



SENADO FEDERAL

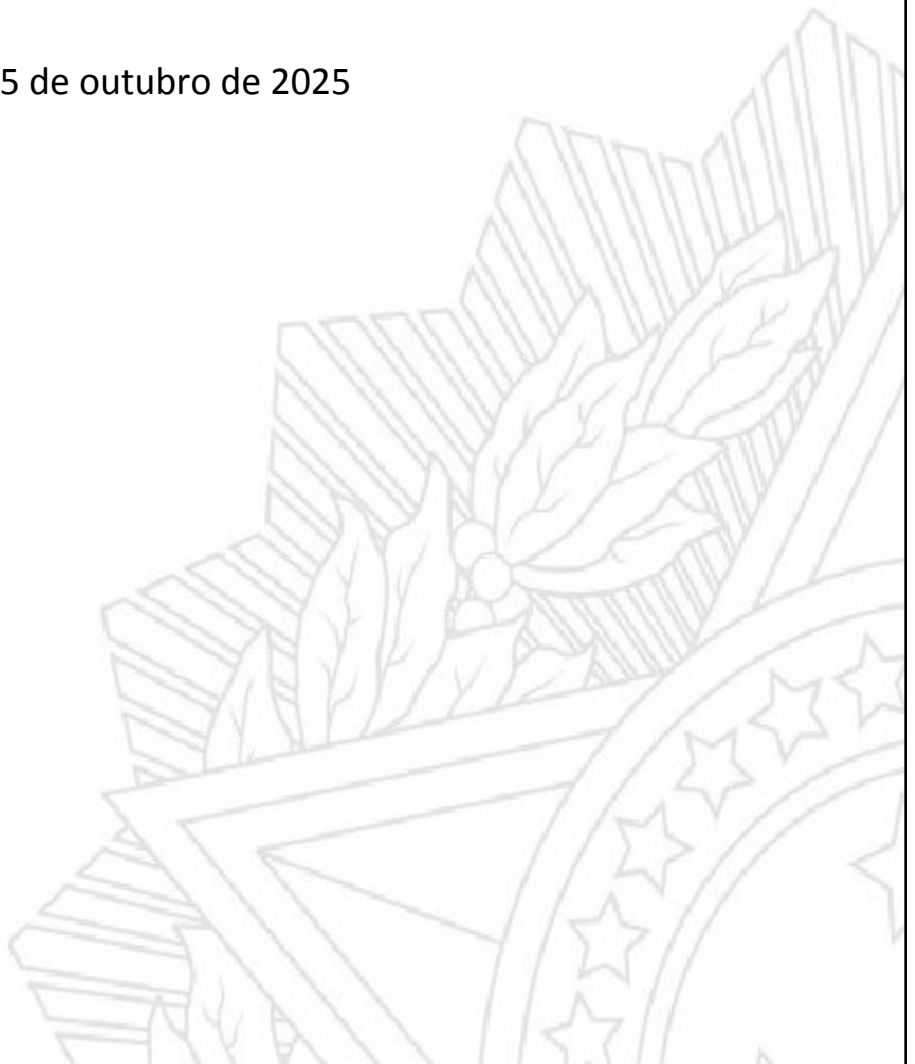
PARECER (SF) Nº 123, DE 2025

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA,
sobre o Projeto de Lei nº 2524, de 2024, do Senador Mecias de Jesus,
que Dispõe sobre os direitos do nascituro na ordem civil,
estabelecendo a presunção absoluta de viabilidade fetal a partir da
vigésima segunda semana de gravidez.

PRESIDENTE: Senadora Damares Alves

RELATOR: Senador Eduardo Girão

15 de outubro de 2025





PARECER Nº , DE 2025

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, sobre o Projeto de Lei nº 2.524, de 2024, do Senador Mecias de Jesus, que *dispõe sobre os direitos do nascituro na ordem civil, estabelecendo a presunção absoluta de viabilidade fetal a partir da vigésima segunda semana de gravidez.*

Relator: Senador **EDUARDO GIRÃO**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei (PL) nº 2.524, de 2024, de autoria do Senador Mecias de Jesus, altera a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para *estabelecer a presunção absoluta de viabilidade fetal a partir da vigésima segunda semana de gravidez.*

O projeto é estruturado em dois artigos.

O primeiro acrescenta quatro parágrafos ao art. 2º do Código Civil, para dispor que, 1) a potencialidade da vida humana pré-uterina e a vida humana pré-uterina e uterina são expressões da dignidade humana; 2) a tutela dos direitos de personalidade alcança, no que couber e nos limites de sua aplicabilidade, os nascituros, os natimortos e as pessoas falecidas; 3) é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao nascituro, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação gravídica, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão e 4) o nascituro que gozar de absoluta viabilidade fetal, presumida esta quando a gravidez comprovadamente tiver mais do que vinte e duas semanas, terá direito inviolável ao nascimento sadio e harmonioso, restringível apenas no caso em que houver comprovado risco grave à vida da gestante em decorrência da manutenção da gravidez, situação em que se



procederá à tentativa de antecipação do parto e de manutenção da vida extrauterina da pessoa recém-nascida.

O segundo artigo do projeto estabelece a cláusula de vigência, que é imediata.

O autor argumenta que: *“ao estabelecer direitos ao nascituro e vedar o aborto a partir da 22ª semana de gestação, além de promover a dignidade humana, este projeto de lei busca proteger a vida humana em seu estágio mais frágil, promover a saúde da mulher e fomentar um debate construtivo sobre a temática”*.

O texto foi encaminhado para análise da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), cabendo à última a deliberação terminativa.

Não foram oferecidas emendas.

II – ANÁLISE

De acordo com o art. 102-E, incisos III e IV, do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CDH opinar sobre matérias alusivas aos direitos humanos e aos direitos da mulher, o que torna regimental o exame do presente projeto de lei.

Em obediência à competência da CDH, iniciamos esta análise com remissão à Constituição da República, que assegura, no caput do art. 5º, a inviolabilidade do direito à vida.

