

## COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

### PROJETO DE LEI No 478, DE 2007

“Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências”.

**Autores:** Deputados Luiz Bassuma e Miguel Martini

**Relatora:** Deputada Solange Almeida

**VOTO EM SEPARADO:** Deputado DARCÍSIO PERONDI

#### VOTO EM SEPARADO DO DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI

Trata-se de projeto de lei que “Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências” .

O Projeto em questão vem ao longo das últimas semanas causando longas discussões nesta Comissão, bem como em todo o país, pela importância do tema abordado.

Nesta Comissão precisamos lembrar que a **LIBERDADE** e **IGUALDADE** são os pilares das democracias contemporâneas. Dentre as liberdades - a de pensamento e de crença - caracterizam as democracias liberais nos Estados Constitucionais. Com isso a eventual imposição de uma moralidade hegemônica, ou a não consideração da diversidade de idéias e opiniões, coloca em risco esses pressupostos fundamentais, aniquilando o sentido de liberdade construído durante séculos.

Pode-se afirmar que qualquer lei que inviabilize essas liberdades contém um vício original de legitimidade. Outro ponto central das democracias é igualdade, que, por sua vez, é condição tanto para a realização da liberdade quanto para a concretização de sociedades justas. A igualdade não significa ausência de diferenças e deve ser compreendida a partir de duas dimensões: a igualdade formal - que é àquela que obriga um mesmo tratamento diante da lei, ou seja, busca, por exemplo, evitar que a diferença econômica e de oportunidades seja condição para a realização de direitos; e a igualdade substancial, que reconhece a realidade da diferença de características e a desigualdade de oportunidades. Ao equiparar os direitos do nascituro aos direitos das mulheres e equiparar nascituros a crianças o projeto viola, não apenas a liberdade de crença, mas a igualdade.

No projeto do Estatuto do Nascituro constata-se dois pontos equivocados, relacionados ao sentido contemporâneo de liberdade e de igualdade. Primeiramente, não é considerado a pluralidade de saberes e de práticas humanas, como o saber biomédico, a biologia, o direito e a ética. Com isso, o projeto consolida um status para o nascituro que expressa uma única moralidade, que desconsidera a diversidade moral e mesmo a ausência de consensos científicos sobre o *status do nascituro*. O *status inferior* dado às mulheres no âmbito do Estatuto, implica na ausência do reconhecimento de sua condição contemporânea como sujeitos morais e de direitos. A proposta de se proteger os seres humanos não nascidos é legítima, mas, se torna ilegítima e incompatível com os princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito no momento em que viola e/ou ignora a igualdade, a liberdade, e a dignidade das mulheres como seres humanos.

**Há, no projeto, 11 pontos centrais que precisamos analisar com bastante cuidado. São eles:**

## **DA PROTEÇÃO AO NASCITURO**

1. O problema do projeto não está no reconhecimento de proteção ao nascituro, mas que esse reconhecimento ocorra ao preço dos direitos das mulheres e dos direitos reprodutivos. Nesse sentido cabe destacar que diferentes Tribunais Constitucionais vêm reconhecendo o direito de se proteger a vida do nascituro. Entretanto esse direito não se dá na mesma intensidade com que se tutela o direito à vida das pessoas humanas já nascidas. Essa deve ser a perspectiva básica para se pensar e avaliar um Estatuto do Nascituro - o que não ocorre no projeto de lei dos deputados Luiz Bassuma e Miguel Martini.

### **DO SER HUMANO E DA PESSOA**

2. O nascituro pode ser considerado humano por pertencer a um código genético humano. A categoria pessoa, entretanto, é uma categoria moral. A afirmação de ser o nascituro pessoa humana só é possível a partir de determinada concepção moral e de determinada crença. No momento que o projeto de lei impõe uma determinada concepção, que não permite ser compartilhada pelos diversos sujeitos morais e de direitos, ele fere os princípios, direitos e garantias fundamentais que garantem a liberdade de crença e pensamento e a igualdade dos sujeitos.

3. Afirmar que o nascituro – em todo o seu processo de desenvolvimento - deve ter seus direitos reconhecidos no mesmo grau que os direitos de uma criança ou uma mulher, é ignorar elementos básicos da personalidade como: a) capacidade de viver a vida, b) consciência, c) nascimento com vida, d) participação em uma comunidade política, e) registro de nascimento, entre outros que diferenciam o pertencimento à espécie da categoria pessoa. Além de criar severas antinomias no sistema jurídico.

