Gláucia Rosana Guerra Benute

**Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção
da gravidez : psicodiagnóstico e intervenção**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Obstetrícia e Ginecologia
Orientadora: Profª Drª Roseli Yamamoto Nomura

São Paulo
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Benute, Gláucia Rosana Guerra

**Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez :
psicodiagnóstico e intervenção** / Gláucia Rosana Guerra Benute. -- São Paulo,
2005.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Roseli Yamamoto Nomura.

Descritores: 1.COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ/psicologia
2.FETO/anormalidades 3.ABORTO LEGAL/psicologia 4.ENTREVISTAS

USP/FM/SBD-098/05

“(...) A MORTE É MAIS REAL QUE O NASCIMENTO, NO SENTIDO DE QUE TODOS OS PONTOS DE PARTIDA NOS PRECEDEM. A MORTE É IMEDIATAMENTE PRESENTE, PORQUE O MOMENTO DA MORTE PODE SER QUALQUER MOMENTO E É CADA MOMENTO PARA A ALMA EM TRANSFORMAÇÃO, QUE VIVE ATRAVÉS DO PERECER”.

HILLMAN, J.

AO MEU FILHO, BRUNO, COM
QUEM APRENDI O VERDADEIRO
SENTIDO DE AMAR E DE VIVER.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo Zugaib por acreditar no trabalho multiprofissional, abrindo as portas de seu Serviço para a realização deste trabalho e pelas muitas lições ensinadas no decorrer desses anos;

À Prof. Dr^a Roseli Yamamoto Nomura que, mais do que me orientar neste trabalho, ensinou-me muito sobre a vida, a filosofia, a ética, a política, etc. O meu respeito, a minha admiração, o meu agradecimento e a minha amizade é pouco para expressar toda a participação neste trabalho;

À Carolina Duarte pelo auxílio na digitação e revisão das tabelas;

À Cecília Proaska pela dedicação e ajuda na análise dos dados;

Ao Prof. Dr. Thomaz Gollop, com quem aprendo todos os dias novas lições de ética, respeito e seriedade;

Ao Marcos Valentin Frigério pela disponibilidade em discutir algumas questões e pelo empréstimo de valiosa literatura;

À Gleidis Guerra pela valiosa colaboração;

À Kátia Sakamoto pela cuidadosa tradução do resumo, pela amizade e pelo carinho;

Ao Victor Guerra Faria, meu sobrinho, que muito me ajudou nas conferências finais desta tese;

Ao meu irmão Junior, sempre disposto a me auxiliar;

Ao meu marido, Kleber, e ao meu filho Bruno pela compreensão, pelo carinho e pelo amor;

Às pacientes que, apesar de todos os sofrimentos, conseguiram compreender a importância deste estudo, permitindo a utilização do discurso, da dor e da emoção que viveram.

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *Internacional Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

SUMMARY

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
2	<u>PROPOSIÇÕES DO ESTUDO</u>	8
2.1	OBJETIVO GERAL	8
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3	<u>REVISÃO DE LITERATURA</u>	9
3.1	REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS	9
3.1.1	DISSEMINAÇÃO CULTURAL	11
3.1.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE E PRIVAÇÃO	16
3.2	ABORTO	18
3.2.1	CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO E SOCIAL	19
3.2.2	DEBATE FILOSÓFICO: INÍCIO DA VIDA HUMANA	24
3.2.3	ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA: REFLETINDO SOBRE O ABORTO	27
3.2.4	A IGREJA CATÓLICA NAS QUESTÕES RELATIVAS AO ABORTO	33
3.3	A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O ABORTO POR ANOMALIA FETAL LETAL	39
3.3.1	O ABORTO EUGÊNICO	44
3.3.2	HISTÓRICO DOS ALVARÁS JUDICIAIS	49
3.3.3	A SOLICITAÇÃO DE AÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL	53
3.4	MEDICINA FETAL	59
3.4.1	HISTÓRICO, PROCEDIMENTOS E EXAMES	59
3.4.2	DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E ACONSELHAMENTO GENÉTICO	62
3.5	ASPECTOS PSICOLÓGICOS	66
3.5.1	PROCESSOS PSÍQUICOS E O DIAGNÓSTICO DE ANOMALIA FETAL LETAL	67
3.5.2	PROCESSOS PSÍQUICOS E A DECISÃO PELA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ	72
4	<u>CASUÍSTICA E MÉTODO</u>	75
4.1	CASUÍSTICA	75

4.2	INSTRUMENTOS	76
4.2.1	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO “GRUPO GERAL”	76
4.2.2	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO “GRUPO DE AVALIAÇÃO PÓS-INTERRUPÇÃO”	77
4.3	PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA NOS CASOS DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL	78
4.4	QUESTÕES ÉTICAS	79
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	80
4.6	ANÁLISE QUANTITATIVA	81
4.7	ANÁLISE QUALITATIVA DO GRUPO GERAL	81
4.8	ANÁLISE QUALITATIVA DO GRUPO PÓS-INTERRUPÇÃO	82
5	RESULTADOS	84
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	85
5.1.1	ANÁLISE QUANTITATIVA DA CARACTERIZAÇÃO GERAL	85
5.1.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES QUE REALIZARAM ENTREVISTA PSICOLÓGICA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ (GRUPO PÓS INTERRUPÇÃO)	90
5.2	ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS ABERTAS DO GRUPO GERAL	93
5.2.1	PROCESSOS PSÍQUICOS	94
5.2.1.1	O DIAGNÓSTICO E O PROCESSO DE DECISÃO PELA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	94
5.2.1.2	INTERRUPÇÃO JUDICIAL COMO LIVRE EXPRESSÃO DO DESEJO INDIVIDUAL	99
5.2.1.3	DESESTRUTURAÇÃO PSÍQUICA DIANTE DAS DIFICULDADES BUROCRÁTICAS PARA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	102
5.2.1.4	ANORMALIDADE FETAL E EXPECTATIVA SOCIAL	103
5.2.1.5	INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ E CONTATO COM O BEBÊ	104
5.2.1.6	REESTRUTURAÇÃO DO FUTURO APÓS A PERDA DO BEBÊ	105
5.2.2	ATUAÇÕES DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE DECISÃO	106
5.2.2.1	PSICODIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO	106
5.3	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS APÓS INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ	114
5.3.1	DA OPÇÃO PELA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ	114
5.3.1.1	TEMPO DEMANDADO PARA A DECISÃO	114
5.3.1.2	SENTIMENTOS VIVENCIADOS NA DECISÃO	115
5.3.1.3	TOMADA DE DECISÃO	116
5.3.1.4	REAÇÃO DO PARCEIRO	117
5.3.1.5	DÚVIDAS PARA A INTERRUPÇÃO	118
5.3.1.6	INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO	119
5.3.1.7	FALAR DO PROBLEMA	121
5.3.1.8	FALAR SOBRE A SITUAÇÃO VIVIDA	122

5.3.1.9	OPINIÃO MAIS IMPORTANTE NA DECISÃO	123
5.3.1.10	ALVARÁ JUDICIAL E FÓRUM	124
5.3.1.11	SENTIMENTOS VIVENCIADOS NA ESPERA DA DECISÃO JUDICIAL	124
5.3.1.12	DIFICULDADE DA VIVÊNCIA DA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ	125
5.3.1.13	VIVÊNCIA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO	126
5.3.1.14	COMO ACONSELHARIA ALGUÉM NA MESMA SITUAÇÃO	128
5.3.1.15	MUDANÇAS NA VIDA	129
5.3.1.16	ALTERAÇÕES NO RELACIONAMENTO CONJUGAL	131
5.3.1.17	ABORTO E CULPA	132
5.3.1.18	CRENÇA SOBRE O ABORTO	133
5.3.1.19	MEDO DE ENGRAVIDAR NOVAMENTE	134
5.3.1.20	ATITUDE EM SITUAÇÃO SEMELHANTE	136
5.3.1.21	FALAR DA INTERRUPÇÃO COM OUTRA PESSOA	137
5.3.1.22	CRÍTICAS QUANTO À DECISÃO DE INTERROMPER A GRAVIDEZ	138
5.3.1.23	CRENÇA EM RECEBER UM CASTIGO NO FUTURO	139
5.3.1.24	SOBRE O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	140
5.3.1.25	IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	141
5.3.1.26	MOMENTO MAIS ADEQUADO PARA INICIAR O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	142
5.3.1.27	QUEM DEVERIA REALIZAR O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	143
5.3.1.28	REALIZAÇÃO DE PSICOTERAPIA	144
5.3.1.29	SENTIMENTOS EXISTENTES NO RETORNO AO AMBULATÓRIO DA OBSTETRÍCIA	144
6	DISCUSSÃO	146
6.1	MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	148
6.2	ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO POSTERIOR AO DIAGNÓSTICO	149
6.3	DECISÃO PELA INTERRUPÇÃO OU MANUTENÇÃO DA GRAVIDEZ	152
6.4	ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E O PROCESSO DE DECISÃO	153
6.5	A SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL	157
6.6	O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ	160
6.7	O INDEFERIMENTO DA SENTENÇA JUDICIAL E AS REAÇÕES PSÍQUICAS OBSERVADAS	162
6.8	REALIZAÇÃO DO ABORTO	163
6.9	ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO POSTERIOR À INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	164
7	CONCLUSÕES	165
7.1	QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, APÓS O DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL	165

