

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 1.135, DE 1991

(Apenso os Projetos de Lei nº 1.174, de 1991; nº 3.280, de 1992 – seu apenso, o Projeto de Lei nº 1.459, de 2003; nº 176, de 1995; nº 1.956, de 1996; nº 2.929, de 1997; nº 4.703, de 1998; nº 4.917, de 2001; nº 7.235, de 2002; nº 1.459, de 2003; nº 3.744, de 2004; nº 4.304, de 2004; nº 4.834, de 2005; nº 5.166, de 2005; e nº 5.364, de 2005)

Suprime o artigo 124 do Código Penal Brasileiro.

Autores: Srs. Eduardo Jorge e Sandra Starling

Relatora: Deputada Jandira Feghali

Voto em separado: Deputado Elimar Máximo
Damasceno

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 1.135, de 1991, de autoria dos então Deputados Eduardo Jorge e Sandra Starling, visa suprimir o art. 124 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, o Código Penal, o qual caracteriza como crime o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.

Encontram-se apensados à proposição principal os seguintes projetos de lei:

- Projeto de Lei nº 1.174, de 1991, de autoria dos Srs. Eduardo Jorge e Sandra Starling, que dá nova redação ao artigo 128 do Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940, o Código Penal, deixando de punir o aborto quando: a 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; resultante de estupro;



1F56F6DB19

- Projeto de Lei nº 3.280, de 1992, do Sr. Luiz Moreira, que autoriza a interrupção da gravidez até a 24ª semana quando: o feto apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas e mentais, bastando o consentimento da gestante, cônjuge ou representante legal e da autorização de um médico que não seja o que realizará o aborto;

- Projeto de Lei nº 176, de 1995, do Sr. José Genoíno, que “dispõe sobre a opção da interrupção da gravidez”, permitindo a livre interrupção até 90 dias de gestação, bastando a reivindicação da gestante, sendo a rede pública obrigada a realizar o aborto;

- Projeto de Lei nº 1.956, de 1996, da Sra. Marta Suplicy, que autoriza a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de má-formação incompatível com a vida ou doença degenerativa incurável, ou quando for constatada por meio científico, impossibilidade de vida extra-uterina, requerendo-se o consentimento da gestante ou do representante legal;

- Projeto de Lei nº 2.929, de 1997, do Sr. Wigberto Tartuce, que permite às mulheres estupradas por parentes a interrupção da gravidez;

- Projeto de Lei nº 4.703, de 1998, do Sr. Francisco Silva, que acrescenta o inciso VIII e o § 1º ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, considerando crime hediondo o aborto provocado pela gestante, ou por terceiros, com o seu consentimento;

- Projeto de Lei nº 4.917, de 2001, do Deputado Givaldo Carimbão, inclui inciso no artigo 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, tipificando como hediondo o crime de aborto, e altera os arts. 124, 125 e 126 do Código Penal Brasileiro, elevando as penas relacionadas ao aborto;

- Projeto de Lei nº 7.235, de 2002, do Sr. Severino Cavalcanti, que revoga o art. 128 do Decreto-Lei n.º 2848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, excluindo dispositivo que autoriza a realização do aborto necessário no caso de não haver outro meio de salvar a vida da gestante e no caso de gravidez resultante de estupro;



1F56F6DB19

- Projeto de Lei nº 1.459, de 2003, do Deputado Severino Cavalcanti, apensado ao já citado Projeto de Lei nº 3.280, de 1992, e que acrescenta um parágrafo ao artigo 126 do Código Penal, prevendo a aplicação da pena prevista neste artigo também nos casos de aborto provocado em razão de anomalia na formação do feto;

- Projeto de Lei nº 3.744, de 2004, do Deputado Coronel Alves, que dá nova redação ao art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, autorizando o aborto para a gravidez resultante de atentado violento ao pudor ou outra forma de violência (além do já previsto estupro);

- Projeto de Lei nº 4.304, de 2004, do Deputado Eduardo Valverde, que despenaliza a interrupção de gravidez quando: constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida; se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez; houver motivos seguros para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença congênita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com ciência médica, excepcionando-se as situações de anencefalia, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; a gravidez seja resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;