### **DO TEMA DA VIDA**

4. Na ciência da biologia e na medicina o único consenso existente sobre a condição do feto é que ele é um estágio do desenvolvimento celular, e que a vida

é um processo de auto-produção contínuo e infinito. Ou seja, para marcar o início da vida, inclusive da vida humana, o único aporte razoável e não arbitrário é falar em uma regressão infinita, em uma vida que começou a milhares de anos. Considerar o feto ou um estágio desse processo evolutivo da vida humana como pessoa, é admitir uma única concepção válida, logo dogmática. Por essa razão a lei que propõe uma definição dessa natureza viola a liberdade de crença e pensamento. Nesse sentido, a única questão passível de ser colocada em debate - ou de ser deliberada pelo Poder Legislativo - é quando deve o Estado começará a proteger o processo de desenvolvimento da vida humana, e qual o grau de restrição a autonomia e liberdade dos sujeitos de direitos, que se mostra razoável com a dignidade da pessoa humana.

## **DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS COMO DIREITOS FUNDAMENTAIS**

5. A comunidade internacional e nacional contemporânea reconhecem no âmbito dos direitos reprodutivos o cuidado do nascituro como conseqüência do reconhecimento do direito de seus genitores. Com especial e diferente consideração em relação à mulher, por conta de que os riscos e custos da procriação se dão no corpo feminino. Inverter essa lógica e não reconhecer a complexidade da relação entre a mulher, como pessoa humana, e o feto ou nascituro, como vida humana em desenvolvimento, é esvaziar os direitos reprodutivos e subordinar o direito de mulheres e homens a um ser humano não nascido. Ademais, há um amplo consenso que reconhece que é através da garantia dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, da sua saúde e dignidade, que os direitos do nascituro estarão resguardados. Dito de outra forma, a melhor forma de proteger a vida do nascituro é proteger às mulheres, sem, com isso, subjugar sua liberdade e autonomia. Vejamos:

## **DOS DIREITOS HUMANOS**

6. A posição da Comissão Interamericana de Direitos Humanos postula que “... Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente...”. Entretanto, através da Resolução 23/81, de 6 de março de 1981, esta Comissão afirmou que o direito ao aborto não viola o artigo 4º, inciso I, do Pacto de São José de 1969, tampouco o artigo 1º da Declaração Americana dos Direitos do Homem.

7. A Observação Geral no. 28, do Comitê de Direitos Humanos, interpretou como parte do direito à vida das mulheres o dever dos Estados de adotar medidas para que elas não recorram aos abortos clandestinos e inseguros, que colocam em risco suas vidas e saúde, principalmente no caso de mulheres pobres ou afro-descendentes.

8. O Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais solicitou, ao governo do Brasil, em 2003, que o mesmo “... tome medidas legislativas e outras para revisar a sua legislação para proteger as mulheres dos efeitos dos abortos clandestinos e inseguros...”<sup>1</sup>. Recentemente, em julho de 2007, o Comitê CEDAW recomendou ao governo brasileiro que “... continue com os esforços para melhorar o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva...” e que “...apresse a revisão da legislação que criminaliza o aborto, visando a remoção das provisões punitivas impostas às mulheres que realizam a interrupção da gravidez, de acordo com a Recomendação Geral 24 sobre saúde das mulheres e com a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim...”<sup>2</sup>.

## **DA VIOLENCIA SEXUAL E DIGNIDADE DAS MULHERES**

9. Os direitos reprodutivos e sexuais, e a dignidade das mulheres, são violados flagrantemente pelo art. 13 do projeto de lei do Estatuto do Nascituro que afirma que o nascituro concebido por um ato de violência terá prioridade de acesso à

---

<sup>1</sup> Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos e Sociais e Culturais, O Cumprimento do PIDESC pelo Brasil. Documento original E/C.12/1/Add.8723/5/2003, Plataforma DhESC, Brasília, 2003.

<sup>2</sup> Ver: CEDAW/C/BRA/CO/6 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>.

saúde e adoção e direito a pensão alimentícia até completar 18 anos. Esse dispositivo cria uma nova forma de responsabilização do Estado, além de legitimar e institucionalizar a tortura quando obrigada a mulher a levar a cabo uma gravidez decorrente de um ato de violência. Em outras palavras o Estado torna-se o criminoso, uma vez que impõe uma política de violência e de perpetuação da violência. A isso chama-se terrorismo de Estado, eis que o Estado chancela as seqüelas e a permanência do ato criminoso da violência sexual. O que é uma característica de estados totalitários.