7.2	QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, NO PROCESSO DE DECISÃO PELA INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ	166
7.3	QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, RELATIVOS À INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ, APÓS A CONCRETIZAÇÃO DESSE ATO	167
7.4	QUANTO À IDENTIFICAÇÃO, NA OPINIÃO DAS MULHERES QUE RECEBERAM O DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL E QUE REALIZARAM A INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO, QUAL O PAPEL DA CONSULTA PSICOLÓGICA NESSE PROCESSO.	168
8	<u>ANEXOS</u>	169
8.1	ANEXO A	169
8.2	ANEXO B	172
9	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	173

APÊNDICE

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DA IDADE MATERNA, NÚMERO DE GESTAÇÕES, NÚMERO DE FILHOS VIVOS, IDADE GESTACIONAL DAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003	87
TABELA 2:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME O TIPO DE RELIGIÃO, GRAU DE ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ DE 2003	88
TABELA 3:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A PRINCIPAL ANOMALIA DETECTADA NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003	89
TABELA 4:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM O DEFERIMENTO DO ALVARÁ JUDICIAL SOLICITADO POR 156 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003	89
TABELA 5:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM AS CAUSAS QUE LEVARAM À SOLICITAÇÃO OU NÃO SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ DE 2003	90
TABELA 6:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DA IDADE MATERNA, NÚMERO DE GESTAÇÕES, NÚMERO DE FILHOS VIVOS, IDADE GESTACIONAL NO DIAGNÓSTICO DAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	91
TABELA 7:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME O TIPO DE RELIGIÃO, GRAU DE ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	92
TABELA 8:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A PRINCIPAL ANOMALIA DETECTADA NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	93
TABELA 9:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AO TEMPO DEMANDADO PARA SE DECIDIR PELA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	115
TABELA 10:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS DURANTE O PERÍODO DE DECISÃO DE INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	115

TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A VIVÊNCIA RELATADA NA TOMADA DE DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS, APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	116
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A REAÇÃO DO PARCEIRO NA DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	117
TABELA 13: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO ÀS DÚVIDAS VIVENCIADAS NA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	118
TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À FORMA DE INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO NO PROCESSO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	120
TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A PREFERÊNCIA POR FALAR OU NÃO DO PROBLEMA DO BEBÊ DURANTE A GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	121
TABELA 16: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AO MOTIVO DO INCÔMODO EM FALAR DA GRAVIDEZ, DO BEBÊ OU DA INTERRUPTÃO JUDICIAL NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	122
TABELA 17: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OPINIÃO MAIS IMPORTANTE NA DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	123
TABELA 18: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM O INTERVALO DE TEMPO TRANSCORRIDO ATÉ O DEFERIMENTO DO ALVARÁ JUDICIAL PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	124
TABELA 19: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS DURANTE A ESPERA DA DECISÃO JUDICIAL PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003	124
TABELA 20: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A IMPORTÂNCIA DA DIFICULDADE DE CADA SITUAÇÃO VIVENCIADA NO PROCESSO DA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	126
TABELA 21: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NAS LEMBRANÇAS SOBRE O PERÍODO VIVENCIADO NA INTERRUPTÃO JUDICIAL EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	127

TABELA 22: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A RESPOSTA DAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ SOBRE O QUE DIZER PARA ALGUÉM QUE ESTIVESSE DECIDINDO INTERROMPER OU NÃO A GRAVIDEZ NA MESMA SITUAÇÃO VIVIDA– HCFMUSP - 2001 A 2003	128
TABELA 23: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A QUALIDADE DA MUDANÇA NA VIDA APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS– HCFMUSP – 2001 A 2003	130
TABELA 24: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A QUALIDADE DA MUDANÇA NO RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL– HCFMUSP – 2001 A 2003	131
TABELA 25: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA SOBRE ABORTO ANTERIOR À INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS– HCFMUSP – 2001 A 2003	133
TABELA 26: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA SOBRE ABORTO POSTERIOR À INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	134
TABELA 27: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS MOTIVOS QUE LEVARIAM A ADOTAR A ATITUDE ESCOLHIDA EM SITUAÇÃO SEMELHANTE À VIVIDA E OS MOTIVOS EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	136
TABELA 28: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A DIVULGAÇÃO NA FAMÍLIA SOBRE A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS– HCFMUSP – 2001 A 2003	137
TABELA 29: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM OS TIPOS DE CRÍTICAS RECEBIDAS NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	138
TABELA 30: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA EM RECEBER ALGUM ‘CASTIGO’ NO FUTURO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	139
TABELA 31: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM AS FANTASIAS RELATADAS ACERCA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	140
TABELA 32: DISTRIBUIÇÃO CONFORME OS MOTIVOS DA IMPORTÂNCIA RELATADA SOBRE O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO REFERIDOS NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	141

- TABELA 33: DISTRIBUIÇÃO CONFORME A OPINIÃO SOBRE O MOMENTO MAIS ADEQUADO PARA INICIAR O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO REFERIDO PELAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003** 143
- TABELA 34: DISTRIBUIÇÃO CONFORME A OPÇÃO SOBRE QUEM DEVERIA PARTICIPAR DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003** 143
- TABELA 35: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A NECESSIDADE DE SEGUIMENTO PSICOLÓGICO DURANTE TODA A GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL, LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003** 144
- TABELA 36: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003** 145

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1:	DISTRIBUIÇÃO DOS 249 CASOS COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL DE ACORDO COM O ANO DE OCORRÊNCIA HCFMUSP AGO DE 1998 À DEZ DE 2003	85
GRÁFICO 2:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGOSTO A DEZEMBRO DE 2003	89
GRÁFICO 2:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À EXISTÊNCIA DE INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO NO PROCESSO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	120
GRÁFICO 4:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À OCORRÊNCIA DO INCÔMODO EM FALAR DA GRAVIDEZ, DO BEBÊ OU DA INTERRUPTÃO JUDICIAL NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	122
GRÁFICO 5:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA DE LEMBRANÇAS SOBRE O PERÍODO VIVENCIADO NA INTERRUPTÃO JUDICIAL EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	127
GRÁFICO 6 :	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MUDANÇAS NA VIDA APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003	130
GRÁFICO 7:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM EXISTÊNCIA OU NÃO DE MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP – 2001 A 2003	131
GRÁFICO 8:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDO DE ENGRAVIDAR NOVAMENTE EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	135
GRÁFICO 9:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A ATITUDE A SER ADOTADA EM OUTRA SITUAÇÃO SEMELHANTE À VIVIDA EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	136
GRÁFICO 10:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OCORRÊNCIA OU NÃO DE CRÍTICAS EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	138
GRÁFICO 11:	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OPINIÃO SOBRE EXISTIR OU NÃO IMPORTÂNCIA NO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003	141

RESUMO

Benute, G.R.G. *Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2005. 178p.