A Constituição Federal de 1988 consagra no caput do artigo 5º o direito à vida como o primeiro e mais fundamental de todos os direitos, isto é, o direito a partir do qual todos os demais se sustentam.

Como aduz o Prof. Cabette e Danilo Martins, é bastante claro e evidente que a proteção da vida não admite “distinções de qualquer



natureza”, graduações ou discriminações que ponham fora de seu âmbito protetivo algum “ser” humano¹.

Dessa forma, se a vida é pressuposto de todo e qualquer outro direito, sua preservação durante o desenvolvimento intrauterino garante não somente a vida de um indiscutível “ser” humano, mas também o acesso desse ser ao nascimento e, daí em diante, ao gozo e exercício de toda uma série de direitos aos quais também jamais teria acesso acaso lhe fosse vedada a saída do ventre materno com vida e o ingresso no mundo e nas relações interpessoais.

Já no Código Civil, o art. 2º prescreve que a personalidade civil das pessoas começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei no 8.069/90), por meio do disposto no artigo 8º, garante o direito à “atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral”. A norma tem por objetivo assegurar não somente a saúde da parturiente, mas da criança durante e após a gestação.

Como se pode notar, o marco é claro. O direito à defesa dos interesses do nascituro é assegurado pelo nosso ordenamento jurídico desde a concepção. Tanto é assim que nosso ordenamento garante aos ainda não nascidos os direitos de receber doação (art. 542 do CC); herança (art. 1798, CC); de ser curatelado (art. 1779 do CC) e até mesmo o direito de a mãe receber indenização por morte do seguro DPVAT pela morte de seu filho ainda no ventre em razão de acidente automobilístico (REsp. nº 1.415.727).

Dessa forma o nascituro já é titular do direito à vida. Não fosse assim não haveria cabimento para os chamados “alimentos gravídicos”, os quais seriam passíveis de repetição de indébito, acaso o conceito fosse natimorto.

Assim, a personalidade do nascituro não é condicional, mas apenas certos efeitos de certos direitos dependem do nascimento com vida, notadamente os direitos patrimoniais materiais, como a doação e a herança.

¹ CABETTE, Eduardo Luiz Santos; MARTINS, Danilo de Almeida. A insustentável pretensão de negar curador ao nascituro. Revista Prática Forense.2023, p. 14. <https://pallottamartins.com.br/wp-content/uploads/2023/04/Rev.-Pratica-Forense-n.-73.pdf>

Nesses casos, o nascimento com vida é elemento do negócio jurídico que diz respeito à sua eficácia total, aperfeiçoando-a.

Nesse sentido, o Enunciado 1, aprovado na I Jornada de Direito Civil realizada em Brasília pelo Conselho da Justiça Federal, proclama: “A proteção que o Código defere ao nascituro alcança o natimorto no que concerne aos direitos da personalidade, tais como nome, imagem e sepultura”.

Já no âmbito internacional, o “Pacto de São José da Costa Rica” ou “Convenção Americana de Direitos Humanos”, consagra a proteção da vida humana desde a concepção de forma expressa em seu artigo 4º, número 1.

Ainda, a “Convenção sobre os Direitos da Criança” (1989), declara que os Estados Partes devem respeitar os direitos enunciados na presente Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança em sua jurisdição, sem nenhum tipo de discriminação, independentemente de [...] nascimento.

Assim, conclui-se que na esteira da Constituição Federal e dos Tratados Internacionais relativos ao tema, o ordenamento brasileiro não permite concluir que o nascituro seja uma coisa ou algo, mas uma pessoa humana ou alguém, abrigada pelo reconhecimento da dignidade inerente a toda pessoa humana e, portanto, tendo posta em abrigo sua vida².

No campo médico, o próprio juramento de Hipócrates, um ato solene e tradicional efetuado pelos médicos quando do término de sua formação acadêmica, estabelece, em sua versão original:

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:

[...] A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. **Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva** (grifo nosso).

² CABETTE, Eduardo Luiz Santos; MARTINS, Danilo de Almeida. A insustentável pretensão de negar curador ao nascituro. Revista Prática Forense. <https://pallottamartins.com.br/wp-content/uploads/2023/04/Rev.-Pratica-Forense-n.-73.pdf>

Nesse sentido, o Direito Penal concretiza a proteção a esse bem jurídico fundamental por meio da tipificação do crime de aborto. Nos termos do art. 128 do Código Penal, a interrupção da gravidez somente é admitida, de forma excepcional, nas hipóteses de risco de vida para a gestante ou de gravidez resultante de estupro. Adicionalmente, por decisão do Supremo Tribunal Federal, sem a participação do Poder Legislativo, admitiu-se a possibilidade de aborto em casos de anencefalia fetal.

Neste último caso, vale lembrar, que na ADPF 54 o STF não ampliou a possibilidade de interrupção da gravidez sem impor limite temporal, uma vez que o principal argumento dos ministros no julgamento da ação é o de que nesses casos de anencefalia, não haveria vida, por considerarem se tratar de “malformações incompatíveis com a vida”.

Com efeito, no Código Penal, nada se encontra acerca do conceito do aborto. Isto porque o artigo 128, do Código Penal, que tipifica o crime de aborto provocado por terceiro, trata-se de uma norma penal em branco, isto é, uma norma incompleta, em que a descrição da conduta punível se mostra lacunosa ou incompleta, o que a torna dependente de outra.

Dessa forma, a definição do que vem a ser o aborto é encontrada nas portarias do Ministério da Saúde, tal como se dá no caso da Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006), em que a especificação do que vem a ser droga está na portaria 344/98 do Ministério da Saúde.

Assim, de acordo com essas normativas, o aborto sempre foi tipificado legalmente como a interrupção da gestação em fetos com idade gestacional abaixo das 20/22 semanas de gestação, tal como disposto nas normativas do Ministério da Saúde, que desde 1999 assim dispõe³, *in verbis*:

Idade Gestacional acima de 20 semanas

Nesses casos, não se recomenda a interrupção da gravidez. Deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar.