10. A teoria da responsabilidade civil do Estado por omissão nunca foi aceita no caso de dever de segurança genérico porque isso é materialmente impossível. Entretanto, ao criar uma bolsa para o nascituro e futura pessoa humana que nasce por decorrência de uma violência sexual, ele cria uma situação isonômica para qualquer outra vítima de qualquer outro crime.

11. A criação de benefício só é possível com previsão de custeio, ou seja, será necessário pensar algum tipo de imposto ou contribuição social. O projeto de lei do Estatuto do Embrião não apenas fere a lei federal orçamentária como também a autonomia do Poder Executivo.

Ao analisarmos estes 11 pontos apresentados anteriormente, precisamos lembrar que a Constituição federal de 1988 estabeleceu o primado dos direitos e garantias fundamentais e reconheceu a universalidade do direito à saúde e o dever do estado de oferecer acesso a esse direito.

Essa nova perspectiva também se reflete na mudança de paradigma que o Sistema Único de Saúde - SUS trouxe ao incorporar três importantes princípios ao conceito de saúde: universalidade, equidade e integralidade. O SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde à população brasileira.

## **AS POLÍTICAS EFETUADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

O próprio Ministério da Saúde entendendo que as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS conformando um segmento social importante para as políticas de saúde, afirma que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto em suas condições de saúde, sendo as questões de gênero um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza, realçam ainda mais as desigualdades.

No Brasil, historicamente a saúde das mulheres se incorporou às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do Século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Assim, em 2003, considerando que a saúde das mulheres é uma prioridade do governo e que deveria ser entendida de forma integral, foi elaborado o documento “Política Nacional de Atenção Integral à da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Essa incorporou o enfoque de gênero, raça e etnia e marcou uma nova fase das políticas de saúde para as mulheres, em que as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, marcando uma ruptura com o modelo até então desenvolvido voltado apenas à atenção materno-infantil.

A referida política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Nesse contexto, faz-se meritório o conjunto de ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, que inclui o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, a Política Nacional de Planejamento Familiar, a organização da Atenção às Mulheres que chegam aos serviços em processo de Abortamento e a organização da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência.

O Governo Brasileiro, tanto na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, quanto na IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, em 1995, assumiu, por meio da assinatura de acordos e tratados internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos. Ao reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um conjunto de ações para garanti-los, tais como a ampliação da informação e do acesso a métodos contraceptivos. No Brasil, mais de setenta por cento das mulheres em idade fértil fazem uso de algum anticoncepcional.

A razão de mortalidade materna, entendida como o número de mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, está decrescendo de maneira tão lenta que ameaça a consecução do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que visa melhorar a saúde materna e evitar a morte das mulheres durante a gestação, o parto ou o pós-parto. Qualquer proposta que não leve em consideração essa grave realidade no país revelará um atraso em nossas metas e pactos estabelecidos internacionalmente

Neste sentido, a melhoria da qualidade da assistência com humanização e respeito à autonomia das mulheres são princípios norteadores das ações do Ministério da Saúde no atendimento à mulher durante a gravidez e o parto.

Há seis anos, no dia 8 de março de 2004, União, estados e municípios decidiram assinar um pacto de redução no número de mortes de mulheres e de bebês com até 27 dias de vida, o chamado Pacto pela Redução da Mortalidade Materna. O pacto reúne representações dos governos federal, estaduais e municipais, da sociedade civil, profissionais da área de saúde, universidades, organismos internacionais e Congresso Nacional.

A morte materna no Brasil está estreitamente relacionada ao insuficiente reconhecimento desse evento como um problema social e político por parte de algumas autoridades sanitárias em âmbito estadual e municipal. Contribui para a manutenção do problema o desconhecimento de sua real magnitude, a deficiência da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e limites ainda existentes na sociedade brasileira para o pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres.

Ainda em 2004, foi constituído um grupo de trabalho, composto por técnicos (as) de vários setores do Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar e fazer proposições para a melhoria da atenção obstétrica e neonatal. Como resultado, foi publicada pelo Ministério da Saúde, em 04 de julho de 2005, a Portaria nº. 1.067/GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Essa Política tem entre seus princípios e diretrizes o reconhecimento do direito de toda gestante e de todo recém-nascido de terem assegurado atendimento digno, qualificado e humanizado, na gestação, no parto, no puerpério e no nascimento.** Estabelece como dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, respeitando-os como sujeitos de direitos.

