



Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

São Paulo, 03 de outubro de 2012.
SBPC-111/Dir.

Excelentíssimo Senhor
Senador JOSÉ SARNEY
Senado Federal do Brasil
Brasília, DF.

Junta-se ao processado do
PLS
nº 236, de 2012.

Em 09/10/12

Antônio Biv

Prezado Senador,

A Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência - SBPC e as demais entidades que subscrevem o documento anexado referente à Reforma do Código Penal - em especial sobre a proposta de alteração do Artigo 128 e ampliação dos permissivos legais para o Aborto - tomam a liberdade de encaminhá-lo à V. Exa. com a finalidade de fornecer subsídios para a discussão deste tema no Senado Federal.

Atenciosamente,
HELENA BONCIANI NADER
Presidente

✓
04.10.12



A. Campos
03/10/12 às 19:00h.

Sergio Penna

Assunto: ENC: Reforma do Código Penal

De: Presidencia SBPC [<mailto:presidencia@sbpcnet.org.br>]

Enviada em: terça-feira, 2 de outubro de 2012 16:26

Para: Sen. José Sarney

Assunto: Reforma do Código Penal



Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

São Paulo, 03 de outubro de 2012.
SBPC-111/Dir.

Excelentíssimo Senhor
Senador JOSÉ SARNEY
Senado Federal do Brasil
Brasília, DF.

Prezado Senador,

A Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência - SBPC e as demais entidades que subscrevem o documento anexado referente à Reforma do Código Penal - em especial sobre a proposta de alteração do Artigo 128 e ampliação dos permissivos legais para o Aborto - tomam a liberdade de encaminhá-lo à V. Exa. com a finalidade de fornecer subsídios para a discussão deste tema no Senado Federal.

Atenciosamente,
HELENA BONCIANI NADER
Presidente



APOIO DA SOCIEDADE CIVIL À REFORMA DO CÓDIGO PENAL: EXCLUDENTES DE ILICITUDE DO ABORTO

A SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA (SBPC) e todas as entidades civis abaixo subscritas **MANIFESTAM O SEU APOIO** ao **PROJETO DE REFORMA DO CÓDIGO PENAL (CP)**, da Comissão do Senado Federal, no que diz respeito à nova redação do artigo 128, que, avançando na defesa dos direitos humanos, **exclui a criminalização do aborto** nas seguintes hipóteses:

I – quando *“houver risco à vida ou à saúde da gestante”*;

II – se *“a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida”*;

III – *“comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicos”*; e

IV- *“por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições de arcar com a maternidade”*.

I. OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E AS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS

Em primeiro lugar, é preciso dizer que essa proposta de atualização do Código Penal respeita os direitos fundamentais da gestante protegidos por nossa Constituição Federal (CF), como o direito à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), à saúde (arts. 6º e 196 a 200, CF), à privacidade (art. 5º, X, CF), à integridade física e moral (art. 5º, X, CF), à igualdade (art. 5º, I, CF) e à autonomia reprodutiva, esta resguardada por diversos Tratados e Convenções Internacionais, dos quais o Brasil é signatário¹, e pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher pela Comunidade Internacional.²

Não há dúvida de que essa proposta, mesmo mantendo a criminalização do aborto, representa um enorme avanço no campo da saúde reprodutiva da mulher brasileira e aproxima o Brasil das recomendações de saúde internacionais, dentre as quais as da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo, de 1994, da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), de Pequim, de 1995, e das versões +5, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais no cenário internacional.

¹ Vide artigo 4º Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994).

² Vide: COOK, Rebecca J. *Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos*. In: COOK, Rebecca J. et alii (Org). *Reprodução e Sexualidade: Uma Questão de Justiça*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002, pp. 13/60.



Os documentos internacionais originados dessas conferências – o Programa de Ação do Cairo e a Plataforma de Ação de Beijing – são diretrizes para ações governamentais na área da saúde sexual e reprodutiva. O parágrafo 8.25 do relatório da CIPD afirma que “em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes de aborto”³. E o parágrafo 106 K da Plataforma de Ação de Beijing, de 1995, dispõe que “os governos devem considerar revisar as leis que contêm medidas punitivas contra mulheres que realizaram abortos ilegais”.

Assim, a aprovação da proposta representará, não só o cumprimento dos compromissos que o Brasil assumiu ao ratificar e subscrever esses Tratados Internacionais de Direitos Humanos, mas, sobretudo, uma drástica redução da mortalidade materna, desafio que nosso país precisa alcançar para atingir a meta cinco (**melhorar a saúde materna**) dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas**⁴.