E em uma versão de 2005⁴:

³ Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescente. Norma Técnica

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_tratamento_agravos_violencia_sexual_%20mulher_adolescentes_1999.pdf

⁴ Ministério da Saúde. Nota técnica. Atenção Humanizada ao Abortamento.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf



ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

4

I. ASPECTOS CLÍNICOS

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª-22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. **Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

Em outra versão da norma técnica do Ministério da Saúde, em 2012⁵:

GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação do abortamento e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

E ainda, em outra versão de 2022⁶:

Há que se salientar que, sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da prematuridade e, portanto, alcança o limite da viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada.

⁵ Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

⁶ Ministério da Saúde. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento.
<https://static.poder360.com.br/2022/06/cartilha-aborto.pdf>



Da mesma forma, a OMS caracteriza o abortamento como a interrupção da gravidez antes de 20-22 semanas ou com um feto até 500 gramas (g) ou de 16,5 cm, ou seja, antes de atingida a viabilidade⁷.

Portanto, a própria palavra aborto se refere ao momento anterior da viabilidade fetal. Após esse marco temporal, o abortamento toca a prematuridade e, portanto, alcança o limite da viabilidade fetal.

Nesse ponto, importante refutar a nota técnica 02/2024, emitida durante o segundo ano do governo Lula, que afirma que segundo a OMS/CID-11, “aborto induzido” é a extração/expulsão do embrião ou feto independentemente da duração da gestação, isto é, sem relação com idade gestacional, peso fetal ou “viabilidade” (itens 3.4–3.5).

Isto porque a prática clínica reconhece sim diferenças substantivas por idade gestacional. Sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de aborto com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 21 semanas e 6 dias. Nesses casos, com a prematuridade e viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada.⁸

Isto porque abortos após 13 semanas são, tipicamente, de dois tipos: médicos ou cirúrgicos. Abortos médicos envolvem um medicamento ou uma combinação de medicamentos administrados à paciente para induzir o aborto. A morte fetal ocorre, então, por meio de feticídio direto (uma injeção de cloreto de potássio diretamente no coração fetal ou uma injeção de digoxina diretamente no feto ou no líquido amniótico) ou como resultado do trauma do trabalho de parto.

Quando realizado após as 20-22 semanas, o aborto é feito por meio da indução da assistolia fetal, que é um ato médico que ocasiona o feticídio (óbito do feto) antes do parto, quando há probabilidade de sobrevivência do feto em idade gestacional acima de 22 semanas. O procedimento é consistente na administração de injeção, contendo agente farmacológico, sendo os mais comuns a digoxina, o cloreto de potássio (KCl) e a lidocaína, capazes de levar à parada cardíaca do feto.

Através do exame de ultrassom, o médico identifica o coração da criança, que reage à agressão com movimentos constantes, tentando

⁷ Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª ed. Genebra: OMS; 2013.

⁸ Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 44/2022-DAPES/SAPS/MS.

escapar. Ao localizar a veia do órgão, depois de vários minutos ou até horas tentando acertá-lo, o médico injeta a substância em uma grande agulha, que causa uma dor intensa, e, através dessa substância, essa criança vai ao óbito intraútero. A partir daí, se realiza o parto, seja por via cesariana ou por via vaginal, já com o bebê morto, para que os médicos e a gestante não respondam pelo crime de infanticídio.

Diante da excruciante dor que provoca, o Conselho Federal de Medicina Veterinária, em 2012, já classificava como método inaceitável o uso dessa substância - o cloreto de potássio - no processo de eutanásia de animais, por meio da Resolução 1.000/2012⁹, artigo 15, inciso X. Interessante notar que nesse caso não houve qualquer questionamento judicial quanto à legitimidade do Conselho de Medicina Veterinária.

Ademais, essa substância compõe a injeção letal usada nos EUA e em países como China e Vietnã nos condenados à pena de morte, associada ao barbitúrico, anestésico que induz ao coma; brometo de pancurônio, relaxante que paralisa os pulmões e o diafragma; e cloreto de potássio, que causa parada cardíaca e, consequentemente, a morte¹⁰.

A ação do cloreto de potássio, em função de ser um íon cardiotoxico, consiste na excitação das fibras nervosas do tipo C, o que promove extrema dor antes do resultado morte. Portanto, não pode ser utilizado em hipótese alguma, estando os médicos veterinários e operadores sujeitos a punições previstas na legislação quando da sua utilização.

No caso da criança por nascer, a aplicação de tal substância caracteriza tortura, uma vez que, como comprovado pela ciência, o feto humano responde a diversos estímulos ambientais como ruído, pressão, dor e frio¹¹. Um estudo observou que um feto de 23 semanas, por exemplo, expressava uma careta de dor ao ser picado com uma agulha com anestésico, prestes a ser submetido a uma cirurgia cardíaca no útero¹².

Frequentemente, afirma-se que existe um consenso de que a dor não é possível antes do desenvolvimento do córtex e antes de as vias

⁹ Resolução nº 1000, de 11 de maio de 2012.

https://www.feis.unesp.br/Home/comissaodeeticaeusoanimal/resolucao-1000-11-05-2012--cfmv_-eutanasia.pdf

¹⁰ CARNEIRO, Raquel (Super Interessante). Como é a execução por injeção letal? (2017). Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-e-uma-execucao-por-injecao-letal/>>.

¹¹ CAULDWELL, Charles B. Anesthesia for Fetal Surgery. New concepts and techniques in pediatric anesthesia. 2002.

¹² Bernardes et al. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, v. 59, p. 394-395, 2021

periféricas estarem conectadas ao córtex por meio da medula espinhal e do tálamo. Esse desenvolvimento, de forma geral, não ocorre antes das 24 semanas de gestação. Por isso, muitos órgãos médicos e reportagens na imprensa afirmam que a dor não é possível antes das 24 semanas — que é justamente o ponto em que a maioria dos abortos deixa de ser legal na maior parte do mundo.