A Portaria que instituiu essa Política define um processo de contratualização de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nestes entes federados, de acordo com diretrizes e condições a serem aprovadas pela Comissão

Intergestores Tripartite (CIT). Os contratos de metas para a atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais.

O Ministério da Saúde publicou uma série de Normas Técnicas que refletem o reconhecimento do governo brasileiro de que as mulheres grávidas que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade. Neste sentido, elas vêm ao encontro do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma importante decisão política com amplo investimento do governo brasileiro para a melhoria da atenção obstétrica neonatal, ampla mobilização participação de gestores e sociedade civil.

As despesas de exames médicos no pré-natal, assistência médica, internação, parto, medicamentos e outras drogas, complementos alimentares (como ferro e vitamina A), vacinas, entre outros procedimentos, são garantidos pelo Sistema Único de Saúde.

Destacamos que o Brasil é um dos poucos países do mundo que dispõe de sistemas nacionais de controle de mortalidade e de nascidos vivos. O número de óbitos maternos é obtido a partir de dados do Sistema de Mortalidade (SIM) que é alimentado por estados e municípios. As iniciativas do Ministério da Saúde, tanto para regulamentar o fluxo de informações, quanto para fortalecer os setores de vigilância epidemiológica de estados e municípios tem propiciado grandes avanços.

Em consonância ao Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher o Ministério da Saúde instituiu o dia 28 de maio como o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, nesta data todos os níveis do Sistema Único da Saúde devem avaliar as ações desenvolvidas com esta finalidade. A data é comemorada

internacionalmente, por iniciativa do Tribunal Internacional de Denúncia e Violação dos Direitos Reprodutivos, como Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, expressando a denúncia do descaso em relação à saúde feminina no período reprodutivo.

Em 2009 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.395/2009 que Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e criou o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Essa se fundamenta na certeza de que investimentos para a geração de crianças saudáveis são indispensáveis para o desenvolvimento de uma nação e de que, os direitos da criança à promoção e proteção à vida e à saúde só se dará mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, já garantidos pela Constituição brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Essa portaria consolida a política de atenção integral à saúde da criança brasileira, por intermédio do Sistema Único de Saúde que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde e os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 a 2015. Nela são implementados os objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais consta o estabelecimento da redução da mortalidade materna e infantil; considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e da Área Técnica de Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde aprovou o convênio de Cooperação Técnica e Financeira através do Convênio nº 29/2006 para o desenvolvimento do Curso ALSO (Advanced Life

Support in Obstetrics) - Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia para profissionais médicos/as e enfermeiros/as obstetras na área de Atenção à Saúde da Mulher. O Curso tem como finalidade estratégica a redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidência de cesáreas, episiotomia e outros, e vem ao encontro dos objetivos propostos por este Ministério da Saúde na organização dos sistemas de atenção à gestação, parto e puerpério que visa uma assistência hierarquizada e integralizada no sentido de cumprir os princípios constitucionais do SUS.

Comprometido em promover a maternidade segura, o Ministério da Saúde através do curso ALSO, além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, promove também o intercâmbio de informações, legislação, saberes e experiências exitosas, utilizando como referência as melhores evidências científicas atualmente disponíveis, formando profissionais médicos e/ou de enfermagem obstétrica para a prestação de serviços de treinamento na área de Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas, disponibilizando Professores e Instrutores, médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia com TEGO (título de especialista em ginecologia e obstetrícia) reconhecido pela FEBRASGO, aprovados pelo ALSO Brasil.

Se considerarmos que a população feminina sofre, historicamente, com diversas formas de preconceito, exclusão e violência, podemos verificar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher reconhece que a violência doméstica e sexual contra mulheres é um problema social e cultural de relevância neste país, afetando a promoção da saúde e qualidade de vida das cidadãs. Como uma temática relacionada à saúde pública, a violência vem sendo incorporada, desde as últimas décadas, progressivamente, às ações e políticas planejadas, executadas e avaliadas no Ministério da Saúde, utilizando conteúdo disposto na Lei 10.778/2003, sobre a violência contra a mulher.