II. O DESCOMPASSO ENTRE NORMA CRIMINALIZADORA DO ABORTO E A REALIDADE

Enquanto a medicina, a bioética, a técnica genética e outras áreas da saúde caminham a passos largos, a legislação brasileira não segue o mesmo ritmo. O atual CP, que é de 1940, apresenta sinais de cansaço e esgotamento. Urge a sua atualização. Vários de seus dispositivos estão em descompasso com as legislações da maior parte do mundo e devem ser adequados aos parâmetros e princípios consolidados pelos sistemas internacionais de proteção dos Direitos Humanos.

É por isso que é imprescindível a revisão do Capítulo “*Dos Crimes Contra a Vida*”, especialmente no que tange ao aborto, cuja criminalização tem se mostrado ineficaz e produzido custos e danos sociais imensos, principalmente para as mulheres.

Como é sabido, a interrupção voluntária da gravidez no Brasil é criminalizada pelo Código Penal, nos seus artigos 124 e seguintes. E há apenas duas causas de exclusão de ilicitude (discriminantes), previstas no artigo 128, I e II: se não há outro meio de salvar a vida da gestante; e quando a gravidez for resultante de estupro.

Mas, naquela época, há mais de sessenta anos, quando não se falava em métodos de diagnóstico nem em tratamento intra-uterinos, era impossível prever o acontecimento de anomalias

³ Disponível em <http://www.sepm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 05/04/12, p. 03.

⁴ O Brasil é um dos 191 Estados-Membros das Nações Unidas que assumiram o compromisso de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas até 2015. O aborto inseguro é a 5ª causa de mortalidade materna no país. Sem a revisão da legislação punitiva do aborto, aliada a uma promoção integral da saúde das mulheres em idade reprodutiva, dificilmente o país conseguirá atingir a meta desejada.



fetais e a medicina engatinhava em uma área que, hoje, atingiu um grau de refinamento impressionante, capaz de diagnosticar doenças genéticas no período pré-natal e pré-implantacional. E também era impossível imaginar um caso de gravidez resultante do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida, desafio na atualidade.

III. NÃO DEVE SER CRIMINOSO O ABORTO NOS CASOS DE ANOMALIAS FETAIS GRAVES OU INCURÁVEIS

Diante disso, propõe a Comissão de Reforma do CP, com acerto, a inclusão do inciso III ao atual artigo 128, reconhecendo que “*não há crime se: III) Comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves ou incuráveis anomalias, desde que o diagnóstico seja atestado por dois médicos*”.

Aliás, nesse grupo relativamente extenso de malformações fetais, a anencefalia ocupa um lugar de destaque no Brasil, pois, em recente decisão, o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da ADPF n. 54, afirmou que não há crime de aborto nessa hipótese. A anencefalia constitui grave malformação fetal que resulta da falha de fechamento do tubo neural, cursando com ausência de cérebro, calota craniana e couro cabeludo, e ocorre entre o 24º e 26º dia após a fecundação⁵. É uma das mais comuns anomalias congênitas e tem uma frequência de 1:1000 nascidos vivos. A maior parte dos fetos anencefálicos apresenta parada dos batimentos cardíacos fetais antes do parto^{6,7}. Parte desses fetos anencefálicos apresenta batimentos cardíacos e movimentos respiratórios fora do útero, funções que podem persistir por algumas horas e, em raras situações, alguns dias⁸. É exatamente por isso que a Organização Mundial de Saúde recomenda a não realização de manobras de ressuscitação cardiorrespiratórias em anencéfalos, pois a anomalia é incompatível com a vida. E não se olvide, também, que o Comitê de Direitos Humanos da ONU, em 17 de novembro de 2005, condenou o Estado do Peru a indenizar uma mulher por não ter tido acesso a um aborto seguro, na hipótese de má formação fetal incompatível com a vida (Caso K. H. *versus* Peru, Comunicação n. 1153/2003).

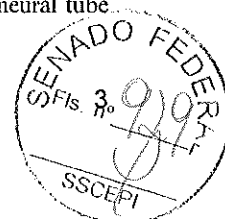
Contudo, há outras anomalias fetais graves e incuráveis de diagnóstico simples e 100% seguro, muitas vezes apenas realizado com o recurso amplamente acessível da ultrassonografia. A agenesia renal bilateral é um exemplo dessas anomalias incuráveis, cuja ocorrência se dá por um defeito no broto uretérico ou no blastema metanéfrico. Nesses casos, o recém-nascido não apresenta formação de urina e morre em horas após o nascimento, por falência respiratória causada por

⁵ Cheschier N. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin. Neural Tube Defects. Number 44, July 2003. Int J. Gynaecol Obstet. 2003 Oct. 83(1): 123-133.