Todavia, um estudo demonstrou que um paciente com danos extensos nas regiões corticais — tradicionalmente consideradas essenciais para a dor — continuava a sentir dor¹³. Outro estudo mostrou ativação de áreas geralmente associadas à dor em indivíduos com insensibilidade congênita à dor, quando expostos a estímulos nocivos¹⁴. Embora não sejam provas definitivas, esses dois estudos parecem dissociar de forma clara a experiência da dor do córtex.

Além disso, defensores da possibilidade de dor fetal já haviam especulado que a atividade neural na subplaca cortical poderia sustentar a experiência da dor no feto¹⁵, que começa a se projetar no estágio inicial do desenvolvimento.

Ainda, estudos demonstram que tanto o feto humano quanto o recém-nascido possuem substratos anatômicos e fisiológicos necessários para a percepção nociceptiva. O desenvolvimento das vias nervosas que transmitem estímulos dolorosos ocorre relativamente cedo: fibras nervosas nociceptivas e conexões centrais já estão presentes durante a gestação, e estímulos nocivos desencadeiam respostas hormonais e comportamentais mensuráveis¹⁶.

Ademais, um estudo criou uma escala com 7 movimentos faciais (como franzir a testa, apertar os olhos, abrir os lábios, alongar horizontal/verticalmente a boca e deflexão do pescoço) que conseguiram discriminar situações de dor aguda de situações de repouso ou sob estímulo

¹³ Feinstein JS, Khalsa SS, Salomons TV, et al. Preserved emotional awareness of pain in a patient with extensive bilateral damage to the insula, anterior cingulate, and amygdala. *Brain Struct Funct* 2016;221(3):1499–511

¹⁴ Salomons TV, Iannetti GD, Liang M, et al. The “pain matrix” in pain-free individuals. *JAMA Neurol* 2016;73(6):755

¹⁵ The current IASP pain definition³¹ states that pain is “an unpleasant sensory and emotional experience ... resembling that associated with actual tissue damage,” and that (note): “verbal description is only one of several behaviors to express pain, inability to communicate does not negate the possibility that a human ... experiences pain.” Thus, according to this definition, our data indicate AP group participants exhibited an acute nociceptive-related facial response, that may have been experienced as pain, something that remains to be determined.

¹⁶ ANAND, KJS et al. Pain and its effect in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine*.

sonoro. Todos os fetos do grupo da dor aguda tiveram pontuação ≥ 5 nessa escala, enquanto os controles nunca passaram de 4. Assim, foi verificado que os fetos do grupo submetido ao estímulo doloroso mostraram um conjunto de expressões faciais diferentes dos grupos de controle¹⁷.

Ressalte-se que a sujeição a estímulos dolorosos está associada a efeitos prejudiciais de longo prazo^{18 19} no neurodesenvolvimento, como deficiências comportamentais, emocionais e de aprendizado mais tarde na vida, assim como alteração na própria sensibilidade à dor e ainda incidência de complicações posteriores²⁰ no desenvolvimento neurológico e/ou psicológico²¹.

As evidências científicas sugerem que o aborto é terrivelmente doloroso para o feto²² e “causa efeitos adversos de curto e longo prazo no sistema nervoso central em desenvolvimento”²³, além de que “os procedimentos fetais invasivos claramente provocam uma resposta de estresse.”^{24 25}

Importante notar que a definição atual de dor da Associação Internacional para o Estudo da Dor, IASP, em inglês, afirma que a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável ... semelhante àquela associada a um dano real nos tecidos” e que “a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar dor”²⁶. Assim, a incapacidade de

¹⁷ BERNARDES, Lisandra S. et al. Sorting pain out of salience: assessment of pain facial expressions in the human fetus. *Pain Reports*. 2021. Disponível em: <https://observatorio-api.fm.usp.br/server/api/core/bitstreams/fdef4e07-0f65-40a0-af01-ecf8d06f6f08/content>

¹⁸ JOHNSTON, C. Céleste; STEVENS, Bonnie J. Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics*, v. 98, n. 5, p. 925-930, 1996.

¹⁹ TAYLOR, Alyx; FISK, Nicholas M.; GLOVER, Vivette. Mode of delivery and subsequent stress response. *The Lancet*, v. 355, n. 9198, p. 120, 2000.

²⁰ VANHATALO, Sampsa; VAN NIEUWENHUIZEN, Onno. Fetal pain?. *Brain and Development*, v. 22, n. 3, p. 145-150, 2000.

²¹ ALVES, Endel. *Dor fetal e sofrimento fetal*. [S.l.], 2025. Pendente de publicação.

²² SMITH, Richard P. et al. Pain and stress in the human fetus. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 92, n. 1, p. 161-165, 2000.

²³ ROSEN, Mark A. Anesthesia for Fetal Surgery and Other Intrauterine Procedures. In: CHESTNUT, David H. et al. *Chesnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Philadelphia: Mosby, 2009, p. 131-132.

²⁴ TRAN, Kha M. Anesthesia for fetal surgery. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, v. 15, n. 1, p. 40-45, 2010.

²⁵ TEIXEIRA, Jerónima MA; GLOVER, Vivette; FISK, Nicholas M. Acute cerebral redistribution in response to invasive procedures in the human fetus. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 181, n. 4, p. 1018-1025, 1999.

²⁶ Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN* 2020.

se comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano experimente dor.

Aliás, desde a primeira transfusão de sangue intraperitoneal em um feto, realizada em 1963 e a primeira cirurgia fetal humana bem-sucedida, realizada em 1981, houve avanços impressionantes nas intervenções terapêuticas fetais.

Até o momento, a cirurgia fetal tem sido realizada com sucesso para correção de várias anomalias (como mielomeningocele, uropatia obstrutiva, hérnia diafragmática congênita, defeitos cardíacos congênitos, malformação adenomatosa cística pulmonar congênita), remoção de diversos tumores (como corioangioma, teratoma sacrococcígeo), bem como em procedimentos específicos como a síndrome de transfusão feto-fetal e os procedimentos EXIT (tratamento extrauterino intraparto).

