

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2015.

(Do Sr. Jean Wyllys)

Estabelece as políticas públicas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos e dá outras providências.

Título I – Das Disposições Gerais

Art. 1º - Constitui objeto da presente Lei garantir os direitos fundamentais no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos, regular as condições da interrupção voluntária da gravidez e estabelecer as correspondentes obrigações dos poderes públicos.

§ 1º - Compreende-se como saúde sexual: o estado de bem estar físico, psicológico e social relacionado com a sexualidade, que requer um ambiente livre de discriminação, de coerção e de violência.

§ 2º - Compreende-se como saúde reprodutiva: o estado de bem estar físico, psicológico e social nos aspectos relativos a capacidade reprodutiva da pessoa, que implica na garantia de uma vida sexual segura, a liberdade de ter filhos e de decidir quando e como tê-los.

Art. 2º - No exercício de suas liberdade, intimidade e autonomia, todas as pessoas têm direito a decidir livremente sobre sua vida sexual e reprodutiva, conforme direitos e deveres estabelecidos pela Constituição Federal.

Parágrafo único – Ninguém será discriminado no acesso aos instrumentos e mecanismos previstos nesta Lei por motivos de origem racial ou étnica, religião, convicção ou opinião, sexo, identidade de gênero, deficiência física, orientação sexual, estado civil ou qualquer outro pretexto discriminatório.

Art. 3º - O Estado garantirá o direito à reprodução consciente e responsável, reconhecendo o valor social da maternidade na garantia da vida humana, e promoverá o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população, entendendo-se que a interrupção voluntária da gravidez não constitui um instrumento de controle de natalidade.

Art. 4º - O direito à maternidade voluntária e livremente decidida é plenamente reconhecido.

Art. 5º - O Estado, no exercício de suas competências, garantirá o acesso aos equipamentos e aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede complementar (privado), e aos equipamentos, conteúdos e profissionais de educação geridos pelo Ministério da Educação (MEC) que incidem no âmbito de aplicação da presente Lei.

Título II – Da educação sexual, da saúde sexual e dos direitos reprodutivos

Capítulo I – Políticas públicas para a educação sexual e reprodutiva

Art. 6º - O sistema de educação gerido pelo Ministério da Educação (MEC) contemplará a educação em saúde sexual e reprodutiva como parte do desenvolvimento integral da personalidade e da formação de valores, incluindo um enfoque integral que contribua para:

I – A promoção de uma visão da sexualidade baseada na igualdade e corresponsabilidade entre os gêneros, com atenção especial à prevenção da violência de gênero, agressões e abusos sexuais.

II – O reconhecimento e a aceitação da diversidade sexual.

III – A prevenção de DST - HIV.

IV – A prevenção de gravidez não desejada nos marcos de uma sexualidade responsável.

V – A incorporação da educação em saúde sexual e reprodutiva ao sistema educativo, levando em conta a realidade e as necessidades dos grupos ou setores sociais mais vulneráveis, como as pessoas com deficiência auditiva ou visual, proporcionando em todos os casos, informação e materiais acessíveis, adequados às suas idade e condição.

Parágrafo único: O poder público apoiará a comunidade educacional na realização de atividades formativas relacionadas à educação sexual e à a prevenção de DST – HIV e da gravidez não desejada, fornecendo informação adequada aos entes parentais.

Capítulo II – Políticas públicas para a saúde sexual e reprodutiva

Art. 7º - O poder público, no desenvolvimento de suas políticas de saúde e sociais, garantirá:

I – A informação e educação sexual e reprodutiva nos conteúdos formais do sistema de educação.

II – O acesso universal aos serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva.

III – A informação sobre contracepção e sexo seguro que previna tanto as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST-HIV) quanto a gravidez não desejada.

IV - O acesso a métodos seguros de contracepção de emergência em todas as unidades da rede pública de saúde e o acesso às informações corretas de sua utilização.

V – O aumento da oferta e diversidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde, de modo a assegurar a todas as mulheres, do campo, da floresta e das cidades, durante toda a sua vida fértil, da puberdade à menopausa, o acesso a métodos seguros e saudáveis de evitar filhos, escolhidos de maneira correta e adequada às dinâmicas e peculiaridades de sua vida.