Nesse sentido, considero que o trabalho do legislador deve ser o de atuar no sentido de garantir a elaboração de Leis que visem dar as condições para que a saúde integral de todas as mulheres, inclusive em seu direito à interrupção da gravidez nos casos já previstos em Lei, mais ainda, podemos ampliar a discussão sobre o aborto como problema de saúde pública, sempre em consonância com os compromissos assumidos nacional e internacionalmente pelo Governo Brasileiro.

Podemos verificar que há na atual política de governo adotada pelo Ministério da Saúde, uma preocupação de, junto com as Secretarias Estaduais de Saúde, de apoiar à sensibilização e mobilização de municípios, a elaboração de planos e protocolos conjuntos, formação e reciclagem pedagógica de profissionais de saúde e seus parceiros para a formação de redes de atenção integral em municípios de todas as regiões do país.

Precisamos salientar que, por reconhecer que o fenômeno da violência doméstica e sexual praticada contra mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física, essa área técnica reafirma o projeto do Estado brasileiro de promover mudanças culturais na sociedade para a formação de novos valores e atitudes. E, nesse sentido vem procurando implementar ações – em parceria com a sociedade civil organizada – que garantam tais direitos.

No texto **OLHOS DA VIDA**, do autor conhecido como Anjo do Beijo, podemos buscar depoimentos que nos ajudarão a pensar a realidade daquilo que estamos discutindo nesta nobre e douta Comissão de Seguridade Social e faço questão de frisar **FAMÍLIA**. Vejamos:

“É com os olhos da vida que enxergamos a verdadeira dificuldade que uma criança tem para nascer de uma família digna e que dê uma estrutura para seu futuro, é muito difícil às crianças terem um tipo de planejamento de vida viver sua infância, a fase gostosa de ser viver.

Crianças antes da hora, antes do planejamento de seus pais, isso se houver pais para dar amor, sustento, carinho e tudo mais que uma criança deve ter. Com falta de informação que muitas meninas engravidam antes da hora, cenas que ferem aqueles que enxerguem o futuro das crianças, frutos inocentes, crescem sem ter pai ou até morrem sem ter um.

Triste ver a cena de uma menina da idade de 10 anos a 15 anos, grávidas sem saber o que fazer, pois não tem sentido uma criança cuidar de outra criança; ficamos chocados ao saber que elas não tiveram ao seu lado um alguém para orientá-la, para ensinar-la como abrir os olhos, sentir o verdadeiro sentido do que é sexo, e até mesmo do que é ter um filho. Meninas novas vivem a dores do erro, outras vive a felicidade de um novo fruto, sem mencionar outras que não percebem o erro e nem admitem um novo fruto, mas vive a dor de estar sendo dominadas pelo seu parceiro. Nestas famílias, ou melhor, isso não é família, são fantoches de uma vida errada, pois família é o todo de tudo que sentimos, presenciamos, é aquele todo gostoso, é um todo que dá orgulho e prazer em dizer a todos quando saímos de casa e dizer “ EU AMO TODOS VOCÊS”.

É duro ouvir um depoimento de uma pessoa que presenciou e passou por várias dificuldades, principalmente como o depoimento de Rosali, Adélia, Suelene, Ana Lúcia e de Cristine.

### **Depoimento de Rosali.**

Rosali tinha 17 anos. Assistia televisão em casa, quando decidiu sair para comprar um sanduíche. No caminho, foi interceptada por dois homens e estuprada sob ameaça de uma arma. Assustada, voltou para

casa e em companhia da mãe foi à delegacia. Dali, as duas seguiram ao hospital. Na emergência, recebeu cuidados ginecológicos inadequados para uma situação de violência sexual (ducha vaginal). Dois meses depois ela descobre a gravidez e recorre ao serviço que lhe atendeu na ocasião do estupro. Ninguém sabia o que fazer. A mãe, segura de seus direitos procurou as autoridades. Ela dizia: \_ Alguém precisa fazer alguma coisa, essa menina não pode continuar grávida. Ela não procurou isso. Rosali cabisbaixa, apenas chorava. Três meses após a interrupção de gravidez, realizada numa maternidade pública de referência para vítimas de violência sexual, a adolescente deu notícias para quem lhe atendeu: \_ Oi doutora, aqui é Rosali, a menina do estupro. Liguei para dizer que estou bem. Arranjei um emprego e voltei a estudar. A vida de Rosali retomava seu curso.