⁶ The infant with anencephaly. The medical Task Force on Anencephaly. N Engl J Med. 1990 Mar8;322(10):669-674.

⁷ Shaw GM, Jensvold NG, Wasserman CR, Lammer. J Epidemiologic characteristics of phenotypically distinct neural tube defects among 0,7 million California births, 1994 Feb;49(2):143-149.

⁸ Cook, Rebecca . Transparency in the delivery of lawful abortion services. CMAJ 180:272-273;2009.



hipoplasia dos pulmões⁹, que se caracteriza pela redução do número de células pulmonares, espaço aéreo e alvéolos. Assim, o feto com agenesia renal bilateral, além da ausência dos rins, não apresenta pulmões funcionais e, portanto, sua sobrevivência é impossível¹⁰.

E há várias outras anomalias graves e incuráveis das quais se ocupa a Medicina Fetal, todas passíveis de diagnóstico preciso, tão-somente com o recurso da ultrassonografia, que está disponível para a imensa maioria das gestantes brasileiras que recorrem ao SUS.

O acesso às técnicas de diagnóstico genético no pré-natal, sabidamente, preserva inúmeras gestações. Antes da existência dessas técnicas, mulheres interrompiam gestações com medo de virem a ter filhos comprometidos por afecções genéticas graves. Hoje, temos meios para assegurar que o feto é normal, o que ocorre na maioria das vezes, e a gravidez prossegue naturalmente.

Assim, nos termos da proposta que ora apoiamos, a alternativa eventual de interromper a gravidez dar-se-ia apenas nos casos menos frequentes, nos quais o feto viesse a ser comprometido por doença grave e incurável.

É importante salientar, ainda, que o diagnóstico de anomalias fetais é realizado, na maioria dos casos, em pacientes que não possuem antecedentes de doenças hereditárias e não apresentam riscos genéticos aumentados. Há, entretanto, gestantes que possuem maior risco genético. É o caso das mulheres que engravidam após os 40 anos de idade e que, em função de sua idade, enfrentam um risco aumentado para aberrações cromossômicas em suas gestações. Por outro lado, há, evidentemente, um universo de doenças geneticamente determinadas e que possuem risco elevado de recorrência.

IV. ABORTO: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A realização do aborto é uma realidade no Brasil. A pesquisa Nacional do Aborto – PNA, de 2010, que, em 2012, recebeu o prêmio de excelência em literatura em saúde da Organização Pan Americana de Saúde – Opas, desvelou, pela primeira vez, a real magnitude do aborto no Brasil. De acordo com os dados coletados em todo Brasil urbano, com nível de confiança de 95% e margem de erro de dois pontos percentuais, para mais ou para menos, uma em cada cinco mulheres entre 18 e 40 anos de idade já realizou pelo menos um aborto. Isso significa que mais de cinco milhões de mulheres em idade reprodutiva, ou 15% das mulheres nessa faixa etária, já realizaram o aborto. Os resultados obtidos em outros estudos, baseados em dados indiretos, eram subestimados e indicavam

⁹ Potter, EL. Bilateral absence of ureters and kidneys. *Obstet Gynecol* 1965, 25:3-12.

¹⁰ Hooper SB, Harding R. Fetal lung liquid: A major determinant of the growth and functional development of the fetal lung. *Clin Exper Pharmacol Physiol* 1995, 22: 235-247.



que 6% das mulheres haviam praticado o aborto¹¹, número bastante expressivo, mas aquém da realidade agora comprovada.

Coordenado pela Anis e excetuado pela Agencia Ibope Inteligência, a pesquisa entrevistou mais de duas mil mulheres em todo o Brasil. Entre as mulheres que já realizaram algum aborto, mais de 40% têm apenas o ensino fundamental, o que demonstra que o aborto é mais frequente entre mulheres com baixa escolaridade e maior vulnerabilidade. A incidência do aborto foi praticamente o mesmo entre diferentes religiões: entre as mulheres que realizaram algum aborto, 15% se declaram católicas; 13%, evangélicas; 16%, de outras religiões; e 18% não tinham religião ou não responderam. Assim, criminalizar quem aborta significa, na prática, “encarcerar” mais de cinco milhões de pessoas.