Para esses procedimentos, clínicos ou cirurgiões que trabalham com pacientes fetais defendem o uso de anestesia e analgesia fetal como prática padrão²⁷. Conforme defendem Stuart Derbyshire e John Bockmann, que possuem visões diferentes sobre a moralidade do aborto, há consenso de que o uso de anestesia e analgesia fetal proporciona a imobilidade necessária do feto e previne reações fisiológicas perigosas do feto — a chamada "resposta ao estresse" — durante a cirurgia²⁸.

Ainda, estudos têm demonstrado que a manipulação cirúrgica de fetos não anestesiados resulta em estimulação do sistema nervoso autônomo, com repercussões na frequência cardíaca, aumento dos níveis hormonais e da atividade motora fetal²⁹. Assim, conforme coaduna os autores supracitados, de todos os procedimentos fetais realizados, somente o aborto estaria sendo realizado sem anestesia ou analgesia.

²⁷ DERBYSHIRE, Stuart WG; BOCKMANN, John C. Reconsidering fetal pain. Med Ethics. 2020. Disponível em: <https://jme.bmj.com/content/medethics/46/1/3.full.pdf>

²⁸ Ibidem, pág. 2, apud Rollins MD, Rosen MA. Anesthesia for fetal surgery and other intrauterine procedures. In: Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice, ed 5. Chestnut DH (Ed. Philadelphia PA: Elsevier Saunders, 2014: 128–47; Fink RJ, Allen TK, Habib AS. Remifentanyl for fetal immobilization and analgesia during the ex utero intrapartum treatment procedure under combined spinal–epidural anaesthesia †. Br J Anaesth 2011;106(6):851–5 e van de Velde M, De Buck F. Fetal and maternal analgesia/anesthesia for fetal procedures. Fetal Diagn Ther 2012;31(4):201–9.

²⁹ BRAGA, Angélica de Fátima de Assunção. Anestesia para correção intra-útero de mielomeningocele: relato de caso. Rev. Bras. Anesthesiol. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942005000300009> e CAULDWELL, Charles B. Anesthesia for fetal surgery. New Concepts and Techniques in Pediatric Anesthesia. 2002. <https://www.sciencedirect.com.ez145.periodicos.capes.gov.br/science/article/abs/pii/S0889853703000622?via%3Dihub>



Como exposto, a prática da assistolia fetal é, portanto, desumana, dolorosa e desproporcional e fere o artigo 5º da Constituição, inciso III, que estabelece que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

Trata-se de uma forma de interrupção da gravidez que, ao provocar sofrimento físico no feto, fere frontalmente o princípio da dignidade da pessoa humana, base do nosso Estado Democrático de Direito.

Ademais, a defesa dos direitos do nascituro é condizente com a comprovação científica de que o conceito é já uma vida humana individualizada, como defende Jérôme Lejeune, geneticista francês e autoridade mundial em biologia genética³⁰.

Desse modo, o presente Projeto de Lei apenas vem confirmar o que a legislação já prevê, adicionando a questão da dignidade do ser humano, reafirmando que acima da idade gestacional de 20/22 semanas, não se torna possível realizar o abortamento da criança, tendo em vista sua viabilidade fetal.

Da mesma forma, o projeto de lei encontra-se em consonância com as normativas do Conselho Federal de Medicina, órgão que representa 640 mil médicos do país e possui competência para regulamentar questão procedimental referente ao médico, fato que ostenta inafastável natureza técnico-científica.

O próprio Conselho Federal de Medicina, na Resolução nº 2378/2024 estabelece que havendo viabilidade fetal, deve ser assegurada a tecnologia médica disponível para tentar permitir a sobrevivência após o nascimento. As estimativas de chance de sobrevivência devem analisar questões como: peso, motivo da prematuridade, idade gestacional, presença de CIUR (crescimento intrauterino restrito), uso de corticoide, etc. A idade gestacional também deve ser avaliada e vem decaindo com o avanço da tecnologia médica.

³⁰ O Dr. Lejeune, falecido em 1994, foi um médico francês, pediatra, Doutor em Ciências, e professor de Genética Fundamental. Por sua descoberta da causa genética da "Síndrome de Down", recebeu o Prêmio Kennedy. Recebeu também a "Memorial Allen Award Medal", a mais alta distinção mundial no campo da Genética. O Dr. Lejeune foi membro de várias academias científicas, entre as quais: Academia Americana de Artes e Ciências, Real Academia de Medicina, Real Sociedade de Ciências de Estocolmo, Academias de Ciências da Itália e da Argentina, Pontifícia Academia de Ciências, Instituto Francês de Ciências Morais e Políticas, e Academia Francesa de Medicina. Ver: HALL, Theodore. Human Life Begins: Integrated Senate Report. " The Linacre Quarterly: Vol. 50. 1983.

Em estudo recente³¹, foram analisados dados de cerca de 900 hospitais americanos. É citado nesse estudo que, em 2007, somente 26% ofereciam tratamento a nascidos com 22 semanas, e a taxa de sobrevivência era de 5%. Em 2019, tratamentos já eram oferecidos em 58% dos hospitais, com taxa de sobrevivência de 17%. Cerca de 250 bebês nascidos com 22 semanas de gestação sobrevivem nos Estados Unidos a cada ano. Entre os nascidos com 23 semanas, o número de sobreviventes foi cinco vezes maior.

De todo oportuno ressaltar, inclusive, que o presente Projeto de Lei não retira a possibilidade de interrupção voluntária da gravidez nos casos previstos no artigo 128, II, CP. A interrupção da gestação poderá ocorrer nos casos em que a mulher assim o desejar, sendo que está se dará através da antecipação do parto.

Tal procedimento, inclusive, atende ao **Princípio da Máxima Efetividade dos Direitos Fundamentais**, vez que se assegura o interesse da gestante em interromper a gravidez e, ao mesmo tempo, garante-se o direito à vida do nascituro que, nesta idade gestacional já tem possibilidade de sobreviver fora do útero com os atuais avanços da medicina.