Este trabalho trata da interrupção da gestação, em casos de diagnóstico de malformação fetal letal e os processos psíquicos dela decorrentes. São feitas algumas considerações sobre os aspectos históricos e políticos da reprodução e da sexualidade, explorando, em seguida, aspectos relativos ao contexto cultural do aborto; o debate sobre o início da vida humana; questões da bioética e da legislação. O trabalho explora, ainda, questões sobre a legislação brasileira, Medicina Fetal e os processos psíquicos desencadeados a partir do diagnóstico de anomalia fetal letal. Foi desenvolvida uma pesquisa de campo, na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da FMUSP, para aprofundar as questões teóricas discutidas. No período de agosto de 1998 a dezembro de 2003, foram realizadas entrevistas abertas com 249 mulheres, após terem recebido o diagnóstico de malformação fetal letal e entrevista semidirigida com trinta e cinco destas pacientes após a interrupção da gravidez. Este trabalho tem como objetivos específicos: identificar os processos psíquicos desencadeados nas mulheres, após o diagnóstico de malformação fetal letal; no processo de decisão pela interrupção judicial da gravidez; após a interrupção da gravidez; e identificar, na opinião das mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal letal e que realizaram a interrupção da gestação, qual o papel da consulta psicológica nesse processo. A análise dos dados se deu de forma quantitativa e qualitativa. Os resultados obtidos versam tanto sobre o momento do diagnóstico como experiência que propicia um caos temporário com perda do raciocínio lógico, não permitindo reflexões imediatas. Demonstra as angústias vivenciadas no processo de decisão pela interrupção ou manutenção da gravidez, apresentando o processo de reflexão como de fundamental importância para decisão consciente e para posterior satisfação com a decisão tomada. O acompanhamento psicológico foi destacado como de fundamental importância para elaborar a situação vivida. Conclui que o diagnóstico de malformação fetal letal ativa mecanismos de defesa para manutenção do equilíbrio psíquico. O processo de decisão pela interrupção da gravidez deve ser acompanhado por um psicólogo para que ocorra revisão dos valores morais e culturais permitindo uma decisão adequada que visa minimizar o sofrimento vivido.

Descritores: COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ/ psicologia; FETO/anormalidades; ABORTO LEGAL/psicologia; ENTREVISTAS

SUMMARY

Benute, G.R.G. *From the diagnosis of lethal fetal malformation until the termination of pregnancy. Psychological diagnosis and interposition* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2005. 178p.

This research is about the termination of pregnancy in situations where lethal fetal malformation has been diagnosed, and the psychic process that the patient goes through in these cases. The study was done with some consideration for the historical and political process of reproduction and sexuality, exploring aspects about the cultural context of abortion, the beginning of human life, issues about bioethics, and specific Brazilian laws on abortion. It discusses the point of view of the Catholic Church on the termination of pregnancy. This research also explores questions about Brazilian laws, fetal medicine, and the psychic processes triggered after the diagnosis of fetal anomaly. This study was performed at the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, in the Department of Obstetrics. Between August, 1998 and December, 2003 open interviews were performed with 249 women after they have been diagnosed with lethal malformation of the fetus, and semi-direct interviews with 35 women after their pregnancy had been terminated. The objective of this research was not only to identify the psychic process women undergo after the diagnosis of lethal fetal malformation, during the decision-making process for the judicial intervention in the pregnancy, and after the termination itself; but also to know their opinion about the function of the psychological consult in this process. The data analysis was quantitative and qualitative. The results show that the moment of the diagnosis is an experience that creates a temporary chaos that deprives logical reasoning, and this situation does not allow an immediate decision. It shows the distress experienced in the decision-making process, showing that a reflective process is essential to the conscious decision and to being satisfied with the decision once it has been made. The psychological follow-up was determined to be of essential importance to understanding this situation. The study concludes that the diagnosis of lethal malformation of the fetus triggers a defense mechanism to maintain the psychic equilibrium. A psychologist must follow the process of the decision through to the termination of the pregnancy in order to provide a moral and cultural reflection leading to the correct decision and minimizing the emotional distress for the patient.

Descriptors: PREGNANCY COMPLICATIONS/psychology; FETUS/abnormalities; ABORTION, LEGAL/psychology; INTERVIEWS

1 INTRODUÇÃO

“Nenhuma afirmativa psicológica pode ser categórica(...). A escolha, então, torna-se a seguinte: calar-se em nome da sabedoria, ou falar de qualquer maneira com consciência da loucura”.
Hillman

Explicitar a alma* humana é tarefa difícil, talvez impossível. Tratando-se de tema tão angustiante – malformação fetal – e tão polêmico – aborto – torna-se então ainda mais perigoso. É por isso que este trabalho se inicia com sentimento sabiamente descrito por Hillman¹: *“o material psicológico é tão complexo que qualquer afirmativa torna-se inadequada”*. Assim, não se pretende construir, neste trabalho, teorias rígidas e definitivas sobre o tema. O que se deseja é apresentar os aspectos emocionais vivenciados pelas mulheres atendidas ao longo de sete anos de trabalho no Setor de Medicina Fetal, compartilhando conhecimentos e propiciando reflexões acerca da interrupção judicial da gravidez.

Nesta tese de doutorado, tomou-se o cuidado de evitar a utilização de termos técnicos da Psicologia Analítica, pois o que se pretende é permitir a compreensão de profissionais de diferentes especialidades. Apesar de não utilizar termos técnicos específicos, toda a compreensão deste estudo é baseada nos fundamentos teóricos da Psicologia Analítica, explicitando-se o significado de cada situação, ao invés de nomeá-las tecnicamente.

* Alma – utilizada por Jung no lugar de psique para sublinhar o movimento de profundidade, variedade e impenetrabilidade da psique.

Ainda com relação à terminologia, salienta-se que o termo “aborto”, para alguns autores da literatura médica, designa o produto expulso no processo do abortamento, mas, neste estudo, optou-se por utilizar a palavra “aborto”, e não abortamento, para designar o processo da interrupção da gravidez, pois trata-se de trabalho fundamentalmente qualitativo, com representações sociais, sendo o termo aborto o mais representativo ao expressar a vivência das pessoas, uma vez que faz parte do linguajar do senso comum.

Escolher o aborto como tema desta tese não tem como pretensão discutir, postular ou demarcar as questões filosóficas acerca da vida e da morte. Parafraseando Hillman¹:

“Não se trata de ser a favor nem da vida nem da morte, mas de estar a serviço da integração e da elaboração da experiência desses opostos, auxiliando em uma escolha que seja a ‘correta’ para a alma, no sentido de permitir o início do processo de transformação exigido pela psique”.

A interrupção da gestação, em casos de diagnóstico de malformação fetal letal, traz à tona questões de ordem emocional das mais diversas. Para Hillman¹: *“Ocupar-se de questões de morte(...) significa violar tabus. Revelar temas longamente encobertos exige força(...)”*. Como um tema tabu, no aborto, mesmo por malformação fetal letal, o que se vê são posturas radicais, de defesas incondicionais ou acusações intensas.

Para falar em aborto, em interrupção da gravidez, é preciso que se pense, necessariamente, na gestação, já que o primeiro não pode ocorrer sem o segundo. No imaginário popular, na expectativa social, a gestação é sempre um momento sublime, ligado à vida, ao nascimento, a alegrias e à

prosperidade. Não há espaço para pensamentos opostos como morte, tristeza, fracassos, erros, falhas, etc. Decorrem daí as dificuldades relacionadas à interrupção da gestação e a intensificação das vivências emocionais decorrentes da cobrança social.

A maternidade foi, ao longo dos séculos, instituída como parte da essência feminina a partir do medo da extinção da espécie. Surgem, a partir daí, políticas públicas voltadas para o rígido controle da fecundidade. O controle da natalidade, o aborto e a anticoncepção são discutidos em termos de ameaça ao crescimento da nação, não existindo preocupação com as necessidades específicas e individuais das mulheres.

Historicamente, a visão do aborto como ato imoral e, em alguns países, como ilícito, teve influência decisiva e marcante da Igreja Católica no estabelecimento dessa concepção. Essa instituição religiosa apresentou, desde seus primórdios, constante preocupação com o controle de questões relativas à sexualidade feminina. A postura atual da Igreja apresenta o aborto como homicídio e, mais do que isso, como pecado sexual, uma vez que associa a interrupção da gravidez à infidelidade conjugal.

Atualmente, a principal discussão em torno do aborto está relacionada à questão do início da vida. Afinal, abortar é ou não ceifar a vida? Quando inicia-se a vida? Religião, crenças culturais enraizadas, legislação e a ciência, debatem o tema, mas não conseguem respostas satisfatórias. Trata-se, na verdade, de reflexão filosófica, não sendo possível encontrar solução que expresse a verdade absoluta.

A palavra aborto traz, em sua essência, conotação emocional que remete necessariamente às questões de vida e de morte. A simples pronúncia da palavra, afastada de seu contexto, pode provocar reações intensas com sentimentos de acolhimento ou repúdio. Devido a essa carga emocional, alguns autores buscam desvincular a interrupção da gravidez por malformação fetal letal da terminologia aborto. Alguns outros termos foram propostos para essas situações, tais como interrupção seletiva da gravidez e antecipação terapêutica do parto.

Esse fato leva à perspectiva de que a palavra aborto está imbuída de afeto, quer seja positivo ou negativo. Todas as discussões sobre o aborto, ao remeter à perspectiva filosófica sobre o início a vida, tornam impossível a reflexão sem a abordagem do tema da morte. Na história da vida, cada dia pode ser considerado um a menos. Trata-se de uma pequena morte... morre-se todos os dias.