### **Depoimento de Adélia.**

Adélia está só em casa. Chega um rapaz à sua residência, pergunta por seus familiares e pede um copo d'água. Adélia dirige-se à cozinha e é seguida. Com uma faca no pescoço ela é estuprada e ameaçada de morte caso revele o fato a alguém. Adélia permanece em silêncio até descobrir que está grávida. Sente medo e vergonha. Conta tudo à sua mãe e não recebe a acolhida esperada. Ela não lhe dá crédito e tampouco a aconselha a prestar queixa ou tomar qualquer outra atitude. Adélia acredita que a falta de informação leva sua mãe a agir dessa maneira.

Por iniciativa própria, ela procura a Delegacia da Mulher também esperando um atendimento especial, mas o serviço está em greve. A delegada ausente. Dias depois Adélia consegue ser atendida por ela, afirma que conhece seus direitos e quer realizar um aborto. Sem nenhum tipo de orientação é encaminhada ao IML. É mal recebida pela

recepcionista e questionada sobre a demora em prestar queixa. Faz o exame de corpo de delito com uma médica que lhe trata de "forma mecânica". Depois de longa espera para liberação do laudo, Adélia volta a falar com a Delegada. Ao ser inquirido por Adélia sobre em que maternidade poderia interromper a gravidez, "agressivamente" a delegada lhe responde: "eu não posso dizer isso não, você se vire".

Sem saber onde fazer o aborto, Adélia procura médicos de sua relação pessoal que lhe indicam um serviço de referência. Neste local ela é atendida por um médico e uma enfermeira - cordiais e gentis, pois, segundo percebe, eles estão acostumados a realizar este tipo de procedimento. Em seguida, Adélia é acompanhada pelo serviço social e orientada sobre o direito de realizar o aborto de forma segura. Durante a internação e realização do aborto Adélia fica só. Nesse momento sente a indiferença de alguns profissionais de saúde que não fazem parte da equipe sensibilizada e treinada para atender vítimas de violência sexual. Uma auxiliar de enfermagem tenta convencê-la a não fazer o aborto dizendo que isso é contra a lei de Deus; que conhece muitas mulheres estupradas que tiveram seus filhos, hoje, considerados bons filhos. Adélia espera uma atitude imparcial e reage: "vocês deviam ser pessoas neutras, porque este não é um problema de vocês, isso é um problema meu que eu estou tentando resolver"... O aborto ocorre durante a noite. Ao término do tratamento, sente-se aliviada. Segura da decisão que havia tomado, ela esperava um acompanhamento diferente dos serviços por onde passou.

### **Depoimento de Suelene.**

SUELENE foi abusada sexualmente pelo pai durante um ano. Ameaçada com uma faca, ela era obrigada a manter relações sexuais. Sentia-se muito mal, mas com medo ela nada contava para sua mãe.

Com a gravidez a mãe descobre o que está acontecendo e juntas vão ao Conselho de Proteção aos Direitos da Criança e Adolescente e à delegacia e ao IML onde foi feito o exame de corpo de delito. O agressor foi preso imediatamente.

É encaminhada para tratamento no hospital de referência, sendo atendida por uma equipe com assistente social, psicóloga e médica.

A mãe e uma tia lhe dão apoio durante a denúncia e todo acompanhamento de saúde. Em todos os serviços ela afirma ter recebido um ótimo atendimento, compreensão, apoio e força para superar o que estava acontecendo.

Ela decide abortar, porque mesmo considerando o aborto uma agressão para a mulher, não suporta a idéia de ter um filho do próprio pai.

Suelene conhecia a lei que permite a interrupção da gravidez por estupro porque assistiu a uma entrevista na televisão onde o assunto foi tratado. Mas, pra ela não foi uma decisão fácil. "Se a gravidez fosse de um namorado eu enfrentaria com unhas e dentes, mesmo sem ajuda do pai eu não abortaria".

Após o aborto e o fim do tratamento clínico Suelene sente muito bem. Para ela é importante ter feito tudo dentro da legalidade, "tudo na justiça" e "ele estar preso".

Fazer o aborto num serviço público lhe dá a certeza de que não ficaria com problema nem correria risco de vida. Ela diz conhecer casos de aborto, feitos "no silêncio" onde as meninas ficam doentes e até morrem.

Ao sair do hospital Suelene tem medo das críticas, mas acredita que o mais importante é o que ela pensa e não a opinião dos outros. Durante o depoimento ela afirma sentir muito ódio pelo pai. Mas o apoio familiar e das instituições públicas parece ter sido - ou estar sendo - fundamental para superá-la os problemas associados ao abuso sexual.

