

LÚCIA DE LOURDES FERREIRA DA COSTA

**INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR ANOMALIA
FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA APÓS O
NASCIMENTO: AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES**

Dissertação de Mestrado

**Orientadora: Prof.^aDr.^a ELLEN E. HARDY
Co-Orientadora: Prof.^aDr.^a MARIA JOSÉ DUARTE OSIS**

**UNICAMP
2004**

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO DE COLEÇÕES

LÚCIA DE LOURDES FERREIRA DA COSTA

**INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR ANOMALIA
FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA APÓS O
NASCIMENTO: AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

Orientadora: Prof.^aDr.^a ELLEN E. HARDY
Co-Orientadora: Prof.^aDr.^a MARIA JOSÉ DUARTE OSIS

**UNICAMP
2004**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	7/11/04
	C823i
COMBO BC	60677
PROC.	16.117.04
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	17.11.04
Nº CPD	

B.b Id 331878

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C823i

Costa, Lúcia de Lourdes Ferreira da
Interrupção de gestação por anomalia fetal incompatível
com a vida após o nascimento: as vivências das mulheres /
Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa. Campinas, SP : [s.n.],
2004.

Orientadores : Ellen Elisabeth Hardy, Maria José Osis
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto terapêutico. 2. Aborto Legal. 3. Aspectos
psicológicos. 4. Diagnóstico pré-natal. 5. Aspectos sociais.
6. Aborto Eugênico. I . Ellen Elisabeth Hardy. II. Maria José
Osis. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: LÚCIA DE LOURDES FERREIRA DA COSTA

Orientadora: Prof.^aDr.^a ELLEN E. HARDY

Co-Orientadora: Prof.^aDr.^a MARIA JOSÉ DUARTE OSIS

Membros:

1.

Ellen Hardy

2.

Dr. Os

3.

João Guilherme

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 08/09/2004

200419908

Dedico este trabalho...

*À minha querida mãe Margarida, mulher forte,
que me ensinou a persistir em meus objetivos;*

*Ao meu pai Vicente, homem simples e trabalhador,
que me ensinou a honestidade e a dignidade;*

*À minha filha querida Luciana,
que me ensina todos os dias algo novo da vida;*

*Ao meu amor Manuel, homem íntegro e sereno,
a quem agradeço o companheirismo e amizade;*

*À minha irmã Cidinha, minha amiga, minha confidente,
com quem posso contar sempre;*

*À minha querida sobrinha Lariana, que, mesmo
com tão pouco tempo entre nós, ensinou-nos muito da vida.*

Agradecimentos

Em primeiro lugar a DEUS, a quem agradeço a vida todos os dias;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ellen Hardy, pessoa admirável pela sua competência, dedicação e persistência, que sempre me incentivou e apoiou no decorrer deste trabalho, e com quem aprendi muito neste período. Muito obrigada pelo carinho, pela paciência!

À minha querida co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria José Duarte Osis, com quem pude contar em todos os momentos no decorrer deste trabalho. Sempre disposta a ensinar e contribuir de forma sempre sábia e competente. Muito obrigada pelo carinho, pela dedicação!

À minha querida filha Luciana pela paciência, por tentar compreender minha ausência junto dela, mesmo estando fisicamente perto;

Ao meu querido marido Manuel pelo companheirismo, incentivo e apoio para a realização deste trabalho;

A toda equipe multiprofissional que atua no Ambulatório de Obstetrícia do CAISM, pela convivência e pelo apredizado;

À enfermeira Zoraide, colega de trabalho e amiga especial, pelo incentivo, apoio, companheirismo;

Aos profissionais do Cemicamp pela colaboração, carinho e paciência;

À equipe de Serviço Social do CAISM, companheiras queridas, pelo carinho e incentivo;

À equipe multiprofissional de Medicina Fetal da Obstetrícia, que muito me ensinou sobre gestação com malformação fetal;

À Prof^{ra}. Dr^a. Helaine, pelo carinho e generosidade de revisar o protocolo de Pesquisa;

À minha sobrinha Ana Claudia, pela disposição em conversar sobre a tese e dar sugestões;

À minha irmã Cidinha e cunhado Jorge, sempre presentes nos momentos em que mais preciso;

À minha irmã Tânia, que muito me ensinou através dos seus cuidados com sua filha Lariana;

À minha amiga Tereza, uma irmã para mim, pela amizade, carinho e incentivo;

À Conceição, secretária da Área de Obstetrícia, pelo carinho, atenção e apoio durante o desenvolvimento deste trabalho;

À bibliotecária Vanda, pela competência e presteza com que nos atende na biblioteca do CAISM;

Aos profissionais da ASTEC, pelo apoio técnico indispensável para a concretização deste trabalho;

À Margareth, secretária da Subcomissão da Pós-Graduação do Depto. de Tocoginecologia, pela atenção e apoio durante todo o decorrer da pós-graduação;

A todas as mulheres que participaram deste estudo, por compartilharem comigo um assunto que lhes causa tanta dor.

Agradecimentos Institucionais

À FAPESP, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro parcial para a realização desta pesquisa.

Ao FAEP, Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa, pelo apoio financeiro parcial para a realização desta pesquisa.

Ao CEMICAMP, Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, pelo apoio de infra-estrutura, colocada à disposição para a execução deste trabalho.

Sumário

Resumo	xv
Summary.....	xvii
1. Introdução.....	19
1.1. A questão legal	19
1.2. O significado da gravidez, do diagnóstico de anomalia fetal e da interrupção da gestação para a mulher	25
1.3. O atendimento a grávidas com diagnóstico de malformação fetal.....	31
2. Objetivos.....	37
2.1. Objetivo geral.....	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. Sujeitos e Métodos	39
3.1. Desenho do estudo.....	39
3.2. Tamanho amostral	39
3.3. Seleção dos sujeitos	39
3.4. Variáveis	40
3.4.1. Caracterização das mulheres.....	41
3.4.2. Conceitos.....	42
3.5. Coleta de dados.....	44
3.6. Processamento e análise dos dados.....	45
3.7. Aspectos Éticos	48
3.8. Caracterização das mulheres entrevistadas.....	49
4. Publicação	53
5. Conclusões	79
6. Referências Bibliográficas	81
7. Bibliografia de Normatizações.....	87
8. Anexos.....	89
8.1. Anexo 1 – Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre Feticídio.....	89
8.2. Anexo 2 – Laudo Médico	95
8.3. Anexo 3 – Autorização Judicial.....	96
8.4. Anexo 4 - Classificação de Estrato Socioeconômico	111
8.5. Anexo 5 – Ficha de caracterização da mulher	112
8.6. Anexo 6 - Roteiro temático para entrevista	113
8.7. Anexo 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
8.8. Anexo 8 – Quadro de resumo da caracterização das mulheres	118

Resumo

O desenvolvimento de novas tecnologias médicas para o diagnóstico pré-natal possibilita a descoberta precoce e muito precisa de anomalias fetais incompatíveis com a vida após o nascimento. Isto tem levado casais a solicitarem autorização judicial para interromper a gravidez, o que não está previsto pela lei brasileira. Para isto é necessária a apresentação de laudo médico em que se explica o diagnóstico e prognóstico do feto, segundo a literatura científica. Nesses casos, as autorizações têm-se tornado cada vez mais freqüentes. No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, para atender as mulheres que desejam interromper a gestação porque o feto não sobreviverá após o nascimento, tem sido adotado um conjunto de procedimentos embasados na experiência dos profissionais envolvidos e nos achados da literatura. Entretanto, a vivência das mulheres com a interrupção da gravidez não tinha sido avaliada. **Objetivo:** Conhecer as vivências das mulheres que decidiram interromper uma gravidez, com autorização judicial, quando o feto foi diagnosticado com malformação incompatível com a vida após o nascimento. **Sujeitos e Métodos:** Foi desenvolvido um estudo qualitativo, para o qual foram entrevistadas 10 mulheres que interromperam a gravidez no CAISM/Unicamp, utilizando um roteiro temático como parte de uma técnica de relato

de vida - depoimentos pessoais. As entrevistas foram gravadas e transcritas e realizou-se a análise temática de seu conteúdo com a ajuda do programa computacional Ethnograph v. 5.0. **Resultados:** As mulheres entrevistadas não haviam planejado a gestação que acabou sendo interrompida, mas, com exceção de uma, todas declararam que a haviam desejado. O diagnóstico de malformação fetal nem sempre foi comunicado de maneira adequada pelo ecografista. Diante do diagnóstico as mulheres referiram choque, medo, desespero, angústia, sensação de inutilidade e inconformismo. A decisão de interromper a gestação esteve baseada no entendimento de que seria a melhor alternativa para aliviar o padecimento do feto e o sofrimento emocional delas próprias. As entrevistadas vivenciaram essa decisão com tristeza, desespero e culpa, sentindo-se cruéis, o que lhes trouxe ainda maior sofrimento. A vivência do feticídio, desde o momento em que foram informadas sobre o procedimento e, especialmente, durante a sua realização, foi considerada pelas mulheres a parte mais difícil no processo de interrupção. Durante a indução do parto e no parto as mulheres experimentaram sentimentos de choque, tristeza, pânico, agonia, inconformismo, mágoa, solidão, medo e arrependimento. Quarenta dias depois da interrupção, as mulheres referiram estar mais conformadas, porém ainda choravam muito, sentiam-se tristes, sensíveis e perplexas. Entretanto, estavam satisfeitas com a decisão tomada. Essa experiência também teve um impacto positivo na vida delas, já que referiram que contribuiu para seu amadurecimento e para melhorar o seu relacionamento com o companheiro. **Conclusão:** As mulheres que decidem interromper a gravidez porque o feto apresenta um diagnóstico de malformação incompatível com a vida após o nascimento necessitam do suporte de uma equipe multiprofissional para que recebam apoio e acolhimento, considerando-se que essa experiência é marcada por sofrimento e ambivalência desde o momento em que são informadas do diagnóstico, que não se encerra no pós-parto imediato.

Summary

The development of new medical technologies for pre natal diagnosis allows the early and precise identification of fetal abnormalities that are incompatible with life after birth. This has led couples to request legal authorization for pregnancy termination, since it is not allowed by Brazilian law. Presentation of a medical report explaining the diagnosis and prognosis of the fetus, according to the scientific literature, is required. Authorizations, in these cases, have become more frequent. At the Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher of the Universidade Estadual de Campinas (CAISM/Unicamp) a set of procedures, based on the experience of the professionals involved and on scientific literature, has been adopted to care for women who want to terminate a pregnancy when the fetus can not survive after birth. However, women's experience with pregnancy termination had not been evaluated. Objective: To learn about the life experiences of women who decided to terminate a pregnancy, with legal authorization, when the fetus was diagnosed with a malformation incompatible with life after birth. **Subjects and Methods:** A qualitative study was carried out, with ten women who terminated pregnancy at the CAISM/Unicamp, which were interviewed

using a thematic guide as part of a life report technique – personal testimonies. The interviews were tape recorded and transcribed, and a thematic analysis was carried out with the aid of the Ethnograph v. 5.0. **Results:** The women interviewed had not planned the pregnancy that was terminated. However they all claimed that it was desired. The diagnosis of the fetal abnormality was frequently provided by the doctor responsible for the ultrasonography, not always adequately. After learning about the diagnosis, women referred shock, crying, fear, despair, anguish, suffering, feeling useless and not accepting the situation. The decision to end pregnancy was based on the understanding that it would be the best alternative to alleviate suffering both, the fetus and themselves. Interviewees referred that, this decision brought feelings of sadness, despair and guilt, feeling cruel, resulting in even more suffering. The “feticide”, since the moment they were informed of the procedure and, specially, during the procedure was considered the most difficult experience of the termination procedure. Through labor induction and delivery women experienced shock, sadness, panic, agony, grief, solitude, fear, regret and did not accepting the fact. Forty days after termination women referred being more comforted, however they still cried a lot, felt sad, sensitive and perplexed. This experience also had a positive impact on women’s lives since, as they referred, it contributed towards their maturing and to the enrichment of the relationship with their partner. At the same time they declared that their sexual lives had not changed. **Conclusion:** Women, who terminate pregnancy, after the fetus was diagnosed with an abnormality incompatible with life after birth, need support from a multi professional team, considering their life marked by suffering and ambiguity, experienced since the moment that they are informed about the abnormality.

1. Introdução

O avanço científico possibilitou o surgimento da Medicina Fetal, que, através do Diagnóstico Pré-natal (DPN), trouxe várias abordagens feto-maternas e embrionárias. Ao desenvolver técnicas de diagnóstico, criou novas possibilidades de explorar a fisiologia da mulher e do feto. O diagnóstico pré-natal é constituído por um conjunto de técnicas que têm como objetivo investigar a saúde do feto, indicado aos casais que apresentam risco genético de gerar uma criança com problema, maior que o risco geral da população (MORON e CHA, 1996). Identificando os fetos portadores de malformações graves, o DPN coloca em pauta a questão da interrupção da gestação por anomalia fetal (GOLLOP, 1994).

1.1. A questão legal

No Brasil, a lei que regulamenta o aborto data de dezembro de 1940, quando evidentemente inexistia o advento da medicina fetal ou qualquer meio de avaliação da saúde do feto. A legislação brasileira, em regra, tipifica o aborto como um ato de natureza ilícita em quatro de seus artigos. Porém, em um deles

admite duas circunstâncias em que o médico, e só o médico, não é punido pelo Código Penal, sendo elas: quando a gravidez resultar de estupro e quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante (BRASIL, 1996a).

Vários segmentos da sociedade participam do debate sobre o assunto, dentre eles a igreja católica, setores da categoria médica e, nos últimos anos, as religiões evangélicas. O ponto de vista feminista tem ocupado um espaço cada vez mais importante nesse debate, com sua luta pela conscientização da opinião pública (HARDY e REBELO, 1996). Algumas opiniões sobre a legalização do aborto, abaixo citadas, permitem perceber como o assunto é polêmico e controvertido:

“Mesmo assim, e, mais ainda, na crista da violência que se instituiu no País nesses últimos anos, levanta-se uma nova ordem: a da legalização do aborto, ou, eufemisticamente, sua descriminalização. Tal fato nada mais revela senão a reverência ao abuso, o aplauso ao crime legalizado e a consagração à intolerância contra seres indefesos, cujo fim é a injustificável discriminação contra o conceito e as manobras sub-reptícias do controle da natalidade, como forma de preconceito do patriarcado industrial, do machismo científico e do colonialismo racial” (FRANÇA, 1994).

“Parece-nos urgente e necessário sintonizar a legislação com os avanços da ciência. Esta é uma demanda das mulheres e dos casais que, embora desejassem muito a gravidez, vêem-se diante do infortúnio de um diagnóstico de patologia grave e incurável no feto, devendo ter o direito de optar por terem ou não terem esse filho. Na hipótese da mulher desejar interromper a gravidez, é fundamental que essa interrupção seja realizada em condições médico-hospitalares adequadas e seguras” (SUPLICY, 1996).

“Tendo em vista a postura do conjunto da sociedade nos dias atuais e a clara indicação de um indisfarçável anacronismo legal, inúmeras tentativas têm sido feitas no sentido de mudar a nossa legislação penal nesse aspecto em particular. E numerosos projetos de lei estão em curso no Congresso Nacional: desde o mais restritivo e retrógrado, que propõe a remoção do estupro como motivo para abortar, até o mais libertário, que advoga a descriminalização completa do aborto” (ALMEIDA, 2000).

“A legalização do aborto é a única postura ética diante da situação de calamidade pública que é o aborto ilegal. A legalidade não significa a obrigatoriedade de abortar e possibilitará às pessoas viver em um contexto no qual poderão ter autonomia e condições sociais e materiais de decidir o que fazer quando colocadas em situações de complexidade incontestável como uma gravidez inesperada ou indesejada” (OLIVEIRA e MOTA, 2001)

Desde 1946, muitos projetos de lei, representando diferentes ideologias, foram apresentados no Congresso para alterar o Código Penal em relação ao aborto. Em relação ao aborto por anomalias fetais incompatíveis com a vida, aguarda aprovação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 1.956, de 23/05/1996, de autoria da então Deputada Marta Suplicy. O Projeto autoriza a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou de doença degenerativa incurável, precedida de indicação médica, ou quando por meios científicos constatar-se a impossibilidade de vida extra-uterina (SUPLICY, 1996).

Em um estudo sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos, a opinião da maioria das mulheres foi a favor de que os mesmos sejam feitos em casos de estupro, risco de vida para a mulher e malformação fetal (OSIS et al., 1994). Mais da metade dos homens entrevistados em uma pesquisa consideraram que a interrupção de gestação é um direito da mulher. As situações em que os entrevistados eram mais favoráveis à interrupção de gestação foram: risco de vida para a gestante, violência sexual e se o feto apresentar algum problema ou defeito grave (DUARTE, 2000).

Segundo FRIGERIO et al. (2001), o diagnóstico de anomalias fetais no Brasil iniciou-se em 1979. Naquele momento as discussões sobre o aborto restringiam-se ao âmbito dos Departamentos de Obstetrícia das grandes faculdades de medicina, sem a preocupação de propagar o tema para o meio jurídico. Em 1990 o Conselho Federal de Medicina, apoiado pela maioria dos Conselhos Regionais, compreendeu a necessidade de reconhecer o desenvolvimento da Medicina Fetal e de reformular a postura da classe médica para embasar uma reordenação jurídica. Originou-se assim uma proposta de reformulação do artigo 128 do Código Penal, que ainda está em discussão.

No contexto dessas discussões, somente em 1991, comprovadamente, foi emitido o primeiro alvará autorizando a interrupção de uma gestação de 26 semanas, porque o feto apresentava anomalias congênitas graves, incompatíveis com a vida. (FRIGÉRIO et al., 2001). Tal alvará foi expedido na cidade de Rio Verde (MT) pelo juiz Jurandir Rodrigues Brito. Nele constava a citação de um

alvará que teria sido emitido na cidade de Ariquemes (RO) em 1989, porém não se tem conhecimento de documentos que comprovem a veracidade dessa informação.

No Brasil, de 1993 a 2000, foram fornecidos aproximadamente 350 alvarás judiciais (GOLLOP, 2000). A análise de 263 solicitações de alvarás para a interrupção seletiva da gravidez mostrou que 60,9% das requerentes eram casadas, 10,3% eram amasiadas e 28,8 eram solteiras. A idade média das gestantes era de 26,7 anos e dos cônjuges 30,8 anos. A anencefalia foi o diagnóstico mais comum e o tempo médio de espera pela sentença judicial foi de seis dias (FRIGERIO et al., 2001).

Em geral, os alvarás que autorizam a interrupção da gestação em casos de anomalias fetais graves apresentam grande conteúdo filosófico sobre o tema, sendo estes, segundo DINIZ (1997), *“um processo dialógico que tem início na relação médico-paciente, onde após a decisão da família pela interrupção seletiva da gravidez, recorre-se ao juiz em busca do veredicto oficial, que na maior parte dos casos, é consoante à solicitação clínica”*. Os textos fazem reflexões acerca da posição religiosa do juiz, da política de autonomia reprodutiva no país, além de considerações sobre os limites eugênicos do procedimento, tornando-se uma ponderação moral da interrupção seletiva da gravidez. Dentre os argumentos morais usados para justificar a autorização da interrupção salienta-se que os fetos fazem parte dos subumanos, os que não atingiram o patamar mínimo de desenvolvimento biológico exigido para entrar na humanidade. Encontram-se aquém do nível do humano, enquadrando-se nesta situação os anencéfalos, que representam grande parte das causas das autorizações judiciais. Outro argumento,

de extrema importância para os juízes, é que os fetos não apresentam possibilidade de vida, fato sustentado pelos laudos médicos que acompanham o processo judicial, além do prejuízo humano de se continuar a gestação. Também se fala sobre a coerência da lei referindo-se à semelhança do aborto por malformação fetal com o aborto por estupro e com o aborto por risco de vida materna; autonomia reprodutiva – o direito de cada um decidir sobre a sua prole – e jurisprudência acumulada (DINIZ, 1997).