VI - Ações informativas e de sensibilização sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente através dos meios de comunicação.

Art. 8º - O Sistema Único de Saúde (SUS) garantirá a formação de equipes multidisciplinares que deverão ser compostas por, no mínimo, um(a) médico(o) ginecologista, um(a) psicólogo(a), um(a) enfermeiro(a) e um(a) assistente social em todas as unidades especializadas para a realização da interrupção voluntária de gravidez.

Capítulo III – Políticas públicas de assistência integral à saúde da mulher

Art. 9º - O poder público, no desenvolvimento de suas políticas específicas de saúde da mulher:

I - Efetivará a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

II - Fortalecerá a área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, aumentando e garantindo a efetividade dos serviços de interrupção voluntária da gravidez e assegurando treinamento e qualificação dos profissionais de saúde para a garantia e segurança dos métodos adotados.

Título III – Da Interrupção Voluntária da Gravidez

Capítulo I – Condições da interrupção voluntária da gravidez

Art. 10º - Toda a mulher tem o direito a realizar a interrupção voluntária da gravidez, realizada por médico e condicionada ao consentimento livre e esclarecido da gestante, nos serviços do SUS e na rede privada nas condições que determina a presente Lei.

Parágrafo único – Ninguém será discriminado no acesso aos instrumentos e mecanismos previstos nesta Lei por motivos de origem racial ou étnica, religião, convicção ou opinião, sexo, identidade de gênero, deficiência física, orientação sexual, estado civil ou qualquer outro pretexto discriminatório.

Art. 11 - Toda mulher tem o direito a decidir livremente pela interrupção voluntária de sua gravidez durante as primeiras doze semanas do processo gestacional.

Art. 12 – Ultrapassado o prazo estabelecido no artigo 11 da presente Lei, a interrupção voluntária da gravidez somente poderá ser realizada:

I – Até a vigésima segunda semana, desde que o feto pese menos de quinhentos gramas, nos casos de gravidez resultante de estupro, violência sexual ou ato atentatório à liberdade

sexual, sem a necessidade de apresentação de boletim de ocorrência policial ou laudo médico-legal.

II – A qualquer tempo, nos casos de risco de vida para a gestante, comprovado clinicamente.

III – A qualquer tempo, nos casos de risco à saúde da gestante, comprovado clinicamente.

III – A qualquer tempo, nos casos de incompatibilidade e/ou inviabilidade do feto com a vida extrauterina, comprovado clinicamente.

Art. 13 – Todas as gestantes que manifestem sua intenção de submeter-se a uma interrupção voluntária de gravidez receberão informação sobre:

I - saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos;

II - os distintos métodos de interrupção da gravidez;

III - as condições para a interrupção previstas na presente Lei;

IV - as unidades de saúde disponíveis e acessíveis a que deva se dirigir;

V - os trâmites para obter a prestação do serviço.

Art. 14 - Nos casos em que a gestante opte pela interrupção voluntária da gravidez, ela receberá ainda, um envelope que conterá as seguintes informações:

I - as políticas públicas disponíveis para as mulheres grávidas e os serviços de saúde disponíveis durante a gravidez e o parto;

II - os direitos trabalhistas vinculados à gravidez e à maternidade, além das políticas públicas para o cuidado e atenção dos filhos e filhas;

III - dados sobre as unidades disponíveis para o acesso à informação adequada sobre contracepção e sexo seguro;

IV - dados sobre as unidades onde a mulher possa receber voluntariamente acompanhamento antes e depois da interrupção da gravidez.

§ 1º - A elaboração, o conteúdo e o formato destas informações serão determinados através de normas expedidas pelo Ministério da Saúde.

§ 2º - As informações acima listadas terão caráter público e também deverão ser explicadas presencialmente às gestantes.

§ 3º - Uma vez cumpridas as condições descritas acima, a interrupção voluntária da gravidez deverá ser realizada em até no máximo três dias.