A máxima efetividade é reconhecida como um princípio interpretativo das normas constitucionais, como esclarece o professor Canotilho:

Este princípio, também designado por princípio da eficiência ou princípio da interpretação efetiva, pode ser formulado da seguinte maneira: a uma norma constitucional deve ser atribuído o sentido que maior eficácia lhe dê. É um princípio operativo em relação a todas e quaisquer normas constitucionais, e embora a sua origem esteja ligada à tese da atualidade das normas programáticas (Thoma), é hoje sobretudo invocado no âmbito dos direitos fundamentais (no caso de dúvidas deve preferir-se a interpretação que reconheça maior eficácia aos direitos fundamentais)³².

É essencial registrar a particularidade da interrupção da gravidez em casos de risco grave à vida da gestante, especialmente em gestações de bebês periviáveis (a partir de 22 semanas). Do ponto de vista clínico, é importante destacar que o organismo da mulher se volta para proteger a gravidez desde seu início, salvo na presença de alguma patologia

³¹ Sium A, et al. The effect of induced fetal demise on induction to expulsion interval during later medication abortion: a retrospective cohort. *Contraception*: X 2023;125:110092.

³² CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, 2002, p. 1210.

materna. Por esta razão, um aborto provocado em idades gestacionais avançadas configura-se como uma grande agressão ao corpo feminino.

Ademais, é sabido que os riscos de complicações derivadas do aborto para a mulher aumentam significativamente, podendo incluir perfuração uterina, hemorragia intensa, infecções graves e até risco de morte. Mesmo quando realizado em ambiente clínico, existem perigos associados à anestesia, ao uso de medicamentos e à maior probabilidade de complicações conforme o avanço da gestação. Além disso, infecções pós-procedimento e dificuldades futuras na saúde reprodutiva também estão entre os possíveis efeitos adversos³³.

Do ponto de vista mental e psicológico, a literatura científica aponta que mulheres que realizaram aborto podem ter maior incidência de ansiedade, depressão, comportamentos suicidas e abuso de substâncias, especialmente quando já havia histórico prévio de vulnerabilidade emocional ou situações de violência doméstica³⁴. Estudos longitudinais sugerem que, em determinados grupos, há associação entre o aborto e o aumento de riscos de transtornos psiquiátricos posteriores³⁵³⁶.

Nesses casos, a escolha pelo abortamento, em contraposição à antecipação do parto, incrementa significativamente os riscos à saúde da gestante. Procedimentos como a assistolia fetal, que visa interromper a atividade cardíaca fetal para induzir o aborto em casos de gestações de bebês periviáveis (a partir de 22 semanas), são demorados e deveras complexos, postergando em muito o fator de risco.

Nesse sentido, uma revisão sistemática de 2020 evidenciou taxa mais alta de eventos adversos maternos graves em pacientes recebendo drogas feticidas, ou seja, que realizaram o procedimento de assistolia fetal, do que naquelas situações em que mulheres não receberam tais medicamentos. Um estudo incluído na revisão, comparando dilatação e

³³ FERGUSSON, David M.; HORWOOD, L. John; BODEN, Joseph M. *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.*

³⁴ FERGUSSON, David M.; HORWOOD, L. John; BODEN, Joseph M. *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.*

³⁵ Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Aug;57(8):777-84. doi: 10.1001/archpsyc.57.8.777. PMID: 10920466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10920466/>

³⁶ COLEMAN, Priscilla K. et al. *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. The British Journal of Psychiatry,* v. 199, n. 3, p. 180-186, 2011. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.077230.

esvaziamento uterino com ou sem digoxina prévia para a morte fetal, encontrou mais incidência de aborto espontâneo, infecção e reinternação no grupo que recebeu digoxina 1mg interfetal ou intra-amniótica³⁷. Ou seja, além de não provocar benefício, o procedimento de assistolia fetal ainda pode provocar diversos danos.

Se a opção for por uma cesárea para o aborto, o segmento uterino – local da incisão – ainda se encontra espesso, o que significa uma grande possibilidade de sangramento uterino intenso durante o ato cirúrgico, além de outras complicações imediatas e futuras. Por outro lado, se a opção for pela indução para um parto vaginal não cirúrgico, o processo igualmente violenta a natureza do organismo, que luta para manter a gestação, sendo demorado, doloroso e passível de complicações.

Dessa forma, considerando que o aborto é sempre um *plus* de risco acrescido ao ato de interromper a gravidez, revela-se que, em todas as hipóteses, o procedimento mais adequado e seguro para a gestante nestas circunstâncias é a antecipação do parto do nascituro periviável.

Não há, pois, qualquer hipótese onde a assistolia fetal seja mais vantajosa, seja sob o prisma da gestante ou, obviamente, sob o enfoque dos interesses do nascituro. Essa conclusão ganha ainda mais relevância quando consideramos os avanços da medicina neonatal, que hoje permite a sobrevivência de bebês extremamente prematuros, como Curtis Means, nascido no Alabama (EUA) em julho de 2020 com apenas 21 semanas de gestação³⁸.

Cabe ressaltar que a partir da 22ª semana as chances de sobrevivência aumentam progressivamente a cada semana, o que reforça o imperativo ético e legal de proteção a esse indivíduo em desenvolvimento e portador de direitos fundamentais. Antes considerados com poucas chances de sobrevivência, hoje esses pequenos guerreiros são símbolos de resiliência e superação, e suas jornadas representam não apenas uma luta pela vida, mas também uma prova de amor, dedicação e ciência trabalhando juntos para salvar vidas.