O aborto é um tema relevante para a saúde pública, devido à sua significativa contribuição para a mortalidade materna e morbidade dele decorrentes. Aliás, as complicações do aborto inseguro representam a terceira causa de ocupação dos leitos obstétricos no Brasil¹².

Todavia, nem mesmo os casos de risco à saúde da gestante são acolhidos pelo atual CP entre os permissivos legais para o aborto. Assim, a atual legislação, bastante restritiva, está levando as mulheres a um itinerário de maior risco em busca de medicamentos proibidos ou mesmo de práticas rudimentares, como a introdução de objetos na vagina e preparados orgânicos aplicados no fundo de útero¹³. A proibição do aborto no âmbito criminal, de acordo com a legislação em vigor, está acarretando consequências dramáticas: i) dificulta um maior conhecimento do fenômeno; ii) põe em risco a saúde e a vida das mulheres, notadamente as mais pobres, que utilizam esse recurso para pôr fim a uma gravidez não desejada; iii) dificulta o desenvolvimento de programas e ações de saúde que abarque integralmente o fenômeno, inclusive com medidas preventivas e iv) gera/ reproduz um ambiente cultural de culpa e estigmatização que de fato penaliza a mulher. Esse último aspecto está diretamente relacionado à qualidade da atenção prestada às mulheres que procuram serviços públicos com complicações relacionadas ao aborto inseguro¹⁴.

Em países cujas leis foram flexibilizadas para estarem mais adequadas aos direitos sexuais e reprodutivos constatou-se uma redução da mortalidade materna pela qualidade e presteza do atendimento, evitando-se, assim, a clandestinidade do aborto inseguro¹⁵. Com efeito, está atualmente demonstrado, à saciedade, que, a criminalização e as leis restritivas, além de não

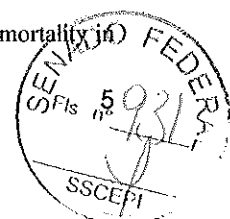
¹¹ DINIZ Débora; MEDEIROS Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ver Ciência e Saúde Coletiva. 2010; 15(1):959-966. Pesquisa Premiada – Prêmio Fred L. Soper Award for Excellence in Health Literature. OPAS. 2012.

¹² VICTORA et al. A saúde das mães: progressos e desafios. The Lancet Saúde no Brasil, 2011.

¹³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Aborto: Norma Técnica/ Ministério da Saúde Área Técnica da Mulher, 2.ed. ampliada; 2010.

¹⁴ ADESSE, Leila; BONAN, Claudia e SILVEIRA, K. Estudo das complicações do aborto em maternidade do município do RJ – mimeo.

¹⁵ Global Health organization. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth edition 2007.



levarem à eliminação ou redução de abortos provocados, aumentam consideravelmente os riscos de morbidade feminina, esterilidade e mortalidade materna.

Aliás, a Organização Mundial da Saúde - OMS aponta que, na América Latina, 21% das mortes maternas (cerca de seis mil/ano) têm como causa as complicações decorrentes do aborto inseguro, praticado exatamente em razão de leis restritivas ao aborto. E, no Brasil, a mortalidade materna permanece entre as 10 primeiras causas de mortalidade da população feminina entre 10 e 49 anos de idade.

V. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ABORTO

A reprodução e o exercício da sexualidade deveriam ser sempre desejados e planejados. Todavia, gestações não desejadas ocorrem em momentos pouco favoráveis e inoportunos¹⁶. E a decisão em relação ao que fazer diante de uma gestação não desejada ocorre em um momento solitário e doloroso para a mulher e para a sua família, o que geralmente acarreta consequências dramáticas^{17,18}. O aborto não é visto pelas mulheres que o elegeram como uma preferível ou desejável forma de contracepção¹⁹. O aborto só ocorre porque a gravidez é indesejada. E somente as mulheres que tomam essa decisão sabem exatamente porque o fazem²⁰.

As respostas emocionais ao aborto não criminoso induzido são geralmente positivas. Os problemas emocionais que resultam do aborto são raros e menos frequentes do que aqueles que surgem após o parto de uma gravidez indesejada. Estudos realizados nos últimos 25 anos apontam o aborto como um procedimento relativamente saudável no que diz respeito aos efeitos emocionais²¹. Há uma reação de alívio por parte das mulheres após o aborto, que não afeta desfavoravelmente a maioria das mulheres. Quase todas as mulheres assimilam a experiência do aborto entre seis meses e um ano após o procedimento^{22,23,24,25,26}.