Art. 15 – Salvo nos casos de risco iminente de vida, em que a mulher esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, a interrupção voluntária da gravidez só será realizada mediante consentimento expresso e por escrito:

I - da gestante capaz, maior de dezoito anos.

II - do representante legal, no caso das gestantes maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, que se manifestam conjuntamente com a gestante.

III – dos pais, representantes ou responsáveis legais, no caso de gestante com idade inferior a dezesseis anos.

IV do representante legal, no caso de uma mulher declarada incapaz em juízo.

§ 1º – Gestantes maiores de dezesseis e menores de dezoito anos poderão ser liberadas do consentimento do representante legal no caso de perigo certo e fundamentado de violência intrafamiliar, ameaças, coações, maus tratos ou situação de desamparo total em função da interrupção voluntária de gravidez.

§ 2º - No caso da interrupção voluntária da gravidez ser realizada em uma menor de catorze anos, será exigido o consentimento de pelo menos um de seus representantes legais. Nesse caso, a criança deverá ser ouvida e, frente a qualquer outro interesse, será considerada primordialmente a satisfação do seu interesse, no pleno gozo de seus direitos e garantias consagrados na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

§ 3º - Sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

§ 4º - Nos processos que envolverem crianças e adolescentes menores de dezoito anos obrigatoriamente se manifestará o Ministério Público. Se nesses casos a gestante ou sua família estiver em condições de vulnerabilidade ou hipossuficiência, serão assistidos pela Defensoria Pública.

Título IV – Dos Procedimentos Prévios e Posteriores à Interrupção Voluntária da Gravidez

Art. 16 – Todas as unidades especializadas para a realização da interrupção voluntária de gravidez terão a obrigação de cumprir com o que preceitua a presente Lei, devendo estabelecer as condições técnico-profissionais e administrativas necessárias para possibilitar o acesso ao procedimento.

Art. 17 – As unidades de saúde que prestem o serviço da interrupção voluntária da gravidez assegurarão a intimidade das mulheres e a confidencialidade no tratamento dos seus dados de caráter pessoal. Quando o acesso for solicitado por outro profissional de saúde a fim de prestar a adequada assistência médica a uma paciente, as informações serão limitadas estrita e exclusivamente aos dados necessários para a assistência médica, deixando de constar a realização da interrupção voluntária da gravidez.

Parágrafo único – As unidades de saúde que tenham realizado uma interrupção voluntária de gravidez deverão cancelar de ofício a totalidade dos dados das pacientes uma vez transcorrido cinco anos a partir do último registro da intervenção. Entretanto, a documentação clínica poderá ser conservada para fins estatísticos desde que cancelados todos os dados identificadores da paciente.

Título V – Da Objeção de Consciência

Art. 18 – Os médicos que manifestem objeção de consciência para intervir nos atos médicos a que faz referência esta Lei deverão informar, de forma circunstanciada e individual, às autoridades dos estabelecimentos a que pertençam, que deverão promover o registro da informação nos assentos institucionais.

§ 1º - É direito do/a médico/a recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

§ 2º - Nos casos de interrupção voluntária da gestação, não cabe objeção de consciência:

I - Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;

II - Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);

III - No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

§ 3º É dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

§ 4º - Em todo os casos, as instituições e unidades de saúde e as autoridades responsáveis pela prestação do serviço deverão garantir a realização do procedimento da interrupção voluntária da gravidez, observadas as disposições da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Título VI – Das Disposições Finais

Art. 19 – Ficam revogados os artigos 124, 126 e 128 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 20 – O artigo 127 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 127. A pena cominada no artigo 125 deste Código será aumentada de 1/3 (um terço) se, em consequência do aborto

ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofrer lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevier a morte.”

Art. 21 – Para a fiel execução da presente Lei, regulamento do Ministério da Saúde disciplinará, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a promulgação, as normas complementares para a implementação do disposto nesta Lei no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 22 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A primeira razão para este Projeto de Lei é, na verdade, uma falta de razões: não há justificativa para que o aborto *seguro* seja ilegal e as mulheres que o praticam, bem como aqueles e aquelas que as assistem, sejam considerados criminosos ou criminosas. Todos os argumentos que, ao longo do tempo, têm sido oferecidos a modo de justificativa para manter a atual legislação não passam de um conjunto mal articulado de mentiras, omissões e hipocrisias cujo efeito se mede, anualmente, em vidas humanas. Vidas indiscutíveis, seja pela ciência, seja pela filosofia, seja pela religião, de mulheres já nascidas.

E o único motivo para isso é a vontade de uma parcela do sistema político e das instituições religiosas de impor pela força suas crenças e preceitos morais ao conjunto da população, ferindo a laicidade do Estado.

A primeira mentira da legislação atual é que a discussão sobre a legalidade ou ilegalidade do aborto seguro seja uma discussão sobre a possibilidade real da sua prática, como se da aprovação ou rejeição de um Projeto de Lei como este que estamos apresentando dependesse que abortos venham a ser praticados em maior ou menor quantidade no país. É um tipo de falácia muito comum: fazemos de conta que a criminalização tem alguma incidência quantitativa na prática de abortos, embora qualquer pesquisa séria em qualquer país do mundo prove o contrário, da mesma forma que fazemos de conta que a criminalização de determinadas substâncias impede seu consumo e sua comercialização massiva; que a omissão legislativa sobre os direitos civis de determinadas famílias faz com que elas não existam; que a negação dos direitos dos filhos de casais homoafetivos faz com que eles não tenham mais dois pais ou duas mães; ou que a omissão legislativa sobre a identidade de gênero de determinadas pessoas faz com que o nome que elas usam na vida real, e pelo qual são chamadas pelos outros, seja substituído, em alguma circunstância não meramente formal, por aquele que apenas existe nos documentos. É a lei do faz de conta, cuja inutilidade prática a tornaria irrelevante, não fosse o enorme dano social e produz, de diversas formas, em cada um dos casos elencados. Da mesma forma que fazíamos de conta, algum tempo atrás, que o fato de o divórcio ser ilegal impedia que os casais que já não se amavam deixassem de viver juntos, como se um documento registrado no cartório pudesse mudar a realidade da vida.

No caso que nos ocupa, algumas informações precisam ser trazidas à tona. Estima-se que no país ocorram, anualmente, entre 729 mil a 1 milhão de abortamentos inseguros, embora o aborto seja ilegal. Uma pesquisa realizada pela Universidade de Brasília em parceria com o Instituto Anis revela que, em todos os estados brasileiros, as mulheres que interrompem a gravidez são, em sua maior parte, casadas, têm filhos e religião, estando distribuídas em todas as classes sociais. Essa pesquisa aponta, ainda, que uma em cada sete brasileiras com idade entre 18 e 39 anos já realizou ao menos uma interrupção voluntária da gravidez na vida. Isso equivale a uma multidão de cinco milhões de mulheres. Na faixa etária de 35 a 39 anos a proporção é ainda maior, sendo que uma em cada cinco mulheres já fizeram pelo menos uma interrupção voluntária da gravidez ao longo da vida. Isso demonstra a magnitude do abortamento no Brasil, independentemente da proibição legal. Não se trata de uma questão de direito penal, mas de saúde

pública. Entretanto, estudos apontam que a condição de clandestinidade do aborto no Brasil dificulta a definição de sua real dimensão, bem como da complexidade dos aspectos, que envolvem questões legais e econômicas, sociais e psicológicas, exercendo impacto direto na vida e na autonomia das mulheres.

Esses abortamentos acontecem, na maioria das vezes, por meio de procedimentos realizados sem assistência adequada, de forma insegura e na ausência de padrões sanitários adequados, gerando possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia e infecção, infertilidade ou morte. Mais recentemente, em especial no Rio de Janeiro, a prática do aborto tem ficado a cargo das milícias e do tráfico de drogas, já que todas as clínicas que possuíam infraestrutura e profissionais qualificados foram fechadas e seus trabalhadores criminalizados. Os casos de Jandira Magdalena dos Santos Cruz e Elizângela Barbosa são emblemáticos e comprovam que quando o Estado se omite, o vácuo é preenchido da pior maneira. A criminalização e as leis restritivas não levam à eliminação ou redução do número de abortos provocados, mas produzem, sim, um efeito que os defensores dessa política preferem ignorar: o aumento considerável dos índices de morbidade feminina, representando, ainda, uma das principais causas de morte materna no Brasil, como acontece em outros países onde o aborto é total ou parcialmente ilegal. É nesse aspecto que a “lei do faz de conta” não é inócua: a legalização do aborto evitaria milhares de mortes e casos de prejuízos à saúde das mulheres que, por falta de recursos econômicos, recorrem à prática da interrupção voluntária da gravidez nas piores condições de risco e insegurança. É nesse efeito da lei que reside a segunda mentira: a “defesa da vida”, porque a criminalização do aborto mata. Além disso, dificulta o registro e a alimentação do sistema de informação sobre a mortalidade materna do Ministério da Saúde, contribuindo, assim, para a ocultação dessa causa específica de morte materna, que por vezes é mascarada por infecções e hemorragias, ou simplesmente contabilizada entre os óbitos por causas mal definidas.

O atendimento ao abortamento mal sucedido é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos serviços públicos de saúde do país. Segundo dados do Datasus, são cerca de 230 mil internações por ano para o tratamento das complicações decorrentes do abortamento inseguro. Pesquisas tem sugerido que aspectos referentes à saúde pública e aos direitos humanos ainda não recebem a atenção e o aprofundamento devidos por parte dos legisladores, dos juízes, dos gestores, dos profissionais de saúde, entre outros atores sociais.

A diferença entre os países em que o aborto seguro é legal e aqueles em que a prática é criminalizada é que, nos primeiros, todas as mulheres, sem distinção, têm acesso a essa prática nas mesmas condições. A diferença, então, não é quantitativa (embora em alguns países, após a legalização do aborto, tenha diminuído seu número), mas qualitativa e de igualdade. Nos países onde o aborto é ilegal, sua prática em clínicas privadas é socialmente tolerada e raramente perseguida, de modo que as mulheres que têm condições de pagar conseguem realiza-lo nas mesmas condições dos países onde o aborto é legal. Já as mulheres da classe trabalhadora, que se atendem pelo SUS ou por um plano de saúde que, por ser o aborto ilegal, não pode garantir a prestação, precisam recorrer a métodos inseguros, sem qualquer tipo de acompanhamento dos sistemas de saúde e assistência social e ameaçadas pela possível punição.

Ou seja, a criminalização do aborto é uma questão de classe, já que só vale, na prática, para as mulheres pobres. Eis a terceira mentira: a política de criminalização do aborto não é geral, mas seletiva. E sua consequência são as alarmantes estatísticas de morbidade materna — de

mulheres pobres — por complicações decorrentes do aborto clandestino que, em países que legalizaram o aborto, caíram até zero, ou seja, vidas foram salvas com a legalização.

No vizinho Uruguai, de acordo com dados oficiais do Ministério da Saúde, publicados um ano depois da aprovação da lei que descriminalizou o aborto e garantiu sua prática no sistema de saúde, entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013 se realizaram 6.676 abortos legais e não morreu nenhuma mulher por essa prática. Quer dizer: legalizar o aborto é, na verdade, uma escolha política em favor da vida das mulheres. As estatísticas uruguaias também indicaram uma diminuição do número de abortos por ano com relação ao período anterior, que podem ser explicados pelo fato de que a legalização permite aos hospitais e centros de saúde oferecer às mulheres que recorrem a eles o acompanhamento de profissionais e toda a informação necessária para que decidam livremente e conhecendo as alternativas, como é garantido, também, no presente projeto.

A quarta mentira é a culpabilização das mulheres pela gravidez indesejada, que aparece, mais ou menos explicitamente, nos discursos contrários à legalização do aborto. A interrupção voluntária da gravidez é um processo difícil para as mulheres, não há a possibilidade de ser usado como contraceptivo, como acusam os detratores do aborto legal e seguro. Também não é prerrogativa de adolescentes e mulheres jovens: muitas das mulheres que realizam o abortamento inseguro têm mais de dois filhos e relações conjugais estáveis. Por outro lado, uma das mentiras mais perversas, porque os mesmos setores políticos que se opõem a legalizar o aborto são os que também boicotam de todas as formas possíveis as políticas de educação sexual integral, prevenção da gravidez indesejada e acesso gratuito aos métodos contraceptivos. Este Projeto de Lei garante não apenas o direito à interrupção da gravidez indesejada como também sua prevenção: educação sexual para decidir, contraceptivos para não abortar e aborto legal para não morrer.

É assim que se faz na maioria dos países desenvolvidos.

Estima-se que 41% da população mundial vive nos 50 países que permitem o aborto sem qualquer tipo de restrições causais (China, França, Espanha, Rússia, África do Sul, Estados Unidos, entre outros), 21% em outros que o permitem de acordo com amplos critérios sociais e econômicos (Grã-Bretanha, Índia, Zâmbia, etc.) e 13% em países que o permitem apenas em determinadas circunstâncias, como é o caso do Brasil, da Argentina e outros. Apenas 26% da população do mundo vive em países onde o aborto é sempre ilegal ou só é permitido para salvar a vida da mãe. Dos 193 países que integram as Nações Unidas, o aborto é ilegal em todos os casos apenas em cinco: Vaticano, Malta, Chile, El Salvador e Nicarágua. E, nos últimos anos, vários países legalizaram o aborto ou ampliaram os casos em que ele é permitido.

E o que acontece no Brasil? Nessa questão, como em outras que envolvem os direitos relacionados com a sexualidade e, de modo mais geral, com as liberdades individuais, o país enfrenta o atraso com relação ao mundo por conta da submissão do poder legislativo aos jogos de poder do fundamentalismo religioso.

No Congresso, desde 2008, a organização desses setores vem avançando continuamente.

Quatro frentes parlamentares anti-aborto atuam de forma extremamente organizada no Parlamento. Frentes estaduais de parlamentares foram formadas. Integrantes dessas frentes e outros(as) parlamentares que também se posicionam contra a descriminalização e a

legalização da interrupção voluntária da gravidez ocuparam, em maioria, as comissões que avaliam e votam os projetos de lei que dizem respeito aos direitos das mulheres.

No final de 2008, estes setores propuseram uma CPI que não foi implementada, mas parlamentares reacionários e machistas seguem se articulando para sua efetivação. Paralelamente, projetos de lei retrógrados, contrários aos direitos das mulheres, que foram propostos entre 2007 e 2009, tramitaram no Congresso sob forte pressão para votação. Entre eles, há dois projetos orientados para aumentar a criminalização das mulheres: o Estatuto do Nascituro, que, se aprovado, impedirá a realização de interrupção voluntária da gravidez até em casos de estupro e criminalizará o debate e luta pela legalização; e o projeto que defende a obrigatoriedade do cadastramento de gestante no momento da constatação da gravidez, uma forma de manter a vida reprodutiva das mulheres sob vigilância, caracterizando as mulheres, de uma forma geral, como criminosas em potencial. O Estatuto do Nascituro e seus apensos estão na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Federal.

No início do ano de 2010 ocorreram novos fatos que atacaram ainda mais a democracia. Não bastasse a assinatura da Concordata Brasil-Vaticano, que estabelece um estatuto da Igreja Católica no país, desrespeitando a condição laica do Estado, setores da direita, entre eles integrantes da Igreja Católica, ruralistas e defensores da ditadura militar atacaram frontalmente o terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3). Dentre os temas criticados por esses setores, está o apoio à revisão da legislação punitiva da interrupção voluntária da gravidez. O plano, elaborado a partir de conferências públicas, ou seja, da participação popular, foi totalmente desqualificado por esses grupos, que querem impor o retrocesso de direitos, a subordinação e controle sobre o corpo e a vida das mulheres.

Em abril de 2013, foi apresentado um novo requerimento de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar de interesses e financiamentos internacionais de realização da interrupção voluntária da gravidez.

Os processos eleitorais tem sido momentos em que esses grupos conservadores, em nome da falsa defesa da vida, chantageiam candidatas(os) e eleitorado para fazer prevalecer sua visão ideológica e ampliar as bases conservadoras no poder. Com isso, o debate da interrupção voluntária da gravidez fica rebaixado para o âmbito judicial.

Neste contexto, a construção de uma frente ampla, com uma unidade que extrapole os movimentos feministas, é condição fundamental para confrontar e resistir ao avanço das forças conservadoras e criar um clima de diálogo e denúncia na sociedade, envolvendo vários setores na intensificação do debate e das ações que criem bases para uma nova correlação de forças que nos seja favorável.

É nesse caminho que este projeto se inscreve.

No contexto das eleições gerais brasileiras de 2010, a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto apresentou para debate propostas para a legalização da interrupção voluntária da gravidez no Brasil. O intuito era reverter o processo de denúncias, humilhações e ações judiciais em curso, que atingem tanto mulheres que abortaram quanto as trabalhadoras que as atendem e as organizações que lutam pela legalização, assim como fazer avançar a concretização deste direito das mulheres no futuro próximo.

No Brasil, o caso emblemático de criminalização das mulheres ocorreu no estado do Mato Grosso do Sul, quando, após invasão de um clínica que supostamente fazia interrupção voluntária da gravidez, 10 mil mulheres tiveram suas fichas médicas violadas e 2 mil mulheres ficaram sob ameaça de indiciamento. As profissionais que trabalhavam na clínica que realizava o procedimento (três auxiliares de enfermagem e uma psicóloga) foram a júri popular no início de abril deste ano, sendo condenadas sem nenhuma prova. Além disso, outras mulheres que supostamente praticaram interrupção voluntária da gravidez nesta clínica foram condenadas, também sem provas, a trabalho comunitário.

Diante da desinformação generalizada da população, da diversidade de visões sobre a questão e, em especial, dos argumentos falaciosos, falsas informações e toda sorte de mentiras lançadas e difundidas pelas forças patriarcais reacionárias e seus aliados, a Assembléia da Frente, realizada no final de 2009, decidiu pela elaboração e difusão de uma Plataforma pela legalização da Interrupção voluntária da gravidez no Brasil.

Para uma efetiva autodeterminação reprodutiva das mulheres é preciso a implantação de um conjunto de medidas e políticas que promovam direitos, enfrentem a cultura política patriarcal, o racismo e a desigualdade social. Estas medidas são aqui apresentadas em torno de prioridades, que têm como princípio assegurar a autonomia e a livre decisão da mulher sobre seu corpo e sua vida, respeitando a confidencialidade, privacidade, e garantindo escuta e orientação, principalmente às mulheres jovens, adolescentes e meninas.

O direito das mulheres à interrupção voluntária da gravidez, em ambiente legal e seguro, está fundado no Direito Internacional dos Direitos Humanos. O Estado Brasileiro, como signatário dos pactos e convenções de Direitos Humanos e seus protocolos, que formam o corpus jurídico deste direito, está obrigado a garantir às mulheres os seguintes direitos: à vida, ao máximo possível de saúde física e mental; à igualdade e não discriminação; à intimidade e à autonomia reprodutiva; à liberdade; a não serem submetidas a maus tratos, crueldade e degradação; à liberdade de consciência e religião, entre outros. Dessa forma, a proibição e a criminalização do aborto e a falta de acesso a procedimentos seguros e gratuitos constituem uma violação destes direitos. Garantem a vigência destes direitos o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP); a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW); o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC); a Convenção sobre os Direitos da Criança; a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH); a Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, forma marcos para a afirmação dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos. Em especial, o Programa de Ação do Cairo estabelece as definições de saúde sexual reprodutiva e direitos reprodutivos:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros

métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.”

“Tendo em vista a definição supra, os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, devem levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, inclusive o planejamento”

O Estado brasileiro assumiu tais compromissos com a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, que devem ser traduzidos em ações que possibilitem a mulheres e homens vivenciarem com plenitude e saúde a sua sexualidade; decidirem, livre e conscientemente, ter ou não ter filhos – o seu número e espaçamento entre eles; acessarem informações e os meios necessários à concretização de suas decisões reprodutivas, além de tratamento digno e de qualidade, quando dele necessitarem.

O governo brasileiro comprometeu-se a garantir a saúde sexual, estado de bem estar físico, psicológico e social relacionado com a sexualidade que requer um ambiente livre de discriminação, de coerção e de violência; e a saúde reprodutiva, estado de bem estar físico, psicológico e social nos aspectos relativos a capacidade reprodutiva da pessoa, que implica na garantia de uma vida sexual segura, a liberdade de ter filhos e de decidir quando tê-los. Além disso, o governo brasileiro se comprometeu-se a revisar as leis punitivas que incidem sobre as mulheres que praticam abortos ilegais e inseguros, conforme compromisso disposto no parágrafo 106 k. da Plataforma de Ação de Beijing (Conferência Mundial sobre a Mulher). De acordo com o referido parágrafo 106 k, os Estados se comprometeram a “considerar a possibilidade de reformar as leis que preveem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais”.

Desde que se iniciou o processo de reabertura democrática no Brasil, em meados da década de 1980, organizações da sociedade civil que trabalham para a igualdade de direitos entre homens e mulheres e para a efetiva implementação dos direitos das mulheres vêm travando batalhas no campo democrático no sentido de garantir que o Estado dispense a atenção devida aos temas que afetam direta e especificamente a saúde das mulheres, e os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Como resultado dessas batalhas, avanços foram conquistados com a adoção do Programa de Atenção à Saúde Integral das Mulheres (PAISM), as políticas de atenção à feminização da epidemia de Aids, elementos da estratégia Rede Cegonha, entre outros. Os direitos

Sexuais e os direitos reprodutivos fazem parte dos direitos humanos e têm como marco a Constituição Federal de 1988, que incorpora o direito a saúde no rol dos direitos sociais, no seu artigo 6º, e estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, no artigo 196.

Um outro avanço em termos normativos para a garantia da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos é a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, que estabelece normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica a mulheres que passaram por abortamento – espontâneos ou provocados – e procuram assistência em unidades de saúde públicas ou privadas. (Ministério da Saúde, 2010).

Hoje, vinte anos depois do Programa de Ação do Cairo, é necessário avançar mais houve em termos legislativos para efetivar políticas de saúde sexual e reprodutiva que garantam o direito à interrupção legal da gravidez no Brasil. Neste sentido, o Brasil através da apresentação deste Projeto de Lei, vem cumprir com o que foi acordado no Consenso de Montevideú, que estabeleceu a necessidade dos países tomarem medidas para revisar suas leis, regulamentos, estratégias e políticas públicas relacionadas com a interrupção voluntária da gravidez a fim de proteger a vida e a saúde das mulheres, adolescentes e jovens, melhorar a sua qualidade de vida, e reduzir o número de abortos (parágrafo 42, Consenso de Montevideo).

Este Projeto de Lei foi inicialmente construído em parceria com o Setorial de Mulheres do Partido Socialismo e Liberdade a partir da Plataforma pela Legalização do Aborto escrita pela Frente Nacional pela Legalização do Aborto e do acúmulo histórico e de luta de tantas feministas que valorizam e querem preservar a vida e a dignidade das mulheres.

Foram levados em consideração para a redação desta proposição: a lei 18.987 do Uruguai, a lei do Estado Espanhol de 2010, e o Projeto de Lei da Campanha Nacional pelo Aborto Seguro, Legal e Gratuito da Argentina.

Colaboraram com a construção deste Projeto de Lei, com sugestões, críticas ou contribuições, as seguintes pessoas e entidades: Sonia Correa; Maíra Fernandes; Beatriz Galli; Bernardo Campinho; OAB - Ordem dos Advogados do Brasil; IPAS; CLADEM; CFemea; companheiras da AMB - Articulação de Mulheres Brasileiras; companheiras da CAMTRA - Casa da Mulher Trabalhadora; companheiras da CDD - Católicas pelo Direito de Decidir; companheiras da Marcha de Mulheres Negras; CRP-RJ; CRESS - RJ; servidoras da SPM - Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República; servidoras do Ministério da Saúde; professoras e professores das redes públicas do Rio de Janeiro e do Distrito Federal.

Diante de todo o exposto, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 24 de março de 2015.

Deputado JEAN WYLLYS