Diante da dificuldade de resolução do conflito filosófico sobre a origem e o término da vida, a bioética aparece como um canal de reflexão e respaldo nessa discussão sobre o aborto. O Comitê para Estudos Éticos em Reprodução Humana (FIGO)² recomenda que em casos de feto gravemente acometido, a mulher tem o direito ético de ter a gravidez interrompida. Entende-se que esse direito não é um dever, ou seja, a interrupção da gravidez deve ser resultado de decisão livre de cada casal, prevalecendo o pilar da autonomia.

Contrapondo e, algumas vezes, paralisando as decisões éticas está a legislação. A interrupção da gravidez corresponde à idéia jurídica de aborto.

É tema polêmico, de abordagem complexa, em que existe o confronto direto entre o direito à vida e a autonomia da vontade. A polêmica é gerada mesmo quando o bem maior protegido, a vida, não tenha perspectiva nenhuma de ser evidenciada.

No Brasil, a legislação sobre o aborto é regida pelo Código Penal³ de 1940. Não é punido, por excludente de ilicitude, o aborto nos casos de estupro e na existência de risco de morte materno. As situações de diagnóstico de anomalia fetal letal não foram previstas na época em que o Código Penal foi redigido, pois a tecnologia da época não permitia a realização desse tipo de diagnóstico no período antenatal, uma vez que a ultra-sonografia só passou a ser clinicamente utilizada no final da década de 70.

Atualmente, para os casos de malformação letal existe a necessidade da solicitação de alvará judicial para a interrupção da gravidez. A Confederação Nacional dos Trabalhadores (CNTS) entrou com pedido de Descumprimento de Preceito Fundamental no Supremo Tribunal Federal (STF), procurando regulamentar a interrupção da gravidez nos casos de diagnóstico de anencefalia. Em 01 de julho de 2004, o Ministro Marco Aurélio de Melo, do Supremo Tribunal Federal, concedeu liminar reconhecendo o direito constitucional de gestantes decidirem por realizar a operação terapêutica de parto dos fetos anencéfalos. No entanto, essa liminar foi cassada em 20 de outubro de 2004, com sete votos contra a decisão, pelos juízes do STF⁴. Atualmente, aguarda-se o julgamento definitivo da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADFP).

Entre as questões éticas, morais e legais, encontra-se o casal que, ao se deparar com o diagnóstico de anomalia fetal letal, está exposto a vivências emocionais intensas e específicas. O filho malformado representa o fracasso, o erro, a falha, a destruição da expectativa, do planejamento e do sonho. Sentimentos de impotência e frustração se sobrepõem. A possibilidade de optar entre a manutenção ou interrupção da gravidez confere ao casal direito de escolha, nesse processo, ponderando seus desejos e crenças, não estando simplesmente à mercê do diagnóstico paralisante.

Essa fase de decisão quanto à interrupção ou não da gravidez deve ser, necessariamente, acompanhada pelo psicólogo, para que a gestante/casal possa ser auxiliado na elaboração do luto, na reorganização do pensamento, na revisão das crenças e dos valores pessoais, possibilitando decisão consciente que vise minimizar o sofrimento vivido, quer seja pela opção de interromper ou de manter a gravidez.

Não existem, na literatura nacional, trabalhos que abordem a vivência do diagnóstico de malformação fetal letal, o processo de decisão pela interrupção ou manutenção da gestação e os processos psíquicos desencadeados com a interrupção da gravidez nessas condições. Esse é um assunto em que as experiências morais e sociais variam de cultura para cultura, sendo de suma importância poder compreender como a mulher brasileira vive essas situações, possibilitando, com isso, melhorar a assistência àquelas mulheres que passam por esse momento, bem como instrumentalizar os profissionais de diferentes áreas do conhecimento, quer seja da saúde ou da área jurídica, para atuação nessas situações.

Neste trabalho, aborda-se as questões emocionais vivenciadas em período anterior à propositura da ADPF e de toda a discussão que atualmente ocorre na nossa sociedade. Todas as vivências emocionais, desencadeadas a partir do diagnóstico de malformação fetal letal, incluindo as que emergem no processo de decisão quanto à solicitação do alvará judicial e a espera pela decisão, constituem o escopo desta pesquisa para se trazer à tona a discussão sobre as dificuldades concretas e os aspectos emocionais relacionados à situação do aborto nesses casos.

2 PROPOSIÇÕES DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como proposta geral identificar os processos psíquicos de gestantes frente ao diagnóstico de malformação fetal letal e suas reações diante do processo de solicitação e interrupção judicial da gravidez.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tem como objetivos específicos:

- ➔ Identificar os processos psíquicos desencadeados nas mulheres:
 - ⇒ após o diagnóstico de malformação fetal letal;
 - ⇒ no processo de decisão pela interrupção judicial da gravidez;
 - ⇒ relativos à interrupção judicial da gravidez, após a concretização desse ato;
- ➔ Identificar, na opinião das mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal letal e que realizaram a interrupção da gestação, qual o papel da consulta psicológica nesse processo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

“(...) depois de passar pela perspectiva da maternidade, quer seja positiva ou negativa, há a convivência com as questões de perda, voluntário ou não, do feto”.
Benute

Este capítulo procura apresentar os aspectos que envolvem as questões da maternidade, da vida e de seu extremo oposto, da perda, da morte. Traça aspectos culturais que influenciaram fortemente as questões da gestação, apresentando os pontos políticos e históricos. Em seguida, explicita aspectos intimamente relacionados à questão do aborto, desde a influência da Igreja Católica até à legislação atual do Brasil. Finaliza com a apresentação dos aspectos intrínsecos à Medicina Fetal, os debates éticos e as vivências psíquicas do casal que passa pela situação do diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida.

3.1 REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS

“Alguma coisa em nós, mais forte que a razão, continua a pensar na maternidade em termos de instinto”.
Badinter

Não há como discutir a temática do aborto sem falar no seu aspecto complementar: a gestação. Os aspectos psicológicos vivenciados a partir do diagnóstico de anomalia fetal, incompatível com a vida, estão intimamente

relacionados com a visão cultural atual da maternidade, idealizada como essência do feminino, cobrada socialmente como necessária e esperada como momento sublime e perfeito na vida da mulher. Embora o significado particular de cada gestação faça parte do contexto individual, a expectativa social da maternidade é vista como vivência maravilhosa, ideal, em que toda mãe deve desempenhar seu papel com perfeição: *“A imagem de Maria é o símbolo, presente no inconsciente coletivo, que melhor representa a imagem materna idealizada: imaculada, perfeita”*⁵. O símbolo da maternidade comporta, portanto, o arquétipo* da ‘Grande Mãe’ que envolve necessariamente gerar, nutrir, acolher, abdicar e prover.

Todo o comportamento humano ligado ao conceito da maternidade como algo perfeito foi, provavelmente, estabelecido e firmado com objetivos específicos, em determinado momento da história, visando garantir a sobrevivência da espécie. Assim, ao incentivar o envolvimento da mulher no papel da maternidade, estimulou-se, cada vez mais, a reprodução humana e os cuidados necessários à sobrevivência da criança.

O controle sobre a reprodução passou do âmbito privado para o público. A gestação e a maternidade deixam de ser eventos apenas particulares para serem regulados e submetidos ao Estado. A partir desse momento, as políticas desenvolvidas visam a disseminação cultural de idéias e ideais.

* Entende-se por arquétipo as possibilidades herdadas de representação. Não se trata de conteúdo herdado, mas sim da forma, do padrão ou de motivos universais oriundos do inconsciente coletivo (SAMUELS, 1985).

3.1.1 Disseminação cultural

“(...) apenas nas dificuldades da vida conjugal e no sofrimento das dores do parto encontrava-se a redução dos pecados”

Priori

A pressuposição de que toda mulher tem, desde o seu nascimento, na maternidade, algo essencial, vital passou a ser disseminada no século XVIII com apogeu nos séculos XIX e XX. Essa concepção da maternidade como inerente à atividade da mulher foi instituída em época em que não se acreditava no amor inato, ameaçando a existência da humanidade. A mãe indiferente do século XVIII passa a ser a mãe dedicada dos séculos XIX e XX.

Para ilustrar esse contexto, pode-se analisar os dados obtidos na França no século XVIII. De 21 mil crianças que nasciam em Paris, apenas 1000 eram amamentadas pela própria mãe, 1000 por mães de leite residentes e as demais eram criadas em domicílios mais ou menos distantes. As crianças só retornavam para as suas famílias de origem aos sete anos de idade quando se deparavam com uma mulher que lhe era estranha, sua mãe⁶.