A análise das justificativas desses alvarás permite pensar que, aparentemente, é dada pouca importância ao possível trauma que uma gestação com malformação fetal grave pode acarretar para a mulher. O argumento de que a autorização para interromper uma gestação com essa característica visa a assegurar a “higidez psíquica” da mãe tem sido utilizado timidamente (DINIZ, 1997). Também se argumenta em relação ao risco para a saúde da mulher. Ao referir-se ao direito da mulher, grávida de um feto portador de anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina, de recorrer ao Poder Judiciário para obter autorização para interrupção da gestação, TORRES (2001) argumenta que a mulher, nestas circunstâncias, “fica exposta a uma gravidez de alto risco e ao sofrimento decorrente de perturbações psíquicas e emocionais e a seqüelas físicas e mentais”.

O aumento de procedimentos jurídicos dessa natureza cria uma jurisprudência e poderá contribuir para posterior reformulação da legislação penal (GOLLOP, 2000). Neste sentido, em 1º de julho de 2004, o Supremo Tribunal Federal, através de liminar concedida pelo ministro Marco Aurélio de Mello, liberou a interrupção de gravidez nos casos em que o feto apresenta anencefalia fetal, a pedido da

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. Esta decisão vigorará até que o mérito da causa seja julgado pelo plenário do Superior Tribunal Federal (Folha de São Paulo, 2004).

1.2. O significado da gravidez, do diagnóstico de anomalia fetal e da interrupção da gestação para a mulher

Para a mulher, a gravidez representa um período de transição, caracterizado por algumas mudanças de papel social, de sua identidade, e de composição da rede de intercomunicação familiar. A nova definição de papéis, muitas vezes, pode trazer à tona antigos conflitos no relacionamento conjugal, exigindo adaptações e reajustes interpessoais e intrapsíquicos. Em uma sociedade em que a mulher normalmente trabalha fora de casa e contribui com o orçamento familiar, essas mudanças e exigências podem trazer conflitos e reflexos de ordens psicológica e socioeconômica. Com o nascimento de um bebê, as perspectivas profissionais e sociais da mulher sofrem privações reais, sejam afetivas ou econômicas, aumentando a tensão, intensificando a regressão e a ambivalência. Nesse contexto a mulher vivencia ainda o medo comum à grávida – o de ter um filho malformado. Tem fantasias de que sua própria hostilidade, componente da ambivalência de ter desejado ou não a gestação, destrua o feto. Sendo assim, ter filhos malformados ou doentes pode representar castigo e gerar, normalmente, muitas culpas (MALDONADO, 1997).

Quando uma malformação fetal torna-se realidade, os aspectos psicossociais citados tendem a ser muito mais intensos. Nesse período, quando a mulher toma

conhecimento da malformação, ela apresenta, além de ambivalência afetiva exacerbada, frustração em relação ao conceito e regressão, que comprometem o equilíbrio emocional estável da gestante (BORTOLETTI et al., 1996). Descobrir a existência de uma anomalia fetal é sempre um processo muito destrutivo para a gestante, que supostamente apresenta ambivalência em relação ao feto, e contribui para estabelecer uma menor vinculação afetiva com o mesmo. Segundo QUAYLE et al. (1996), o sentimento de culpa torna-se mais exacerbado, associado à fantasia de que tal anomalia é um “castigo merecido” para os pais. Essa criança deixa de ser o filho idealizado, perfeito, sonhado para a concretização de sua felicidade.

A aceitação do diagnóstico de uma anomalia fetal é muito difícil, pois provoca no casal a interrupção de suas expectativas de forma muito dramática, surgindo fantasias de incapacidade, morte e destruição, iniciando um período de luto pela perda do bebê saudável. No processo de aceitação, os casais vivenciam algumas fases denominadas choque, negação, tristeza e raiva, equilíbrio, reorganização (DROTAR, 1975). Estas podem variar de intensidade e duração, demonstrando o peso que as malformações têm na convivência familiar, originando muitas vezes problemas psicossociais e até mesmo conjugais. KROEFF et al., (2000) salientam que as taxas de divórcio e de separação, ditas “informais”, são 58% maiores em casais que tiveram um filho com anomalia fetal do que na população geral. Frequentemente a união do casal pode ser afetada, pois ambos apelam para mecanismos dissociativos a fim de enfrentar a dor, podendo surgir a projeção da culpa no outro pela perda ou malformação (SOIFER, 1980).

Geralmente a mulher tem conhecimento do diagnóstico de malformação fetal através de ultra-sonografia ou do DPN. Segundo GOLLOP (2000), esses procedimentos são considerados seguros e eficientes, uma vez que a margem de erro dessas técnicas (invasivas ou não) está em torno de 1:1000, quando realizadas por profissionais experientes.

Em países onde o abortamento é permitido em casos de constatação de anomalias fetais através do DPN, uma grande proporção de mulheres/casais opta pela interrupção da gestação. WERTZ e FLETCHER (1993), em compilação de pesquisas, encontraram que as razões mais freqüentes para justificar a interrupção de gestação nesses países estavam associadas à qualidade de vida do indivíduo afetado, como sofrimento físico e psíquico; à ocorrência de retardo mental grave, que poderia comprometer o desenvolvimento psicossocial e à independência do portador; à falta de condições emocionais dos pais para lidar com tal situação; às repercussões do problema no núcleo familiar, à ausência de respaldo social e financeiro e à impossibilidade de sobrevivência do feto, quando a anomalia era incompatível com a vida. QUAYLE et al. (1996) referem que, mesmo no Brasil, onde o abortamento por anomalia fetal não é legalizado, essas razões não diferem significativamente de outros centros. Os casais, ao buscarem a interrupção da gestação, consideram fatos como o comprometimento do futuro do indivíduo, devido à patologia encontrada ser muito grave e/ou sem tratamento; dificuldade de dividir com o Estado o ônus financeiro e social de um filho com problemas. Neste último aspecto, OPITZ (1997) faz a seguinte consideração: *“Surgem sérias tensões se*

uma nação deseja ambas as formas – proibindo a interrupção de gravidez e renunciando à obrigação de tratar dos recém-nascidos defeituosos”.

No Brasil, em cerca de 50% dos casos de anomalias fetais graves o diagnóstico é feito exclusivamente através de ultra-sonografia. Portanto, metade das patologias fetais incompatíveis com a vida extra-uterina é diagnosticada por meio de tecnologia simples e disponível em serviços de saúde de qualquer região do país (GOLLOP, 2000). Nestes casos, os casais se deparam com uma delicada decisão: interromper ou não a gestação. Em estudo realizado com 153 mulheres cujo diagnóstico pré-natal era de anomalia fetal letal, 45,7% optaram pela interrupção e 54,3% decidiram pela continuidade da gestação (SETUBAL et al., 2003). Outro estudo revelou que, em uma primeira entrevista psicológica com 20 casais que receberam o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, 70% deles estavam decididos a interromper a gestação, 10% não queriam fazê-lo e 20% encontravam-se em dúvida. Evidenciou-se ainda que a decisão de interromper a gestação também pode interferir no relacionamento do casal, pois em 45% dos casos estudados ocorreram maiores desentendimentos como projeção de raiva, angústia e culpa. Em 20% o relacionamento ficou mais fortalecido e em 35% permaneceu sem alterações (BENUTE e GOLLOP, 2002).

A religião parece ter um papel significativo na decisão de interromper ou não uma gestação em que existe anomalia fetal grave. O comportamento psicológico é regido pela crença religiosa adotada pela gestante e em todas as religiões está presente a questão do “pecado” (BORTOLETTI et al., 1996). Por, exemplo, BENUTE e GOLLOP (2002) verificaram que no processo de decisão de

interromper a gestação, as mulheres que se declaravam evangélicas apresentavam conflitos internos mais acentuados que as demais.

Após a concretização da interrupção de gestação, a próxima etapa é a elaboração do luto no seio familiar. Para MALDONADO (1982), a gravidez envolve a dialética da vida-morte. O aborto é particularmente mobilizador, pois a mulher vivencia concretamente a possibilidade de tanto gerar vida quanto morte dentro de si, tendo a noção da fragilidade da vida. A perda de um filho por malformação fetal é sempre catastrófica, significa a frustração de todas as expectativas de consolidação da capacidade maternal da mulher, produzindo uma dor intolerável. SOIFER (1980) descreve essa situação como uma profunda ferida narcísica, difícil de ser superada, e como a vivência de uma castração - sensação de que uma parte valiosa de si mesma foi arrancada. Alguns autores (PERROTTE et al., 2000; WHITE-VAN MOURIK et al. 1992; ZEANAH et al., 1993) observaram em seus estudos reações emocionais como tristeza, angústia, depressão, medo, culpa, raiva, fracasso e intenso sofrimento psicológico nas vivências das mulheres após a interrupção de gravidez por anomalia fetal. As pessoas ao passarem por um processo de luto vivenciam alguns estágios descritos por Kubler-Ross como negação, ira ou raiva, barganha, depressão, aceitação e esperança (KUBLER-ROSS, 1977).

Em estudo com o objetivo de descrever as reações dos pais e a sua adaptabilidade ao diagnóstico pré-natal de anomalia fetal ou doença genética, que levou à interrupção da gravidez, DALLAIRE et al. (1995) constataram que estavam presentes nas mulheres sentimentos de choque, negação, culpabilidade e angústia psicológica. A dor pela perda do feto era prolongada em ambos os

grupos. Várias mulheres manifestaram o desejo de consultar um psiquiatra. A maioria estava satisfeita com a decisão de interromper a gestação, porém algumas haviam se separado legalmente ou tido problemas de saúde mental após a interrupção. Em ambos os grupos, 80% das mulheres justificaram a decisão visando ao bem-estar da criança ou por razões econômicas. Os autores observaram ainda que as mulheres identificaram como períodos e/ou eventos críticos do processo de interrupção: a espera antes do procedimento cirúrgico, a assinatura do formulário de consentimento de aborto (considerado como um “ato contra a natureza”), a interrupção dos movimentos fetais e a própria expulsão.

O feticídio, realizado antes da interrupção da gestação, é um dos aspectos controvertidos dessa experiência. É um assunto delicado, que requer habilidade comunicativa dos profissionais da saúde no atendimento das mulheres (GAREL e KAMINSKI, 2002). Entretanto, é um procedimento que pode ser bem aceito pelos profissionais, na medida em que eles acreditam que essa prática beneficia a mulher, pois evita dor fetal e/ou agonia neonatal (DOMMERGUES et al., 2003).

Os trabalhos acima mencionados indicam que a interrupção da gestação é vivenciada de maneiras distintas por diferentes mulheres em diferentes contextos, assim como as vivências dessa situação são diferentes em cada caso. É preciso, portanto, compreender melhor essas vivências para poder intervir nesse processo, de modo que a atenção dada às mulheres seja ainda mais adequada.

1.3. O atendimento a grávidas com diagnóstico de malformação fetal

A atuação das equipes de saúde junto às mulheres que decidem interromper uma gestação com anomalia fetal grave, para melhor superação dos problemas psicossociais que apresentam, é abordada por vários autores. Alguns mencionam o enfoque multidisciplinar como imprescindível para a realização de uma assistência integral à mulher (SOIFER, 1980; BORTOLETTI et al., 1996; CARON, 1996; MALDONADO, 1997). Ao escrever sobre as propostas de um Centro de Medicina Fetal, CARON (1996) aponta para a necessidade da humanização do atendimento à gestante, ao feto e à família. Lembra que a gestante necessita dar vazão aos seus sentimentos (raiva, frustração, medo, angústia, culpa, insegurança, agressividade). ABRAHÃO (1996), enfatiza a importância do atendimento ao casal ou à gestante, respeitando seus aspectos individuais como influências culturais, religiosas, morais, socioeconômicas e psicológicas; evitando coerção ou imposição dos valores próprios. Também se propõe a utilização do trabalho grupal como forma de abordagem dessas mulheres, argumentando que a troca de experiências acerca daquilo que estão vivenciando em comum e a sua interação contribuem para amenizar angústias, além de propiciarem troca de informações úteis (BORTOLETTI et al., 1996).

A partir do conhecimento de algumas reações de pais durante o processo de interrupção da gestação, o estudo realizado por DALLAIRE et al. (1995) aponta deficiências e sugere atenção a alguns aspectos que deveriam ser integrados a um serviço de DPN, salientando a importância de, entre outras coisas, a mulher ser informada detalhadamente sobre o procedimento de interrupção da gravidez, da aproximação respeitosa à mulher durante a ultra-sonografia e no momento

de comunicar o resultado, do apoio aos casais que desejam continuar a gravidez, da consulta psiquiátrica antes e depois da interrupção, da consulta genética após os resultados dos exames realizados no feto. Para esses autores, compaixão e respeito deveriam ser a regra no atendimento a esses casais.

No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em Campinas, SP, as grávidas que comparecem com diagnóstico ecográfico de malformação fetal são agendadas no Ambulatório de Pré-natal Especializado – Medicina Fetal, para serem atendidas por uma equipe multiprofissional. De preferência, antes de seu primeiro atendimento, a mulher é submetida a uma nova ecografia para confirmar o diagnóstico. O atendimento da mulher nesse Ambulatório inclui: 1) uma entrevista (acolhimento) com assistente social antes da consulta médica. Nessa ocasião é orientada sobre a especificidade do CAISM como um hospital universitário que tem como objetivos: assistência, ensino e pesquisa. Além de apoio psicossocial, recebe informações sobre as rotinas inerentes ao Ambulatório. Em seguida, faz-se uma anamnese social para possíveis providências e/ou encaminhamentos a outros serviços ou profissionais; 2) consulta médica obstétrica; 3) atendimento por psicóloga e enfermeira. Quando necessário, conforme a patologia fetal, a mulher é atendida por outras especialidades, tais como cirurgia neonatal, genética, cardiologia fetal e neurocirurgia. Todos os casos novos são discutidos durante uma reunião multiprofissional para a definição da conduta clínica.

Nos casos de gestação com diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, a mulher recebe do médico a informação sobre o diagnóstico e

esclarecimentos sobre a possibilidade de levar a gravidez a termo ou solicitar judicialmente a interrupção. A mulher e/ou casal é informada pelo médico de como será realizada a interrupção da gravidez, que utiliza métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no cordão umbilical ou intracardiaca) para induzir o óbito fetal – feticídio. Após essas informações, recebe apoio psicológico e social para a elaboração de sua decisão. Em seguida, a mulher é agendada para uma próxima consulta.

O procedimento de feticídio começou a ser realizado no CAISM em julho de 2000, conforme parecer à Consulta 23.480/98, emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Anexo 1). Sua utilização ocorreu pelo fato de que, em algumas patologias, o feto, ao nascer, poderia sobreviver algumas horas e até dias, o que ocasionava sobrecarga física e emocional para a equipe multiprofissional, para a mulher e sua família (SETUBAL et al., 2003).

Quando a opção é interromper a gestação, a mulher é encaminhada à assistente social, que realiza apoio psicossocial a ela e à sua família, incluindo acolhimento, reflexão sobre a situação vivenciada, orientações quanto aos aspectos legais que envolvem a decisão e acompanhamento social. Cabe ao CAISM fornecer um laudo médico que atesta o diagnóstico e possível prognóstico fetal (Anexo 2); um laudo ecográfico, incluindo as fotografias do exame, e um parecer psicológico. A mulher é encaminhada pela assistente social à Procuradoria de Campinas para atendimento jurídico e consequente obtenção da autorização judicial para interromper a gestação. A emissão da autorização judicial demora aproximadamente dez dias.

Assim que obtém autorização para a interrupção da gestação (Anexo 3), a mulher retorna ao hospital para submeter-se ao procedimento de indução de óbito intra-útero (feticídio). Antes, a assistente social encaminha o documento de autorização judicial para a Diretoria da Área de Obstetrícia, onde é fotocopiado. Uma cópia é anexada ao prontuário e as outras são encaminhadas para: Diretoria Clínica do CAISM, Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas e Procuradoria Geral da Unicamp. A mulher, que geralmente está acompanhada pelo companheiro ou por uma pessoa de sua confiança, é encaminhada ao setor de ecografia, onde o feticídio é realizado. Porém, no momento do feticídio ela permanece sem acompanhante. Após o procedimento, é encaminhada ao pronto atendimento para internação e indução do parto.

Durante a internação, a mulher recebe apoio da equipe multiprofissional (médico, enfermeira, assistente social e psicóloga). A possibilidade de ver ou não o bebê após o parto é discutido antes e depois da interrupção da gestação. Somente após o parto, a mulher e o marido/companheiro (se tiver) decidem se desejam ver a criança. A família é orientada pela assistente social quanto aos aspectos legais relacionados a providências sobre atestado de óbito, sepultamento (para fetos com peso maior que 500 gramas), atestado médico, licença-maternidade. Em torno de quarenta dias após a interrupção da gestação, a mulher retorna ao hospital para consulta de revisão de parto e aconselhamento genético. Nesta ocasião espera-se que o resultado do exame de necropsia do feto ou bebê já esteja anexado ao prontuário da mulher.

Esse conjunto de procedimentos, que visa ao atendimento das mulheres que necessitam interromper a gestação por malformação fetal incompatível com a vida, tem sido adotado com base na experiência dos profissionais envolvidos e nos achados da literatura. Apesar de estarem bem solidificados dentro da rotina de atendimento, não se sabe se os procedimentos seguidos contemplam, de fato, as necessidades das mulheres que recorrem ao serviço. Há dúvidas se algumas condutas adotadas no protocolo de atendimento são as mais adequadas para a melhor elaboração emocional e social da interrupção da gestação, como por exemplo, se a confirmação do diagnóstico fetal deve ser revelada à mulher somente pelo pré-natalista ou se seria melhor que o ecografista o fizesse imediatamente após a realização do exame. Outros questionamentos referem-se ao tempo ideal para a mulher e/ou família refletir sobre a decisão de interromper a gestação, e qual a melhor frequência para se prover atendimento psicológico. Atualmente, o atendimento da equipe multiprofissional é oferecido, na maioria das vezes, somente à mulher. Porém, existem dúvidas se essa é a melhor opção ou se deveria haver também uma abordagem com a família, para ajudar na superação emocional. Incentiva-se a mulher a ver o bebê após a interrupção, mas não se sabe se isto contribui para a melhor elaboração do luto. Há dúvidas também se é adequado que a mulher, após a interrupção, permaneça em uma enfermaria com outras mulheres cujas gestações estão em curso.

Percebe-se, portanto, que existe uma série de aspectos que ainda precisam ser investigados para conhecer as vivências das mulheres atendidas no CAISM no processo de interrupção da gestação por malformação fetal incompatível com a

vida, o que pode levar à melhoria da qualidade da atenção prestada. Tendo em vista esse propósito é que se desenvolveu a presente pesquisa, cujos resultados poderão fornecer subsídios para os profissionais que trabalham com o problema, para adequar o atendimento às necessidades das mulheres e de suas famílias. Dado o caráter inédito do estudo no Brasil, seus resultados poderão ser úteis não apenas para o serviço no qual os dados foram coletados, mas também para outros serviços que realizam a interrupção da gestação por malformação fetal incompatível com a vida, em consonância com o propósito de oferecer uma assistência integral à saúde das mulheres.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Conhecer as vivências das mulheres atendidas no CAISM/Unicamp, que tiveram uma gestação de feto com malformação incompatível com a vida extra-uterina e decidiram interrompê-la após autorização judicial.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever alguns aspectos relacionados à gravidez durante a qual diagnosticou-se malformação fetal: desejo e planejamento da gravidez e conhecimento do diagnóstico.
- Investigar as vivências das mulheres ao receberem o diagnóstico de malformação fetal.
- Conhecer as vivências das mulheres durante e após a interrupção da gestação.
- Avaliar as repercussões do diagnóstico fetal e da interrupção da gestação sobre o relacionamento conjugal e familiar das mulheres, bem como sobre o projeto de uma nova gravidez.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo qualitativo.

3.2. Tamanho amostral

Foram entrevistadas dez mulheres que interromperam a gestação após autorização judicial, no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. A amostra foi intencional para um estudo em profundidade (PATTON, 1990). O seu tamanho foi determinado conforme o conceito de saturação da informação, que é definida como “adequação dos dados” aos objetivos propostos pelo estudo, o que significa que os dados são colhidos até que as informações comecem a se repetir (DENZIN e LINCOLN, 1994).

3.3. Seleção dos sujeitos

Para o estudo foram selecionadas, consecutivamente, dez mulheres que se submeteram à interrupção de gestação, devido à malformação fetal incompatível com a vida, no CAISM/Unicamp, no período de maio a novembro de 2002.

3.4. Variáveis

Dada a natureza qualitativa do estudo, foram definidas categorias de análise levando-se em conta a busca de significados, atribuídos pelas mulheres às suas vivências em relação a:

- Gestação desejada/planejada: segundo a mulher a gestação foi desejada e/ou planejada: sim, não.
- Diagnóstico fetal: informação que a mulher lembra ter recebido sobre o diagnóstico fetal durante a gestação.
- Procedimento: informação que lembra ter recebido sobre como seria interrompida a gestação.
- Percepção das mulheres com respeito a:
 - Participação do marido/companheiro: participação do marido/ companheiro na decisão e durante o processo de interrupção da gestação.
 - Apoio da família na decisão de interromper a gestação: reação da família em relação à decisão de interromper.
 - Apoio da família após a interrupção: reação da família 40 a 45 dias após o procedimento, por ocasião em que retorna para a revisão de parto.
 - Vivências durante a tomada de decisão: experiências psicossociais vividas neste processo de decisão de interromper a gestação (culpabilidade, tristeza, frustração, alteração do humor, medo, insegurança).
 - Vivências durante a interrupção da gestação: experiências psicossociais vividas durante a internação para o procedimento de feticídio e expulsão do feto (tristeza, medo, frustração, raiva, culpabilidade).

- Vivências após a interrupção: experiências psicossociais vividas após a interrupção (culpabilidade, alívio, tristeza, frustração, alteração do humor, medo de engravidar novamente, insegurança).
 - Satisfação pós-interrupção: informação da mulher se a decisão de interromper a gestação foi a melhor opção para ela.
- Expectativas após a interrupção: projeto de vida em relação a seu futuro reprodutivo.
 - Repercussões no relacionamento conjugal/familiar: informação sobre as repercussões da interrupção da gestação no relacionamento conjugal da mulher.
 - Avaliação geral da experiência vivida: informação da avaliação que a mulher faz sobre a vivência de interromper a gestação.

3.4.1. Caracterização das mulheres

- Idade: anos completos por ocasião da entrevista.
- Escolaridade: última série completada na escola.
- Trabalho: atividade remunerada referida pela mulher.
- Estado marital: situação conjugal no momento da entrevista, subdividido: em casada, vive junto, solteira, separada/ divorciada, viúva.
- Tempo de união: número de anos que a mulher vive com o atual companheiro.
- Religião: religião que a mulher referia seguir.
- Número de gravidezes: número total de vezes que ela ficou grávida.
- Número de filhos: total de filhos que estão vivos.

- Número de abortos: número de abortos referidos pela mulher.
- Número de natimortos: número de natimortos referidos pela mulher.
- Diagnóstico fetal: A patologia fetal que consta no Alvará judicial, autorizando a interrupção da gestação.
- Classificação de estrato socioeconômico: A, B, C, D ou E, obtida a partir de dados referidos pela mulher, e classificação conforme critério da Associação Brasileira de Anunciantes e Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado – ABA/ABIPEME (ALMEIDA e WICKERHAUSER, 1991) (Anexo 4).

3.4.2. Conceitos

- **Vivências**

Vivência é uma tradução da palavra alemã “erlebnis”, um substantivo utilizado no final do século XVIII e provém do verbo “erleben”. Segundo LOPEZ IBOR (1964), a palavra “erlebnis” foi utilizada como substantivo pela primeira vez em uma carta de Hegel, para se referir a algo experimentado pela própria pessoa, algo que fica, que deixa marca, apesar das mudanças contínuas da vida.

Na psicologia compreensiva, o termo vivência foi utilizado referindo-se a fenômenos intrapsíquicos como experiência, percepção, aprendizagem, memória, fantasia, imaginação. Nessa área de estudo entende-se vivência como o fato de experimentar, de viver algo, de ter experiência (MORA, 1977). Recentes trabalhos acadêmicos têm utilizado o conceito de vivência como ferramenta de análise. FRANÇOZO, 1996, estudou a vivência profissional da assistente social utilizando como referencial conceitual da pesquisa a vivência, *“entendida não só como*

*realidade sócio-histórica, mas também como realidade psíquica, na qual os valores, os sentimentos e as representações do indivíduo estão presentes". Outra pesquisa que estudou as vivências de mulheres e homens em um programa de fertilização *in vitro* (FIV), utilizou o termo vivência para se referir "ao que sentem, experimentam, percebem, pensam, fantasiam, sabem e imaginam os homens e as mulheres que estão realizando os procedimentos de FIV" (MAKUCH, 2001).*

Neste estudo, o termo "**vivência**" diz respeito a uma experiência vivida; algo marcante, que fica, experimentado pela própria pessoa. Enfim, refere-se ao que pensaram, sentiram, perceberam, imaginaram e experimentaram as mulheres quando souberam do diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida e interromperam a gestação.

- **Malformação fetal incompatível com a vida**

MORON (1995) define malformações congênitas como: "Estados patológicos determinados por fatores causais, que atuam antes do nascimento, isto é, antes, durante, ou depois da concepção, cuja expressão clínica, inclui defeitos em um ou vários órgãos que podem ser estruturais ou funcionais". Tais estados patológicos podem ser a causa de enfermidades crônicas que comprometem a qualidade de saúde e a capacidade de adaptação social do indivíduo ou mesmo inviabilizá-lo para a vida.

As principais causas que colocam em risco a saúde do feto são: idade materna avançada; consangüinidade; história familiar positiva para doença hereditária; exposição a drogas (medicamentos, fumo, álcool, cocaína, maconha) e às radiações; infecções pré-natais (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, AIDS, sífilis, varicela);

incompatibilidades sangüíneas, particularmente ao fator Rh; doenças maternas que acarretam agravos ao feto como: hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias (MORON, 1995).

Em um levantamento realizado pela pesquisadora junto aos arquivos do CAISM/Unicamp constatou-se que, de julho de 1994 a julho de 2004, a instituição atendeu em torno de 163 solicitações de interrupção de gestação por anomalia fetal. As patologias fetais que originaram tal solicitação foram: acrania, anencefalia, osteogênese imperfeita, agenesia renal bilateral, síndrome de Edwards, rins policísticos, síndrome Patau, displasia multicística renal bilateral, síndrome banda amniótica e malformações congênitas múltiplas.

3.5. Coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados uma ficha de caracterização da Mulher (Anexo 5) e um roteiro temático para a entrevista (Anexo 6). O roteiro foi elaborado a partir da literatura levantada e da prática da autora no atendimento a gestantes do Ambulatório de Pré-natal Especializado – Medicina Fetal. O referido instrumento foi pré-testado em mulheres atendidas no Ambulatório de Revisão de Parto do CAISM/Unicamp, com as mesmas características das que foram estudadas. Após a correção do instrumento, este foi reformulado e testado novamente.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de entrevistas com as mulheres, em torno de quarenta dias após a interrupção da gestação, quando elas retornavam ao hospital para revisão do parto e/ou aconselhamento genético.

Nessa ocasião foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido e realizada a entrevista. A entrevista foi realizada em sala do Ambulatório de Obstetrícia. Primeiramente, foi preenchida uma ficha de caracterização da mulher (Anexo 5).

As entrevistas foram semi-estruturadas, usando-se uma técnica de relato de vida - depoimentos pessoais. Esta técnica constitui-se em instrumento eficaz para o conhecimento da realidade social, possibilitando uma aproximação do sistema de valores e significados da narradora, enquanto ser social (BRIOSCHI e TRIGO, 1987, QUEIROZ, 1987). A técnica dos relatos de vida permite ao pesquisador abordar um período específico da vida dos entrevistados, que corresponde ao seu interesse de pesquisa. Neste estudo foi enfocado o período da decisão de interromper a gestação e o tempo a ele subsequente, buscando identificar as vivências das mulheres nessa ocasião. A utilização de um roteiro temático (Anexo 6) visou a garantir que todas as categorias de análise fossem abordadas com todas as mulheres. Dado o tipo das entrevistas elas foram gravadas, para assegurar que todas as falas das mulheres fossem registradas. As expressões não-verbais foram anotadas para complementar e esclarecer as informações gravadas.

3.6. Processamento e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas literalmente. Os textos foram conferidos com os conteúdos gravados em uma segunda leitura, pela pesquisadora, seguindo precisão e fidelidade. Em seguida, o texto de cada entrevista foi inserido no programa computacional *The Ethnograph v5.0* (SEIDEL, 1998). Após cada linha ser numerada pelo *software*, o texto foi impresso e, em seguida, lido para

identificar as unidades de significado (MINAYO, 2000) nas falas das mulheres, que indicassem suas vivências com a interrupção da gestação. A partir do conjunto das unidades de significado foram propostos códigos, aplicados ao texto, para permitir, posteriormente, o agrupamento de passagens semelhantes em todas as entrevistas. Os códigos foram transferidos para o computador e o texto codificado foi impresso, para que a pesquisadora revisasse a codificação.

De acordo com os temas abrangidos pelos códigos aplicados aos textos das entrevistas, estabeleceram-se categorias de análise, de acordo com os objetivos do estudo, descritas a seguir.

- **CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ QUE TEVE O DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO**
 - a) Como ficou sabendo que estava grávida?
 - b) A gravidez foi planejada?
 - c) A gravidez foi desejada?
- **VIVÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL**
 - a) Como ficou sabendo do diagnóstico?
 - b) Idade gestacional em que soube
 - c) O que foi dito sobre o diagnóstico?
 - d) Como se sentiu?
- **VIVÊNCIAS DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ**
 - **Vivências antes da interrupção**
 - a) Quando começou a pensar em interromper a gravidez?
 - b) Como se sentiu?

- c) Teve alguma influência?/ quem decidiu?
- d) Porque optou pela interrupção da gravidez?
- e) Influência da religião
- f) Envolvimento do marido/companheiro na decisão
- g) Reação da família à sua decisão
- h) Teve alguém que não aceitou sua decisão/como lidou?
- i) Aspecto mais difícil da decisão
- j) Reação quanto à informação sobre o feticídio
- k) Como se sentiu quanto às providências jurídicas?
- l) Tempo de espera da autorização judicial

– Vivências durante a interrupção

- a) Tempo de internação
- b) Como se sentiu?
- c) Aspecto mais difícil

– Vivências após a interrupção

- a) Como se sentiu imediatamente após a interrupção da gravidez?
- b) Como se sente agora?
- c) Satisfação quanto à decisão
- d) Reação do companheiro
- e) Reação da família
- f) Necessidade de algum atendimento
- g) Viu o bebê?

- **REPERCUSSÕES NO RELACIONAMENTO CONJUGAL/FAMILIAR**

- a) O relacionamento mudou após a interrupção?/ o que mudou?

- b) Como está o relacionamento sexual?

- **PROJETO DE UMA NOVA GESTAÇÃO**

- a) Pensa em engravidar novamente?

- b) Está usando método contraceptivo?/ qual?

- **AVALIAÇÃO GERAL DA EXPERIÊNCIA**

Utilizando os recursos de busca do *The Ethnograph*, as porções de texto correspondente a cada categoria de análise, em todas as entrevistas, foram agrupadas, o que permitiu à pesquisadora fazer uma leitura transversal das mesmas, o que caracteriza a análise temática de conteúdo (MINAYO, 2000). A partir dessa leitura redigiu-se um resumo do conteúdo de cada categoria no conjunto das entrevistas. Este procedimento posteriormente possibilitou a descrição dos achados e a sua discussão, baseada na literatura sobre o tema da interrupção da gestação por malformação fetal incompatível com a vida, e no referencial teórico sobre vivências.

3.7. Aspectos Éticos

Seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa voluntariamente. Receberam esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e foram informadas que, se desejassem, poderiam interromper a entrevista. Foi-

lhes assegurado que sua identidade jamais será revelada e as informações fornecidas por elas serão utilizadas somente para fins desta pesquisa. A ficha de caracterização das mulheres e as fitas com a gravação das entrevistas foram identificadas apenas com um número. Para a análise dos dados foi atribuído a cada número um nome totalmente fictício, assegurando o sigilo quanto à identidade das mulheres, conhecida apenas pela pesquisadora. Toda a documentação referente à pesquisa está sendo mantida em local seguro. Uma vez defendida a dissertação, as fitas gravadas serão destruídas após cinco anos. O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 7) foi lido juntamente com cada mulher, e solicitada a sua assinatura. Cada uma delas recebeu uma cópia desse documento, assinado pela pesquisadora. As mulheres que apresentaram alguma complicação de ordem emocional, se assim o desejavam, foram encaminhadas ao profissional de psicologia do Ambulatório de Obstetrícia para atendimento e seguimento. Cada sujeito do estudo recebeu R\$ 30,00 (trinta reais) para despesas com transporte e alimentação.

3.8. Caracterização das mulheres entrevistadas

Em seguida, apresenta-se uma caracterização das mulheres que participaram do estudo. Optou-se por denominá-las por um nome fictício, preservando assim sua identidade.

O resumo desta caracterização pode ser encontrado no quadro (Anexo 8).

- **Mulher 1**

Marina tinha 28 anos, concluiu o segundo grau, trabalhava como secretária, pertencia à classe C de estrato socioeconômico, estava casada há seis anos e dois meses. Referiu que era católica não praticante. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (inencefalia fetal) foi a primeira de sua vida.

- **Mulher 2**

Julia tinha 21 anos, concluiu o segundo grau, era auxiliar de produção, pertencia à classe C, vivia junto com o companheiro há dois meses. Referiu que não seguia nenhuma religião. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (síndrome de Patau) foi a primeira de sua vida.

- **Mulher 3**

Mariana, 29 anos, tinha curso superior incompleto, trabalhava como técnica contábil e gerente de loja; pertencia à classe B, vivia junto com o companheiro há um ano e oito meses. Referiu que seguia a religião católica. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (inencefalia fetal) foi a segunda de sua vida, e a primeira tinha resultado em aborto.

- **Mulher 4**

Márcia, com 23 anos, concluiu a primeira série do 1º grau, trabalhava somente em casa e pertencia à classe E. Era viúva, não vivia com nenhum companheiro, mas tivera um relacionamento do qual resultara a gravidez. Referiu que era católica não praticante. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (anencefalia fetal) foi a quarta de sua vida. Tinha dois filhos vivos e um aborto anterior.

- **Mulher 5**

Vanessa tinha 18 anos, cursava a 3ª série do 2º grau, sua ocupação era auxiliar de balcão, pertencia à classe D. Vivia junto com o companheiro há cinco meses. Referiu que era católica não praticante. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (acrania fetal) foi a primeira de sua vida.

- **Mulher 6**

Adriana tinha 27 anos, concluiu o segundo grau, trabalhava como operadora de caixa e pertencia à classe B. Era solteira, namorou o pai do bebê. Referiu que era católica não praticante. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (agenesia renal bilateral e hipoplasia torácica fetal) foi a primeira de sua vida.

- **Mulher 7**

Joseane tinha 23 anos, concluiu o segundo grau, trabalhava somente em casa, e pertencia à classe C. Vivia junto com o companheiro há cinco anos. Referiu que não seguia nenhuma religião. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (anencefalia e espinha bífida cervical fetal) foi a segunda de sua vida. Tinha um filho vivo.

- **Mulher 8**

Cristiane com 17 anos, tinha completado a 6ª série do 1º grau, trabalhava apenas em casa, e pertencia à classe D. Vivia junto com o companheiro há três anos e dois meses. Referiu que seguia a religião católica. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (anencefalia fetal) foi a segunda de sua vida. Tinha um filho vivo.

- **Mulher 9**

Tatiana tinha 19 anos, concluiu a 2ª série do 2º grau, trabalhava em casa, pertencia à classe D. Vivia junto com o companheiro há um ano e três meses. Referiu que seguia a religião católica. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (síndrome de Edwards) foi a segunda de sua vida. Tinha um filho vivo.

- **Mulher 10**

Andréa tinha 24 anos, concluiu a 7ª série do 1º grau, sua ocupação era monitora de casa de repouso, e pertencia à classe D. Estava separada do pai do bebê há seis meses. Referiu que era evangélica não praticante. A gestação que teve o diagnóstico de malformação fetal (anencefalia fetal) foi a terceira de sua vida. Tinha um filho morto e um vivo.

4. Publicação



UNICAMP

Departamento de Tocoginecologia
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

RBGO – Editoria
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Av. Bandeirantes, 3900 – 8º. andar
14049-900 – Ribeirão Preto, SP

Campinas, 30 de março de 2004.

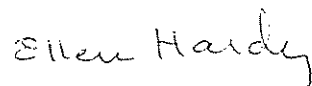
Prezados Senhores,

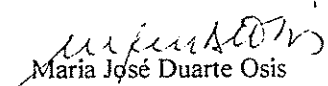
Junto com a presente, estou encaminhando o trabalho **“Interrupção de gestação por anomalia fetal incompatível com a vida: as vivências das mulheres”** para avaliação pelos revisores da **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, visando sua futura publicação.

Ficamos a disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,


Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa
Assistente Social, CAISM/Unicamp
Aluna de pos graduação FCM/Unicamp


Ellen Hardy
Professora Associada
Depto. de Tocoginecologia
Faculdade de Ciências Médicas


Maria José Duarte Osis
Directora de Pesquisas Sociais
Cemicamp

Subject: RBGO

Date: Tue, 27 Jul 2004 17:44:12 -0300

From: "Rosane Casula" <rocasula@hcrp.fmrp.usp.br>

To: <hardy@unicamp.br>

<?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

Ribeirão Preto, 27 de julho de 2004

Ilma. Sra.

Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa

Prezada Doutora,

Recebemos e agradecemos o envio do seu trabalho ***"Interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida: as vivências das mulheres"***, para análise e publicação na RBGO e que foi protocolado sob nº **2342**.

O mesmo será enviado para Membros do Conselho Editorial que o analisarão e, sendo aceito para publicação, as sugestões para modificações serão comunicadas a V. S^a. em 80 dias, aproximadamente.

Solicitamos aos autores que, durante a fase de análise do trabalho, conservem todo material referente ao mesmo inclusive a correspondência com a Editoria.

Sendo o que se apresenta até o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Jurandyr Moreira de Andrade

Editor Científico da RBGO

Interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a

vida: as vivências das mulheres

Termination of pregnancy because of fetal abnormality

incompatible with life: women's experience

Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa*,

Ellen Hardy*#,

Maria José Osis#

* Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp)

Projeto parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo 03/03261-8, e pelo Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (FAEP), Processo 0997/02.

Correspondência para:

Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa

Rua Hermantino Coelho, 255 – Bloco 5 - Ap. 23

Mansões Santo Antonio

13.087-500 Campinas, SP

E-mail: lucial@unicamp.br

Resumo

A disponibilidade de novas tecnologias possibilitou o diagnóstico, intra-útero, precoce e preciso de anomalias fetais incompatíveis com a vida, após o nascimento. Isto tem levado, no Brasil, à solicitação da interrupção da gravidez mediante autorização judicial, visto que a interrupção da gestação por anomalia fetal não é condição de legalidade pelas leis vigentes. Objetivo: Conhecer as vivências das mulheres que tiveram uma gestação com malformação fetal incompatível com a vida e decidiram interrompê-la. Sujeitos e Métodos: Realizou-se um estudo qualitativo, em que se entrevistaram 10 mulheres submetidas à interrupção da gestação em um hospital universitário, 40 dias após o procedimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e realizou-se a análise temática do conteúdo. Resultados: A informação sobre o diagnóstico causou nas mulheres um choque emocional, seguido de muito choro, medo, desespero, angústia, sofrimento, sensação de inutilidade e inconformismo. Quando tomaram a decisão de interromper a gravidez, sentiram-se tristes, cruéis, desesperadas e culpadas, o que lhes trouxe muito sofrimento. O feticídio foi o aspecto mais difícil da interrupção. Entretanto as mulheres se declararam satisfeitas com a decisão tomada e conformadas, apesar de chorarem muito. Entendiam ainda que a experiência fortalecera o seu relacionamento conjugal. Conclusão: As vivências das mulheres estavam marcadas por emoções fortes e negativas, das quais, porém, procuraram extrair ensinamentos positivos. O atendimento multiprofissional revelou-se ferramenta útil para prover assistência mais humanizada, pois as mulheres consideraram que este as ajudou a superar as diversas dificuldades vivenciadas. Palavras-chave: anomalia fetal, interrupção de gestação, aspectos psicossociais, vivências.

Abstract

The availability of new technologies allowed early and precise intra uterine diagnosis of fetal abnormalities incompatible with life after birth. This has led, in Brazil, to requests of pregnancy termination through judicial authorization. Objective: To learn about the experience of women who decided to terminate a pregnancy when the fetus presented malformations incompatible with life. Subjects and Methods: A qualitative study was carried out for which 10 women who were submitted to pregnancy termination in a university hospital, 40 days after the procedure were interviewed. The interviews were tape recorded and transcribed. Thematic content analysis was carried out. *Results:* The information on the diagnosis caused an emotional shock, followed by much crying, fear, despair, anguish, suffering as well as feelings of uselessness and discomfort. When they reach the decision to terminate the pregnancy, they felt sad, cruel, desperate and guilty, causing much suffering. Feticide was the most difficult moment of the termination. However, participants declared that they were satisfied with the decision taken, resigned, in spite of crying a great deal. They understood that the experience fortified their marital relationship. Conclusion: Women's experience was marked by strong and negative emotions, of which however they tried to exact positive lessons. Multi professional care was a useful tool in the provision of humane assistance.

Keywords: fetal abnormality, pregnancy termination, experience, psychosocial aspects

Interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida: vivências das mulheres

Termination of pregnancy because of fetal abnormality incompatible with life: women's experience

Introdução

O surgimento da medicina fetal permitiu desenvolver técnicas de diagnóstico intra-útero que permitem indicar se o feto apresenta algum problema, compatível ou não com sua vida extra-uterina. Ao identificar os fetos portadores dessas anomalias, o diagnóstico pré-natal coloca em pauta a interrupção da gestação por anomalia fetal ¹. Entretanto, a Lei brasileira que regulamenta o aborto data de dezembro de 1940 e só permite a interrupção da gravidez quando esta resulta de estupro e quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ².

Nesse contexto, surgiram as primeiras solicitações judiciais para interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida. Desde 1991 vêm se multiplicando os alvarás judiciais que autorizam a interrupção da gestação quando existe anomalia fetal incompatível com a vida ³. Em geral, esses alvarás argumentam que os fetos não possuem possibilidade de vida, sustentados pelos laudos médicos que acompanham o processo judicial, além do prejuízo humano de se continuar a gestação. Outro argumento usado, porém timidamente, é a “higidez psíquica” da mãe, demonstrando a pouca importância que se dá ao possível trauma que a gestação em questão poderia acarretar para a mulher ⁴. Também se argumenta quanto ao risco para a saúde da mulher. José Henrique Rodrigues Torres⁵ alega que a mulher, nessas circunstâncias, vivencia uma

gravidez de alto risco e sofrimento decorrente de perturbações psíquicas e emocionais, estando exposta ao risco de seqüelas físicas e mentais.

É ainda argumentada a coerência da lei, referindo-se à semelhança do aborto por malformação fetal com o aborto por estupro e por risco de vida materna; a autonomia reprodutiva – o direito de cada um decidir sobre a sua prole e a jurisprudência acumulada ⁴. De fato, o aumento de procedimentos jurídicos desta natureza criou uma jurisprudência e poderá contribuir para posterior reformulação da legislação penal ⁶, conforme sugere liminar concedida em 1º de julho de 2004, pelo ministro do Supremo Tribunal Federal, Marco Aurélio de Mello, que liberou a interrupção de gravidez nos casos em que o feto apresenta anencefalia fetal ⁷. Tal decisão, que vigorará até que seu mérito seja julgado pelo plenário do Superior Tribunal Federal, é um avanço considerável para a mudança da legislação brasileira no tocante ao aborto por anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina.

Quando um casal é surpreendido com uma gestação com anomalia fetal incompatível com a vida, depara-se com uma delicada decisão: interrompê-la ou não. Em estudo realizado com 153 mulheres, cujo diagnóstico pré-natal era de anomalias fetais letais, 45,7% optaram pela interrupção e 54,3% decidiram pela continuidade da gestação ⁸. Outro estudo revelou que em uma primeira entrevista psicológica com 20 casais que receberam o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, 70% deles estavam decididos a interromper a gestação, 10% não queriam interromper e 20% encontravam-se em dúvida ⁹. Se a decisão é pela interrupção, o casal deverá obter alvará judicial que autoriza a interrupção. Segundo uma análise de 263 pedidos de alvarás para a interrupção seletiva da gravidez, o tempo médio de espera pela sentença judicial foi de seis dias ³.

Em países onde o abortamento é permitido, uma grande proporção de mulheres/casais opta pela interrupção da gestação em casos de constatação de anomalias

fetais. As razões justificadas para esta opção estão associadas à qualidade de vida do “indivíduo afetado”; a falta de condições emocionais dos pais para lidar com tal situação; as repercussões do problema no núcleo familiar e a ausência de respaldo social e financeiro para tratamento desses indivíduos no futuro e a impossibilidade de sobrevivência do feto, quando a anomalia é incompatível com a vida ¹⁰. Quayle et al. ¹¹ referem que, mesmo em nosso país, onde o abortamento por anomalia fetal não é legalizado, as razões para a busca pela interrupção da gestação não diferem significativamente de outros centros.

A decisão de interromper a gestação também pode interferir no relacionamento do casal. Benute e Gollop ⁹ observaram que em 20% dos casos estudados o relacionamento ficou mais fortalecido. Em 35% permaneceu sem alterações e em 45% ocorreram maiores desentendimentos como projeção de raiva, angústia e culpa.

Para a mulher a gravidez representa um período de transição, caracterizado por algumas mudanças de papel social, de identidade, e de composição da rede de intercomunicação familiar. A mulher vivencia ainda o medo comum à grávida - o de ter um filho malformado. Tem fantasias de que sua própria hostilidade, componente da ambivalência de ter desejado ou não a gestação, destrua o feto. A mulher apresenta, ainda, ambivalência afetiva exacerbada, frustração em relação ao conceito e regressão, o que compromete o seu equilíbrio emocional ¹². A aceitação do diagnóstico de uma anomalia fetal é muito difícil para a mulher, bem como para o casal, que vivencia uma interrupção em suas expectativas de forma muito dramática. Surgem fantasias de incapacidade, morte e destruição, e inicia-se um período de luto pela perda do filho saudável. Sendo assim, ter filhos malformados ou doentes pode representar castigo e gerar muitas culpas ¹³, que se exacerbam pela associação com a fantasia de que tal anomalia é um “castigo merecido” para os pais ¹¹.

Na vivência da interrupção da gestação, a religião parece ter um papel significativo. O comportamento psicológico é regido pela crença religiosa adotada pela gestante e, independentemente da religião adotada, a questão do “pecado” se faz presente ¹². Não se pode descartar que determinada religião não esteja relacionada à opção de interromper ou não a gestação, pois no processo de decisão, as mulheres de religião evangélica apresentaram conflitos internos mais acentuados que as demais ⁹.

Nesse contexto, as mulheres que se submetem à interrupção da gestação por anomalia fetal relatam sentimentos de choque, negação, culpabilidade, e angústia psicológica. Justificam a decisão visando ao bem estar do filho ou por razões socio-econômicas. Identificam-se como períodos e/ou eventos críticos: a espera antes do procedimento cirúrgico, a assinatura do formulário de consentimento de aborto (considerado como um “ato contra a natureza”), a interrupção dos movimentos fetais e a própria expulsão ¹⁴. Um dos aspectos controvertidos nessa experiência é a realização do feticídio antes de interromper a gestação. É um assunto delicado que requer habilidade comunicativa dos profissionais da saúde no atendimento dessas mulheres ¹⁵. Entretanto, o feticídio é um procedimento que pode ser bem aceito pelos profissionais, na medida em que eles acreditam que essa prática beneficia a paciente, pois evitaria dor fetal e/ou agonia neonatal ¹⁶.

Os trabalhos acima mencionados indicam que a interrupção da gestação é vivenciada de maneiras distintas por diferentes mulheres, em diferentes contextos; assim as vivências dessa situação são diferentes em cada caso. Percebe-se, portanto, que existe uma série de aspectos que ainda precisam ser investigados para conhecer as vivências das mulheres no processo de interrupção da gestação por malformação fetal incompatível com a vida.

O objetivo deste trabalho é apresentar as vivências de mulheres que interromperam a gestação quando o feto apresentava anomalia fetal incompatível com a vida.

Sujeitos e Métodos

Realizou-se um estudo qualitativo em que foram selecionadas, consecutivamente, dez mulheres que interromperam a gestação após autorização judicial, em um hospital universitário, de maio a novembro de 2002. A amostra foi intencional, mediante a seleção de casos ricos em informações para um estudo em profundidade ¹⁷, e o seu tamanho foi determinado conforme o conceito de saturação da informação ¹⁸.

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foi um dos pioneiros em dar atendimento às mulheres que solicitavam a interrupção da gravidez na presença de anomalia fetal incompatível com a vida. No período de julho de 1994 a julho de 2004, ocorreram aproximadamente 163 solicitações de interrupção de gravidez judicialmente nesta instituição. No Ambulatório de Pré-natal Especializado as mulheres com diagnóstico de malformação fetal são atendidas por uma equipe multiprofissional. De preferência, fazem uma nova ecografia e, conforme a patologia fetal, são atendidas por outras especialidades, tais como cirurgia neonatal, genética, cardiologia fetal e neurocirurgia. Nos casos de diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida, o médico informa a mulher e/ou o casal sobre o resultado e a possibilidade de levar a gestação a termo ou solicitar interrupção, judicialmente. Informa-se também sobre o procedimento de interrupção, que utiliza métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no cordão umbilical ou intracardiaca no feto) para induzir o óbito fetal. Isto é realizado conforme o Parecer Consulta 23.480/98, emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recebem ainda, através do assistente social, apoio psicossocial a elas e à sua família e orientações quanto aos aspectos legais que envolvem sua decisão, e apoio psicológico. Com base nessas informações, as mulheres decidem sobre fazer ou não a interrupção.

A coleta de dados foi realizada em torno de quarenta dias após a interrupção da gestação, quando as mulheres retornavam para revisão de parto e aconselhamento genético. Nessa ocasião, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, nas quais se utilizou uma técnica de relato de vida - depoimentos pessoais, seguindo um roteiro temático. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente e conferidos pela pesquisadora em uma segunda leitura, seguindo precisão e fidelidade. Em seguida, o conteúdo de cada entrevista foi inserido no computador através do Ethnograph v 5.0 ¹⁹.

As categorias de análise utilizadas foram: a) vivências das mulheres quando souberam do diagnóstico de malformação fetal; b) vivências das mulheres durante o período de decisão quanto a interrupção da gestação; c) vivências das mulheres em relação ao período de permanência no hospital para o procedimento de interrupção da gestação; d) vivências das mulheres em relação ao período pós-interrupção da gestação; e) repercussões da interrupção nos relacionamentos conjugal e familiar; f) projeto de outra gestação; g) avaliação geral da mulher sobre sua experiência. A definição das categorias de análise levou em conta a busca de significados atribuídos pelas mulheres às suas vivências

Vivências são entendidas como tudo aquilo que é experimentado pela própria pessoa, algo que fica, que deixa marca, apesar das mudanças contínuas da vida ²⁰. Neste estudo, o termo “vivência” refere-se ao que pensaram, sentiram, perceberam, imaginaram e experimentaram as mulheres quando souberam do diagnóstico e interromperam a gestação, em circunstâncias onde o feto apresentava malformação incompatível com a vida.

Para a análise temática das categorias de análise foram seguidas as orientações metodológicas de Minayo ²¹, identificando as unidades de significado nas falas das mulheres.

Foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos constantes da Resolução 196/96 ²² do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. A participação das mulheres foi voluntária, após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A idade das mulheres variou entre 18 e 29 anos, oito tinham pelo menos primeiro grau completo. Somente duas não tinham parceiro fixo. Apenas uma mulher disse que planejara a gestação, mas com exceção de uma, todas afirmaram que, de certa forma, a desejavam. A idade gestacional em que foi detectada a anomalia fetal variou entre 13 e 25 semanas. A interrupção da gestação ocorreu, em geral, quando as mulheres estavam com idade gestacional acima de 22 semanas, sendo a maior idade 31 semanas. Apenas uma mulher teve a interrupção com 16 semanas de gravidez.

Vivências do diagnóstico e da decisão

O diagnóstico foi fornecido pelo médico pré-natalista ou pelo ecografista, que nem sempre forneceu a informação de forma adequada. O conhecimento de que o feto apresentava malformação causou nas mulheres choque, provocando muito choro, medo, desespero, angústia, sofrimento, culpa, sensação de inutilidade e inconformismo.

“... a minha vontade eu falo mesmo... falei para minha mãe mesmo, a minha vontade era se matar, falei para minha mãe que eu pensava é no outro que eu tinha, porque se não, eu não agüentava não... Ah! é uma sensação muito ruim, muito ruim, porque é a perda de um filho, e por mais né, nossa eu fiquei ruim, só que eu pensava no outro que eu também tinha, porque eu não podia só pensar em mim, eu tinha que pensar nele né, foi pensando nele né, e pensando nela também [se referindo ao feto]...”

(Cristiane, 17 anos, segunda gestação)

As mulheres decidiram interromper a gestação somente quando tiveram a confirmação médica de que o feto não iria sobreviver após o nascimento. Algumas se preocupavam também com o risco para a sua saúde. Optaram pela interrupção acreditando que aliviariam o sofrimento do feto e o sofrimento emocional delas próprias. Na decisão, contaram com a participação dos pais dos filhos que gestavam. Entretanto, foram momentos de muito desespero e sofrimento, pois se sentiram tristes, cruéis e culpadas.

“Então aí eu optei a fazer porque não adiantava, não adiantava eu ficar com a criança que não ia sobreviver, eu ia só manter uma esperança sabe, eu já tinha comprado as coisinhas, roupinhas pra ele tudo, está até guardadinho até hoje certo, então adiantava eu ficar mantendo a esperança? Ver, sentia ele mexendo na barriga, porque se ele ia morrer...”

(Tatiana, 19 anos, segunda gestação)

Vivências da solicitação da autorização judicial

Providenciar a autorização judicial para interromper a gestação foi muito difícil para as mulheres, pois ainda apresentavam ambivalência quanto à decisão e sentiram-se humilhadas e inferiorizadas por terem que providenciar papéis num momento tão doloroso, e enfrentar o questionamento do direito de decidirem sobre suas vidas e de seus filhos.

“É complicado falar sobre isso porque é um momento muito difícil, você estava com aquela dor indo lá [Procuradoria]. Será que eles estão pensando nisso, no que eu estou passando? O que é que eu estou sentindo? E eu ter

que ir lá, eu e o meu marido sozinhos... ter que assinar papel..., é muito difícil, muito difícil mesmo”.

(Vanessa, 18 anos, primeira gestação)

Vivências da interrupção

As mulheres apresentaram muitas dificuldades para falar sobre suas vivências durante o procedimento de interrupção da gravidez, que para elas foi algo terrível, um pesadelo. Referiram sentimentos de choque, tristeza, pânico, inconformismo, agonia, solidão e medo. Muitos desses sentimentos permaneceram até após o parto ou aborto. O feticídio foi o aspecto mais difícil da interrupção, tanto no momento em que as mulheres foram informadas sobre o procedimento, como durante a sua realização.

“... porque você começa olhar pelo a ultra-som... então você começa falar assim: eu estou matando, eu estou ajudando a matar o nenê dentro da minha barriga, então eu não queria isso, é uma coisa muito difícil para fazer, esse processo [interrupção]... a gente sente uma perda... na hora que ele já começa a fazer o feticídio, daí a gente já começa falar: vai morrer dentro da gente”.

(Joseane, 23anos, segunda gestação)

Ver o corpo do bebê ou o feto após o nascimento foi importante para as mulheres, pois assim puderam constatar as malformações fetais, e também parece ter sido uma oportunidade para vivenciarem melhor o luto.

“Ah, mas foi difícil... Fui sozinha, fui, vi, vi os defeitinhos que ela tinha, era menina, e vi também o lado bom, sabe que eu vi que ela tinha o defeito que o médico realmente falou... que o pezinho dela era torto, o pescocinho que era grudado com o peito, só isso que eu vi nela, e eu vi a parte bonita, eu vi que os olhos puxaram o pai, sabe, a mãozinha era muito pequenininha, os dedinhos perfeitinhos, sabe, isso que me deixou mais contente”.

(Vanessa, 18 anos, primeira gestação)

Vivências após a interrupção

Imediatamente após a interrupção, as mulheres experimentaram diversos sentimentos tais como tristeza, pânico, inconformismo, mágoa, arrependimento. Por outro lado, sentiram também alívio, pois diziam estarem conscientes da decisão tomada. Houve mulheres que disseram ter sentido uma sensação de vitória, pois acreditavam que era a única coisa que poderiam fazer pelo seu filho naquele momento.

“Eu me senti uma vitoriosa, porque era a única coisa que eu poderia fazer por ela [feto], naquele momento, não poderia fazer mais nada, e eu tinha que ter força para aquilo, senti uma vitoriosa”.

(Vanessa, 18 anos, primeira gestação).

No momento da entrevista, quarenta dias após a interrupção, diziam-se mais conformadas, porém ainda choravam muito, sentiam-se ainda culpadas, tristes, sensíveis e perplexas. Consideravam que foi uma experiência muito marcante, pois entenderam a

interrupção da gestação como uma "perda de seus filhos". Entretanto, todas acreditavam que a decisão de interromper a gravidez foi a melhor opção.

“Eu não posso falar que eu estou 100% e eu não estou bem, assim porque você começa a tocar no assunto, aquilo começa vir. A hora que eu cheguei aqui [Ambulatório de Obstetrícia para consulta de revisão de parto] eu já fiquei, eu já, assim... me senti mal, é você lembrar de tudo que passou [choro]... aquela culpa de eu, eu, eu acabei com a vida da minha filha, vamos dizer assim, depois você muda as palavras, mas a gente tem um sentimento de culpa, tem um pouquinho de culpa, a gente tem, porque a gente que decidiu, por mais que o médico falou... mas a decisão final tinha que ser minha e dele [referindo-se ao marido]”.

(Marina, 28 anos, primeira gestação)

Embora tivessem medo de passar pelo mesmo problema numa próxima gestação, afirmaram que gostariam de engravidar novamente, mas desejavam esperar mais algum tempo.

“Um dia sim, eu penso. Eu tenho medo de por exemplo, de acontecer tudo de novo. Se acontecer tudo de novo, acho que eu não vou estar preparada o suficiente para ver de novo os mesmos processos [referindo-se à vivência com a interrupção dessa gestação]”.

(Joseane, 23 anos, segunda gestação)

O atendimento multiprofissional recebido pelas mulheres, tanto durante o processo de decisão, interrupção e após a mesma, foi visto como um auxílio eficaz para a superação das dificuldades naqueles momentos.

“Olha, os médicos são muito assim, eles ajudam muito, eles conversam com você... eles deixam você mais segura... então acho assim, que no tempo que eu fiquei aqui, eu fiquei tranqüila, porque eu sabia que ia ter uma hora... ia ter que acontecer, então a gente tem que vir preparada mesmo... Olha, eu me senti muito preparada, porque a psicóloga também, ela ajuda a gente... vinha acalmando a gente, a gente saber como vai ser os processos, dali em diante, então a gente já vem já com a consciência daquilo...”

(Joseane, 23anos, segunda gestação)

Repercussões no relacionamento conjugal / familiar

Segundo as mulheres, seu relacionamento conjugal melhorou, pois as vivências da interrupção fortaleceram os vínculos afetivos e o relacionamento sexual não teve alteração.

“... eu lembro que depois que ele [marido] soube de tudo assim... eu falei para ele uma coisa assim, que a psicóloga disse umas palavras que eu achei muito importante... sabe? Ajuda um pouco, eu lembro que ela falou assim: que nesse curto espaço de vida dela [bebê], que ela pode ter trazido... algumas coisas boas, assim, algumas modificações entendeu?... Daí eu tentei tirar alguma coisa boa disso, entendeu?... Eu acho que a união, e creio que a

gente criou um vínculo maior, mais forte, entendeu? Porque uma filha, né.

Depois de tudo o que aconteceu, um dando força para o outro...”.

(Julia, 21anos, primeira gestação)

Avaliação geral da experiência

As mulheres disseram ter sido apoiadas pela família e amigos, embora tenham encontrado pessoas dentro e fora da família que não aceitaram sua decisão, argumentando aspectos religiosos. Entretanto, segundo as mulheres, sua religião não influenciou na decisão.

No geral, as mulheres consideraram que a interrupção da gestação e a perda de seus filhos foi uma experiência muito triste, sofrida e marcante, que mexeu muito com elas emocionalmente, e as deixou inconformadas. Porém, apesar disto, consideraram que o que elas vivenciaram mudou seus valores, a família ficou mais unida após o processo e, ainda, elas ficaram mais maduras, fortalecidas e seguras.

“Ah, o que teve de bom foi a auto-estima, porque eu nunca pensei que um dia eu fosse passar por tudo isso e ainda por cima estar andando de cabeça erguida... De ruim foi eu ter perdido ele [bebê]... ter perdido a criança, é uma coisa muito ruim, saber que você está gerando uma, um ser vivo que não vai ficar com você... É de ter ficado grávida, apesar de eu não, eu não planejei nada, e nem a criança...”.

(Adriana, 27anos, primeira gestação)

Discussão

As vivências das mulheres que passaram pelo diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida e decidiram interromper a gestação estavam marcadas por muito sofrimento, com emoções fortes e negativas e, das quais, porém, elas procuraram extrair ensinamentos positivos e afirmavam ter servido para melhorar alguns aspectos da sua vida, especialmente o relacionamento conjugal.

Por um lado, as mulheres entendiam que a interrupção de sua gestação era uma “perda de seu filho”, pois a partir da descoberta da inviabilidade do feto, já estava tácito que não poderiam ter o filho com elas. Talvez aqui se justifique a lembrança de alguns aspectos debatidos hoje na Bioética, de que o aborto em caso de anomalia fetal incompatível com a vida não devesse ser sanitária e juridicamente qualificado como aborto, mas como antecipação terapêutica de parto ²³. Por outro lado, a autorização judicial pode representar uma aprovação social ⁹ e, mais ainda, significar a legitimação de sua decisão, amenizando assim o sofrimento emocional manifestado pelas mulheres ao decidirem pela interrupção da gravidez.

A ambivalência quanto à decisão de interromper a gestação ficou evidente, ao mesmo tempo em que apareceu a idéia de que essa era a melhor decisão, assim como verificado por Dallaire et al ¹⁴. Ao solicitarem a autorização judicial, através da procuradoria, as mulheres se sentiram embaraçadas e humilhadas. Questionaram a coerência da lei no tocante a terem o direito de decidir sobre suas vidas e a de seus filhos e, ainda, de terem que passar pelo constrangimento de lidar com documentos num momento tão delicado. Isto mostra a necessidade de mudanças na Legislação Brasileira no tocante ao aborto por anomalia fetal incompatível com a vida. Esta mudança vem sendo defendida, tanto nos meios acadêmicos quanto na mídia em geral, para eliminar os constrangimentos referidos pelas mulheres. Isso lhes garantiria o direito de decidir sobre

seu corpo, sobre sua reprodução e, ao mesmo tempo, receberem um atendimento mais humanizado ^{6, 24}. A liminar ⁷ concedida em 1º de julho de 2004 pelo ministro Marco Aurélio de Mello, liberando a interrupção de gravidez nos casos em que o feto apresenta anencefalia, representa um avanço nesse sentido.

Ainda quanto à tomada de decisão é preciso salientar que, mesmo contando, em sua maioria, com a participação e apoio dos pais dos bebês, as mulheres parecem ter atribuído a si mesmas o maior ônus dessa decisão. Isto aponta para a incorporação dos papéis de gênero tradicionalmente atribuídos às mulheres, que colocam sobre elas a responsabilidade de coordenar o processo reprodutivo ^{25, 26}.

O sentimento de choque, medo, culpa, angústia referidos pelas mulheres diante do diagnóstico de anomalia fetal, que deram lugar a fantasias de inutilidade e incapacidade para gerar um filho saudável, são compatíveis com o que foi descrito por outros autores ^{11, 12, 13, 27}. O feticídio, citado por elas como o aspecto mais difícil do processo de interrupção, pode ter contribuído para aumentar a intensidade destes sentimentos. O feticídio é um procedimento que sensibiliza os casais envolvidos em um processo de interrupção da gestação, razão pela qual os profissionais de saúde deveriam estar preparados para se comunicarem de maneira adequada com eles a esse respeito ¹⁵. Porém, não se pode deixar de salientar que, para os profissionais diretamente envolvidos no atendimento da interrupção da gestação por malformação, a utilização do feticídio pode contribuir para evitar vivências de ver um neonatal em agonia ¹⁶.

Um aspecto mencionado pelas mulheres foi que ver o corpo do bebê imediatamente após a interrupção causou um impacto positivo sobre as suas vivências. Isto foi percebido pelas mulheres como positivo na medida em que lhes permitiu constatar as malformações fetais diagnosticadas, bem como lhes deu oportunidade para vivenciarem menos

traumaticamente o luto. Maldonado ²⁸ refere que, embora este momento seja doloroso para a mulher, é fundamental para marcar a realidade da perda, etapa indispensável à elaboração do luto.

É preciso ainda lembrar que a maneira como o médico informa sobre o diagnóstico e sobre o processo de interrupção pode interferir positiva ou negativamente na elaboração da decisão da mulher. É fundamental que a mulher seja tratada com muita atenção, respeito e esclarecida com detalhes sobre o diagnóstico fetal e o procedimento de interrupção da gestação. A neutralidade do profissional quanto à decisão da mulher deve se fazer presente e o respeito à sua decisão deve ser garantido, tanto se esta for pela interrupção da gestação ou ao contrário ^{9,14}. A disponibilidade de um atendimento multiprofissional parece ser o ideal, o que, inclusive, foi referido pelas mulheres como um aspecto positivo, podendo ter contribuído para que as mesmas superassem suas dificuldades. Vários autores fazem referência à necessidade da abordagem multiprofissional, incluindo principalmente o atendimento psicológico, para possibilitar às mulheres a elaboração emocional de sua decisão ^{9,12, 13, 29}.

Quanto às repercussões da situação vivenciada pelas mulheres, ao falarem de seu relacionamento conjugal, elas referiram que este ficou melhor e mais fortalecido após a vivência da interrupção da gestação. Este achado não corresponde ao que se encontrou na literatura, que é exatamente o contrário: de que essa situação pode levar a complicações no relacionamento conjugal ^{14, 30}. Talvez os resultados deste estudo reflitam o fato da decisão de interromper a gestação ter sido compartilhada pelo casal, ou, ainda, sejam devidos a que a entrevista tenha ocorrido quarenta dias após a interrupção da gestação, tempo não suficiente para o desenvolvimento de repercussões negativas sobre os relacionamentos das mulheres.

Semelhante ao encontrado em outros estudos^{14, 31, 32}, as mulheres apresentaram sensação de alívio e estavam satisfeitas quanto à decisão de terem interrompido a gestação. Esta satisfação, mesmo em meio ao sofrimento, pode estar refletindo as causas que as levaram a tomar tal decisão. Primeiramente, a decisão só foi tomada a partir da confirmação da inviabilidade do feto extra-útero. Segundo, as razões argumentadas por elas para justificar sua decisão estavam ligadas ao alívio do sofrimento do feto e delas próprias. Outro fator que pode ter contribuído para a satisfação foi o processo de reflexão proporcionado pelo atendimento da equipe multiprofissional, que na avaliação das mulheres foi acolhedor e continente. O acompanhamento psicológico pode ter contribuído para a elaboração emocional da mulher e/ou casal, auxiliando na reavaliação dos processos internos e na vivência do luto.

Percebe-se, portanto, que, ao mesmo tempo em que se defende legitimamente a necessidade de incluir o aborto por anomalia fetal incompatível com a vida, dentro dos casos aceitos pela lei brasileira, é preciso garantir às mulheres que passarão por essas vivências um atendimento integral, humanizado e de boa qualidade.

Agradecimentos

As autoras agradecem às mulheres que compartilharam suas vivências com a autora principal, sabendo que isso poderia causar-lhes sofrimento ao lembrar e falar sobre suas experiências. Também agradecem à Dra. Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez pela revisão crítica do conteúdo médico do protocolo de pesquisa. Reconhecem também a colaboração de toda a equipe do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) ao longo do estudo.

Referências Bibliográficas

1. Gollop T R. Aborto por anomalia fetal. *Rev Bioética* 1994; 2:67-72.
2. Brasil. Código Penal: Decreto-Lei n.º 2848 de 7/12/1940. São Paulo: Saraiva; 1996. Art. 124 e 128.
3. Frigério MV, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Rev Soc Bras Medicina Fetal* 2001; 7: 12-18.
4. Diniz D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. *Bioética* 1997; 5:19-24.
5. Torres JHR. Abortamento nos casos de malformação fetal. *Cad. Jurídicos da Escola Paulista da Magistratura* 2001; 2: 101-15.
6. Gollop TR. Abortamento. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. *A Bioética no Século XXI. Coleção Saúde, Cidadania e Bioética*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p. 79-83.
7. Freitas, S. STF libera aborto em caso de anencefalia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 02 de julho de 2004. Suplemento Folha Cotidiano. p. 4.
8. Setubal MSV, Messias TSC, Milanez H, Barini R. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Rev Reprod Clim* 2003; 18: 41-45.
9. Benute GG, Gollop TR. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina* 2002; 30: 661-3.
10. Wertz D, Fletcher J. Feminist Criticism of Prenatal Diagnosis: a Response. *Clin Obstet Ginecol* 1993; 36: 541.
11. Quayle JMB, Neder M, Hihaydaira S, Zugaibe M. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: Algumas reflexões. *Rev Ginecol Obstet* 1996; 7: 33-9.

12. Bortoletti FF, Moron AF, Santana RM, et. al. Atuação do psicólogo em serviço de medicina fetal. In: Moron AF, Cha SC, Isfer EV, editores. Abordagem Multiprofissional em Medicina Fetal. 1ª.ed. São Paulo: SOBRAMEF/Santa Joana, Hospital e Maternidade; 1996. p. 11-5.
13. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério 14ed. São Paulo: Saraiva; 1997. p. 15-56.
14. Dallaire L, Lortie G, Des Rochers M, Clermont R, Vachon C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. *Prenatal Diagnosis* 1995; 15: 249-59.
15. Garel M, Kaminski M. Patients'and professionals' opinions on third trimester termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 2S84-90.
16. Dommergues M, Cahen F, Garel M, Mahieu-Caputo D, Dumez Y. Feticide during second- and third- trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. *Fetal Diagn Ther* 2003; 18: 91-7
17. Patton, MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. London: Sage; 1990. p. 168-98.
18. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage; 1994. p. 220-30.
19. Seidel J. The ethnograph [programa de computador]. Version 5.0. Salt Lake City UT: Qualis Research Associates; 1998.
20. Lopes Ibor JJ. Lecciones de psicologia médica. Madrid: Paz Montalvo; 1964. p.15-6.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000. p. 197-247.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4: 15-25.

23. Diniz D. Antecipação terapêutica do parto: Uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: Diniz D, DC Ribeiro. Aborto por Anomalia Fetal. 1ª ed. Brasília: Debora Diniz; 2003. p. 21-92.
24. Suplicy M. Projeto de Lei nº 1956/96. Autoriza a interrupção da gravidez nos casos previstos na presente lei. Diário da Câmara dos Deputados 1996, junho 6: 17850.
25. Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo:HUCITEC/Population Council; 1999. p.180-97.
26. Heilborn ML. Gênero: uma breve introdução. In: Ribeiro das Neves MGR, Costa DM, organizadores. Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs. São Paulo: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p. 9-14.
27. Duailibi D, Cabral ACV, Vitral ZNR, Leite HV, Domont RJ. Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. Femina 2003; 31: 27-30.
28. Maldonado MT. Maternidade e paternidade. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982. p. 81-90.
29. Caron OAF. Centro de Medicina Fetal: proposta de atenção à saúde. In: Moron AF, Cha SC, Isfer EV. Abordagem multiprofissional em Medicina Fetal. 1ªed. São Paulo: Antonio Fernandes Moron; Sang Choon Cha, Eduardo Valente Isfer; 1996. p. 17-20.
30. Kroeff CQ, Maia CR, Lima CP. O luto e o filho malformado. Femina 2000; 28:395-6.
31. David HP. Psychosocial studies of abortion in the United States. In: David HP, Friedman HL, Van der Tak J, Servilla MJ. Abortion in Psychosocial Perspective – Trends in Transnational Research. New York: Henry P. David; 1978. p. 97.
32. White-Van Mourik MCA, Connor JM, Ferguson-Smith MA. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. Prenatal Diagnosis 1992; 12: 189-204.

5. Conclusões

- As gestações em que houve o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida não foram planejadas, mas desejadas. As mulheres tomaram conhecimento do diagnóstico através do médico ecografista, entre a décima-terceira e a vigésima semana de gestação.
- O diagnóstico de anomalia fetal ocasionou vivências muito difíceis de serem superadas pelas mulheres, especialmente choque e perplexidade. Nem sempre esse diagnóstico foi comunicado de forma adequada, o que acentuou o impacto desse diagnóstico nas vivências das mulheres.
- As vivências das mulheres do processo de decisão e durante o procedimento de interrupção da gestação foram marcadas por emoções fortes e negativas. O procedimento de solicitação de autorização judicial para interrupção da gestação, através da Procuradoria, causou nas mulheres constrangimentos, entendidos por elas como humilhação. O feticídio foi o aspecto mais difícil vivenciado no processo de interrupção, associado a sentimentos de pânico, agonia e sensação

de estar matando um filho. Esse momento provocou também a vivência de dúvidas quanto ao acerto da decisão de interromper a gestação. A oportunidade de ver o corpo do bebê imediatamente após a interrupção contribuiu para as mulheres vivenciarem menos traumáticamente o luto pela perda do filho. Apesar das vivências negativas, as mulheres puderam extrair ensinamentos positivos desse processo, que, na sua própria opinião, serviram para melhorar alguns aspectos de suas vidas.

- As vivências pós-interrupção da gestação foram marcadas por ambivalência e satisfação. Ambivalência quanto a ter tomado a decisão correta, mas, ao mesmo tempo, satisfação pela decisão tomada, entendida como a melhor decisão naquelas circunstâncias. Na avaliação das mulheres, o relacionamento conjugal saiu fortalecido e o desejo por uma nova gestação estava presente, em meio à vivência do medo de repetir a experiência. Mesmo contando com a participação e apoio do pai do bebê, as mulheres parecem ter atribuído a si mesmas o maior ônus da decisão de interromper a gestação.

6. Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A.R. Participação ativa do casal na tomada de decisões. In: MORON, A.F.; CHA, S.C.; ISFER, E.V. **Abordagem multiprofissional em medicina fetal**. São Paulo. p.27-30, 1996.

ALMEIDA, P.M.; WICKERHAUSER, H. O Critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes/Associação dos Institutos de Pesquisa de Mercado, 1991.

ALMEIDA, M. Considerações bioéticas sobre o aborto. In: GARRAFA, V.; COSTA, S.I.F.(org.) **A bioética no Século XXI**. Coleção Saúde, Cidadania e Bioética. Brasília: UNB; 2000. p.101-7.

BANDEIRA L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO L, DÍAZ J, (orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. HUCITEC/Population Council; 1999. p.180-97.

BENUTE, G.G.; GOLLOP, T.R. O Que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? **Femina**, 30:661-3, 2002.

BORTOLETTI, F.F.; MORON, A.F.; SANTANA, R.M.; ABRAHÃO, A.R.; AZEVEDO, D.B.S.; CAMANO, L. Atuação do psicólogo em serviço de medicina fetal. In: MORON, A.F.; CHA, S.C.; ISFER, E.V. **Abordagem multiprofissional em medicina fetal**. São Paulo.1996. p.11-5.

BRASIL. **Código Penal: decreto lei n.º 2848 de 7/12/1940**. São Paulo: Saraiva; 1996a. Art. 124 e 128.

BRASIL.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, São Paulo, vol. 4, p. 15-25, 1996b.

BRIOSCHI, L.R; TRIGO, M. H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura**, 39:631-7, 1987.

CARON, O. A.F. Centro de medicina fetal: proposta de atenção à saúde. In: MORON, A. F.; CHA, S.C.; ISFER, E.V. **Abordagem multiprofissional em medicina fetal**. São Paulo, 1996. p.17-20.

DALLAIRE, L.; LORTIE G.; DES ROCHERS, M.; CLERMONT, R.; VACHON, C. Parental Reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. **Prenatal Diag**, 15:249-59, 1995.

DAVID, H.P. Psychosocial studies of abortion in the United States. In: David HP, Friedman HL, Van der Tak J, Servilla MJ. **Abortion in psychosocial perspective – Trends in transnational research**. New York: Henry P. David; 1978. p. 77-115.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of Qualitative Research**. California: Sage, 1994.

DINIZ, D. O Aborto seletivo no brasil e os alvarás Judiciais. **Bioética**, 5:19-24, 1997.

DINIZ, D. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: DINIZ, D.; RIBEIRO, D.C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: Debora Diniz; 2003. p.21-92.

DOMMERGUES, M.;CAHEN, F.; GAREL, M.; MAHIEU-CAPUTO, D.; DUMEZ, Y. Feticide during second- and third- trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. **Fetal Diagn Ther**, 18:91-7, 2003.

- DROTAR, D.; BASKIEWCZ, A.; IRVIN, N.; KENNELL, J.; KLAUS, M. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56:710-7, 1975.
- DUAILIBI, D.; CABRAL, A.C.V.; VITRAL, Z.N.R.; LEITE, H.V.; DOMONT, R.J. Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no centro de medicina fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. *Femina*, 31:27-30, 2003.
- DUARTE, G.A. **Contracepção e aborto: perspectiva masculina**. São Paulo, 2000. [Dissertação –Mestrado – Faculdade de Saúde Pública/USP].
- FRANÇA, G.V. Aborto – Breves Reflexões sobre o Direito de Viver. *Bioética*, 2: 29-35, 1994.
- FRANÇOZO, M.F.C. **Histórias de viver o serviço social**. Campinas, 1996. [Tese – Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP].
- FREITAS, S. STF libera aborto em caso de anencefalia. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 02 de julho de 2004. Suplemento Folha cotidiano. p. 4.
- FRIGERIO, M.V.; SALZO, I.; PIMENTEL, S.; GOLLOP, T.R. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Rev Soc Bras Med Fetal*, 7: 12-18, 2001.
- GAREL, M.; KAMINSKI, M. Patients' and professionals' opinions on third trimester termination of pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 31:284-90, 2002.
- GOLLOP, T.R. Aborto por anomalia fetal. *Bioética*, 2:67-72, 1994.
- GOLLOP, T.R. Abortamento. In: GARRAFA, V.; COSTA, S.I.F.(org.) **A Bioética no Século XXI. Coleção Saúde, Cidadania e Bioética**. Brasília: Ed. UNB, 2000. p.79-83.

HARDY, E.; REBELLO, I. La discusión sobre el aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. ***Cad Saúde Públ***, 12:259-66, 1996.

HEILBORN, M.L. Gênero: uma breve introdução. In: RIBEIRO, N.MGR, COSTA, D.M. (orgs). **Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs.: IBAM/ENSUR/NEMPP**. 1995. p.9-14.

KROEFF, C.Q.; MAIA, C.R.; LIMA, C.P. O Luto e o filho malformado. ***Femina***, 28:395-6, 2000.

KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. EDART, São Paulo, 1977

LOPES IBOR, J. J. **Lecciones de Psicología Médica**. Madrid: Paz Montalvo, 1964.

MAKUCH, M.Y. **Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização *in vitro* da UNICAMP**. Campinas, 2001. [Tese – Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP].

MALDONADO, M.T. **Maternidade e paternidade**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982. p. 81-90.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva; 1997. p. 15-56.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro; Hucitec-Abrasco, 2000.

MORA, J.F. **Dicionário de filosofia**. 8ª. ed., Lisboa, Dom Quixote, 1977.456p.

MORON, A.F. **Diagnóstico Pré-natal das Malformações Congênitas no Contexto do Sistema de Saúde**. São Paulo, 1995. [Tese - Livre Docência – Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, USP].

MORON, A.F.; CHA, S.C. Organização de um serviço de medicina fetal. In: MORON, A.F.; CHA, S.C.; ISFER, E.V. **Abordagem multiprofissional em medicina fetal**. São Paulo, 1996. p.1- 4.

OLIVEIRA, F.; MOTA, J.A.C. Bioética e legalização do aborto. **Dossiê Bioética e as Mulheres**. [online]. São Paulo, 2001. [citado em 05/11/01]. Disponível na Internet: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_bio-legalização.html>.

OPITZ, J.M. O que é considerado normal no Contexto da genetização da civilização ocidental, **Bioética**, 5:131- 43, 1997.

OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; FAÚNDES, A.; ALVES, G.; BALAREZO, G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. **Cad Saúde Pública**, 10:320-30, 1994.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. London: Sage, 1990.

PERROTTE, F.; MIRLESSE, V.; DE VIGAN, C.; KIEFFER, F.; MEUNIER, E.; DAFFOS, F. Interruption médicale de grossesse pour anamalie foetale. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**, 29:185-91, 2000.

QUAYLE, J.M.B.R.; NEDER, M.; MIHAYDAIRA, S.; ZUGAIB, M. Repercussões na família do diagnóstico de malformações fetais: algumas reflexões. **Rev. Ginecol Obstet**, 7:33-9, 1996.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. **Ciência e cultura**, 1987. p.272-86.

SEIDEL, J. **The ethnograph** [programa de computador]. Version 5.0 Salt Lake City UT: Qualis Research Associates, 1998.

SETUBAL, M.S.V.; MESSIAS, T.S.C.; MILANEZ, H.; BARINI, R. Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. **Reprod Clim**, 18:41-5, 2003.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Trad. CARVALHO, I.V. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. p. 87-88.

SUPLICY, M. Projeto de Lei n. 1956/96. Autoriza a interrupção da gravidez nos casos previstos na presente lei. **Diário da Câmara dos Deputados 1996**, junho 6: 17850.

TORRES J.H.R. Abortamento nos casos de malformação fetal. **Cad. Jurídicos da Escola Paulista da Magistratura**, 2:101-15, 2001.

WERTZ, D.; FLETCHER, J.. Feminist criticism of prenatal diagnosis: **Clin Obstet Gynecol**, 36:541, 1993.

WHITE-VAN MOURIK, M.C.A.; CONNOR, J.M.; FERGUSON-SMITH, M.A. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. **Prenatal Diagn**, 12:189-204, 1992.

ZEANAH, C.H.; DAILEY, M.S.; ROSENBLATT, M.; SALLER, D.N. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. **Obstet Gynecol**, 2:270-5, 1993.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre Feticídio



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

END: RUA DA CONSOLAÇÃO, 753 - CENTRO - SÃO PAULO - SP

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 - São Paulo - SP

CONSULTA 23.480/98

Assunto: Interrupção de gravidez com morte fetal intra-útero, utilizando-se métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbelical ou intracardiaca fetal).

Relator: Conselheiro Cristiano Fernando Rosas.

Ementa: A autorização judicial para o aborto, já referenda a interrupção da gravidez com a morte do produto conceptual, não havendo ilegalidades, nem atitude antiética, na utilização de métodos que provoquem a morte do feto malformado incompatível com a vida, antes de sua expulsão.

O consulente Dr. R.P.J., Presidente da Comissão de Ética Médica do CAISM/UNICAMP, questiona o CREMESP como proceder frente a situações de interrupção de gestação, com autorização judicial, de fetos malformados sem prognósticos de sobrevida a longo prazo.

O mérito da questão que apresenta, resume-se:

.....“se frente a uma autorização judicial para aborto e entendido que aborto é a autorização para a morte do produto conceptual, seria ético e legalmente aceito a utilização de métodos aplicados intraútero, em gestações pré-termo (de 24 à 36 semanas), para obter o óbito fetal (feticídio). A injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intra-cardíaca fetal, seriam os métodos a serem utilizados, semelhantes aos realizados em outros serviços no mundo.”

Tal preocupação deve-se ao fato de que algumas destas crianças nascem vivas, levando a adoção de medidas, muitas vezes de terapia intensiva neonatal para estes casos, o que provoca conflitos internos na equipe e dificuldade de compreensão da interpretação do mandato judicial, que seria no sentido do aborto, ou seja, morte do produto conceptual, conforme texto da lei, e que, em vários casos a própria família, apesar da orientação recebida anteriormente à interrupção, questiona o fato da criança ter nascido viva e acompanha seu período de internação no berçário de maneira muito angustiada e revoltada, pois essa não era a expectativa, ou seja, não se conformam com a criança ter nascido viva e estar sendo feito um tratamento intensivo, o que prolonga a sobrevida.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE (011) 259-5800 FAX (011) 221-1715

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 – Centro

01301-910 – São Paulo – SP

PARECER

A matéria aborto, já foi por diversas vezes abordada neste Conselho, conforme os últimos pareceres exarados nos autos da Consulta 12.423/95, Consulta 29.803/95, Consulta 21.326/97 e Consulta 33.807/98. Embora estes pareceres fossem amplamente elucidativos sobre os diversos aspectos da questão, esta ora formulada, não foi ainda objeto de abordagem neste Tribunal, em razão do inusitado questionamento.

Seria ético e legal, proceder a morte do produto conceptual (feticídio), através de utilização de métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intra-cardíaca fetal), para cumprir autorização judicial de interrupção da gestação?

Tal questionamento, nos leva a uma reflexão sobre o conceito jurídico e médico de aborto. E aqui, há de se fazer a diferenciação entre estes dois aspectos.

Sob o ponto de vista jurídico, a lei não estabelece limites para a idade gestacional, isto é, aborto é a interrupção de gravidez com intuito de morte do conceito, não fazendo alusão à idade gestacional.

Do ponto de vista médico, aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, ou quando o feto pese até 500 gramas, ou ainda, quando o feto mede até 16,5 cm. Este conceito foi formulado baseado na viabilidade fetal extra-uterina e é mundialmente aceita pela literatura médica.

Observando-se o caso apresentado pelo consulente, isto é, de um feto malformado com incompatibilidade de vida extra-uterina a longo prazo e com autorização judicial para o procedimento, verificamos que da situação apresentada, hipoteticamente nascerão alguns fetos vivos, sendo-lhes então aplicado por dever legal, embora paradoxalmente, todos os recursos de suporte de uma terapia intensiva, prolongando-lhes a sobrevida, situação esta obrigatória aos médicos que recepcionarem estes recém-natos, pois o Código Civil (artigo 4º), resguarda os direitos do nascituro. Nestas circunstâncias, certamente, surgirão conflitos, dissabores e até revolta de membros da equipe e da família, em razão do inusitado quadro criado pela tecnologia médica, hoje disponível nas UTIs neonatais.

Segundo Júlio Fabbini Mirabete, “consoma-se o aborto com a interrupção da gravidez e a morte do feto, desnecessária a existência de expulsão (RJTJ ESP 67/322, 35/211, 28/368I RT 454/376). Por outro lado, a tentativa do aborto existe quando as manobras abortivas não interrompem a gravidez ou provocam apenas aceleração do parto, com a sobrevivência do neonato. Morto este após o nascimento ocorrerá infanticídio, se a autora do crime couber à mãe, e homicídio se a



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 – Centro

01301-910 – São Paulo – SP

terceiro. Aborto distinguisse do infanticídio porque somente pode ocorrer antes do início do parto” (Manual de Direito Penal 2º – 6ª edição Júlio F. Mirabete – pag. 75-84). Neste sentido, se praticadas manobras abortivas que geram a expulsão do feto, que acaba sobrevivendo, não se consuma o aborto, havendo apenas o parto acelerado ou prematuro.

Em razão destes aspectos, entendemos que a autorização judicial para o aborto, já autoriza a interrupção da gravidez com a morte do produto conceptual, não havendo ilegalidade na utilização de métodos que provoquem a morte do feto intra-útero antes de sua expulsão.

Este procedimento já vem sendo utilizado em várias partes do mundo conforme ampla divulgação de literatura médica, não havendo óbices do ponto de vista médico e tampouco ético, resguardadas as condições da paciente, e analisados o risco-benefício deste procedimento se realizado a poucas semanas do término da gestação.

Finalmente, entendo fundamental do ponto de vista ético, a necessidade do amplo esclarecimento da paciente por parte do médico, de todas as possíveis variáveis envolvidas na situação, de maneira formal, através do consentimento esclarecido, além de fornecer as necessárias informações sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos do procedimento e objetivos da intervenção, para que não parem dúvidas posteriores, levando a situações conflitantes para a relação médico-paciente. Esta situação apresentada pelo consulente, deve sempre ser analisada sob a ótica da autonomia e a difícil tarefa de se estabelecer na relação médico-paciente o respeito à tomada de decisão. Autonomia, termo derivado do grego “auto” (próprio) e “nomos” (lei, regra, norma), significa o direito a autodeterminação da pessoa em tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde. Lembramos ainda, que para que ocorra a manifestação autônoma da vontade, é preciso haver um amplo esclarecimento, por parte do profissional de saúde de todas as possibilidades, cabendo ao paciente a decisão final sobre o procedimento.

Assim sendo, transcrevemos alguns artigos de nosso diploma legal, que versam sobre a questão:

CAPÍTULO I

Princípios Fundamentais

Artigo 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

CONFE (011) 250-5800 FAX (011) 231-1745

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 – Centro

01301-910 – São Paulo – SP

CAPÍTULO II

Direitos do Médico

É direito do médico:

Artigo 21 – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

CAPÍTULO III

Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Artigo 43 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

CAPÍTULO IV

Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Artigo 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

CAPÍTULO V

Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Artigo 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO DE COLEÇÕES



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

CONP. 011 259 5800 FAX 011 221 1710

<http://www.cremesp.com.br>

Rua da Consolação, 753 – Centro

01301-910 – São Paulo – SP

Artigo 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao responsável legal.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Cristião Fernando Rosas
Conselheiro Cristião Fernando Rosas

APROVADO NA 2.345ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 29.10.99.
HOMOLOGADO NA 2.351ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 09.11.99.

8.2. Anexo 2 – Laudo Médico

Campinas, __ de _____ de 200__.

LAUDO MÉDICO

Examinamos a Sra. _____, procedente de _____, Estado de _____. Esta senhora está cursando sua gravidez, hoje na ____ª semana a partir da data da última menstruação. Em seus antecedentes clínicos não revelam patologias.

O exame ultra-sonográfico desta paciente realizado em nosso Serviço no dia _____ revela feto único com movimentos fetais e batimentos cardíacos presentes. A extremidade cefálica demonstra ausência de massa encefálica e das estruturas cerebrais normais, abdome e os membros são normais. Volume de líquido amniótico no limite superior da normalidade. Os diagnósticos ultra-sonográficos são de gravidez de ____ semanas e anencefalia fetal.

Esta situação, considerada letal para o feto, pode cursar com óbito intra-uterino ou atingir idade gestacional de termo. A gravidez pode ainda ser complicada por aumento do volume do líquido amniótico, hipertensão arterial materna e alterações da mecânica do trabalho de parto.

Não há na literatura médica relato de sobrevida neonatal (pós-parto) destes produtos gestacionais, exceto por horas ou excepcionalmente dias, pela ausência de integridade dos tecidos cerebrais. (Referências: 1- "Obstetrícia Rezende", Jorge de Rezende, Ed. Guanabara Koogan, 1987, Capítulo 42, páginas 748-50; 2- "Williams Obstetrics", 19th Edition, Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno & Gilstrap, 1993, Ed. Appleton & Lange, Capítulo 40, páginas 928-9).

Prof. Dr. Ricardo Barini

Professor Coordenador do Serviço de
Medicina Fetal Obstetrícia
DTG/FCM/UNICAMP

Prof. Dr. José Carlos Gama da Silva

Diretor Interino da Área de Obstetrícia
DTG/FCM/UNICAMP

8.3. Anexo 3 – Autorização Judicial



PODER JUDICIÁRIO
SÃO PAULO

COMARCA DE CAMPINAS
Vara do Juri

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE CAMPINAS

AGUARDANDO

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

13 VI 02

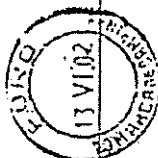
13 VI 02

13 VI 02

PROCESSO Nº 678/2002

"De tal contexto probatório, resulta clara a inexistência de qualquer justificativa a que se obrigue a apelante a levar a termo uma gravidez em que é absolutamente inviável a sobrevivência do nascituro, em detrimento de sua sanidade psicológica, e até mesmo física, sendo certa a inexistência de vida humana na espécie, eis que se está diante de um ser que somente apresenta outros sinais vitais por sugar as energias e substâncias do corpo materno, e nada mais" (TRIBUNAL DE ALÇADA DE MINAS GERAIS, ap. nº 219.008-9; por v.u. foi dado provimento ao apelo da interessada e AUTORIZADA a interrupção da gravidez, em 18.06.96)

"Mas vós, por favor, não deveis vos indignar.
Toda criatura precisa da ajuda dos outros"
BERTOLD BRECHT (do poema "A infanticida Maria Farrar)



VISTOS ETC.

qualificada na inicial, REQUEREU autorização judicial para a prática de ABORTAMENTO NECESSÁRIO ou TERAPÊUTICO, com fundamento no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, alegando, em apertada síntese, o seguinte: a interessada está grávida; foi diagnosticada a "trisomia do cromossomo 13 – Síndrome de Patau": micrognatia, fenda palatina e labial, polidactilia pós axial em mãos, uronefrose acentuada fetal a esquerda; a gestação de fetos malformados, particularmente mais severas, resulta em prognóstico ominoso para a saúde materna, caracterizando GRAVIDEZ de ALTO RISCO; várias complicações podem surgir durante o parto; a interessada está deprimida e apresenta perturbação psicológica; a anomalia fetal identificada é letal e sem prognóstico pós-parto; não há relatos de sobrevivência pós-nascimento na literatura médica (fls. 02 a 24).

pedido (fls. 25).

O Ministério Público opinou favoravelmente ao

Eis o relatório.



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

27
1

DECIDO.

1.- INTRODUÇÃO. O ABORTAMENTO POR INDICAÇÃO EUGÊNICA.

NELSON HUNGRIA, comentando as hipóteses legais de excludentes de antijuridicidade específicas para o abortamento, assevera que "andou acertadamente o nosso legislador em repelir a legitimidade do aborto eugenésico, que não passa de uma das muitas *trouvailles* dessa pretenciosa charlatanice que dá pelo nome de "eugenia". Consiste esta num amontoado de hipóteses e conjecturas, sem nenhuma sólida base científica. Nenhuma prova irrefutável pode ela fornecer no sentido da previsão de que um feto será, fatalmente, um produto degenerado. Eis a lição de Von Franqué: "Não há doença alguma da mãe ou do pai, em virtude da qual a ciência, de modo geral ou nalgum caso particular, possa, com segurança, prever o nascimento de um produto degenerado, que mereça, sem maior indagação, ser sacrificado ... Os enfermos mentais, posto que capazes de reprodução, podem ter descendentes interinamente sãos e de alta espiritualidade ... A grande maioria dos tuberculosos gera filhos perfeitamente sãos e até mesmo robustos" (...) (Comentários ao Código Penal, v. I, p. 314, FORENSE, RJ, 1.958).

Contudo, tal posicionamento do ilustre penalista não há de prevalecer e é descabido para o caso em exame.

Em primeiro lugar, devo lembrar que, por óbvias e corrobóricas razões históricas, quando NELSON HUNGRIA fez tais afirmações, a palavra "eugenia" carregava, em sua singela expressão descritiva, uma pesada carga de rejeição emocional e social, a qual, obviamente, refletia-se no pensamento dos penalistas da época.

Aliás, ALBERTO SILVA FRANCO, que fez precisa análise a respeito da rejeição emocional à expressão "eugenia", afirma o seguinte: "Não se desconhece que inúmeras palavras, além de seu sentido puramente descritivo, têm o condão de provocar nas pessoas, que as ouvem, ou que as lêem, reações emocionais. Fala-se, então, do "significado emotivo" dessas palavras que se adiciona ao seu "significado descritivo". "Eugenia" é um dos vocábulos capazes de gerar, além de restrições a respeito de seu significado descritivo, um nível extremamente alto de rejeição emocional e tal reação está vinculada ao uso que dele foi feito, na Alemanha, durante o período nacional-socialista. A "Lei para a purificação da raça" (*erbgesundheitsgesetz*) introduziu, por motivos da chamada "saúde do povo" (*volksgeundheit*) a justificação dos casos de indicação eugênica (esterilização, interrupção da gravidez, extirpação de glândulas sexuais). "Eugenia" tornou-se palavra tabu" (Revista de julgados do Tribunal de Justiça de São Paulo, Aborto por indicação eugênica, v. 132, p. 9).

Assim, a expressão "Indicação eugênica" deve ser analisada, cientificamente, especialmente no caso em exame, sem tal carga da indesejável e prejudicial rejeição emocional.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA

COPIA PARA O ORIGINÁRIO

AGUENTE DE JUSTIÇA

MAHALLUCIO CARVALHO

ESCRIVÃO DE CHEFE

VALDIR SOARES DE PAIVA

AGUENTE DE JUSTIÇA

MAHALLUCIO CARVALHO

ESCRIVÃO DE CHEFE

VALDIR SOARES DE PAIVA

AGUENTE DE JUSTIÇA

MAHALLUCIO CARVALHO

ESCRIVÃO DE CHEFE

VALDIR SOARES DE PAIVA





PODER JUDICIÁRIO

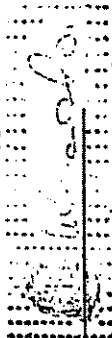
SÃO PAULO

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

22
7

TRIBUNAL DE JUSTIÇA

COMARCA DE CAMPINAS



ESCRIVÃO DE JUIZ
MARIANO CARVALHO
VÍDEO DE JUIZ

A indicação eugênica, *in casu*, e hodiernamente, não está vinculada ao conceito abrangente que lhe emprestou o nacional-socialismo alemão: não há mais falar em abortamento eugênico para se obter uma raça de "super-homens" nem para a conservação da "pureza" de uma determinada raça.

A hipótese em exame é singela, direta e objetiva: o feto não tem cérebro e a sua vida extra uterina é inviável; e a gestante está vivenciando uma gravidez de alto risco.

Mas não é só.

Não se pode olvidar, também, de que o referido posicionamento do insigne penalista nomeado exsurgiu como crítica ao projeto do Código Penal Dinamarquês, que previa a possibilidade da prática do abortamento eugenésico "quando existe perigo certo de que o filho, *em razão de predisposição hereditária*, padecerá de enfermidade mental, imbecilidade ou outra grave perturbação psíquica, epilepsia ou perigosa e incurável enfermidade corporal" (op. cit. p. 313).

Entanto, *in casu*, a situação é totalmente diferente.

É que não há falar em mera "predisposição hereditária" nem se trata de "enfermidade mental, imbecilidade ou outra grave perturbação psíquica, epilepsia ou perigosa e incurável enfermidade corporal".

Na realidade, a interessada foi submetida a um exame ultrassonográfico pelo Serviço Médico Fetal do Serviço de Medicina Fetal da UNICAMP e, com base em tal exame científico, ficou constatado o seguinte: "TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 13 – SÍNDROME DE PATAU" (fls. 19/20).

Eis a conclusão científica: "A extremidade cefálica do feto demonstra ausência dos tecidos cerebrais fetais, abertura da coluna vertebral cervical, e redução do volume da órbita fetal direita. O DIAGNOSTICO ECOGRÁFICO É DE "Trissomia do Cromossomo 13 – Síndrome de Patau": Micrognatia, Fenda Palatina e Labial, Polidactilia Pós Axial em Mãos, Uronefrose acentuada fetal a esquerda" (fls. 19).

Portanto, não há falar em diagnóstico embasado em mera predisposição hereditária nem há falar em um "amontoado de hipóteses e conjeturas, sem nenhuma sólida base científica", como afirma NELSON HUNGRIA.

Há, na realidade, na espécie, um diagnóstico, exarado com exação científica, embasado em exame direto, moderno e preciso, que revelou, com a necessária e exigida certeza científica, a "TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 13 – SÍNDROME DE PATAU".



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

29
7

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE CAMPINAS

ESCRITÓRIO DE CHÉFES
DE SEÇÃO

Induvidosamente, há neste caso a reclamada "sólida base científica" para o diagnóstico obtido.

E ainda não é só.

Não se pode olvidar, também, de que NELSON HUNGRIA fez a referida crítica há mais de TRINTA E CINCO ANOS.

Inegavelmente, houve um brutal desenvolvimento científico daquela época a esta parte.

Atualmente, como é cediço, existem exames, que são realizados com eficácia absoluta e com precisão tecnológica, hábeis para a afirmação de diagnósticos exatos, com sólida base científica, os quais não existiam no primeiro quartel do século ou mesmo há alguns anos.

Os diagnósticos de "malformação fetal" e, em especial, aqueles que revelam a "trisomia do cromossomo 13 - Síndrome de Patau", não são tirados hodiernamente com embasamento em conjecturas nem em hipóteses empíricas nem em mera "predisposição hereditária".

Como aconteceu no caso em exame, o atual estágio do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina permite um diagnóstico conclusivo, exato e preciso.

E, à evidência, o Direito Penal não pode ficar alheio ao desenvolvimento da ciência nem às conseqüentes evoluções históricas do pensamento, da cultura e da ética em um sociedade em constante transformação.

Como lembra FRANCISCO DE ASSIS TOLEDO o Direito Penal é um fenômeno histórico e deve estar submetido, sempre e sempre, a um interminável processo de ajustamento às exigências de uma sociedade em constante mutação.

Aliás, afirma JUAN DEL ROSAL que "o penalista vive o centro da significação histórica do acontecimento da vida".

Assim, em situações como a que neste caso é trazida a juízo, as quais reclamam aplicação das normas penais, não se pode olvidar do atual avanço científico e tecnológico da medicina, o qual, inexoravelmente, acarreta profundas transformações éticas e culturais na sociedade.

2.- DA EXCLUDENTE DE CULPABILIDADE EM FACE INEXISTÊNCIA DE REPROVABILIDADE OU CENSURABILIDADE DA CONDUTA. DA INEXIGIBILIDADE DE CONDUTA DIVERSA.



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

30
7

ANIBAL BRUNO, ensinando que a culpabilidade não tem por base puramente o vínculo psíquico que prende o agente ao seu ato, mas que resulta, sim, de um conjunto de condições que justificam a reprovabilidade, assevera o seguinte: "a culpabilidade é a reprovabilidade que pesa sobre o autor de um fato punível, praticado em condições de imputabilidade, dolosa ou culposamente, tendo ou podendo ter o agente a consciência de que viola um dever e *em circunstâncias que não excluem a exigência de que se abstenha dessa violação*" (Direito Penal, Tomo II, p. 31).

Para ANIBAL BRUNO, portanto, a culpabilidade depende, também, da reprovabilidade que recai sobre o agente e, em consequência, "exclui-se a reprovação e, portanto, a culpabilidade, se ocorrem circunstâncias em face das quais não se pode exigir de quem atua um comportamento ajustado ao dever. A não exigibilidade de conduta diversa, em princípio, exclui do agente o juízo de culpável" (op. cit. p. 30).

Como se vê, na estrutura da culpabilidade está a exigibilidade de um comportamento adequado ao dever, isto é, que a conduta típica seja praticada em situação em que seja lícito exigir do agente comportamento diferente.

MAGALHÃES NORONHA, por sua vez, conciliando as teorias psicológica e normativa, que disputam o conceito da culpabilidade, e ensinando que, na realidade, a culpabilidade é psicológica-normativa e exige a caracterização do dolo ou da culpa, mas, também, a reprovabilidade da conduta do agente, assevera o seguinte: "Se a culpabilidade é juízo de reprovação social, é censurabilidade: compõe-se de outro elemento: a *exigibilidade de outra conduta*", pois "culpável é a pessoa que praticou o fato, quando outra conduta lhe era exigida, e, ao revés, exclui-se a culpa pela inexigibilidade de comportamento diverso do que o indivíduo teve" (Direito Penal, v. 1, p. 100)

A inexigibilidade de conduta diversa, portanto, exclui a culpabilidade.

Ensina DAMÁSIO EVANGELISTA DE JESUS, por sua vez, que "só há culpabilidade quando, devendo e podendo o sujeito agir de maneira conforme o ordenamento jurídico, realiza conduta diferente, que constitui o delito. Então, faz-se objeto do juízo de culpabilidade. Ao contrário, quando não lhe era exigível comportamento diverso, não incide o juízo de reprovação, excluindo-se a culpabilidade" (Direito penal, v. 1, p. 417, SARAIVA, 1.985).

Como se vê, não basta o cometimento de um fato típico e antijurídico para que surja a reprovação social, e penal, da conduta.

PODER JUDICIÁRIO
SÃO PAULO

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

É imprescindível que o agente, nas circunstâncias do fato, tenha a possibilidade de realizar outra conduta, de acordo com o ordenamento jurídico.

Assim, a conduta somente será reprovável "quando, podendo o sujeito realizar comportamento diverso, de acordo com a ordem jurídica, realiza outro, proibido" (Damásio Evangelista de Jesus, op. cit. p. 417).

Aliás, o Egrégio Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo já decidiu que "não há falar em crime, quando a conduta do agente, em desarmonia com o direito, embora ilícita, não é reprovável, pois em face da situação anormal em que agiu, outro comportamento se lhe não podia exigir" (JULGADOS, ed. Lex, v. 13, p. 39).

A inexigibilidade de conduta diversa, portanto, há de ser aceita como causa excludente da culpabilidade.

Lembro, a respeito, inclusive, precioso ensinamento de ANÍBAL BRUNO que, apesar de exigir um "seguro critério seletivo" para o reconhecimento de tal excludente de culpabilidade, assevera o seguinte: "Cabe admitir a não exigibilidade de conduta diversa com caráter de causa geral de exclusão da culpabilidade em qualquer das suas formas, dolo ou culpa. Tal princípio está realmente implícito no Código e pode aplicar-se, por analogia, a casos semelhantes aos expressamente previstos no sistema. Na realidade, são casos de verdadeira lacuna na lei, que a analogia vem cobrir pela aplicação de um princípio latente no sistema legal. É a analogia *in bonam partem*, que reconhecemos como tendo aplicação no Direito Penal" (Direito penal, Parte Geral, v. II, p. 102).

Decididamente, as circunstâncias do fato, as quais FRANK, em sua obra Estrutura do conceito de culpabilidade, chamava de "concomitantes", não podem ser desprezadas na análise da conduta e, especialmente, de sua reprovabilidade.

Como lembra HEITOR COSTA JÚNIOR, "não se duvida hoje que a autodeterminação humana está limitada pelas circunstâncias. Na célebre lição de Ortega y Gasset "eu sou eu e as minhas circunstâncias" (O direito penal e o novo código penal brasileiro, A reforma da parte geral do código penal brasileiro, p. 51, Porto Alegre, 1.985).

Assim, as circunstâncias especiais e complexas que envolvem o fato em exame não podem ser olvidadas.

Aliás, não se olvide de que a nova parte geral do Código Penal direciona-se para a punibilidade da conduta humana e não uma ficção, como adverte JOSÉ HENRIQUE PIERANGELI: "Ao estabelecer de maneira nítida a culpabilidade como critério individualizador da pena, estabelece



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

7

32
P

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

que uma conduta só é punível quando o agente pode, pelo menos, prever a possibilidade de ofensa a um bem juridicamente tutelado, e, ainda, quando for possível fazer-se recair *um juízo de reprovabilidade em face de suas características pessoais e das circunstâncias em que o agente atuou*" (op. cit., Das penas e sua execução no novo código penal, p. 68).

E, *in casu*, as circunstâncias do fato desvelam a inexistência de reprovabilidade para o abortamento que se pretende realizar, pois, à evidência, outra conduta não se pode exigir da interessada.

Urge a prática do abortamento, na espécie, em face das circunstâncias peculiares e excepcionais que caracterizam a gravidez da interessada.

Não se pode exigir, social ou juridicamente, que a interessada leve a termo a sua gravidez.

Lembre-se, sempre e sempre, que a vida extra-uterina do feto é absolutamente inviável e que a interessada está sendo submetida a uma GRAVIDEZ DE ALTO RISCO, com sérios, comprometedores e óbvios prejuízos à sua saúde física, mental e emocional.

No âmago da culpabilidade, inegavelmente, tanto para a doutrina tradicional, mecanicista, como para a doutrina finalista, está um conteúdo normativo, valorativo, axiológico, que é a reprovação, em concreto, de um conduta típica.

Como lembra WALTER MARCILIGIL COELHO, "a culpabilidade é sinônimo de reprovabilidade. O comportamento é culpável porque censurável. Assim, a essência da culpa é a reprovação, a afirmação da culpabilidade não pode prescindir de um juízo valorativo de conduta humana, e esse elemento normativo é fundamental à configuração da culpa penal, deixando em segundo plano o simples nexo psicológico da antiga concepção clássica. E em que termos se fará esta avaliação? Quando se poderá afirmar que a ação criminosa é culpável, isto é, reprovável? Quando as circunstâncias do fato não impediam o agente de motivar-se de acordo com o dever, segundo Goldschmidt; ou, em outras palavras, indagando-se sempre da exigibilidade ou não exigibilidade de outra conduta, nas circunstâncias em que atuou o agente do crime, segundo Feudenthal" (op. cit., Erro de tipo e erro de proibição no novo código penal, p. 88).

E, à evidência, não se pode falar em reprovabilidade social nem em censurabilidade da conduta de quem interrompe uma gravidez nas circunstâncias em comento, ou seja, em face da inviabilidade de um feto com Síndrome de Patau e da exposição da gestante a uma gravidez de alto risco.



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

8

33
7

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
CONFERE COM ORIGINAL

ESCRITÓRIO-GERAL
DO JUIZ

Como ensina DAMÁSIO EVANGELISTA DE JESUS, a culpabilidade não está na cabeça do agente, mas, sim, "na cabeça do juiz", pois reflete, na realidade, juízo de reprovabilidade social da conduta.

E, segundo NELSON HUNGRIA, "o juiz deve ter alguma coisa de pelicano. A vida é variedade infinita e nunca lhe assentam com irrepreensível justeza as "roupas feitas" da lei e os figurinos da doutrina. Se o juiz não dá de si, para dizer o direito em face da diversidade de cada caso, a sua justiça será a do leito de Procusto: ao invés de medir-se com os fatos, estes é que terão de medir-se com ela" (op. cit. p. 68).

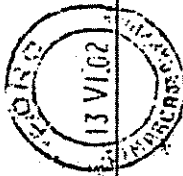
Decididamente, não há falar em reprovabilidade nem em censurabilidade de abortamento praticado em face das condições expostas na inicial, pois é inadmissível exigir da interessada que suporte a gravidez até o seu termo, com todas as consequências e riscos que até mesmo uma gravidez normal acarreta, para que, depois do nascimento, ocorra inevitavelmente a ocisão fetal.

É verdade que NELSON HUNGRIA, prosélito do tecnicismo-jurídico, sustentou, com veemência, a impossibilidade do reconhecimento da licitude do abortamento por indicação eugênica, afirmando ser inadmissível o reconhecimento de causas extralegais de exclusão de ilicitude ou de culpabilidade.

Entanto, com a sabedoria que lhe era peculiar, compreendendo, com sensibilidade e inteligência, que a sociedade altera historicamente o seu modo de ser e de encarar os acontecimentos, especialmente impulsionada por transformações científicas e tecnológicas, recomendou também ao juiz que, ao aplicar as leis, não se olvide dessa constante mutação da vida.

Aliás, em face da importância do tema desta decisão, vale lembrar o que NELSON HUNGRIA asseverou em uma conferência que proferiu, em 1.942, no Teatro Municipal de São Paulo, sob o título "Introdução à ciência penal", fazendo uma verdadeira crítica ao tecnicismo jurídico:

"A ciência penal não se esvai numa pura esquematização rígida de princípios, pois que é uma ciência modelada sobre a vida e para a vida. Não se pode isolar-se da cambiante e multifária realidade social e humana. O tecnicismo jurídico, que reserva o Direito Penal para os juristas, não quer dizer que estes devam colocar entre eles e o mar picado da vida, como parede cega, a inteiriça contextura da lei. Como diz MAGGIORE, o Direito, para garantir-se à própria estabilidade e certeza, constrói os seus dogmas, que são retábulos em que se enquadra a experiência jurídica no seu desdobramento histórico; mas o predomínio desses dogmas não deve degenerar em tirania e protrair-se até o ponto de alheiar-se ao "elan" da vida, ao invés de limitar-se a construir os anteparos e sulcos em que ele deve acomodar-se à





PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

34
h

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

TERMINAL DE JUSTIÇA
CONFERE O ORIGINAL

ESCRIVENTE-CHefe

ordem jurídica. A dogmática, quando entregue à exasperação de abstrair, esquematizar e classificar, arrisca-se a romper os pontos de contato com a vida ou a pôr-se em dissídio com esta. É certo, e chega a ser lapalissiano afirmá-lo, como ainda observa o professor da Universidade de Palermo, que a ciência do Direito é construída juridicamente, isto é, com o método originário e sempre mais aperfeiçoado da jurisprudência romana; mas não é jurista digno desse nome aquele que desconhece a advertência de VON HERING: o irrestrito culto da lógica, que cuida de transformar a jurisprudência numa espécie de matemática do direito, é um erro, e assenta no desconhecimento da natureza do Direito. A vida não é para os teoremas, mas estes para aquela. Não o que a lógica exige, mas o que a vida, o convívio dos homens e o sentimento jurídico reclamam é que deve acontecer, seja ou não possível dentro da lógica" (Novas questões jurídico-penais, RJ, Ed. Nacional de Direito Ltda, 1.945, p. 5).

E também há de ser lembrado o que afirmou GUIMARÃES ROSA, em uma entrevista, pouco antes de morrer: "A lógica é a força com a qual o homem algum dia haverá de se matar. Apenas superando a lógica é que se pode pensar com justiça. Pense nisto: o amor é sempre ilógico; mas cada crime é cometido segundo as leis da lógica".

Com efeito, o direito não pode isolar-se da "cambiante e multifária realidade social e humana".

Como ensina o mestre argentino LUIZ GIMENEZ DE ASÚA, "o juiz não pode mostrar-se alheio às transformações sociais, jurídicas e científicas. Por isso a vontade da lei não deve ser investigada somente em relação à época em que nasceu o preceito, mas sim tendo em conta o momento de sua aplicação. O magistrado adapta o texto da lei às evoluções sofridas pela vida, da qual, em última consideração, o Direito é forma. Daí o poder ele ajustá-la a situações que não foram imaginadas na hora remota de seu nascimento. Assim têm podido viver velhos textos como o Código Penal francês, que tem mais de século e meio de existência" (El criminalista, t. II/103).

Aliás, cabe lembrar, neste momento, recente posicionamento esposado pelo Meritíssimo Juiz Corregedor da Polícia Judiciária da Capital Paulista, GERALDO FRANCISCO PINHEIRO FRANCO, que, em recente estudo, afirmou o seguinte:

" (...) permite-se o aborto para evitar o perecimento da mãe, independentemente da situação da saúde e da condições do fe'to. O Código Penal é de 1.940. Passaram-se 51 anos desde sua entrada em vigor. A ciência médica evoluiu. Situações antes imprevisíveis, hoje podem ser antevistas. E refletem necessariamente a aplicação do direito. Assim é a hipótese do aborto em que haja constatação da impossibilidade de vida extra-uterina por malformação física, como ocorre no caso de acrania (ausência de crânio). A preocupação do legislador pátrio ao vedar o aborto de forma generalizada é a de assegurar a todo custo o direito à vida. E sua preocupação é legítima. Mas existem casos, definidos por ele próprio, em que o rigor da lei deve



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

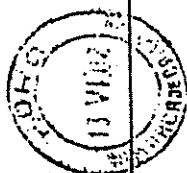
10

35
1

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
CONFERE COM O ORIGINAL

ESCRIVÃO-CHefe



ser afastado, a fim de preservar bem entendido maior. Admitiu a lei, há meio século, que o perigo de vida para a mulher autorizava a interrupção da gravidez, independentemente das condições do feto. Ora, se esse posicionamento, de inegável alcance, sempre foi aceito na sociedade em geral, porque razão não se admitir o aborto no caso em que, por anomalia séria, devidamente evidenciada e constatada por profissionais habilitados, mediante a utilização das técnicas mais modernas da medicina, haja certeza da impossibilidade de vida fora do útero materno. Além disso, insistir no prosseguimento de uma gravidez sem possibilidades de êxito, como no caso da acrania, quando há vontade contrária da mulher, representa capricho irresponsável, que, a par do sofrimento natural, poderá ensejar risco potencial à saúde e grave comprometimento psicológico. Não se pretende defender a interrupção da gravidez decorrente da só vontade da mãe, independentemente das condições do feto. O que se procura evidenciar é que a lei penal, em seu artigo 128, inciso I, interpretado de forma mais abrangente e atual, respeitado sempre o objetivo primeiro do legislador, permite o aborto necessário no caso em que não haja condições de vida extra-uterina do feto, em razão de anomalias sérias, devidamente diagnosticadas. Não se pretende, insisto, que quaisquer anomalias ou deformidades dêem ensejo à interrupção da gravidez, liberalidade perigosa. Em suma: se o legislador ordinário admitiu o aborto necessário, independentemente das condições de saúde do feto, tenho que, o espírito de seu posicionamento, admitiu igualmente a interrupção da gravidez no caso de impossibilidade de vida do feto após o nascimento, cujo diagnóstico prévio hoje é possível. Por outro lado, se permitiu, há mais de cinquenta anos, com reconhecida e necessária coragem, o aborto sentimental, independentemente dos riscos à mãe e das condições do feto, admitiu como possível, havendo risco à saúde física ou psíquica da mulher (e não só à vida), bens individuais que necessitam igual tutela, o aborto de feto sem possibilidade de vida autônoma".

Como se vê, há quem sustente, inclusive, que o abortamento por indicação eugênica estaria coberto pelo manto das excludentes supralegais de antijuridicidade.

ALBERTO SILVA FRANCO critica aqueles que entendem ser a hipótese em exame caracterizadora de excludente de culpabilidade, afirmando o seguinte: tal "posição jurídica não deve ter acolhida porque a exculpação tem um caráter pessoal e somente poderia redundar em proveito da grávida, que é quem se encontra na situação excepcional mas não a do médico" (Aborto por indicação eugênica, in Revista de Julgados do Tribunal de Justiça de São Paulo, v. 132, p. 9).

Tenho para mim, contudo, que não tem razão o ilustre penalista.

É que, se há reconhecimento da inexigibilidade de outra conduta em favor da gestante, se não é exigível que a gestante leve a termo a gravidez, torna-se absolutamente impossível, ilógica e absurda uma



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

11

36
b

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

exigência no sentido de que o abortamento seja praticado por ela própria, sem a intervenção médica.

É evidente, portanto, que, em casos que tais, em face do reconhecimento da ausência de culpabilidade, em face da inexigibilidade do prosseguimento da gravidez, exsurge para o médico o dever jurídico e ético de provocar o abortamento, evitando, assim, que a gestante tenha que praticá-lo sozinha, enfrentando os evidentes e inegáveis riscos decorrentes de tal conduta.

Há inexigibilidade de conduta diversa no que diz respeito ao comportamento da gestante e, obviamente, também no que concerne à intervenção do médico e de todos os profissionais que participarem do abortamento.

Não há falar em censurabilidade da conduta da gestante, que não pode ser obrigada a suportar a gravidez nas condições em referência.

E também não há falar em reprovabilidade da conduta dos médicos e demais profissionais que praticarem o abortamento em tais circunstâncias, pois não se pode exigir que eles omitam auxílio e socorro à gestante.

Aliás, de acordo com o disposto no artigo 5º da Constituição Federal, NINGUÉM SERÁ SUBMETIDO A TRATAMENTO DESUMANO.

E, obviamente, exigir que a interessada leve a termo a sua gravidez, nas condições acima mencionadas, constitui, certamente, uma forma inquestionável de submetê-la a um inaceitável "tratamento desumano", em flagrante violação aos direitos humanos e a dogma constitucional.

Definitivamente, a interrupção da gravidez da interessada é de rigor e está a exigir urgência.

E é preciso que se afirme que o caso em exame não se subsume à hipótese do artigo 128, I, do Código Penal.

É que a prática do abortamento, *in casu*, bem como nos demais casos de malformação fetal, não é o único meio de salvar a vida da gestante.

Posto que a interessada esteja vivenciando uma GRAVIDEZ DE ALTO RISCO, a verdade é que a tecnologia médica hodierna é bastante para garantir segurança à gestante em casos que tais até o termo final da gestação.



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

12

3x
D

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

Não se trata, portanto, de abortamento indicado como única forma de salvar a vida da interessada.

Contudo, devo insistir que não se pode exigir que a interessada suporte o flagelo de uma gravidez com o diagnóstico ominoso, nefasto, funesto e mórbido da "SÍNDROME DE PATAU", sem que exista nenhuma possibilidade de sobrevida fetal.