³⁷ LOHR, Patricia et al. Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. Volume 98, Issue 2, August 2018, Pages 100-105

³⁸ Revista Galileu. “Bebê mais prematuro do mundo comemora aniversário de 04 anos.” <https://revistagalileu.globo.com/sociedade/curiosidade/noticia/2024/07/bebe-mais-prematuro-do-mundo-comemora-aniversario-de-4-anos.ghtml>

Ainda, o Projeto de Lei atende todas as normas do ponto de vista bioético e científico, principalmente a Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão (CID-11), próprio sistema desenvolvido pela OMS que fornece uma codificação padronizada para doenças, condições de saúde e causas de morte, permitindo a coleta e comparação de dados de saúde em nível global.

Para a conceituação de aborto espontâneo, a periviabilidade do bebê após a 22ª semana é levada em consideração, que é, segundo a CID-11, “a perda espontânea da gravidez (ou seja, embrião ou feto) antes de 22 semanas completas de gestação” (código JA00.0 CID-11)³⁹. Veja-se que após essa idade gestacional, a CID denomina o falecimento destes bebês não de “morte fetal”, mas sim de “natimorto”, diferenciando-os em razão da periviabilidade. Outrossim, nos códigos KD3B, KD3B.1 e KD3B.0 sempre se faz referência às 22 semanas de idade gestacional ou, quando esta é desconhecida, às 500 gramas de peso.

Este limiar de 22 semanas de gestação é fundamentado em extensos estudos clínicos que demonstram a capacidade dos órgãos e sistemas do feto de funcionar fora do útero, assim como as melhorias nas tecnologias de cuidados intensivos neonatais⁴⁰.

Ao diferenciar a perda gestacional em aborto espontâneo antes de 22 semanas e natimortalidade após esse limiar, a CID-11 reconhece a vida fetal como digna de proteção, alinhando-se aos princípios da bioética que defendem a preservação da vida em todas as suas etapas.

Crucial, ainda, a referência a um documento publicado em 2022 do Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva e Pesquisa (SRH) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a remoção de limites gestacionais para o aborto, chamado “*Abortion Care Guideline*”⁴¹. Tal documento carece de qualquer cientificidade e, contraria as orientações da própria OMS.

Não passa despercebido que este departamento é formado por apenas 7 integrantes e a formulação deste manual foi realizada por um grupo

³⁹ CID-11. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#696502028>

⁴⁰ Ver: MARTINS, Danilo A.; ALVES, Êndel. Análise bioética crítica do *Abortion Care Guideline* (2022) sobre a incompatibilidade com o CID-11, nos critérios para viabilidade fetal e prematuridade em periviabilidade fetal. [s.l.]: 2025 (ainda pendente de publicação).

⁴¹ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>

de 38 autores, sendo que apenas 5 possuíam alguma especialização na área médica⁴².

Ademais, a maioria dos autores são explicitamente ativistas pelo aborto e afiliados a grandes instituições abortistas como Planned Parenthood, a maior organização abortista do mundo, Center for Reproductive Rights, Population Council, Ipas Development Foundation, International Planned Parenthood Federation (IPPF), International Youth Alliance for Family Planning (IYAAP), Centre for Health and Social Justice, dentre outros.

Este detalhe revela a absoluta disparidade de critérios entre a formulação deste documento em comparação à Classificação Internacional de Doenças (CID), formulada em Assembleia Mundial, decorrente de estudos feitos em mais de 120 países.

Ainda, o documento não especifica quais evidências científicas foram utilizadas para fundamentar suas recomendações e, pior, traz uma advertência de que não há garantia alguma a quem aplicar suas orientações. Transcrevemo-la e, em livre tradução, vertemo-la ao português:

“General disclaimers.

(...) All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use” (page. 04).

Tradução:

“Isenções de responsabilidades gerais.

(...) A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material é do leitor. Em nenhuma hipótese a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.” (fls. 04)

⁴² Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022; fls. 158/160

Portanto, a cientificidade do documento “*Abortion Care Guideline*” é, no mínimo, discutível, razão pela qual deve ser descartada em qualquer análise jurídica séria.

Como honestamente reconhecido pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG):

“O conceito de viabilidade fetal é frequentemente deturpado ou mal interpretado com base em princípios ideológicos. Isso perpetua interpretações incorretas e anticientíficas de termos médicos e leva à interferência na prática médica”⁴³.

Assim, como salvaguarda da proteção ao nascituro, a centralidade da proposição reside no § 2º que se pretende acrescentar ao art. 2º do Código Civil, o qual consagra o direito inviolável ao nascimento sadio e harmonioso do nascituro a partir da 22ª semana de gestação, desde que presente a presunção de viabilidade fetal.

Nada obstante, com o objetivo de aprimorar a redação do projeto, propomos ajustes que reforçam a proteção ao nascituro, especialmente no que se refere ao reconhecimento da vida intrauterina como expressão da dignidade humana, ao direito à justiça e aos limites éticos e jurídicos da intervenção médica em casos de risco para a gestante.

No tocante ao acesso à justiça, na convenção internacional ratificada pelo Brasil, a “Convenção sobre os Direitos da Criança” (1989), é estatuído, em seu preâmbulo, que

Tendo em mente que, como indicado na declaração sobre os Direitos da Criança, a criança, em razão de sua falta de maturidade física e mental, **necessita proteção e cuidados especiais, incluindo proteção jurídica antes e depois do nascimento** (grifo nosso).

Ainda, conforme ensina Maria Helena Diniz:

Urge que a humanidade progrida, caminhando na direção de princípios que permitam ao homem ser cada vez mais homem, vendo respeitado o

⁴³ AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Facts are important: understanding and navigating viability*. Washington, DC, 2025. Disponível em: <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important-understanding-and-navigating-viability>. Acesso em: 11 jul. 2025.

seu direito fundamental, intocável e inalienável à vida e, consequentemente, o seu direito de nascer. 46

Ademais, conforme consta no artigo 3º da Lei Complementar no 80, de 12 de janeiro de 1994, que a rege e a organiza, são objetivos da Defensoria Pública (I) a primazia da dignidade da pessoa humana e a redução das desigualdades sociais; (II) a afirmação do Estado Democrático de Direito; (III) a prevalência e efetividade dos direitos humanos; e (IV) a garantia dos princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório.

