

Comissão de revisão da legislação punitiva que trata da
interrupção voluntária da gravidez

Proposta Normativa

Minuta de Substitutivo

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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

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

I – até doze semanas de gestação;

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

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

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

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

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

Art. 4º Os incisos II e III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde*, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12.

.....
II –
.....

cobertura de internações hospitalares, vedada a
limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em
clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo

Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, exceto os necessários à interrupção voluntária da gravidez realizada nos termos da lei;

.....
III –

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

.....(N
R)“

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

“**Art.125.**

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

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

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Revogam-se os arts. 124, 126, 127 e 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

III – Justificação

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.

Os direitos sexuais e reprodutivos e os direitos das mulheres à saúde integral e à saúde reprodutiva já foram nacional e internacionalmente reconhecidos, mas ainda não foram plenamente conquistados.

No Brasil, desde 1830, o abortamento é considerado crime. No Código Penal, em vigor a partir de 1940, a conduta só não é punida se for realizada para salvar a vida da gestante (aborto necessário) ou no caso de gravidez resultante de estupro (aborto ético ou humanitário).

A prática clandestina e freqüente do abortamento, porém, explicita a ineficácia da norma incriminadora como forma de orientar as condutas das mulheres. No momento em que elas concluem pela impossibilidade de levar a termo uma gravidez indesejada, o

abortamento é o último recurso, mas o único possível. Por ser clandestino, o procedimento se realiza, na ampla maioria dos casos, sem os cuidados profissionais de saúde, em precárias condições e com alto risco para a mulher, que paga com sua vida ou sua saúde.

A criminalização do abortamento, ao tornar inevitável que as práticas se façam na clandestinidade, opera contra o direito fundamental da liberdade e da autonomia das mulheres, contra os seus direitos sexuais e reprodutivos e contra seu direito de acesso integral à saúde.

Nesse contexto, a prática de abortamentos em condições clandestinas no Brasil tornou-se um grave problema de saúde pública, responsável pela quarta causa de mortalidade materna e pelo alto índice de morbidade em mulheres em idade fértil.

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, mais de trinta por cento das gravidezes no País terminam em abortamento, de modo que, anualmente, ocorrem aproximadamente um milhão de abortamentos inseguros—clandestinos ou espontâneos—, o que representa 3,7 ocorrências para cada cem mulheres de quinze a quarenta e nove anos. Destaque-se ainda que as mulheres de baixa renda, particularmente as negras, são as mais atingidas.

As complicações imediatas mais freqüentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade. A gravidade da situação do abortamento reflete-se também num alto custo para o sistema único de saúde. Em 2004, cerca de duzentas e quarenta mil internações foram motivadas por curetagens pós-aborto, correspondentes aos casos de complicações decorrentes de abortamentos inseguros, ao custo de trinta e cinco milhões de reais. Tais curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado, superadas apenas pelos partos normais, e representam a quinta causa mais freqüente de internação.

Numa perspectiva mundial, as estatísticas anuais apontam a ocorrência de setenta e cinco milhões de gestações não desejadas. Esses dados indicam a realização de trinta e cinco a cinquenta milhões de abortamentos induzidos, entre os quais são relatados vinte milhões de abortamentos inseguros. Informam ainda a morte de setenta e oitenta mil mulheres e a ocorrência de graves complicações reprodutivas. Essas estatísticas, portanto, evidenciam que uma mulher morre a cada três minutos em decorrência do abortamento inseguro, causa de treze por cento das mortes maternas em todo o mundo.

Nesse contexto, ressalte-se que, na Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, cento e oitenta e quatro Estados reconheceram os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. A Conferência afirmou o direito ao controle sobre as questões relativas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, assim como o direito das decisões das mulheres serem livres de coerção, discriminação e violência, e defendeu o princípio de que sejam *elas quem controlem sua própria fecundidade*.

O Governo Brasileiro, tanto na citada 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.

Desde então, os comitês que vêm acompanhando a implementação desses acordos e de outras convenções internacionais vêm reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos e recomendando – àqueles países em que o abortamento clandestino e inseguro constitui importante causa de mortalidade materna – a revisão da legislação punitiva da interrupção da gravidez. (Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Objetivo Estratégico C1 – parágrafo 106 – K).

O Comitê da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação sobre a Mulher (CEDAW), na sua vigésima sessão, em 1999, recomendou a revisão das legislações punitivas para excluir as penas impostas às mulheres que realizam a interrupção voluntária da gravidez.

Em 2003, o Comitê do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) também recomendou ao Brasil a revisão da legislação atual referente ao abortamento.

Ressalte-se que o Governo Brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, ao reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, já vem desenvolvendo um conjunto de ações para garantir esses direitos, 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.

Vale salientar, no entanto, que todos os métodos anticoncepcionais estão sujeitos a falhas e, em conseqüência, suas usuárias são passíveis de enfrentar uma gravidez indesejada. Se a prática do abortamento não pode ser vista como método anticoncepcional, configura, no entanto, o último e necessário recurso (usado de forma privada, e até agora, clandestina) para garantir o direito íntimo das mulheres de levar ou não a termo uma gravidez indesejada.