¹⁶ Langer A, Espinoza H. Embarazo no deseado: Impacto sobre La salud y La sociedad em America Latina y El Caribe. In: Ramos S & Gutiérrez MA, editoras. Nuevos desafios de La responsabilidade política. CEDES. 2002;4(5):95-122.

¹⁷ Pedroso D, Gomes EC, Drezett J, Adesse L, Silveira L, Mello MEV. História de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei. IPAS Brasil; 2008 [acesso em 02 abril 2010]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/Biografia2008.pdf>

¹⁸ Pedroso D. Estudo de fatores relacionados ao abortamento previsto em lei em situações de violência sexual. (dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de Santo Amaro; 2010.

¹⁹ Henshaw SK, Silverman J. The characteristics and prior contraceptive use of US abortions patients. Family Planning Perspective. 1988;20(4):158-9,162-168.

²⁰ Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komedi; 2004. 304 p.

²¹ Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. *Op.cit.*

²² Adler NE etc al., *Op.cit.*

²³ Kero A, Högberg U, Lalos L. Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion. Social Science & Medicine. 2004;58:2229-2269.

²⁴ Armsworth MW. Pshycological response to abortion. Journal of Counseling and Development. 1991;69:377-379.

²⁵ Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. American Journal of Psychiatric. 1991;148(5):578-585.

²⁶ Lazarus A. Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology. 1985;4(3):140-150.



Questionadas após o aborto, mais de 98% das mulheres não apresentaram remorso e fariam a mesma escolha novamente sob as mesmas circunstâncias²⁷. E mais de 70% das mulheres expressaram desejo por uma criança no futuro^{28,29}. Pode-se afirmar, ainda, que mulheres que abortaram não sofreram efeitos psicológicos adversos^{30,31}.

Aliás, a Associação Americana de Psicologia concluiu que o aborto legal não cria danos para a maioria das mulheres que optaram pelo procedimento. Lembre-se de que 21% das mulheres americanas realizam aborto, o que demonstra que, se houvesse severas reações emocionais em razão dessa prática, existiria uma epidemia de mulheres procurando tratamento psicológico, o que, na realidade, não acontece^{32,33}.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como afirmaram, recentemente, os Comitês da ONU (PIDESC, sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; e CEDAW, sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher), o Estado brasileiro deve adotar medidas que garantam o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando, mais uma vez, a incompatibilidade entre a criminalização do aborto e a necessidade de garantir a saúde das mulheres, pois o aborto, conforme já reconhecido pelo sistema Internacional de Direitos Humanos, é um grave problema de saúde pública, não um problema que pode ser enfrentado no âmbito repressivo dos sistemas penais.

E, como é sabido, *“onde for absolutamente irrelevante ou criminógena a tutela penal, apesar da dignidade punitiva de certa conduta, o Estado deve abster-se de incriminar”*.³⁴

Aliás, como afirma Miguel Reale Júnior, *“descriminalizar significa abandonar, humildemente, a concepção de que é apenas através de qualificação jurídica, com recurso à tipificação penal, que se propulsiona o progresso da sociedade”*.³⁵

Assim, a ampliação das excludentes de ilicitude do aborto, ainda que mantida a sua criminalização primária, representará, certamente, neste momento histórico, um grande avanço na garantia e proteção dos direitos humanos das mulheres, e até mesmo dos transgêneros e transexuais

²⁷ Dagg PKB. *Op.cit.*

²⁸ Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arc Gen Psychiatry*. 2000;57:777-784.

²⁹ Torres A, Forrest JD. Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives*. 1988;20(4):169-176.

³⁰ Russo NF, Zierk KL. Abortion, childbearing, and women's well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1992;23(4):269-280.

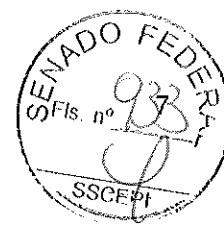
³¹ Zabin LS, et al. When urban adolescents chose abortion: effects on education, psychological status, and subsequent pregnancy. *Family Planning Perspectives*. 1989;21(6):248-255.

³² The emotional effects of induced abortion. *Op.cit.*

³³ Cohen SA. Abortion and mental health: myths and realities. New York: Guttmacher Institute. 2006;9(3):8-16.

³⁴ Maria Fernanda Palma, Constituição e Direito Penal: as questões inevitáveis. in Jorge Miranda, org. *Perspectivas constitucionais nos 20 anos da constituição de 1976, v. II.*, Coimbra, Coimbra Editora, 1997, p. 235.