O art. 4º da Lei Complementar elenca as funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras: (I) prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos necessitados, em todos os graus; (II) promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela (inc. X); (III) exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa portadora de necessidades especiais, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado (inc. XI). Assim, ao nascituro também deve ser garantido o acesso à justiça, inclusive por meio da Defensoria Pública.

Nesse sentido, conforme aduz o Defensor Público Federal Danilo de Almeida Martins e Eduardo Luiz Santos Cabette, em função destes dispositivos e de outros princípios constitucionalmente assegurados, os nascituros – que por essência, são vulneráveis -, devem ser tutelados pela Defensoria Pública, principalmente se levarmos em consideração que o ordenamento jurídico obriga o exercício da Curadoria Especial em conformidade com o art. 4º, inciso XVI da LC 80/94, que estabelece ser função institucional deste órgão⁴⁴.

Além disso, sugerimos a inclusão de dispositivo que disponha que o nascituro falecido, por morte natural ou provocada, será registrado no Registro Civil de Pessoas Naturais, independentemente de sua idade gestacional, e terá direito às mesmas honras fúnebres das pessoas nascidas, tal como já assegurado na Lei nº 15.139/2025, art. 9º, parágrafo único, que

⁴⁴ CABETTE, Eduardo Luiz Santos; MARTINS, Danilo de Almeida. A insustentável pretensão de negar curador ao nascituro. Revista Prática Forense. <https://pallottamartins.com.br/wp-content/uploads/2023/04/Rev.-Pratica-Forense-n.-73.pdf>



entrou em vigor no último dia 23/08/2025. Em nenhuma hipótese o cadáver do nascituro será descartado ou tratado como lixo hospitalar.

Com os ajustes propostos, consideramos que a proposição representará um avanço na proteção do direito à vida.

III – VOTO

Ante o exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.524, de 2024, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº 1 – CDH

Dê-se aos §§ 2º e 3º do art. 2º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, na forma do art. 1º do Projeto de Lei nº 2.524, de 2024, a seguinte redação:

“**Art. 2º**

§ 1º A vida intrauterina é expressão da dignidade humana.

.....

§ 3º O natimorto, por morte natural ou provocada, será registrado no Registro Civil das Pessoas Naturais, independentemente de sua idade gestacional ou de seu peso, e terá direito subjetivo às mesmas honras fúnebres das pessoas nascidas, sendo vedado seu descarte ou tratamento como lixo hospitalar.” (NR)

EMENDA Nº 2 – CDH

Acrescente-se o artigo 2-A a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, na forma do art. 1º do Projeto de Lei nº 2.524, de 2024, com a seguinte redação:

“**Art. 2º-A.** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao nascituro, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à



justiça, inclusive por meio da Defensoria Pública, à alimentação gravídica, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, caso não haja representante legal para defender seus interesses ou quando estes colidirem com os daquele, ser-lhe-á nomeado curador especial, nos termos do art. 72, I, parágrafo único do CPC.

§ 2º Em observância ao direito à vida, com a viabilidade fetal, presumida em idade gestacional com mais de 22 semanas, eventual interrupção da gravidez deverá se dar obrigatoriamente pela antecipação do parto, sendo vedado o abortamento de fetos viáveis.”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

**Relatório de Registro de Presença****67ª, Extraordinária****Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa**

| Bloco Parlamentar Democracia (MDB, PSDB, PODEMOS, UNIÃO) | | | |
|---|----------|------------------------------|----------|
| TITULARES | | SUPLENTE | |
| IVETE DA SILVEIRA | PRESENTE | 1. ALESSANDRO VIEIRA | PRESENTE |
| GIORDANO | | 2. PROFESSORA DORINHA SEABRA | PRESENTE |
| SERGIO MORO | PRESENTE | 3. ZEQUINHA MARINHO | |
| VAGO | | 4. STYVENSON VALENTIM | PRESENTE |
| MARCOS DO VAL | | 5. MARCIO BITTAR | PRESENTE |
| PLÍNIO VALÉRIO | | 6. VAGO | |
| Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PSB, PSD) | | | |
| TITULARES | | SUPLENTE | |
| CID GOMES | | 1. FLÁVIO ARNS | |
| JUSSARA LIMA | | 2. PEDRO CHAVES | PRESENTE |
| MARA GABRILLI | PRESENTE | 3. VAGO | |
| VAGO | | 4. VAGO | |
| Bloco Parlamentar Vanguarda (PL, NOVO) | | | |
| TITULARES | | SUPLENTE | |
| JAIME BAGATTOLI | | 1. EDUARDO GIRÃO | PRESENTE |
| MAGNO MALTA | | 2. ROMÁRIO | PRESENTE |
| MARCOS ROGÉRIO | PRESENTE | 3. JORGE SEIF | |
| ASTRONAUTA MARCOS PONTES | PRESENTE | 4. FLÁVIO BOLSONARO | |
| Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT) | | | |
| TITULARES | | SUPLENTE | |
| FABIANO CONTARATO | PRESENTE | 1. WEVERTON | PRESENTE |
| ROGÉRIO CARVALHO | | 2. AUGUSTA BRITO | PRESENTE |
| HUMBERTO COSTA | | 3. PAULO PAIM | PRESENTE |
| Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS) | | | |
| TITULARES | | SUPLENTE | |
| TEREZA CRISTINA | PRESENTE | 1. LAÉRCIO OLIVEIRA | |
| DAMARES ALVES | PRESENTE | 2. MECIAS DE JESUS | PRESENTE |

Não Membros Presentes

NELSINHO TRAD
IZALCI LUCAS
LUCAS BARRETO
ZENAIDE MAIA
BETO FARO

DECISÃO DA COMISSÃO

(PL 2524/2024)

NA 67ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA, REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CDH FAVORÁVEL AO PROJETO, COM AS EMENDAS NºS 1 E 2-CDH.

15 de outubro de 2025

Senadora Damares Alves

Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação
Participativa