Ademais, o atual Governo, com objetivo de traçar as diretrizes de uma política nacional para as mulheres, organizou – por intermédio de sua Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres – a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, ecoando a realização de conferências municipais e estaduais com o mesmo o propósito. Nessas Conferências, o direito à interrupção da gravidez foi tema de forte e amplo respaldo e a necessidade de sua implementação no ordenamento jurídico nacional constituiu demanda aprovada em processo de consulta a mais de duas mil mulheres presentes na Conferência Nacional e mais de cento e vinte mil nas conferências estaduais e municipais.

Em resposta a essa demanda, foi instalada, em 6 de abril de 2005, uma Comissão Tripartite para Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, integrada por dezoito representantes dos Poderes Executivo e Legislativo e da sociedade civil.

Os trabalhos da Comissão Tripartite resultaram na elaboração deste projeto de lei. A presente proposta, partindo dos princípios que reconhecem os direitos sexuais, reprodutivos e de saúde integral das mulheres como direitos humanos e reconhecendo a prática clandestina do abortamento como um grave problema de saúde pública – que atinge somente as mulheres –, propõe ampla descriminalização do procedimento, com exceção daquele provocado contra a vontade da mulher. Dessa forma, revoga os artigos. 124 a 128 do Código Penal, exceto o art. 125, que foi adicionado de parágrafo único para reproduzir

determinação contida no art. 126, revogado, destinada a explicitar as hipóteses de agravamento da pena ali estabelecida.

A grande inovação da proposta, contudo, diz respeito à consagração da interrupção voluntária da gravidez como um direito inalienável de toda mulher, prevista no primeiro artigo da proposição. Os requisitos para a implementação desse direito constituem a necessidade de a mulher manifestar sua vontade por meio do consentimento livre e esclarecido e a obrigatoriedade de o procedimento ser executado por médico.

Da mesma forma, o projeto estabelece as condições específicas para o acesso ao abortamento, em função dos prazos gestacionais e das condições de saúde da gestante e do feto.

Assim sendo, o prazo de doze semanas para o livre direito de interrupção da gravidez deve-se às condições de segurança do procedimento em função do menor desenvolvimento gestacional. O prazo de vinte semanas é o limite em que o atual conhecimento médico garante a realização do procedimento ainda em condições seguras, e por isso foi adotado nos casos das mulheres vítimas de violência, situação em que a descoberta da gestação e, portanto, a decisão de interrompê-la podem demandar um tempo maior para ocorrerem.

Nos casos em que a saúde e a vida das mulheres estiverem em risco ou em que forem detectadas doenças fetais graves e incuráveis ou malformações congênitas incompatíveis com a vida, os prazos – não especificados – sujeitam-se a critério médico, fundamentados nos métodos diagnósticos e nos procedimentos científicos disponíveis.

O artigo 3º do projeto trata dos consentimentos especiais, isto é, delibera sobre como deve ser dado ou suprido o consentimento para a interrupção da gravidez nos casos de gestantes relativamente incapazes (aquelas com idade entre dezesseis e dezoito anos e as que se enquadram nas outras situações previstas no art. 4º do Código Civil) e absolutamente incapazes (as menores de dezesseis anos e as que se classificam nas demais hipóteses elencadas no art. 3º do Código Civil).

A base para a redação do parágrafo único do art. 3º – que trata da possibilidade da ocorrência de colisão entre os interesses do representante ou assistente legal e a vontade da gestante – foi dada pelos princípios consagrados na Constituição Federal, no novo Código Civil e no Estatuto da Criança e do Adolescente, que reservam ao Ministério Público a obrigação indisponível de tutelar os interesses das crianças e dos adolescentes e também das pessoas com deficiência.

Outro objetivo do projeto é assegurar às mulheres o acesso aos serviços e procedimentos para a interrupção da gravidez nas redes pública e privada de saúde e sua cobertura pelos planos de saúde, neste último caso por meio da inclusão do procedimento na cobertura dos planos de internação hospitalar (art. 4º) e dos planos obstétricos (art. 5º).

Como se vê, este projeto de lei tem por objetivo implementar o pleno reconhecimento dos direitos integrais das mulheres.

É bom ressaltar que, ao contrário do que acredita o senso comum, a descriminalização do abortamento e a normatização do atendimento não acarretam a médio e longo prazo um aumento no número desses procedimentos. Nos países em que a alteração

da legislação já ocorreu, observou-se, isto sim, a redução das mortes maternas, mesmo com a manutenção das taxas médias de abortamento.

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

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

Fica assim evidente a extrema necessidade e inegável urgência da implementação, no Brasil, de uma política abrangente de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Nesse contexto, faz-se merítimo o conjunto de ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, que inclui a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, a organização da Atenção ao Abortamento Inseguro e a organização da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência.

Assim sendo, a descriminalização do abortamento é o elemento normativo que falta para a implementação dessa política abrangente.

Essas são, portanto, as motivações que levaram a Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez a elaborar esta proposta.

Brasília, 1º de agosto de 2005.