### **Depoimento de Ana Lúcia.**

ANA LÚCIA foi abordada por um rapaz, num ponto de ônibus. Ele lhe chamava insistentemente a Ana, com medo de falar com desconhecidos, seguia adiante. O rapaz aproximou-se perguntando se ela queria trabalhar como recepcionista recebendo dois salários mínimos. Recusando a oferta, Ana disse-lhe que estava apressada e precisava ir embora. Nesse momento, ele passou a ameaçá-la de morte caso gritasse, disse estar com um revólver cheio de bala que poderia descarregar em cima dela. Poderia até obrigá-la a fazer sexo oral, anal e vaginal na frente de todos, pois não tinha nada a perder e até matá-la ali mesmo. Vendo-se sem saída "eu não tive outra opção" Ana Lúcia o acompanhou "olhando só para ele para ninguém desconfiar de nada" como lhe foi exigido. Ele conversava e sorria, e seguiram andando normalmente como se fossem amigos.

Ana Lúcia é estuprada num matagal próximo à delegacia. Durante o ato, o agressor faz comentários sobre si mesmo e sua vítima. Revela que saiu do presídio recentemente, onde estava por ter assassinado o responsável pela morte de seu irmão. Faz elogios e comentários agressivos sobre sua vítima: "você é muito ignorante, mas é bonita". Ela chora e lhe pede pelo amor de Deus que pare de lhe tocar. Ele irrita-se, diz não agüentar mais ouvir esse nome, "pare com esse chororó" isso "é o que mais se ouve lá no presídio". Diz não saber por que estava

fazendo aquilo com ela, só sabia que não ia parar porque estava bom. Pergunta se ela tem dinheiro. Pede-lhe uma foto de lembrança, aponta para a casa onde mora. Recomenda que ela vá embora sem olhar para trás e não o denuncie, senão ele rodará os quatro cantos do mundo para encontrá-la e matá-la junto toda a família. Após a agressão, com medo de contrair HIV, Ana Lúcia dirigiu-se à Casa da Cidadania para pedir auxílio. Acompanhada por uma assistente social, ela foi ao Departamento de Proteção da Criança e do Adolescente, mas pode ser atendida porque era maior de 18 anos. Prestou queixa na delegacia, fez o exame no IML e foi encaminhada para o serviço de saúde de referência.

Ana Lúcia considera que recebeu um bom atendimento em todos os serviços por onde passou, mas acredita que foi assim porque a assistente social esteve ao seu lado todo o tempo. Ela recomenda que os serviços sejam mais ágeis e ressalta a necessidade de haver profissionais especializados para atender as pessoas vítimas de violência "porque uma pessoa assim precisa de muita atenção". Ela ressalta a importância do médico ter sido atencioso, ter ficado preocupado por ela estar em período fértil, ter tomado as providências com rapidez.

### **Depoimento de Cristine.**

Cristine ao nascer, Cristine não foi aceita pelo pai sendo criada pela avó materna. Ele queria que o primeiro filho fosse homem. Quando completou sete anos, sonhando conviver com seu pai, mãe e irmãos ela foi morar com os pais. Logo de início ele a proibiu de ficar no mesmo quarto dos irmãos e colocou-a para dormir na sala, á noite, com todos dormindo ela passa a ir até onde Cristine dorme. Toca-lhe o corpo, alisa seu peito e ao perceber seu choro a ameaça. Coloca um revólver do

seu lado e avisa que se contar a alguém ela morre. Cristine é abusada dos sete aos treze anos. O pai faz um buraco na parede do banheiro para lhe observar durante o banho. Ele lhe diz que ninguém pode com ele, que “aqui na terra ele pode mais que Deus”. O medo “me fraquejava”. Ela temia não ser mais virgem.

Cristine sente-se uma escrava em sua casa. É tratada de modo diferente dos irmãos, realiza todas as tarefas domésticas e não entende o motivo. Acha-se rejeitada e perseguida pelos pais. Apanha com chicote, leva murros do pai e surras da mãe.

Num dado momento decide contar para a irmã e uma prima o que acontece durante a noite. A prima lhe aconselha falar com a mãe. Esta, não acredita, ou melhor, diz que ela deve estar dando motivo para isso acontecer e passa a ameaçá-la. Sempre que fazia algo errado ou deixa alguma tarefa doméstica sem realizar, a mãe avisa que vai contar ao marido o que ela lhe contou. “Ela usava isso pra cima de mim como se fosse uma arma”. Cristine sente-se vigiada. Não pode sair só de casa nem conversar com ninguém, um dos pais está sempre por perto. Ela não sabe a quem pedir ajuda.

