elevado. Entre os fundamentos éticos e constitucionais que justificam mudar a lei atual sobre aborto incluiu-se o de não poder criminalizar nenhuma conduta social, fazendo-se crer que o problema está resolvido, em face da mera existência de uma lei repressiva. No caso do Aborto, a manutenção de sua criminalização não tem tido nenhuma eficácia e representa uma forma inaceitável de solução meramente formal do problema, apenas para satisfazer a opinião pública.”

Por parte do Executivo a comissão tripartite, que teve em sua composição 18 representantes do Executivo Federal, Legislativo e Sociedade Civil, entregou o relatório final dos trabalhos à esta Comissão no dia 27 de setembro e dele consta a justificativa para esta iniciativa:



Câmara dos Deputados
Gabinete da Deputada Jandira Feghali – PCdoB/RJ

“Na solenidade de instalação a ministra Nilcéa Freire lembrou que a criação da Comissão, além de colocar em prática uma ação do PNPM, também cumpre determinação de acordos e tratados internacionais assinados pelo Governo brasileiro. Em fevereiro deste ano, em Nova Iorque, durante a realização da 49ª Sessão da Comissão sobre a situação da Mulher (CSW), da Organização das Nações Unidas (ONU), o Governo do Brasil reafirmou os princípios da Declaração e da Plataforma de Ação de Beijing, aprovada em 1995, na China. Pela Plataforma, revalidada na ocasião, as 200 delegações dos países membros da ONU se comprometeram, entre outras ações, a de rever as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos clandestinos.

A Comissão, composta por Integrantes do Executivo Federal e de representantes da Sociedade Civil e do Congresso Nacional conclui seu trabalho no prazo estabelecido na Portaria nº 04 de 6 de abril de 2005 e apresenta o produto do seu trabalho na forma de uma proposta de “Revisão da Legislação Punitiva que Trata da Interrupção Voluntária da Gravidez.

A SPM, na Coordenação da Comissão, teve presente ao longo do processo de discussão que se tratava de uma demanda de amplos setores da sociedade e que o tema “aborto” é complexo e polêmico, que contém aspectos objetivos e também subjetivos em sua abordagem e além disso envolve várias concepções, inclusive religiosas.

A Comissão em nenhum momento fechou os olhos para essa complexidade. No entanto, refletiu com profundidade sobre a necessidade objetiva, a situação das mulheres e os limites da legislação atual expressos na 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e nos compromissos internacionais do Estado brasileiro de revisão de uma legislação que data de 1940. Sua vigência de quase meio século não teve eficácia para inibir a realização de abortamentos e foi ao mesmo tempo geradora de uma



Câmara dos Deputados
Gabinete da Deputada Jandira Feghali – PCdoB/RJ

situação de clandestinidade responsável pela morte de milhões de mulheres e por seqüelas em muitos outros milhões.”

O relatório ainda apresentava uma minuta de projeto de lei que foi resultado do entendimento da ampla maioria dos membros da Comissão. Por entender que o texto representa um avanço e a posição majoritária de todos aqueles que, como, eu se debruçam sobre o tema há mais de uma década, incorporei as sugestões em meu relatório. Não deixei, no entanto, de absorver dispositivos de meu parecer anterior que considerei imprescindíveis. Ressalto que de mérito inquestionável, o Projeto original mereceu, assim, aperfeiçoamentos na sua redação, para sua plena efetividade.

Nesses termos, somos pela aprovação dos PLs 1.135/91, 1.174/91, 3.280/92, 176/95, 1.956/96, 2.929/97, 3.744/04, 4.304/04, 4.834/05, na forma do substitutivo apresentado pela relatora e pela rejeição dos PLs 4.703/98, 4.917/01, 7.235/02, 1.459/03, 5.166/05 e 5.364/05.

É o voto.

Sala da Comissão, em 04 de Outubro de 2005.

Deputada Jandira Feghali
PCdoB/RJ



COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO DA RELATORA AO

PROJETO DE LEI Nº 1.135/91

Estabelece o direito à interrupção voluntária da gravidez, assegura a realização do procedimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, determina a sua cobertura pelos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Toda mulher tem o direito à interrupção voluntária de sua gravidez, realizada por médico e condicionada ao consentimento livre e esclarecido da gestante.

Art. 2º Fica assegurada a interrupção voluntária da gravidez em qualquer das seguintes condições:

I - até doze semanas de gestação;

II - até vinte semanas de gestação, no caso de gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual;

III - no caso de diagnóstico de grave risco à saúde da gestante;

IV - no caso de diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida ou de doença fetal grave e incurável.

Art. 3º No caso de gestante relativa ou absolutamente incapaz, o consentimento deve ser dado ou suprido, conforme o caso, por seu representante ou assistente legal, resguardado o direito da gestante à manifestação de sua vontade.

Parágrafo único. Na hipótese de colisão entre os interesses do representante ou assistente legal e a vontade da gestante representada ou assistida, ou no caso de carência de representante ou assistente legal, o representante do Ministério Público deve atuar como curador especial e pronunciar-se, extrajudicialmente, no prazo de cinco dias.

Art. 4º O inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea c:



“**Art. 12.**

.....
....

III

c) cobertura dos procedimentos necessários à interrupção voluntária da gravidez realizada nos termos da lei;

.....
(NR)”

Art. 5º O artigo 125 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“**Art. 125.**

Parágrafo único. A pena cominada neste artigo é aumentada em um terço, se, em consequência do abortamento ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave, e é duplicada se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. (NR)”

Art. 6º As normas complementares para a implementação do disposto nesta Lei no âmbito do Sistema Único de Saúde serão dispostas em regulamento expedido pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º - O ato de interrupção da gravidez deverá ser notificado compulsoriamente à autoridade sanitária da unidade da federação onde o mesmo foi realizado, em formulário próprio, assinado pelo médico responsável, do qual constarão, no mínimo, a identificação da paciente, do médico responsável pelo ato, a idade gestacional e o motivo da interrupção.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Revogam-se os arts. 124, 126, 127 e 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

Sala da comissão, em 04 de Outubro de 2005.

Deputada JANDIRA FEGHALI
PC do B/RJ