- Projeto de Lei nº 4.834, de 2005, dos Deputados Luciana Genro e Dr. Pinotti, acrescentando inciso ao artigo 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, isentando de punição o aborto provocado por médico quando o feto é portador de anencefalia, comprovada por laudos independentes de dois médicos;

- Projeto de Lei nº 5.166, de 2005, do Deputado Takayama, que estabelece penas para os casos de antecipação terapêutica de parto de feto anencefálico ou inviável;



1F56F6DB19

- Projeto de Lei nº 5.364, de 2005, dos Deputados Luiz Bassuma e Ângela Guadagnin, que pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro, independentemente do consentimento da gestante, ou quando incapaz, de seu representante legal.

Na CSSF, a Relatora, Deputada Jandira Feghali, destacou que os países onde houve flexibilização da legislação sobre o aborto apresentaram redução dos índices de mortalidade materna.

Também salientou que as clínicas particulares clandestinas, que realizam aborto, são impossíveis de serem fiscalizadas pelas “autoridades competentes”.

A Relatora concluiu pela rejeição dos Projetos de Lei nº 4.703, de 1998; 4.917, de 2001; 7.235, de 2002; 1.459, de 2003; 5.166, de 2005 e 5.364, de 2005; e pela aprovação, na forma de substitutivo, da proposição principal, o Projeto de Lei nº 1.135, de 1991, e dos seguintes apensados: Projeto de Lei nº 1.174, de 1991; 3.280, de 1992; 176, de 1995; 1.956, de 1996; 2.929, de 1997; 3.744, de 2004; 4.304, de 2004; e 4.834, de 2005.

O referido substitutivo permite a interrupção voluntária da gravidez: até doze semanas de gestação; até vinte semanas de gestação, no caso de gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual; no caso de diagnóstico de grave risco à saúde da gestante; no caso de diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida ou de doença fetal grave e incurável.

A proposição aborda a necessidade de consentimento da gestante ou de seu representante legal e modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para que essas entidades cubram os procedimentos necessários à interrupção voluntária da gravidez realizada;

Também promove as seguintes alterações no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal):



1F56F6DB19

- revoga os artigos que tipificam os crimes relacionados ao aborto consentido pela gestante (124, 126, 127 e 128); e

- acrescenta parágrafo único ao artigo 125 (relacionado ao aborto não consentido pela gestante) aumentando a pena cominada neste 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.

É o relatório.



II - VOTO EM SEPARADO

Considerando que o relatório apresentado na CSSF pela Deputada Jandira Feghali recomenda a aprovação da proposição principal e dos apensados que têm em comum a legalização do aborto, na forma de substitutivo, rejeitando os projetos que defendem a vida do embrião e do feto, apresentamos este voto em separado, a fim de nos contrapormos a esse entendimento.

A análise do substitutivo revela elevado nível de desconsideração pelo direito à vida de um ser que não pode se defender, uma vez que se propõe a livre execução do aborto até a 12ª semana de gestação, além de outras situações específicas.

É preciso considerar que, ao final de 10 semanas de gestação o embrião estará formado, iniciando-se o período fetal em que haverá basicamente a maturação e crescimento dos órgãos e sistemas.

Entre onze e doze semanas de gestação o feto já é capaz de chupar seu polegar com vontade .

Com 15 semanas, o feto apresenta todos os movimentos presentes em fetos com 9 meses e mede em torno de 10 cm.

Com 19 a 20 semanas, seus movimentos começam a ficar mais coordenados, sendo capaz de ficar ereto e impulsionar seu corpo para frente.

Segundo os ilustres embriologistas Moore e Persaud, o zigoto e o embrião inicial são organismos humanos vivos, nos quais já estão fixadas todas as bases do indivíduo adulto.



1F56F6DB19

Não nos cabe, pois, considerar trivial a eliminação de seres humanos em formação.

Ainda que sejam detectadas anomalias e doenças graves e incuráveis o feto merece a nossa proteção.

Não podemos pactuar com a eliminação de fetos tão somente pela existência de graves problemas de saúde, pois essa prática se contrapõe ao princípio da dignidade humana, uma vez que reduz seu status a de meras “coisas”.

A medicina vem progressivamente demonstrando avanços que têm melhorado a qualidade de vida de milhares de crianças com patologias graves.

A vida é um valor inquestionável, pois é essencial; Sem a vida não seria possível defender valor algum. É pois premissa necessária para qualquer valor, por ser ela anterior aos demais valores.

Também na esfera legal a legislação penal e a própria Constituição Federal tutelam a vida como bem maior a ser preservado.

Uma grande questão de relevância diz respeito à identificação do titular do direito à vida. A Constituição reconheceu expressamente que: “...Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida...”.

Os Direitos brasileiro e internacional declaram que “a vida começa na concepção”.

Conforme assevera o mestre José Afonso da Silva, *in verbis*: “Vida, do texto constitucional, não será considerado apenas no seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (vital)



que se instaura com a concepção, transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo o que interfere em prejuízo desse fluir espontâneo e incessante contraria a vida.”

O Pacto de São José - tratado internacional que todos os países da América assinaram – diz em seu artigo 4º: "Toda a pessoa tem direito a que se respeite sua vida. Este direito está protegido pela lei e, em geral, **a partir do momento da concepção**".

O ínclito jurista Doutor Ives Gandra da Silva Martins, no Livro Direito Fundamental à Vida, ensina-nos sobre o *caput* do art. 4º:

- 1) Toda a pessoa humana **tem** (presente do indicativo) direito a que se respeite a sua vida;
- 2) A lei **protegerá** (futuro) o direito a partir do momento da concepção, podendo fazê-lo de forma expressa (é a mais comum e o geral das vezes), mas, poderá omitir-se a expressa menção;
- 3) A vida do ser humano (nascido ou nascituro) **não pode ser** (presente do indicativo) **eliminada arbitrariamente**.

Há, pois dois comandos normativos de caráter essencial; o respeito ao direito à vida (do nascituro e do nascido) e a vedação a que o ser humano(nascituro ou nascido) seja privado de sua vida **arbitrariamente**. E há um comando, de natureza formal, de que a lei deverá explicitar o princípio da garantia desde a concepção, que é o que ocorre **em geral**.

Em nenhum momento, o dispositivo permite a leitura de que a lei **poderá retirar** o direito à vida após a concepção, pois, de outra forma o ser humano (nascituro) estaria sendo privado de sua vida **arbitrariamente**.

Por esta razão o comando normativo está no presente no que concerne ao respeito ao direito à vida e à vedação a sua retirada arbitrária



(de nascituro e do nascido), aconselhando-se, no futuro indicativo, que a lei explicita, no nível de legislação interna, o sentido do pacto de São José, o que de resto já ocorre em geral, com os países signatários.

Vale a pena lembrar que, o Código Civil, no artigo 2º , afirma: “A personalidade civil do homem começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo desde a concepção os direitos do nascituro.”

O consagrado Ministro do Supremo Tribunal Federal, José Carlos Barbosa Moreira, relata “se o nascituro tem direitos, não pode deixar de ter, antes e acima de quaisquer outros, esse direito, pressuposto necessário de todos os outros. Recusar ao nascituro o direito à vida, a rigor, importa recusar-lhe qualquer direito”.

É preciso destacar que o direito que a mulher tem pela liberdade e pela autodeterminação sobre sua vida não é superior ao direito de outra vida que não pode se defender.

O próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) já prevê, em seu art. 7º, que a criança e o adolescente “têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam **o nascimento** e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

Não é plausível que embriões e fetos paguem pela incapacidade do governo e do Estado brasileiro proverem as condições adequadas para o desenvolvimento da família brasileira, por meio do combate à marginalidade de crianças e jovens; do provimento de serviços de saúde e de educação de qualidade; e do oferecimento de proteção social e econômica às mulheres.

Também não consideramos “impossível” a fiscalização de clínicas de aborto “clandestinas”, uma vez que o Estado dispõe de meios para a investigação de ilícitos. O tráfico de drogas e armas são incontrolláveis ainda com todo o esforço do Estado. Se um esforço semelhante fosse empregado na fiscalização de clínicas clandestinas de aborto, certamente não haveria mais e



ainda que fosse impossível fiscalizar não seria responsável abandonar a sociedade a um erro, por incapacidade das autoridades competentes.

Como expressou a ilustre Dra. Zilda Arns, “é preciso sanar o problema em sua raiz, ou seja, na origem do problema, e não tentar consertar o mal com um mal maior.”

Com relação ao problema de saúde pública causado pelo aborto, salientamos que a mãe, sujeita aos abortos clandestinos, pode ou não morrer, mas o nascituro morre sempre.

Em Requerimento de Informações, 3218/05 de minha autoria, indagado o Ministério da Saúde respondeu oficialmente que foram realizados 1888 abortos ao custo de R\$ 231.434,07 e que nos anos de 2002 e 2003 foram registrado, respectivamente, 115 e 154 mortes maternas por aborto, o que prova uma desproporção numérica entre 1888 óbitos infantis e 154 óbitos maternos, ambos lamentáveis.

A respeito do problema de saúde pública representado pelo aborto, acrescentamos algumas informações que nos parecem relevantes.

Inicialmente, cabe frisar que os dados sobre taxa de aborto precisam ser analisados no contexto de cada país antes de supor que a mesma varie em função do tipo de legislação própria.

Dados de vários países evidenciam que não se pode associar o tipo de legislação sobre o aborto à taxa de aborto. Ainda assim analisando os dados reais de outros países só se conclui que a adoção dessa legislação aumenta escandalosamente os números de abortos, o que é um resultado óbvio, de modo que contestá-lo é pouco ou nada razoável.

De maior relevância é verificar o tipo de morbidade e mortalidade relacionada ao aborto que acomete a população feminina do Brasil.

Apesar da situação estar longe da ideal, é forçoso reconhecer que valiosos progressos vem sendo feitos.



No que se refere a internações por aborto no setor público, dados do Datasus apresentados na tabela 1 e no gráfico 1, indicam que no período de 1984 a 2004 ocorreu inicialmente um aumento no número de internações por aborto no Brasil, provavelmente refletindo um maior acesso aos serviços de saúde, proporcionado pela implantação do SUS em 1990. Em 1992 as internações por aborto chegaram a 345 mil.

A partir de então observa-se tendência de queda, e estabilização em torno de 250 mil internações anuais desde meados da década de 90 até o presente. Considerando que a população feminina entre 15 a 49 anos era de aproximadamente 43 milhões em 1996 e 50 milhões em 2004, a estabilização no número de internações sugere redução relativa dessas internações.

Em 1984 os abortos espontâneos representavam a maioria dos registros de internação, atualmente esse tipo de aborto corresponde a cerca da metade dos registros (gráfico 1).

Com relação às internações por aborto na faixa de idade entre 10 e 19 anos, de 1992 a 2004, houve redução de 63 mil para quase 50 mil internações (tabela 2 e gráfico 2). A população feminina dessa faixa etária passou de 16 para 18 milhões no período analisado.

A respeito dos óbitos por aborto, certamente, um único caso representa uma tragédia, mas é preciso nos situarmos em relação à magnitude do problema em nossa coletividade.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Datasus, indicam que o número de óbitos por aborto no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos (tabela 3 e gráfico 3) apresenta tendência de declínio entre 1980 (339 óbitos) e 2002 (114 óbitos).

Em consequência é declinante a tendência da mortalidade por aborto entre as mulheres de 15 a 49 anos; passando de um óbito para cada 100 mil mulheres em 1980, para 0,2 óbito por 100 mil mulheres em 2002 (tabela 3 e gráfico 4).



Em resumo, o fato de o Brasil possuir legislação restritiva ao aborto não impediu que avanços fossem realizados no que se refere à morbidade e mortalidade diretamente relacionadas ao aborto.

A figura 1 destaca que, em 2002, as causas de óbito relacionadas à gravidez (1.612 óbitos), que incluem os 114 óbitos por aborto (todos os tipos, incluindo os espontâneos) e possivelmente outros que não foram registrados como aborto, representam a 8ª causa de morte entre as mulheres de 15 a 44 anos; inferiores, por exemplo, às causas externas - acidentes e violências- (8.919 óbitos); neoplasias (7.748 óbitos), e doenças do aparelho circulatório (7.470 óbitos).

Muito ainda precisa ser feito para melhorar a saúde da mulher no Brasil, por meio de políticas específicas que causem impacto. Entretanto não se justifica a institucionalização do sacrifício de vidas humanas no início de seu desenvolvimento.

Em vista do exposto, mantemos nossa convicção sobre a necessidade de proteger a vida, de modo que somos pela rejeição dos Projetos de Lei nº 1.135, de 1991; nº 1.174, de 1991; 3.280, de 1992; 176, de 1995; 1.956, de 1996; 2.929, de 1997; 3.744, de 2004; 4.304, de 2004; 4.834, de 2005; e do substitutivo da Relatora; e pela aprovação dos Projetos de Lei nº 4.703, de 1998; 4.917, de 2001; 7.235, de 2002; 1.459, de 2003; 5.166, de 2005 e 5.364, de 2005.

Sala da Comissão, em de de 2005

Deputado ELIMAR MÁXIMO DAMASCENO
Relator



1F56F6DB19

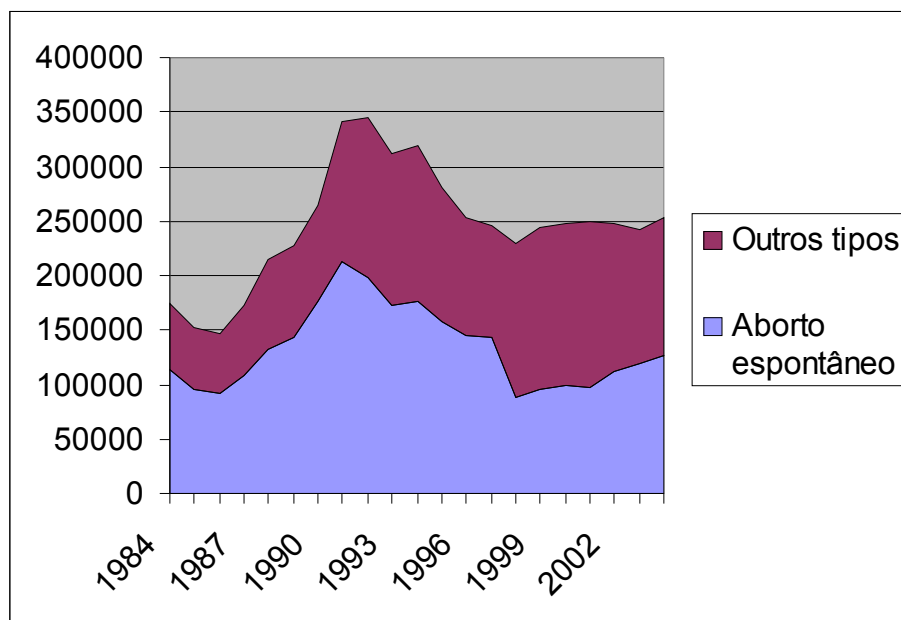
Tabela 1. Internações por aborto espontâneo e de outros tipos no setor público de saúde, Brasil - 1984 a 2004.

Ano	Internação por aborto		Total
	Espontâneo	Outros tipos*	
1984	113.511	61.271	174.782
1985	95.498	56.349	151.847
1986	91.842	55.837	147.679
1987	107.524	64.778	172.302
1988	132.066	83.487	215.553
1989	142.813	84.246	227.059
1990	176.662	87.822	264.484
1991	212.619	129.292	341.911
1992	197.253	147.946	345.199
1993	172.567	138.830	311.397
1994	176.370	142.523	318.893
1995	158.002	122.378	280.380
1996	145.029	107.890	252.919
1997	143.231	102.489	245.720
1998	87.970	141.702	229.672
1999	95.776	148.715	244.491
2000	98.282	149.602	247.884
2001	97.158	152.467	249.625
2002	111.828	135.328	247.156
2003	118.404	124.415	242.819
2004	127.065	125.760	252.825

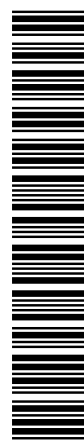
Fonte: SIH / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.

Gráfico 1. Internações por aborto no setor público de saúde, Brasil 1984 a 2004.





Fonte: SIH / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.



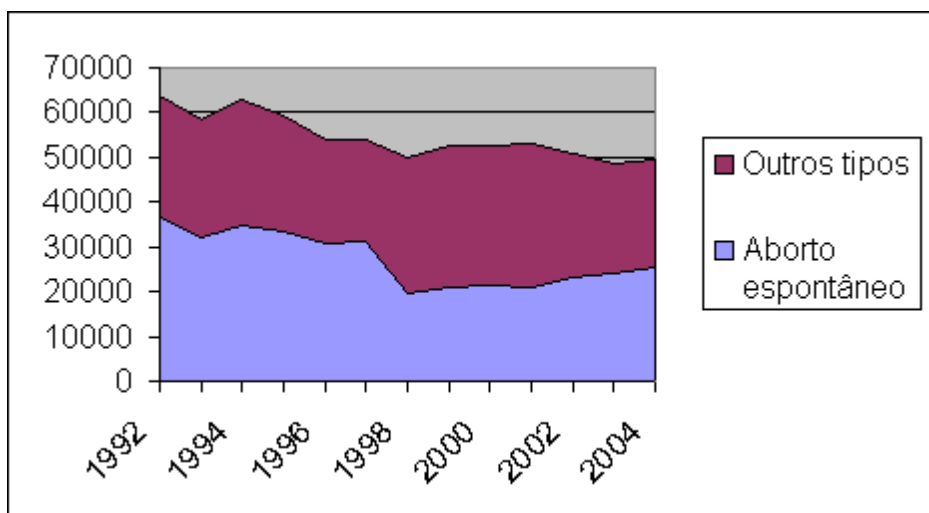
1F56F6DB19

Tabela 2. Internações por aborto espontâneo e de outros tipos no SUS, na faixa etária de 10 a 19 anos, Brasil - 1992 a 2004.

Ano	Internação por aborto		Total
	Espontâneo	Outros tipos*	
1992	36.520	27.073	63.593
1993	32.207	25.987	58.194
1994	34.787	27.971	62.758
1995	33.265	25.959	59.224
1996	30.920	22.975	53.895
1997	31.342	22.398	53.740
1998	19.683	30.380	50.063
1999	21.112	31.696	52.808
2000	21.373	31.187	52.560
2001	21.147	31.802	52.949
2002	23.315	27.363	50.678
2003	24.259	24.149	48.408
2004	25.453	24.051	49.504

Fonte: SIH / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.

Gráfico 2. Internações por aborto espontâneo e de outros tipos no SUS, na faixa etária de 10 a 19 anos, Brasil - 1992 a 2004.



Fonte: SIH / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.



1F56F6DB19

Tabela 3. Número de óbitos e mortalidade por aborto no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos, de 1980 a 2002.

Ano	Óbitos por aborto (15 a 49 anos) *	População feminina (15 a 49 anos)**	Mortalidade por aborto por 100.000 mulheres de 15 a 49 anos
1980	339	29.842.869	1,14
1981	308	30.569.247	1,01
1982	306	31.378.547	0,98
1983	279	32.190.889	0,87
1984	261	33.001.064	0,79
1985	240	33.808.305	0,71
1986	240	34.608.546	0,69
1987	224	35.396.921	0,63
1988	202	36.169.115	0,56
1989	188	36.921.423	0,51
1990	191	37.655.336	0,51
1991	167	38.498.890	0,43
1992	178	39.447.677	0,45
1993	163	39.644.972	0,41
1994	204	40.206.794	0,51
1995	195	40.750.698	0,48
1996	145	42.694.321	0,34
1997	158	43.409.355	0,36
1998	116	44.009.920	0,26
1999	144	44.610.768	0,32
2000	126	46.955.312	0,27
2001	146	47.685.057	0,31
2002	114	48.319.853	0,24