Até que, num certo dia, conversando com uma funcionária da biblioteca da escola onde estuda, Cristine relata sua história e é levada a um serviço de saúde de referência. Faz exame clínico e ginecológico, acompanhamento psicológico e é apoiada no processo de saída de casa. Ela vai morar com um primo que solicita sua guarda à justiça e denuncia o pai.

O delegado quer provas para prendê-lo e lhe sugere: “você deixa seu pai lhe espancar”... E depois que ele lhe espancar bem muito você corre pra cá! ”“. Ela lhe faz uma contraproposta: abrir uma sindicância

no local onde ela reside para investigar quem ele é. Após prestar queixa ela faz o exame de corpo de delito. Fica aliviada por ainda ser virgem.

Os pais de Cristine continuaram ameaçando-a por longo tempo, acusaram-na de prostituição, de levantar falso testemunho e não foram punidos pelos crimes que cometeram.

Sobre os serviços, Cristine avalia muito bem o setor saúde. Ela teve todo acompanhamento necessário, compreensão e apoio. Mas, para ela, os setores que poderiam impedir que ela continuasse sendo agredida pelo pai não atuaram de modo adequado. Lentos e inoperantes na resolução de seu problema, ela sugere à delegacia, ao IML e à Procuradoria que sejam mais eficientes no cumprimento de suas responsabilidades.

Devido ao desejo dessas mulheres ela pede para não colocar dados pessoais somente os nomes, questão de sigilo de informação pessoal, mas eu não me calo diante da vergonha de cada família, hoje foram essas mulheres acima que foram agredidas, tanto fisicamente até verbalmente e é até um ato mais humilhante. Após presenciar estes depoimentos pode-se perceber como é a vida de uma simples criança que não teve o que devia ter de uma família, é de ficar pensando, se hoje foram elas amanhã poderá ser uma parente seu até mesmo um amigo, e tudo isso aconteceu por falta de planejamento de vida dos pais daqueles criminosos, não chegam a ser gente e muito menos um animal pessoas assim não tem gênero, tinha que ser extintos da terra.

É com os olhos da vida que analisamos fatos interessantes que envolvem todos aqueles que estão ao meu, ao seu, ao nosso redor. Logo após este depoimento de Cristine veio alheia os seus direitos, assim ela terá mais tranquilidade, mas não terá uma bela infância,

infelizmente ela participou do elenco de fantoches da vida errada, nem por isso a culpa é dela, agora ela saberá o que fazer com seu fruto, isso se conseguir pensar em ter um, por muitas vezes acaba afetando o psicológico das pessoa, acaba perdendo toda aquela estrutura familiar que aprendeu.”

A Sociedade brasileira está certa em discutir este tão importante tema, entretanto, sabemos que uma unanimidade não será alcançada, porém, como vivemos em um processo democrático, onde o voto é o nosso maior aliado para a garantia da democracia. Assim, infelizmente considero que passaremos em seguida pela maior e mais importante votação nos últimos tempos nesta Comissão de Seguridade, Social e **FAMÍLIA**. Infelizmente, não será possível alcançarmos a unanimidade. Precisamos refletir pensando em nossas filhas, netas, mães, irmãs.

Por todo o exposto e por considerar que o projeto viola tanto a liberdade de crença e pensamento quanto o principio da igualdade; viola a dignidade das mulheres porque as transforma em simples meio para garantir direitos de um terceiro em potencial; por impedir o aborto decorrente de violência sexual; por considerar que artigo 13 do Estatuto do Nascituro institucionaliza a tortura e impõe o terrorismo de Estado; por considerar que a proteção ao nascituro não pode se dar ao custo dos direitos das mulheres; por considerar que a tutela dos direitos do nascituro não pode se dar na mesma intensidade com que se tutela o direito de pessoas humanas já nascidas; por considerar que o Estatuto do Embrião cria um novo tipo de responsabilidade do Estado em relação aos crimes decorrentes do dever geral do Estado de prestar segurança, votamos pela REJEIÇÃO do Projeto de Lei nº 478, de 2007.

Sala da Comissão, em 18 de maio de 2010.

DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI