

Aborto Legal por Estupro – Primeiro Programa Público do País

UNITERMOS - Aborto legal, estupro.

Introdução

O Código Penal Brasileiro no seu artigo 128, do Decreto - Lei nº 2848 de 07/12/1940, diz: "Não se pune o aborto praticado por médico:

"I - Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante.

II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal".

Apesar da lei, a questão de interrupção da gestação nesses casos ainda é muito grave em nosso país. Para onde estas gestantes devem ser encaminhadas e quem deve atendê-las são questões que pendem sem respostas até os dias de hoje, já que desde 1940 não se preocuparam os legisladores em regulamentar o artigo acima citado. Os hospitais se negam a efetuar os referidos atendimentos, e os próprios profissionais da área médica não se comprometem a executar a interrupção da gestação uma vez que o Código de Ética Médica lhes faculta o direito de não fazê-lo. Em decorrência disso, aquela mulher que deveria merecer um atendimento diferenciado acaba procurando clínicas clandestinas, muitas vezes sem condições mínimas de higiene, e até mesmo curiosas, com todas as conseqüências trágicas que estamos acostumados a presenciar.

Foi dentro deste contexto que, a partir de 1989, a Assessoria da Saúde da Mulher da Prefeitura do Município de São Paulo passou a estudar uma maneira de melhor atender as vítimas de estupro quando grávidas. Em 06/06/89, foi publicado no Diário Oficial do Município a Portaria 692/89 que inclui na Lei Orgânica do Município:

"Dispõe obrigatoriamente a rede hospitalar do município do atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade, previstos no Código Penal".

Houve sensibilização por parte da diretoria do Hospital Municipal Dr. Arthor Ribeiro de Saboya (Jabaquara), e os seguintes órgãos foram consultados: Ordem dos Advogados do Brasil, Procuradoria Geral do Município, Procuradoria Geral do Estado, Secretaria dos Negócios Jurídicos de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Primeiro Tribunal do Júri e a Chefia de Promotoria daquele tribunal. Todos deram pareceres favoráveis. Foi então criado neste hospital o primeiro serviço público com um programa complexo voltado para o atendimento da mulher gestante vítima de estupro e que deseja interromper esta gestação.

A formação de equipe

Após todos os passos anteriores, foi criada uma equipe multiprofissional composta por duas assistentes sociais, duas psicólogas, três médicos ginecologistas, uma enfermeira e um advogado. Os médicos foram contratados com vagas dirigidas para o Programa de Aborto Legal; portanto, já sabiam onde iriam atuar.

As condições de acesso no programa

Para serem atendidas em nosso programa, as pacientes devem cumprir as seguintes exigências: estarem gestantes de até 12 semanas, apresentar o Boletim de Ocorrência com laudo do Instituto Médico Legal, e se forem menores ou mentalmente incapazes, deverão estar acompanhadas de um responsável legal. Devem ainda concordar e assinar uma autorização onde os riscos a curto e longo prazo são expostos.

Fluxo

As pacientes que nos procuram podem ser encaminhadas por outras entidades ou por conta própria. São recebidas pelas assistentes sociais que os orientam com relação aos documentos que devem apresentar, interpretam o programa, discutem e tiram algumas das dúvidas da paciente. Em seguida estas pacientes são encaminhadas para as psicólogas e para os médicos. As psicólogas avaliam as condições emocionais e outras que envolvem o caso, trabalham no sentido de reforçar a auto-estima e avaliar a crise de insegurança, temeres etc... Os médicos fazem uma consulta ginecológico onde avaliam a gestação e o exame de ultra-som, no sentido de confirmar e registrar a idade da gestação confrontando-a com a data do estupro. Faz-se uma avaliação clínica, colhe-se sorologia para sífilis e para o vírus de imunodeficiência humana (HIV) e, se necessário, esfregado vaginal, hemograma, testes de coagulação, tipagem sanguíneas e fator R_A. Caso a paciente seja portadora de alguma patologia específica (cardiopatia, pneumopatia etc.), a mesma é encaminhada para uma consulta na clínica médica para avaliar os possíveis riscos inerentes à anestesia e ao ato médico propriamente dito. Após esses exames iniciais, é marcada uma reunião do grupo com a diretoria do hospital e com a chefia da única tocoginecológica, onde o caso é discutido e decidindo-se pela interrupção ou não dessa gestação. Todas as reuniões são registradas em ata e é elaborado um documento com a assinatura de todo o grupo presente; documento este que fica arquivado junto ao prontuário da paciente. Após o caso ter sido aceito, a paciente é convocada para internar-se em dia preestabelecido: e caso não haja nenhuma contraindicação cirúrgica, o procedimento é realizado. É necessário dizer que todo este processo leva entre dois a sete dias dependendo da urgência do caso. A atuação da enfermagem se dará na orientação dos procedimentos, esclarecimentos e acompanhamento da paciente durante a cirurgia; na alta, deve atuar no sentido de orientações medicamentosas, retorno para revisão e encaminhamento de acedes contraceptivas pertinentes. O advogado serve não só para apoio jurídico do programa, mas pode também orientar as pacientes e familiares sob o ponto de vista legal do caso. Após a alta hospitalar, a paciente é orientada para retornar em uma semana para revisão pós-cirúrgica. Na oportunidade a mesma é examinada, faz orientação contraceptiva inicial, quando necessário, e após reavaliação das psicólogas a paciente é encaminhada para um posto de saúde de referência para os controles posteriores. Quando necessário, as psicólogas e médicos continuam seu trabalho de reintegração social das pacientes até que elas mesmas possam ter alta destas especialidades.