³⁵ Descriminalização, *Revista do Instituto dos advogados Brasileiros*, 1991, p. 187



masculinos³⁶, nos termos das recomendações do Sistema Internacional de Direitos Humanos, especialmente em face da certa e conseqüente redução dos índices de mortalidade e morbidade feminina, e das sequelas físicas, psicológicas e sociais acarretadas às mulheres pelo aborto inseguro.

A aprovação da proposta da descriminalização do aborto nas hipóteses apresentadas no projeto já será bastante para demonstrar que a perspectiva de saúde pública pode substituir, com eficácia e eficiência, a ótica equivocada da repressão criminal, possibilitando que o Estado Brasileiro garanta à mulher que optar pela interrupção voluntária da gravidez, nos casos de aborto não criminoso, toda a assistência hospitalar, médica e psicológica que ela necessita.

Finalmente, é preciso ressaltar que muitos países já adotaram o caminho da descriminalização do aborto, como ocorreu na quase a unanimidade dos países europeus, nos Estados Unidos, no Canadá, na África do Sul e, mais recentemente, na Cidade do México. E em Portugal, como na Espanha, Alemanha, Áustria, Noruega, Suíça, Bélgica, Dinamarca, Países Baixos, Grécia, Itália e, recentemente, no Uruguai, optou-se pela descriminalização do aborto até a 10ª, 12ª ou 13ª semana de gestação, enquanto no Reino Unido, não há crime se o aborto ocorre até a 24ª semana, na Suécia, até a 18ª e, na Nova Zelândia, até a 20ª. Como se vê, o inciso IV da proposta em menção, ao acompanhar essa opção predominante, garante às gestantes os direitos reconhecidos em nossa Constituição e no Sistema Internacional de Direitos Humanos, além da possibilidade de uma adequada e segura assistência médica.

Em todos os países nos quais ocorreram reformas legais ampliando o acesso ao aborto, houve, em consequência: redução significativa da morbi-mortalidade materna, maior acesso das mulheres à informação em saúde sexual e reprodutiva e a métodos contraceptivos, com a conseqüente redução drástica de sua prática em condições inseguras.

Assim, embora o projeto para a reforma do CP não descriminalize totalmente o aborto, apoiamos as propostas apresentadas no que diz respeito à ampliação das causas de exclusão de ilicitude previstas no atual art. 128 do CP.

Esperamos que essa proposta seja de fato acolhida por nossos Parlamentares e sancionada pela Presidência da República.

AASP - ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO

ABA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA

ABGLT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

³⁶ Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People - The World Professional Association for Transgender Health. www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf



ABHT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOMENS TRANS

ABPSS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL

AJD - ASSOCIAÇÃO JUÍZES PARA A DEMOCRACIA

ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNEROS

ANPOCS - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ANTRA - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

ARTGAY – ARTICULAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS

CDD - CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR

CEMICAMP – CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE REPRODUTIVA DE CAMPINAS

CENTRO DA MULHER 8 DE MARÇO

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CLADEM BRASIL - COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

FEBRASGO - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GEA - GRUPO DE ESTUDOS SOBRE O ABORTO

GESTO&AÇÃO - ASSOCIAÇÃO PARA PESQUISA E PROMOÇÃO DA SAÚDE E DOS DIREITOS DA MULHER

IMAI - INSTITUTO MAIS DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

OABRJ - COMISSÃO DE BIOÉTICA E BIODIREITO E COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

RSMLAC - RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINO AMERICANA Y DEL CARIBE

UBM - UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES

UFPB - NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E AÇÃO SOBRE MULHER E RELAÇÕES DE SEXO E GÊNERO/NIPAM

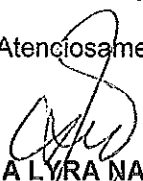


Brasília, 04 de outubro de 2012

Senhora Helena Bonciani Nader,
Presidente da Sociedade Brasileira para
o Progresso da Ciência

Em atenção ao seu Ofício S/N,
encaminhado a esta Secretaria-Geral
pela Presidência do Senado, informo a
Vossa Senhoria que sua manifestação foi
juntada ao processado do Projeto de Lei
do Senado nº 236, de 2012, que trata da
Reforma do Código Penal Brasileiro,
conforme folha de tramitação anexa.

Atenciosamente,


CLAUDIA LYRA NASCIMENTO
Secretária-Geral da Mesa
do Senado Federal