Assim, nessa época, as taxas de mortalidade infantil eram altas devido aos poucos cuidados dispensados às crianças, em especial, à falta de higiene e de atenção. Badinter⁶ assinala que *“o instinto da vida suplanta o instinto materno”*.

Imperava, nessa época, a crença de que a criança era um ser mau, imperfeito por natureza e que precisava ser corrigida, endireitada. O impulso

inicial da transformação da família calcado no amor é dado por Rousseau com a publicação da obra *Emile*, em 1762. Ariès⁷ relata a importância da transformação da visão da infância que passou da ausência total de sentimentos a considerações específicas para essa fase do desenvolvimento.

A partir de nova construção familiar, tem-se que a imagem da mãe, seu papel e sua importância se modificam radicalmente. As pessoas importantes da sociedade, como os filósofos e os médicos, passam a recomendar e a estimular que as mulheres assumam os cuidados com os próprios filhos. Institui-se a obrigação de ser mãe, exigindo que a mulher abdique de qualquer outro objetivo na vida, procurando incutir o mito do amor espontâneo de toda mãe por seu filho. O discurso utilizado nessa época era: *“sede boas mães e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família e obtereis o direito de cidadania”*⁶.

Com a promessa de adquirir status significativo, reconhecimento de sua utilidade e de sua essência, as mulheres encontraram na maternidade uma possibilidade de vida social digna desempenhando papel nobre.

A maternidade fica então estabelecida como evento social de domínio e interesse público, pois está em questão a geração de novos indivíduos como interesse coletivo da nação. A reprodução passa a ser encarada como o destino certo da mulher, o passaporte para sua felicidade.

Em 1877 Cincinato Lopes (apud Rohden⁸) relata que a maternidade propiciava a santificação da mulher e, portanto, exigia sacrifícios:

“a reprodução é o objetivo central da vida feminina, constituindo uma função inerente à qualidade de ser mulher; por outro lado, é preciso que ela faça por merecer esta condição. Para a mulher atingir a plena realização, que é ser mãe, ela precisa suportar sofrimentos e passar por provas, mostrando que é digna de uma tarefa tão importante”.

Nessa nova construção social da maternidade não é possível aceitar qualquer atitude de desamor da mulher com relação ao ser que está gerando. Assim, condena-se o aborto, o abandono dos filhos e o infanticídio. A Igreja Católica passa a tolerar o abandono dos filhos, instituindo as “rodas dos enfeitados” nas Santas Casas, visando minimizar as altas taxas de infanticídio encontradas no século XIX. Sobre isso, Cincinato (apud Rohden⁸) relata:

“o crime da mãe que mata o próprio filho é de tal forma contrário ao ideal da maternidade, supervalorizado no transcorrer do século XIX, que é preciso entendê-lo de outra forma”.

Para justificar tal ato de desamor, não aceito dentro do novo contexto disseminado do amor materno inato, surge então o conceito de loucura puerperal, com aumento crescente pelo interesse no estudo dessa patologia. Enfatizam-se as condições e os sentimentos despertados socialmente no infanticídio, agora justificados tecnicamente com o nome de loucura puerperal. Neves, em 1839 (apud Rohden⁸), ressaltava que:

“O crime do infanticídio é mais vezes cometido por mulheres, não de condição baixa, mas por aquelas de uma honra e reputação imaculadas. Estas, possuídas de sentimentos nobres, excogitam imensos meios para encobrir sua prenhez e dar à luz debaixo de todo o segredo; então, não é raro que se exponham involuntariamente ao risco de extinguir a vida de seu filho. Sim, o susto, o receio de perder sua honra e de patentear sua fraqueza excitarão sua alma e produzirão em seu organismo um estado como de alienação. De certo, tal estado deve antes suscitar-nos compaixão do que ódio e vingança”.

Assim, a mulher, no final do século XIX, encontrava-se presa ao seu único destino natural, a maternidade, passando a ter condenado o trabalho fora do lar, com fortes argumentações de que ele apresentava perigo para a família e para toda a espécie.

Dentro desse contexto, nas primeiras décadas do século XX, a medicina passa a ter preocupação específica com a saúde da mulher e da criança. O médico passa a ser o agente mais indicado para tratar e propor soluções para os delitos ligados diretamente ao sexo e à reprodução, condenando a sexualidade e a luxúria e destacando a crença cultural na natureza perversa da mulher. Rohden⁸ destaca o pensamento da época:

“(...) ele [o médico] precisa estar consciente de que as mulheres podem mentir a respeito da existência de uma gravidez, por causa de diversas razões: por vício inerente a sua organização, por sedução, por querer aliar-se a um homem, por diversos estados patológicos do útero, para se apossar de uma herança ou nome, para não consentir no desquite, para acusar um inocente, por vício ou depravação de faculdades mentais, etc.”.

Mais uma vez, reforça-se a necessidade de controle do sexo feminino, procurando evitar todos os males que acreditava-se que as mulheres poderiam acarretar no meio social. Fica claro que, na concepção do médico, as mulheres poderiam manipular, de forma doentia ou ardilosa, no que se refere à gravidez, enganando os homens, os maridos e mesmo os próprios médicos.

A mesma idéia da natureza perversa, pecaminosa da mulher pode ser observada nas relações estabelecidas pela Igreja Católica com a figura feminina. Em um dos Concílios da Igreja, discutiu-se se a mulher teria ou não alma, pois nas mentes masculinas a mulher encarnaria o demônio: “*todo*

lo bueno y lo malo de este mundo, puede uno decir sin temor a equivocarse, proviene de las mujeres”⁹.

A partir de 1930, acentua-se e delineia-se, de forma mais intensa, quadro rígido e específico focado no controle reprodutivo. Rohden⁸ explicita como se deu tal controle:

“tentando modelar o novo cidadão, o Estado Novo visou prioritariamente à família, procurando intervir nas condutas, modos de relacionamentos, relações sexuais, habitação, etc.”.

Proliferou o modelo da família nuclear, pai, mãe e filhos, agora sem inúmeros agregados, preconizando-se a habitação própria. Os relacionamentos conjugais foram marcados pela idéia do casamento indissolúvel, com a figura masculina tendo a função de prover e a feminina de cuidar da casa, do marido, ser boa mãe e excelente educadora.

A presença feminina nas ruas passou a ser muito condenada. A mulher ideal, que foi criada como modelo, tinha como atributos a timidez, a ingenuidade, a prudência, a fragilidade e a abnegação, opondo-se às transgressoras, devassas, libertinas, separadas, que circulavam livremente nas ruas⁸.

Surgem, então as políticas públicas voltadas ao controle rigoroso da fecundidade feminina.

3.1.2 Políticas públicas de controle e privação

“A condição do Pai-Marido-Senhor todo poderoso não pode ser explicada senão pela sua essência. (...) É ‘natural’ que a mais acabada das criaturas comande os demais membros da família, e isso de duas maneiras: em virtude de sua semelhança com o divina, como ‘deus comanda suas criaturas’, e em virtude de suas responsabilidades políticas, econômicas e jurídicas, como um ‘Rei comanda seus súditos’”.
Badinter

As políticas públicas não expressam as reais necessidades das mulheres, pois se detêm nos interesses econômicos, demográficos, morais ou religiosos. As mulheres acabam se enquadrando apenas nos desígnios de aumentar ou diminuir as populações: *“La mujer es um cuerpo antes que um ser pensante”⁹*.

Os discursos feministas têm defendido claramente a postura de apropriação do corpo da mulher pela própria mulher, retirando a manipulação do Estado na vida sexual e reprodutiva. Ardaillon¹⁰ assinala que a política instaurada é a de que: *“por ser um corpo reprodutor, porém, o corpo da mulher não faz jus à privacidade, à autonomia”*.

Notadamente, essas questões da sexualidade e da reprodução, bem como outros aspectos de interesse feminino, estão focadas nas dimensões das relações de gênero, que acabam por traduzir relações de poder. Para Rohden⁸:

“Tem se tornado evidente a dimensão política em jogo. A questão dos direitos reprodutivos, direitos sexuais, revela que estamos no plano de uma luta política, de reivindicação por respeito à autonomia individual e promoção das condições de seu exercício”.

A disputa do poder pelas questões reprodutivas transforma-se em temas de teses no início do séc. XIX. Em 1908, evidencia-se, na tese escrita por Crescencio Antunes da Silveira (apud Rohden⁸), a luta pelo desejo do controle reprodutivo. O autor afirma que os processos que atuam em detrimento da concepção são imorais. Além de delitos contra a moral e os bons costumes, constituem também delito contra a sociedade, em especial a brasileira, que tanto precisa de gente para o povoamento de seu solo.

O controle da natalidade, o aborto e a contracepção passam a ser discutidos em termos de ameaça ao crescimento da nação. É assim que:

“a apropriação da fertilidade feminina, vital para a sobrevivência de qualquer sociedade, tornou-se um projeto do Estado moderno e acabou por decretar o confinamento da mulher no papel de mãe”¹¹.

Uma alteração na dinâmica do poder sobre as questões relativas à reprodução e à sexualidade começa a ocorrer com o advento do anticoncepcional oral. A mulher adquire a possibilidade de viver as relações de prazer sem estar subordinada à procriação. Mas, a cultura instaurada e os ditames do Estado e da Igreja, relativos à relação que as mulheres deveriam estabelecer com seus corpos, desencadearam sentimentos de culpa, impedindo que encontrassem saídas autênticas e libertadoras para suas vidas. Atualmente, apesar de todas as transformações ocorridas, ainda impera essa relação de culpa das mulheres com seus corpos:

“esta sensación de ajenidad, de extrañeza, de miedo pánico ou de vértigo compulsivo frente al cuerpo, compromete seriamente su identidad de seres libres com derechos y responsabilidades”⁹.

Nas palavras de Barchifontaine¹², as políticas instituídas acabaram por transformar a mulher em “(...) *um simples receptáculo ou útero para produzir filhos, sem levar em conta sua personalidade e sua formação, nem a de quem vai nascer*”. Tem-se, então, por detrás do problema da legalização ou não do aborto, o discurso explícito sobre a preservação da vida. No entanto, é evidente que está se colocando em pauta, de forma implícita, o julgamento de questões morais da sociedade, tais como: a liberdade sexual, a dignidade, a injustiça social, o machismo, o desrespeito à sexualidade autônoma, o papel das autoridades civis e o dogmatismo das instituições eclesiais.

3.2 ABORTO

*“O aborto é considerado nocivo
porque prejudica a sociedade
restringindo o crescimento da
população, impedindo o progresso e
colocando em risco a soberania da
nação”.*
Rohden

A etimologia da palavra aborto tem sua origem no latim *abortus*, derivado de *ab* e *ortis*, que significam respectivamente, privação e nascimento.

Fatores determinantes para a aprovação ou não da prática do aborto estão diretamente relacionados às práticas culturais e às crenças desenvolvidas por uma determinada população.

3.2.1 Contexto histórico, político e social

*“A vida e a morte chegam ao mundo
juntas. Os olhos e as órbitas de
quem os contém nascem no mesmo
momento. No momento que nasço
tenho idade suficiente para morrer.
À medida que vivo, estou morrendo”
Hillman*

A prática do aborto é tão antiga quanto a própria existência humana. O primeiro relato que se tem notícia diz respeito a uma receita de abortífero oral, descrito pelo Imperador Chinês, Shen Ning, entre 2737a.C. e 2696a.C. Apesar de o primeiro registro datar do século III a.C., estudos antropológicos fazem acreditar que o aborto faça parte da civilização desde os primórdios de sua existência.

Pattis¹³ relata que, estudando tribos primitivas que vivem isoladas em diferentes partes do mundo, pode-se observar que a prática de abortar era comum entre homens da pré-história, pelos mesmos motivos que ocorrem na atualidade: doença, idade gestacional avançada ou extremamente precoce, problemas econômicos, sociais ou biológicos.

Na Grécia antiga, Aristóteles, Sócrates e Platão posicionavam-se a favor da prática do aborto. Aristóteles acreditava que a alma, princípio vital que animava o corpo, só era recebida pela matéria após certo tempo de desenvolvimento do ovo e via o aborto como forma eficaz de limitar os nascimentos e manter estáveis as populações. Sócrates, por sua vez, incentivava as parteiras a facilitarem o aborto para as mulheres que desejassem realizá-lo. Platão acreditava que toda mulher com mais de quarenta anos deveria interromper a gravidez por questões de eugenia.

Como discípulo de Platão, Hipócrates, o pai da Medicina, também se colocava favorável ao aborto, recomendando a prática de exercícios violentos como a melhor forma de realizá-lo¹⁴. Esse dado é contraditório com o juramento realizado pelos médicos e atribuído a Hipócrates, no qual se inclui a frase “não provocarás aborto”. Acredita-se que tal juramento foi habilmente manipulado e alterado em função da manutenção dos ideais de determinada época. Lyons e Petrucelli¹⁵ afirmam que o juramento de Hipócrates nunca foi escrito por ele, mas foi elaborado muitos séculos depois, por meio de forte influência da Igreja Católica.

Entre os gauleses*, o pai, como chefe incontestável da família, podia decidir sobre a vida e a morte de seus filhos, cabendo a ele a decisão sobre o aborto.

Os povos hebreus, celtas e os primeiros germânicos permitiam que as mulheres tivessem certo controle sobre a fertilidade. Realizavam o aborto com ajuda de parteiras e, embora elas fossem subordinadas aos homens e tivessem sua valorização pessoal atrelada à sua capacidade reprodutiva, tinham autonomia de decisão.

A história mostra que a prática do aborto esteve associada à necessidade de povoar ou não determinado Estado. Esse dado é particularmente significativo no Império Romano, onde a prática do aborto

* Era denominada Gália a região européia que compreendia a França atual e parte do território hoje ocupado pela Bélgica, o oeste da Alemanha e porção norte da Itália. Foi habitada pelos gauleses do século V a.C. até o século V da era cristã.

variou de acordo com a época, visando sempre o controle das taxas de natalidade:

“quando a natalidade era alta, (...) era bem tolerado. Mas com o seu declínio a partir do Império, a legislação se tornou extremamente severa, caracterizando o aborto provocado como um delito contra o Estado”¹⁶.

Os aspectos intrínsecos ao aborto são tão particulares de tal forma que o que é considerado erro, pecado ou absurdo, em determinada cultura, é vivenciado, de forma extremamente oposta, em outras civilizações. Alguns estudos apresentam o aborto como característica essencial de determinadas culturas. A questão da culpa é desencadeada em algumas sociedades pelo ato do aborto, mas em outras, a culpa acaba ocorrendo quando este ato não é realizado:

“Uma mulher da população africana dos Ashanti tem o dever de abortar quando determinadas condições levaram à gravidez. Se não o faz, sente-se ‘culpada’. A culpa deriva da gravidez por ‘erro’: momento errado, parceiro não adequado ou então precondições rituais não observadas. Não é o aborto que é uma transgressão, mas a gravidez”¹³.

Entre os Matacos (aborígenes da América do Sul) não existem filhos ilegítimos; toda jovem não casada deve abortar. Mais ainda: as mulheres interrompem a sua primeira gravidez com a finalidade de facilitar o parto da gravidez seguinte. De acordo com essa concepção, ninguém aborta por não desejar ter um filho, ao contrário, o aborto se dá para possibilitar a gestação do filho.

Entre os grupos da Austrália Central, o aborto é realizado na segunda gravidez e o feto é comido com o objetivo de dar força ao primogênito. Nessas culturas, não existe contradição entre abortar e desejar o filho, pois o aborto é condição para a vida de outro filho¹³.

Entre os Dayk (tribo do sudeste de Bornéu - Indonésia), aborta-se quando o ventre parece particularmente grande e se justifica que, além do feto, ele possa também conter um gêmeo que tenha a natureza de serpente, macaco ou outro animal. As mulheres dos Dahomim (tribo da África Ocidental) podem abortar quando estão doentes, pois o feto é tido como responsável por essa condição. Em outras sociedades, fatores relacionados à condição masculina também podem autorizar o aborto: quando o pai é parente ou estrangeiro (entre os Gunatuna, em Sedang na Malásia, e tribo dos Tucuna, no Brasil), quando é prisioneiro de guerra (entre os Tívaros no Equador), quando morre o pai (entre os índios Pima, na Amazônia, Brasil). Aborta-se após briga com o marido (aborígenes australianos de Vitória) ou após um sonho no qual o homem não cumpre o próprio dever¹³.

A história marca que, na América Latina, a implantação do catolicismo se deu de forma coercitiva, pois as normas referentes à sexualidade dos indígenas diferiam radicalmente das normas católicas:

“es importante enfatizar que para el poblador de América su cuerpo, su placer, su sexo, deben haber sido muy naturales. Se requirió de preguntas minuciosas y repetidas cientos de veces em lãs confesiones para lograr que el concepto católico de sexo sucio y pecaminoso puderia hacer mella en lãs conciencias de los índios”¹⁷.