Aspectos técnicos da atuação médica

Após todo aquele processo inicial de preparo pré-operatório e internação hospitalar, a paciente é encaminhada ao centro cirúrgico para os preparos de assepsia e antisepsia. Embora existam técnicas que podem ser realizadas sob anestesia local, em virtude das condições psicológicas que envolvem toda a problemática da mulher violentada, preferimos realizar a cirurgia sob anestesia geral, evitando assim mais um trauma a esta paciente. Algumas pacientes já foram induzidas no dia anterior com Misoprostol, e às vezes apresentam-se já com o colo dilatado, e muitas até já eliminaram o aborto sendo tratada como em um abortamento incompleto com uma simples curetagem. Em outras, o colo apresenta-se fechado e procede-se a uma dilatação até a vela equivalente a idade gestacional mais um (oito semanas até vela nove). Em seguida o material ocular é retirado com pinça de Winter seguida de delicada curetagem, ou então é procedida uma aspiração da cavidade uterina pela técnica de Karman

(seringas de 60 ml). Acreditamos que a aspiração uterina seja, até 10 semanas de gestação, a técnica mais prática e simples com menores riscos de complicações. As pacientes Rh negativas recebem imediatamente a imunoglobina para prevenção da isoimunização Rh. Em geral não há necessidade de antibioticoterapia profilática. Após a liberação do anestesista a paciente vai para a enfermaria, e muitas delas em duas a quatro horas já podem receber alta. Temos verificado que as pacientes que foram induzidas previamente com 0 Misoprostol apresentam um colo uterino mais trabalhado (amolecido) resultando em uma dilatação mais fácil e menos traumática, e portanto, com menos riscos de sequelas, como, por exemplo, a incompetência istmo-cervical.

Casuística

Até setembro de 1993, um total de 131 pacientes foram encaminhadas, sendo que 33 não estavam grávidas, e 98 estavam gestantes. Destas 98 gestantes, 52 não, tiveram acesso ao programa, principalmente devido à idade gestacional estar acima de 12 semanas (46) ou não apresentarem os documentos exigidos para condições de acesso (6). Portanto, tiveram acesso ao programa 46 pacientes cujas características são apresentadas na Tabela a seguir:

Alguns esclarecimentos sobre a casuística: entre as doentes mentais, uma foi por alcoolismo crônico, que embora não se configurasse violência, a mesma encontrava-se em estado de total embriaguez. Por ser alcoólatra crônica, com várias internações anteriores em clínicas psiquiátricas, foi avaliada por dois psiquiatras além das psicólogas do programa e constatada a incapacidade mental conforme o atual Código Internacional de Doenças. Duas pacientes foram encaminhadas para outro serviço, em virtude de apresentarem-se com idades gestacionais acima de 12 semanas. Existe um serviço em nossa cidade no qual está estruturado um programa de atendimento para esses casos. Com relação a situação do estupro, as 11 pacientes estupradas na residência o foram por familiares, considerados aqui como pessoas conhecidas (pai, padrasto, cunhado, namorado, tio etc.). Com relação às técnicas utilizadas, a técnica combinada (misoprostol + aspiração + curetagem) só se constituiu problema para uma das pacientes, no qual houve dificuldade em remover o ovo só com a aspiração devido à idade da gestação (12 semanas), e foi necessária a complementação com a curetagem uterina. Com relincho ao tempo de internação, nos casos de indução com Misoprostol a paciente ficava internada devido à insegurança da equipe no início do programa. Também os dois casos complicados ficaram internados por 7 dias, e isso elevou a média geral de tempo de internação.

Discussão

Embora polêmico no seu aspecto religioso, o programa de aborto legal por estupro tem atendido pacientes de vários credos religiosos e que, apesar de serem contra o aborto em outras situações, nesta em particular sentem um alívio expressivo após o procedimento. E até o presente momento não tivemos nenhuma paciente que tenha se arrependido deste ato. Muito pelo contrário, algumas mantêm constante contato com o programa chegando inclusive a participar de encontros e palestras em que expõem publicamente seus sentimentos e pensamentos sobre o assunto, contribuindo assim para a desmistificação do tema.

Algumas críticas têm surgido com relação ao limite máximo de 12 semanas de gestação e não até 20 semanas, uma vez que seguindo a Organização Mundial da Saúde aborto seria a interrupção da gestação até 20 semanas ou um feto de até 500 gramas. O grupo optou por limitar em 12 semanas, devido às dificuldades técnicas e aos riscos aumentados após este período. Após o primeiro trimestre, a interrupção deve ser feita através de indução medicamentosa. Não dispomos de recursos para realização deste tipo de indução e, além do mais, existe risco de insucesso deste procedimento o que se exigiria manipulações cirúrgicas de dificuldades crescentes, atingindo-se um índice de morbidade cirúrgica quatro ou cinco vezes maior do que os riscos do procedimento no primeiro trimestre. Este seria um risco

demasiadamente alto para a paciente no entender da equipe multidisciplinar.

Outro aspecto criticável do programa é a exigência de Boletim de Ocorrência (B.O.) e laudo do Instituto Médico Legal (IML). Apesar destes documentos não serem exigidos legalmente pelo Código Penal brasileiro, achamos que o estupro é um crime hediondo, e, como tal, deve ser denunciado pelo bem da sociedade. Além do mais o B.O. também serve de respaldo legal para a equipe multiprofissional do programa. O laudo do IML, apesar de quase sempre ser inconclusivo, faz parte do processo complementar do Boletim de Ocorrência.

Outro fato relevante tem a ver com os sentimentos dos componentes do grupo. Sendo este pioneiro no enfrentamento prático deste tema que envolve aspectos culturais, religiosos, morais e éticos arreigados negativamente em nossa sociedade, as reflexões a respeito das fortes experiências vividas pela equipe trouxeram um amadurecimento de todos no sentido de uma desmistificação e um crescimento em conjunto do grupo, que na fase inicial utilizou-se inclusive de psicoterapia de grupo por causa dos momentos de angústia e insegurança por que todos passamos. Devemos comentar ainda que no início do programa houve uma grande resistência dos membros de nossa comunidade hospitalar, não só refletindo a visão da sociedade sobre o tema ABORTO, mas também por estarem trabalhando em um hospital onde a prática executada dava-lhos uma sensação de conivência com um procedimento de valores discutíveis. Com o tempo houve uma sensibilização para o programa que visa o atendimento de mulheres violentadas. Hoje todos os funcionários já aceitam, discutem, participam, e se identificam com o programa, sentindo muitos, até, um certo orgulho por trabalhar no único hospital que tem essas características.

Conclusões

1. O programa foi muito bem aceito pela população em geral, e embora ainda polêmico, vem servindo de modelo para outras entidades interessadas em dar este tipo de atendimento.
2. Há necessidade de melhor divulgação, e um trabalho de orientação à população em geral com relação às condições de acesso ao programa para que as pacientes não cheguem com gestações avançadas.
3. Um programa de atendimento mais amplo para as pacientes que não tiveram acesso à interrupção dessas gestações precisa ser criado (por exemplo, adoção)
4. As Prostaglandinas e o Mifepristone (RU486) teriam suas indicações precisas neste tipo de atendimento, sendo necessário a liberação do Ministério da Saúde para uso em nosso país.
5. Os colegas que atendem estas pacientes em serviços de pronto-atendimento (imediatamente após o estupro) devem lembrar-se de prescrever medicamentos do tipo estrógenos e/ou progesteroana, em doses altas ("Pílula do dia Seguinte"), para prevenir essas gestações indesejadas.

Abstract - Legal Abortion after Rape-First Public Program in Brazil

The authors present the experience of the first public program in the Country concerning assistance to pregnant women who are victims of rape and wish to interrupt their undesired pregnancy.

Bibliografia

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Processo Consulta nº 6455/89. Analisa portaria da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo que regulamenta o atendimento dos casos de abortamento legalmente previstos na legislação federal. Relator: Osmar Nicolau Tortorella.
2. Demanto C. Código penal comentado. 2.ed. Rio de Janeiro Renovar, 1988.

3. Delmanto C. Código penal anotado. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 1991.
4. Delmanto C, organizador. Código penal e legislação complementar. São Paulo: Saraiva, 1981.
5. França GV. Medicina legal. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
6. Fragoso H. Lições de direito penal. Rio de Janeiro: Forense, 1981 v1.
7. Ordem do Advogado do Brasil Seção São Paulo. Comissão da Mulher Advogada. Parecer de 11 de abril de 1989. Analisa proposta de portaria da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo, sobre o aborto. Relator: Norma Kyriako.
8. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Parecer jurídico consultivo da Assessoria Jurídica. Abortamento - portaria que regulamenta sua prática na rede hospitalar, nos casos legalmente previstos: risco de vida materna e gravidez resultante de estupro. Legalidade e ilegalidade. Relator: Anabela Maria Sampaio de Castro. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, v.34, n.102, 6 Jul 1989, p.20.
9. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria ng 692, de 26 de abril de 1989. Dispõe sobre a obrigatoriedade à rede hospitalar do município do atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade previstos no Código Penal. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, v.34, n.76, 26 Abr 1989, p.12.

Endereço para correspondência:

*Osmar R. Colas Rua Pará, 65 - conj. 82 Higienópolis
01243 - 020 São Paulo - SP*