O abortamento, *in casu*, ainda que não seja a única forma de salvar a vida da interessada, é incensurável, não é reprovável, nem jurídica nem socialmente.

Definitivamente, a interrupção da gravidez da interessada é de rigor e está a exigir urgência.

3.- DA APLICAÇÃO DOS TRATADOS E CONVENÇÕES INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS.

De acordo com o parágrafo 2º do artigo 5º da constituição Federal, os Tratados internacionais de Direitos Humanos, ratificados pelo Brasil, constituem dogmas constitucionais metidos a rol entre as garantias fundamentais, com natureza de cláusula pétrea, nos termos do artigo 60, parágrafo 4º, inciso IV, da Constituição Federal.

Com efeito, como assevera Flávia Piovesan, que inclusive invoca ensinamentos de Antônio Augusto Cançado Trindade e de José Joaquim Gomes Canotilho, "Os Direitos garantidos nos tratados de Direitos Humanos de que o Brasil é parte, integram, portanto, o elenco dos direitos constitucionalmente consagrados. Esta conclusão advém ainda da interpretação sistemática e teleológica do texto, especialmente em face da força expansiva dos valores da dignidade humana e dos direitos fundamentais, com parâmetros axiológicos a orientar a compreensão do fenômeno constitucional" (Direitos humanos e o direito constitucional internacional, pg. 83, Ed. Max Limonad, SP, 1996).

Ora, o Brasil ratificou a convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – "Convenção de Belém do Pará" (1994), em 27 de novembro de 1995, a convenção Interamericana para prevenir e punir torturas (1985) em 20 de julho de 1989, a convenção Americana de Direitos Humanos – "Pacto de San José da Costa Rica" (1969), em 25 de setembro de 1992, a convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (1984), em 28 de setembro de 1989, a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979), em 1º de fevereiro de 1984, e Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos (1966), em 24 de janeiro de 1992.

E tais tratados e convenções internacionais, que



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

13

38
17

Vara do Júri
Comarca de Campinas/SP

têm natureza constitucional no nosso ordenamento jurídico, garantem às mulheres o direito a igualdade e a não discriminação, o direito a autodeterminação, o direito à segurança pessoal, o direito de não ser objeto de ingerências arbitrárias em sua vida pessoal e familiar, o direito de respeito à sua liberdade de pensamento e consciência, o direito de respeito à vida, o direito de que se respeite a sua integridade física, psíquica e moral, o direito ao respeito à sua dignidade, o direito ao acesso a procedimentos jurídicos justos e eficazes quando submetida a violência, o direito de não ser submetida a nenhum tratamento desumano ou cruel, no âmbito físico ou mental, e o direito ao tratamento de sua saúde física e mental.

Mas não é só.

Consta expressamente do parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994), do parágrafo 106 k da Plataforma Mundial de Ação de Pequim (4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995), do parágrafo 63, do Capítulo IV.C, do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento (Assembleia geral Extraordinária da ONU, Cairo + 5, Nova York, 1999) e do parágrafo 107 i do Documento de Resultados de Pequim + 5 (Assembleia Geral Extraordinária da ONU, Pequim + 5 - Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século 21, Nova York, 2000) que às mulheres que optam pelo abortamento não criminoso (1) devem ser garantidas todas as condições para a sua prática de forma segura, e (2) deve ser proporcionado a essas mulheres um tratamento humano e a devida orientação.

Aliás, segundo o parágrafo 63, III, do Capítulo IV do último documento acima invocado, nos casos de opção pelo abortamento não criminoso, "os sistemas de saúde devem capacitar e equipar as pessoas que prestam serviços de saúde e tomar outras medidas para assegurar que o aborto se realize em condições adequadas e seja acessível. Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde da mulher" (p. 70).

Como se vê, é indubitoso o reconhecimento internacional do direito da mulher à prática do abortamento não criminoso com todas as garantias cabíveis para a sua saúde física e mental, o que desvela de modo insofismável o cabimento da autorização do abortamento *in casu* e para que o ato seja realizado com segurança.

4.- DO CABIMENTO DO PROCEDIMENTO. DA APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA DO PROCESSO CIVIL. DA JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA.

"Tendo em vista o dever do Estado de assegurar o bem comum, promovendo a saúde e atendendo aos fins sociais da lei, admissível a interrupção da gravidez,



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

14

39
1

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

comprovando-se que o feto é portador de má-formação congênita, caracterizada por anencefalia – ou ausência de cérebro – afecção irreversível que impossibilita totalmente a sobrevivência extra-uterina, hipótese em que, ao direito da gestante, não cabe opor interpretação restritiva da legislação penal" (RT 732/391).

Como ensina JOSÉ FREDERICO MARQUES, "as regras ou normas do processo civil aplicam-se subsidiariamente ao processo penal" (Tratado de direito processual penal, v. 1, p. 66, SARAIVA, 1.980).

O artigo 3º do Código de Processo Penal admite suplementos dos princípios gerais de direito.

E "é claro que dentre esses princípios, devem ocupar o primeiro lugar os de Direito Processual, que, por ser unitário, está formado por normas e regras contidas em ambos os seus ramos; e, como o processo civil é a parte tecnicamente mais aperfeiçoada do Direito Processual, dele é que são extraídos, em sua maioria, esses princípios" (JOSÉ FREDERICO MARQUES, op. cit, p. 67).

Assim, em face da omissão do Código de Processo Penal, devem ser aplicados, neste caso, os princípios e dispositivos relativos à "jurisdição voluntária" do Código de Processo Civil, especialmente aqueles que exsurgem dos seus artigos 1.104 e seguintes, adaptados, obviamente, aos princípios que norteiam o processo penal.

Considerada, modernamente, por vários autores processualistas como verdadeira espécie de jurisdição, em razão da influência da definição de CARNELUTI a respeito da "lide virtual", a JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA tem a função precípua de fiscalizar a indisponibilidade de direitos, o interesse público e a manutenção dos bens especialmente protegidos pela ordem jurídica (VICENTE GRECCO FILHO, Direito processual civil brasileiro, v. 1, p. 40).

Aliás, como afirma FREDERICO MARQUES, a jurisdição voluntária há de ser provocada sempre que houver um "dissenso de opiniões" (Ensaio sobre jurisdição voluntária, p. 221).

Assim, a intervenção do Estado há de ser provocada, até mesmo na órbita penal, através da JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA, de modo preventivo, para prevenir possíveis litígios entre os "interessados" e evitar a geração de futuros conflitos de interesse (ALCIDES DE MENDONÇA LIMA, Dicionário do Código de Processo Civil, p. 353).

E não se olvide de que, no regime democrático, que vive sob a égide da legalidade, é missão do Estado manter o prestígio e a autoridade da lei.



PODER JUDICIÁRIO

SÃO PAULO

15

40
5

Vara do Juri
Comarca de Campinas/SP

É por isso que ao juiz cabe o dever de "dizer o direito" e, através da jurisdição voluntária, mesmo no âmbito penal, em face de um "dissenso de opiniões", *intervir*, preventivamente, regulando e autorizando a prática de condutas lícitas ou não culpáveis, em casos excepcionais, dês que provocado, com a finalidade de fiscalizar a indisponibilidade de direitos, o interesse público e a manutenção dos bens especialmente protegidos pela ordem jurídica e pela legislação penal.

Por derradeiro, lembro que NELSON HUNGRIA, comentando a possibilidade legal da realização do abortamento "sentimental", ensina ser admissível e até mesmo conveniente a consulta prévia ao judiciário e assevera que o juiz, ao ser consultado, não deve negar a aprovação do ato, ou seja, deve autorizá-lo (op. cit. v. V, pag. 313, n. 73, *in fine*).

Aliás, o Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em face de uma situação análoga, reconhecendo a relevância de evidentes interesses jurídicos em jogo, em face dos reflexos não só na vida privada como na vida da sociedade, admitiu o cabimento de AUTORIZAÇÃO JUDICIAL em procedimento de JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIO no processo penal e decidiu que "os órgãos jurisdicionais não se podem eximir de, movimentados, dar a solução à controvérsia sob o fundamento de que apenas à ética médica competiria resolver a questão, quando estão envolvidos na espécie não apenas problemas individuais, mas, inclusive, toda uma estrutura social e princípios sócio-jurídicos da mais alta relevância" (RT 551/205).

Como se vê, é perfeitamente admissível e juridicamente cabível o procedimento judicial para a autorização da prática do abortamento nas hipóteses de caracterização de quaisquer excludentes de antijuridicidade ou culpabilidade.

ISTO POSTO, forte no artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, no artigo 3º do Código de Processo Penal, nos princípios gerais de direito, nos princípios da jurisdição voluntária e nos artigos 1.104 e seguintes do Código de Processo Civil, os quais aplico subsidiariamente, **AUTORIZO a INTERRUPÇÃO da gravidez da interessada** mediante intervenção médica.

P.R.I.C.A.

Campinas, 12 de julho de 2002.

JOSÉ HENRIQUE RODRIGUES TORRES
JUIZ DE DIREITO

8.4. Anexo 4 - Classificação de Estrato Socioeconômico

1. Quem é o chefe-de-família na sua casa?

[1] A Própria Entrevistada

[2] Outra Pessoa. Quem? _____

2. Qual o último ano de escola que _____ (VER 1.1 Chefe-de-Família) cursou?

[1] Não Estudou/Primário Incompleto 0 pontos

[2] Primário Completo/Ginasial Incompleto 5 pontos

[3] Ginásial Completo/Colegial Incompleto 10 pontos

[4] Colegial Completo/ Universitário Incompleto 15 pontos

[5] Universitário Completo 21 pontos

Total de pontos = _____

3. Na sua casa tem:

a) Aparelho de videocassete/VCR? [1] não [2] sim (10 pontos) _____

b) Máquina de lavar roupa? [1] não [2] sim (8 pontos) _____

c) Geladeira? [1] não [2] sim (7 pontos) _____

d) Aspirador de pó? [1] não [2] sim (6 pontos) _____

Total de pontos = _____

4. Quantos _____ (Leia Cada Item Abaixo) existem em sua casa?

| Item | Número de Itens Possuídos | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|---|----|----|----|----|-----------|
| | Nenhum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 ou mais |
| a) Carro | 0 | 4 | 9 | 13 | 18 | 22 | 26 |
| b) TV em cores | 0 | 4 | 7 | 11 | 14 | 18 | 22 |
| c) Banheiros | 0 | 2 | 5 | 7 | 10 | 12 | 15 |
| d) Empregada mens. | 0 | 5 | 11 | 16 | 21 | 26 | 32 |
| e) Rádios | 0 | 2 | 3 | 5 | 6 | 8 | 9 |
| Total de pontos = | | | | | | | _____ |

ENTR.: Some o total de pontos das perguntas 2, 3 e 4

Total geral de pontos = _____ + _____ + _____ = _____ pontos

ENTR.: Utilizando o total de pontos, assinale a alternativa correta.

[1] A (89 pontos ou mais)

[2] B (59 a 88 pontos)

[3] C (35 a 58 pontos)

[4] D (20 a 34 pontos)

[5] E (0 a 19 pontos)

8.5. Anexo 5 – Ficha de caracterização da mulher

INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR ANOMALIA FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA: AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA MULHER

N.º Pesquisa:

Data da Entrevista:

Idade anos

Escolaridade:

Trabalho:

Estado Marital: (1) solteira (2) casada (3) vive junto
(4) separada (5) divorciada (6) viúva

Tempo de união: anos e meses

Religião :

N.º de gravidezes:

N.º total de filhos vivos:

N.º de abortos:

N.º de natimortos:

Diagnóstico fetal da gestação interrompida:

8.6. Anexo 6 - Roteiro temático para entrevista

INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR ANOMALIA FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA: AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES

Roteiro Temático para Entrevista

N.º Pesquisa:

Data da Entrevista:

Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua experiência durante a gravidez, sobre a decisão de interromper a gravidez e sobre a internação para a interrupção. Também gostaria de saber como a senhora está atualmente.

Aspectos do conhecimento do diagnóstico

1. Como a senhora ficou sabendo que estava grávida?
2. Essa gravidez foi planejada?
3. Essa gravidez foi desejada?
4. Como a senhora ficou sabendo sobre a malformação fetal?
5. O que lhe foi dito sobre o problema do feto?
6. Com quantos meses de gravidez estava quando ficou sabendo da malformação fetal?
7. Como se sentiu quando recebeu a informação do problema do feto ?

Aspectos da tomada de decisão de interromper a gestação

8. Quando a senhora começou a pensar em interromper a gravidez?
9. Como se sentiu quando começou a pensar em interromper a gravidez?
10. A senhora conversou com alguém para tomar a decisão?
11. Quem decidiu que a senhora interromperia a gravidez?
12. Por que se optou por interromper a gravidez?
13. Como se sentiu quando isto foi decidido?
14. E a sua religião, teve alguma influência na sua decisão?
15. Como foi o envolvimento do seu marido/companheiro na decisão?

16. E a sua família como reagiu?
17. Quais as pessoas da família que lhe deram apoio?
18. Que tipo de apoio recebeu?
19. Como foi o apoio da família?
20. Teve alguém que não aceitou a sua decisão? Por que?
21. Como a senhora lidou com isso?
22. Houve algum aspecto nessa tomada de decisão que foi mais difícil que os outros?
23. Qual? Por que?

Aspectos da interrupção da gestação

24. A senhora foi informada sobre como seria feita a interrupção da gravidez?
25. Quem informou?
26. O que falou?
27. Faltou alguma informação?
28. O que você pensou/sentiu diante das informações?
29. Para interromper a gravidez, a senhora precisou de uma autorização judicial. Como a senhora se sentiu durante as providências de solicitação desta autorização (contato com o advogado, etc.)?
30. Depois de quanto tempo foi chamada à Procuradoria para buscar a autorização judicial?
31. Quanto tempo ficou internada para a interrupção da gravidez?
32. Como foi para você a interrupção?
33. Como você se sentiu durante a internação?
34. O que foi mais difícil para a senhora, do momento em que soube do diagnóstico até a gravidez ser interrompida?

Aspectos do período de pós-interrupção de gestação

35. Imediatamente depois da interrupção como a senhora se sentiu?
36. Como a senhora está se sentindo agora em relação à sua decisão (alívio, tristeza, frustração, alteração do humor, insegurança, etc.)?
37. E o seu companheiro, como está reagindo?
38. E a sua família, como está reagindo?
39. Alguma pessoa da família está dando apoio? Quem?
40. A senhora sente necessidade de receber algum outro atendimento, além dos que já teve?

Aspectos do relacionamento conjugal

41. E a sua vida no dia-a-dia com o marido/companheiro? Como está seu relacionamento, em geral, com ele?
42. Esse relacionamento mudou após as vivências desta situação?
43. Se mudou:
44. que mudou no seu relacionamento?
45. Quando começou mudar?
46. Por que a senhora acha que mudou?
47. Como a senhora acha que vai ficar o seu relacionamento sexual quando retomar a vida sexual?

Aspectos do relacionamento com os filhos (se tiver outros filhos)

48. Você tem filhos?
49. E o seu relacionamento com os filhos, como está?
50. Contou a eles sobre a interrupção da gravidez?
51. O que falou para ele(s) sobre o problema?
52. Como foi a reação deles?
53. Você acha que a interrupção tem interferido no seu relacionamento com eles?

Aspectos das expectativas após a interrupção

54. Você pensa em engravidar novamente?
55. Se não, por que?
56. Você sente algum medo de uma nova gravidez?
57. A senhora pretende usar algum método contraceptivo?
58. Como a senhora avalia, no geral, a experiência da interrupção da gravidez?
59. O que a interrupção da gravidez trouxe de bom e de ruim para sua vida?
60. Tem alguma coisa que não perguntei e que a senhora gostaria de falar?

8.7. Anexo 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome Do Estudo: INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR ANOMALIA FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA: AS VIVÊNCIAS DAS MULHERES

N.º Prontuário: _____ N.º Pesquisa: _____
Nome: _____ Idade: _____
RG: _____
End.: _____ N.º: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Nome do Responsável: _____ Idade: _____
RG: _____
Grau de Parentesco: _____

Eu, _____, fui convidada a participar de uma pesquisa que está sendo realizada para conhecer o que sentem as mulheres que decidem interromper a gravidez, devido à malformação fetal incompatível com a vida. A pesquisadora responsável é Lúcia de Lourdes Ferreira da Costa, assistente social, que trabalha no Ambulatório de Obstetrícia/CAISM, das 7:00 às 13:00 horas (telefone (19) 3788-9328). Fui informada que esta pesquisa contribuirá para que os profissionais de saúde, conhecendo estas vivências, atuem mais adequadamente no apoio e orientação às mulheres que necessitem interromper a gravidez porque o feto apresenta malformação, incompatível com a vida.

Aceito participar, para isso serei entrevistada uma vez, respondendo perguntas relacionadas com a minha experiência durante a gravidez, a decisão de solicitar a interrupção da mesma, a internação para interrupção da gravidez e o período após a interrupção. Aceito que a entrevista seja gravada. Fui informada que a duração será de aproximadamente 50 minutos. Fui informada, ainda, que meu nome será mantido em sigilo e todas as informações que darei nunca serão associadas à minha pessoa. As fitas com a gravação da entrevista não serão identificadas com o meu nome. Após cinco anos da realização da pesquisa, estas serão desgravadas. Fui esclarecida que tenho o direito de não responder a

qualquer pergunta que não desejar, e que isso não prejudicará ou interferirá no meu atendimento neste hospital.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, após ler ou terem lido para mim as informações acima. Tudo que perguntei me foi respondido satisfatoriamente, e se tiver qualquer dúvida ou reclamação sobre a maneira como a pesquisa está sendo feita, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas pelo telefone (19) 3788-8936.

Aceito voluntariamente colaborar com esta pesquisa. Fui informada que me serão fornecidos R\$ 30,00 (trinta reais), para gastos com transporte e alimentação.

Campinas, ____ de _____ de 200__

Assinatura da mulher

Assinatura do responsável

Assinatura da pesquisadora

8.8. Anexo 8 – Quadro de resumo da caracterização das mulheres

QUADRO – CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

| Número | Nome | Idade | Escolaridade | Ocupação | Estrato socio-econômico | Estado civil | Tempo de união | Diagnóstico da gestação | História Obstétrica | Religião |
|--------|-----------|---------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------|------------------|---|---------------------|---------------------------|
| 01 | Marina | 28 anos | Segundo grau completo | Secretária | C | Casada | 6 anos e 2 meses | Inencefalia fetal | G1 NM1 | Católica não praticante |
| 02 | Julia | 21 anos | Segundo grau completo | Auxiliar de produção | C | Vive junto | 2 meses | Síndrome de Patau | G1 NM1 | Nenhuma |
| 03 | Mariana | 29 anos | Superior incompleto | Técnica contábil e gerente de loja | B | Vive junto | 1 ano e 8 meses | Inencefalia fetal | G2 A2 | Católica não praticante |
| 04 | Marcia | 23 anos | Primeiro grau incompleto | Do lar | E | Viúva | | Anencefalia fetal | G4 A1 NM1 FV2 | Católica não praticante |
| 05 | Vanessa | 18 anos | Segundo grau incompleto | Auxiliar de balcão | D | Vive junto | 5 meses | Acrania fetal | G1 NM1 | Católica não praticante |
| 06 | Adriana | 27 anos | Segundo grau completo | Operadora de caixa | B | Solteira | | Agnesia renal bilateral e hipoplasia torácica fetal | G1 NM1 | Católica não praticante |
| 07 | Joseane | 23 anos | Segundo grau completo | Do lar | C | Vive junto | 5 anos | Anencefalia e espinha bifida cervical fetal | G2 NM1 FV1 | Nenhuma |
| 08 | Cristiane | 17 anos | Primeiro grau incompleto | Do lar | D | Vive junto | 3 anos e 2 meses | Anencefalia fetal | G2 NM1 FV1 | Católica praticante |
| 09 | Tatiana | 19 anos | Segundo grau incompleto | Do lar | D | Vive junto | 1 ano e 3 meses | Síndrome de Edwards | G2 NM1 FV1 | Católica praticante |
| 10 | Andréa | 24 anos | Primeiro grau incompleto | Monitora de casa de repouso | D | Separada | | Anencefalia fetal | G3 NM1 FV1 FM1 | Evangélica não praticante |