A temática do aborto está tão relacionada com as práticas culturais dos grupos sociais e inseridas tão fortemente nos contextos políticos das nações que se pode observar grande variação nas atitudes e legislações, que vão da proibição completa à liberação total. Nos Estados Unidos, as mulheres encontravam respaldo legal na realização do aborto, exceto nos casos de idade gestacional avançada. No final do século XVIII, com o movimento que visava restringir a liberdade de escolha reprodutiva das mulheres, instaurou-se a proibição dessa prática. Em 1973, a Suprema Corte Americana, ao considerar que a proibição do aborto representava violação ao direito constitucional de decidir sobre o próprio corpo, novamente permite a sua realização.

Na Rússia socialista, por meio de decreto, em 1920, o aborto torna-se direito da mulher. Por outro lado, devido ao grande número de mortos na Primeira Guerra Mundial, alguns países da Europa Ocidental adotam leis proibitivas com certa severidade, optando por políticas que estimulam a natalidade.

A partir da década de 60, com a revolução sexual e a nova posição da mulher na sociedade moderna, verifica-se tendência mundial para liberalização do aborto. Em 1986, 36 países apresentavam leis que permitiam a realização do aborto por fatores sociais, médicos ou mesmo sem razões específicas. Entre 1985 e 1997, dez países desenvolvidos e nove em desenvolvimento acabaram com as restrições ao aborto¹⁸. Nos Estados

Unidos^{*}, na Inglaterra^{**} e na Itália^{***}, o processo de legalização do aborto ocorreu a partir de casos concretos, possibilitando revisão e flexibilização das normas estabelecidas. No Brasil, muitas tentativas de se alterar a legislação acerca do aborto têm ocorrido, variando entre dois extremos: os que desejam a liberalização total até os que prezam por sua completa proibição.

3.2.2 Debate Filosófico: início da vida humana

(...) nos é dito que o homem não pode servir ao mesmo tempo sua própria individualidade, seu Deus e a sociedade". Hillman

Todas as argumentações favoráveis ou desfavoráveis relacionadas ao aborto pautam-se nas discussões sobre o início da vida. Afinal, embrião/feto tem ou não vida? Como estabelecer critérios exatos que separam vida e morte?

Parece que, com relação à morte, há um momento bem delineado, bem demarcado para defini-la, pois a Medicina, atualmente, caracteriza

^{*} Nos Estados Unidos, quando a Suprema Corte Americana autorizou o abortamento, em 1973, foi em função do caso que ficou conhecido como Roe e Wade. Tratava-se de uma mulher do Texas que engravidou após estupro e moveu uma ação pedindo autorização para abortar. Foi decidido que o abortamento, por qualquer razão, é um direito fundamental da mulher, e determinado que ele seria legal em todo o país. As restrições estaduais seriam válidas somente se justificadas por um interesse competente do Estado.

^{**} Na Inglaterra, a legislação também se fundamentou em um caso real. Do mesmo modo, uma gestação decorrente de estupro foi desencadeante de um processo judicial

^{***} Na Itália, após um desastre químico que liberou uma nuvem tóxica em Seveso, em 1976, foi iniciada uma luta pela descriminalização do abortamento, já que havia riscos de anomalia fetal. Em 1978, o Parlamento aprovou uma lei que garantia o abortamento gratuito.

morte como parada do córtex cerebral e não há questionamentos sobre esse assunto, já definido no conceito de morte encefálica. Com um olhar mais refinado, é possível perceber que provavelmente a questão da morte não seja muito discutida justamente pelo desejo humano da imortalidade, da dificuldade de entrar em contato com a finitude, pois ela já teve outros critérios de definição tal como a parada do coração. No Japão, ainda, considera-se morte o momento em que o coração pára de bater.

Conceituar vida, especificamente o início da vida humana, parece não ser tarefa simples. As diferentes áreas do conhecimento arriscam afirmações e procuram encontrar o momento em que se pode delinear esse período. Trata-se, na verdade, de uma reflexão filosófica e por isso sua resolução parece estar longe de ser encontrada. Talvez, o debate mais aceitável seja valorar as diferenças entre o reconhecimento do ser enquanto pessoa ou procurar definir o status moral do ser humano e da pessoa humana:

“(...) o recém-concebido não tem consciência, não tem racionalidade e não tem senso de moral. Considerando que essas características são próprias das pessoas, quem não as tem não merece o reconhecimento de pessoa. Assim, nem todos os seres humanos são pessoas. (...) Para Engelhardt, existe uma diferença entre ser membro da espécie humana e ser pessoa”⁴⁰.

Dentro dessa perspectiva, considerar o embrião como um ser vivo é diferente de designá-lo como uma pessoa humana. Afinal, como relata Barchifontaine⁶⁰:

“(...) estamos falando sobre seres humanos com vida e direitos próprios, ou sobre um conglomerado de células que pode estar à disposição da vontade das pessoas diretamente envolvidas?”.

É difícil fixar limite preciso e incontestável do início da vida. Dentro dessa linha de pensamento o que separa ser vivo de pessoa humana? Olhar para o embrião como ser vivo é conceber óvulo e espermatozóide com vidas, mas longe de dar a esses status moral de pessoa humana.

Barchifontaine¹² apresenta duas argumentações distintas para falar sobre o início da vida. A primeira é a argumentação deontológica, que trata de normas absolutas – representada pela soberania de Deus e a crença de que o produto da concepção deve ser considerado pessoa. A segunda, a argumentação teleológica, que se baseia na bioética:

“pela argumentação teleológica, servindo-se de dados das ciências biológicas, da neurofisiologia, poderemos chegar à conclusão de que antes de 3 meses (12 semanas) após a concepção, não se pode falar de pessoa humana”.

Ribeiro⁶¹ assinala que, distinguindo-se de todos os demais debates sobre a origem da vida, a existência ou não dela, para o legislador, o Direito deve ter claro para si que o Estado laico* não admite juízos morais. O conceito de vida jurídico-penal deve estar desprovido de questões de ordem moral, religiosa e/ou emocional. Vida para o Direito não é dom, não é alma, não é intocável e nem é fruto santificado. Vida é um bem jurídico, integrante da personalidade, sujeito à tutela jurisdicional.

* Esse termo significa que o Estado não professa nenhuma religião oficial.

O promotor Diaulas Ribeiro afirma que, em se tratando de feto com malformação fetal letal, não há, no Direito, nenhuma relevância a discussão sobre existência ou não de vida intra-uterina, uma vez que a questão central está na inexistência de vida extra-uterina, pois, para ele:

“Independentemente do que venha ser vida ou de quando começa a vida, o tipo penal do aborto tem uma outra premissa: se o feto terá vida extra-uterina, ou seja, se apresenta potencialidade para continuar vivendo fora do útero materno; (...) a conduta que interrompe uma gravidez mas que não frustra o surgimento de uma pessoa, não tipifica o crime de aborto”²⁷.

Sendo cientificamente comprovada a inexistência de vida após o parto, descaracteriza-se o crime de aborto e pode-se pensar em antecipação terapêutica do parto, cabendo à mulher, nesses casos, optar:

“(...) o interesse da sociedade a ser preservado na gravidez não é a gravidez como fato fisiológico em si mesmo, mas a expectativa de que o feto, decorrida a gestação, dê lugar a um ser humano, previsivelmente vivo. Não há mais essa expectativa, não há bem jurídico a ser preservado, não há tipo penal, não há crime.”²⁷.

3.2.3 Ética, Moral e Bioética: refletindo sobre o aborto

*“Vivendo se aprende, mas o que se aprende mais é só a fazer maiores perguntas”.
Guimarães Rosa*

Para pensar na Bioética interligada às questões de malformações incompatíveis com a vida, faz-se necessário compreender as diferenças e proximidades entre ética, bioética, moral e direito.

A Bioética advém da necessidade de refletir e de adequar a qualidade de vida humana com a nova tecnologia disponível no tratamento da saúde. Ocupa-se, portanto, da solução de problemas individuais e coletivos que preocupam as pessoas e a humanidade, buscando preservar a integridade da pessoa humana dos abusos de poder: *“a Bioética nasceu do interesse múltiplo pelo debate e pelo diálogo público sobre os modos de agir corretos e incorretos de médicos, pesquisadores (...)”*⁶².

O primeiro artigo a utilizar a palavra Bioética foi escrito por Van Rensselaer Potter, doutor em Bioquímica e professor na área de Oncologia no Laboratório de Mc Ardle da Universidade de Wisconsin. Essa nova ética propunha-se a tratar das questões de interdisciplinaridades, incluindo tanto as ciências como as humanidades:

*“eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos”*⁶³.