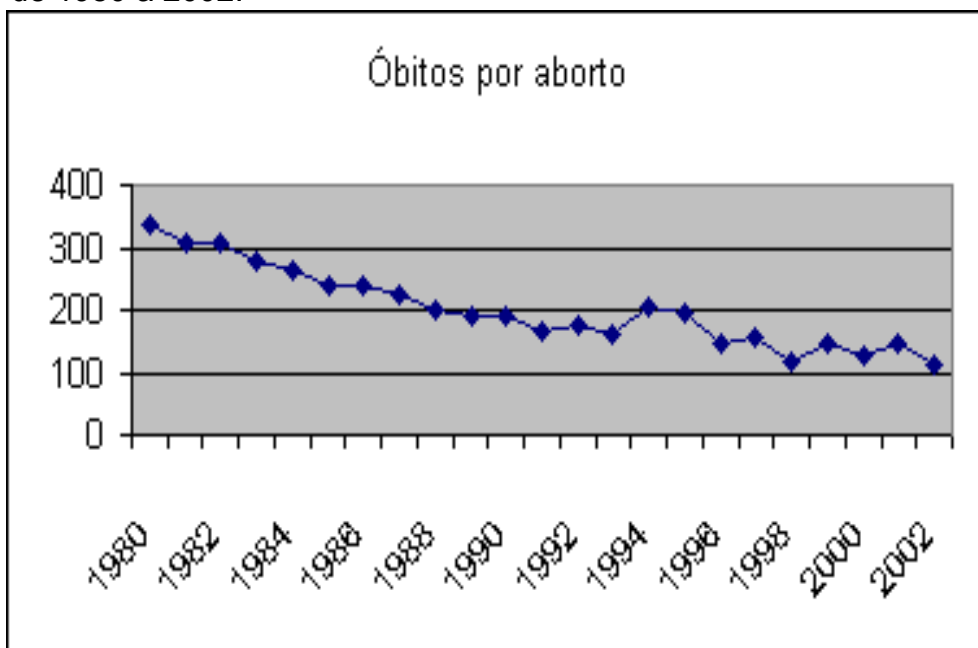
Fonte: * SIM / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.

** Datasus.



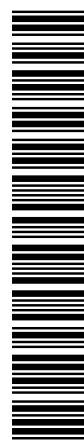
1F56F6DB19

Gráfico 3. Número de óbitos por aborto no Brasil na faixa etária de 15 a 49 anos, de 1980 a 2002.



Fonte: SIM / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.

Gráfico 4. Mortalidade por aborto no Brasil por 100.000 mulheres entre 15 e 49 anos, de 1980 a 2002.



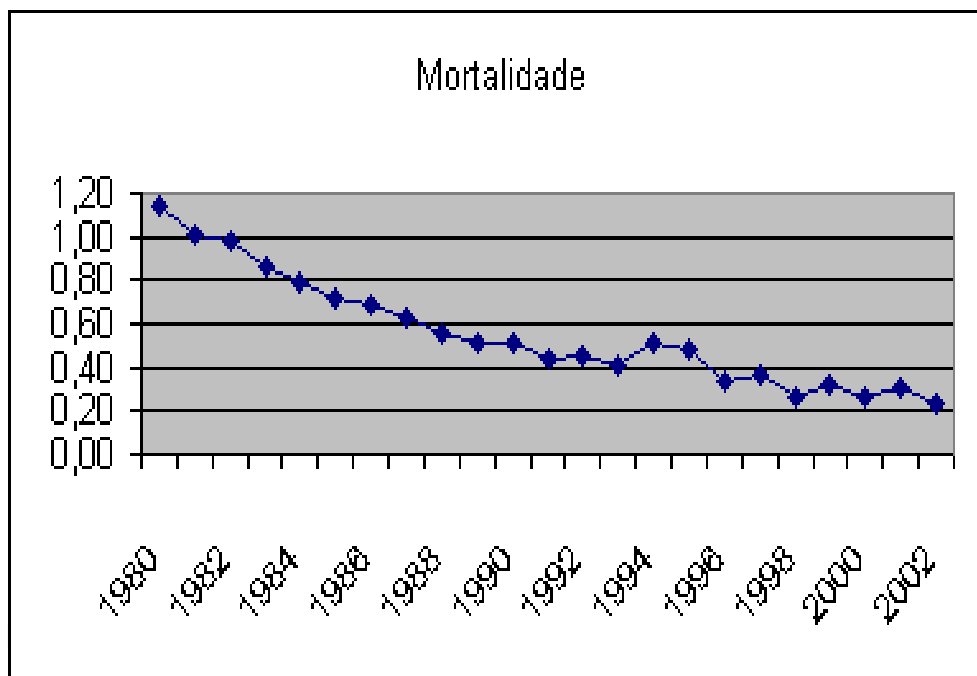
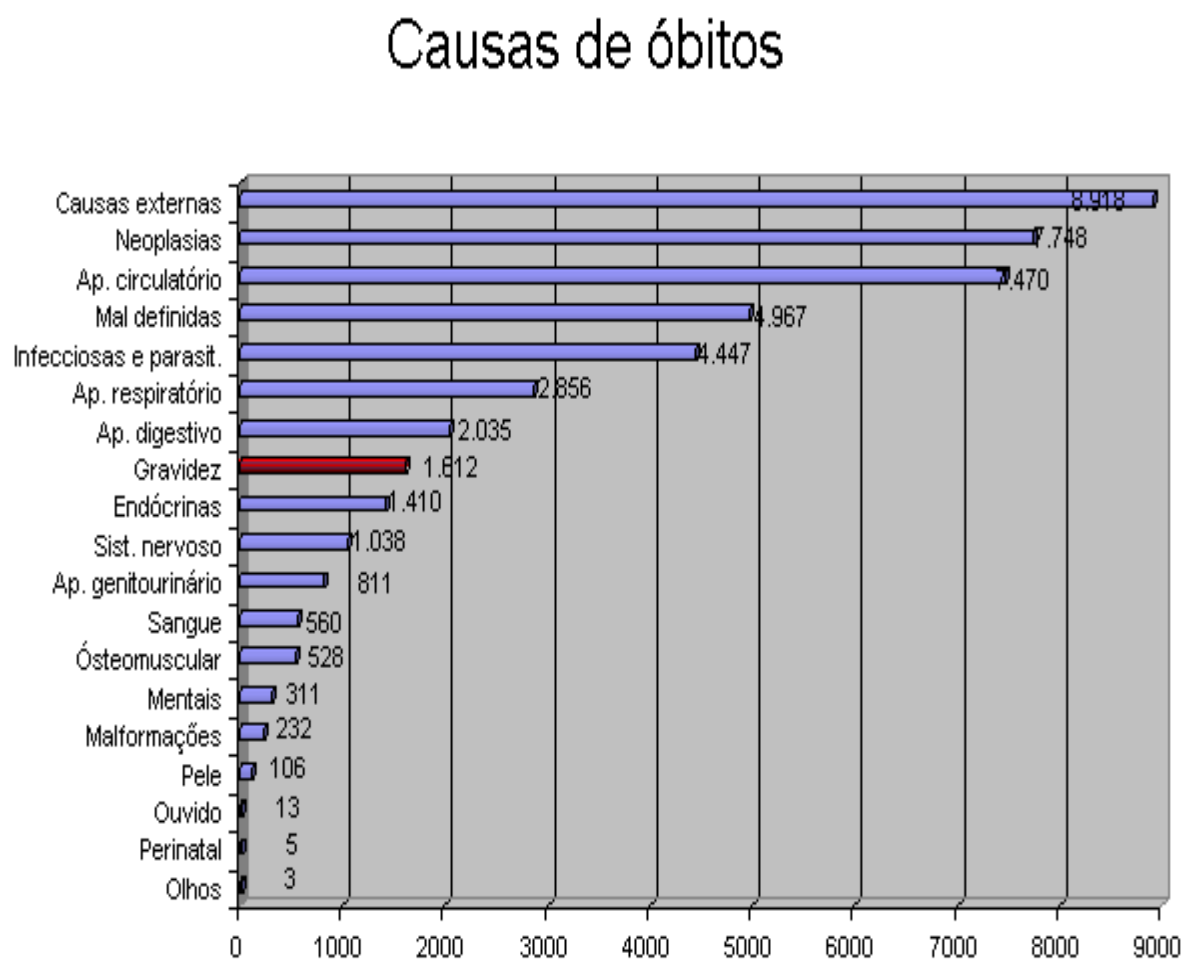


Figura 1. Frequência das causas de óbitos entre mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos, Brasil - 2002.



Fonte: SIM / Ministério da Saúde, disponibilizado pelo Datasus.



1F56F6DB19