Potter provavelmente foi influenciado por Albert Schweitzer, que, em 20 de outubro de 1952, proferiu palestra na Academia Francesa de Ciências, em Paris, falando sobre:

*“uma ética que nos obrigue somente a preocupar-nos com os homens e a sociedade não pode ter essa significação. Somente aquela que é universal e nos obriga a cuidar de todos os seres nos põe de verdade em contato com o universo e a vontade nele manifestada”*⁶⁴.

Berlinger⁶⁵ relata que a Bioética surge principalmente de um sentimento de mal-estar devido ao poder exercido pelos médicos,

desprezando os valores individuais e as preferências pessoais dos pacientes, visando então, “(...) *minimizar os males que corria sobre a espécie decorridos de uma higidez mal defendida*”.

Para pensar em Bioética, é necessário apresentar alguns conceitos que se inter-relacionam: moral, direito e ética.

Moral deriva do latim *mós* ou *mores* e significa costumes. Diz respeito a um conjunto de regras que norteiam o agir específico ou concreto. Para Comte, a moral consiste em fazer prevalecer os instintos simpáticos sobre os impulsos egoístas.

Já o Direito se refere a uma lei exterior: “*a lei se relaciona a uma comunidade em particular, bem determinada e situada geograficamente. A lei se preocupa, a curto prazo, com a organização atual das liberdades*”⁶⁶.

A palavra ética deriva do grego *ethos* e significa morada humana. Moore⁶⁷ define ética como a investigação geral sobre aquilo que é bom.

Para Barchifontaine¹², “*cabe à ética garantir a moradia humana sob diferentes estilos, para que seja efetivamente habitável*”. Para os filósofos da Grécia antiga, ética envolve algo permanente, a necessidade de sua existência e algo mutável, tudo aquilo que a constrói.

Franco³² apresenta a inter-relação da ética como direito, ao afirmar que: “(...) *a Ética não se opõe ao Direito, mas permite criar normas que talvez sirvam posteriormente de base para os legisladores que revisarão os códigos legais*”.

Vasquez⁶⁸ afirma que:

“enquanto o social ético requer adesão íntima do indivíduo, convicção pessoal, necessitando que os indivíduos harmonizem de forma livre e consciente seus interesses como os da coletividade, o direito não exige convicção pessoal à suas normas, pois elas são impostas e comportam coerção estatal”.

A Bioética brasileira consolidou-se nos anos 90. Assenta-se em quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Em linhas gerais, autonomia se origina do grego *autos*, significa eu, *nomos*, lei. Refere-se à capacidade de escolher e avaliar. Beneficência do latim *bonumfacere*, significa fazer o bem, cuidar da saúde e designa o favorecimento da qualidade de vida. A Justiça procura garantir a universalidade dos benefícios dos serviços de saúde. Dentro do contexto do diagnóstico de feto anômalo, a Bioética procura refletir sobre um modo de garantir o exercício da autonomia das mulheres grávidas, diante da situação inesperada do diagnóstico fetal.

A abordagem do tema aborto por anomalia fetal envolve questões de ordem ética, moral e legal: *“na ausência de firmes convicções morais e éticas o poder técnico converte-se em poder moral e fomenta decisões éticas, variadas e até conflitantes”*⁴⁰.

Para Diniz⁶⁹, o tema do aborto é uma questão de conflito moral insolúvel e, por isso, cabe à Bioética ser mais um instrumento de reflexão do que de intervenção. Tais reflexões visam poder regulamentar, de algum modo, uma realidade que se impõe e que não foi acompanhada pela legislação.

Bogaert⁷⁰, apresentando as questões morais relacionadas ao aborto, relata que, em muitos países, onde o direito ao aborto está assegurado à mulher, ainda existem obstáculos que dificultam o acesso a esse direito constitucional. Na grande maioria das vezes, o direito do profissional recusar realizar esse procedimento acaba levando a mulher a buscar alternativas que colocam sua vida em risco. O autor afirma que, nesses países em que o aborto voluntário é permitido, deveriam ser instituídas políticas para se assegurar o direito à interrupção da gravidez. Sugere ainda que o Estado recrute e empregue profissionais que não tenham restrições morais em realizar o procedimento.

A postura ética do Comitê para Estudos Éticos em Reprodução Humana da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)² recomenda que, diante de um feto gravemente malformado, a mulher tenha o direito ético de ter sua gravidez terminada.

Em consulta ao do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (consulta nº 23480/98)⁷¹, o Comitê de Ética regulamenta o uso de injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intracardíaca fetal. O relator Conselheiro Cristiano Fernando Rosas apresenta a ementa com a seguinte afirmação:

“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”.

Recentemente, a resolução nº24/2003 do Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo⁷¹ dispõe sobre a possibilidade de se realizar a doação de órgãos nos casos de feto anencéfalo. Havia uma postura anterior que não permitia tal ato por não haver como estabelecer morte cerebral. Essa postura foi revista e reformulada e nova regulamentação foi estabelecida.

Levando-se em consideração só os três pilares da bioética, autonomia, beneficência e justiça, Gollop⁴⁶ argumenta que:

“o conceito de autonomia não poderia se aplicar diretamente ao conceito, pois ele não possui discernimento para tomar decisões. Soma-se a isso o fato de haver dois períodos críticos na existência dele: a pré-viabilidade, quando a perspectiva de vida extra-uterina é inexistente. (...) Qualquer atuação junto ao conceito deverá ser motivada pelos princípios de beneficência e justiça, cm atenção à autonomia da mãe e do pai e aos aparatos de assistência ao nascituro. (...) Antes da viabilidade, o feto pode apenas ser encarado como paciente caso seja esse o desejo da mãe. Os objetivos tradicionais da medicina não são aplicáveis nesse caso por ser o conceito um indivíduo cuja existência está subordinada ao corpo materno. Assim, não haveria garantias de benefício ao feto. (...) uma vez atingida a viabilidade, surge um grande respeito pelas potencialidades do conceito. A partir desse ponto, a beneficência direcionada ao feto é reforçada pela possibilidade de se traçar uma dicotomia clara entre a vida dos dois pacientes. A autonomia materna pode então atritar-se com os interesses do feto no papel de paciente. Este se torna um paciente não por possuir status moral, mas sim por ser apresentado ao profissional médico e necessitar de cuidados que lhe beneficiarão”.

Entende-se, então, que as interrupções de gravidez, nos casos de malformação fetal letal, devem ser resultado de decisão livre e autônoma dos casais, que não devem ser influenciados por qualquer tipo de julgamento moral.

A questão do aborto por anomalia fetal incompatível com a vida parece estar diretamente relacionada ao conflito de ordem ética e moral, muito mais intensamente do que as questões da legislação em si.

A análise histórica permite estabelecer uma conexão entre as práticas culturais e a influência do Cristianismo na prática do aborto. A Igreja introduziu profunda mudança na visão que se tinha sobre esse procedimento, apresentando-o como a morte de um ser humano, isto é, homicídio em potencial. Houve grande influência da Igreja na legislação mundial no que diz respeito ao aborto, como será apresentado a seguir.

3.2.4 A Igreja Católica nas questões relativas ao aborto

*“Frutificai e multiplicai-vos,
enchei a terra e sujeitai-a. E viu
Deus tudo quanto tinha criado, e eis
que era muito bom”.
GN1:28,31*

Considera-se que a Igreja Católica assumiu papel decisivo na condenação do aborto, de forma que se faz necessário compreender toda a trajetória realizada por ela no tocante a essa temática.

É possível observar que, em toda a sua existência, a Igreja Católica apresentou preocupações constantes com as questões de fidelidade conjugal e controle da sexualidade feminina. Sempre sob o argumento de que os ditames da Igreja são os únicos canais em que existe a atuação de Deus.

A postura da Igreja se baseou na noção Aristotélica da superioridade do homem sobre a mulher. Essas idéias foram convertidas em dogmas. As questões relativas ao sexo e, por conseqüência, à mulher, foram convertidas em algo sujo, pecaminoso, somente justificado pela reprodução. Essa relação de poder distorcido pode ser compreendida a partir do relato de Portugal⁹:

“si los esposos eran infieles a sus esposas, éstas debían seguir siendo fieles a ellos, puesto que en opinión de Vives, la fidelidad de la esposa santificaba la infidelidad del marido”.

Em se tratando especificamente do aborto, a postura da Igreja Católica nem sempre foi unânime. A consolidação da reprovação do aborto se deu a partir da consideração que esse ato seria contrário à soberania de Deus sobre a vida humana. Em estudo realizado por Barchifontaine¹², é possível reconhecer a trajetória da Igreja nas questões relativas ao aborto. O autor assinala que o primeiro manual didático cristão já trazia em seu texto *“não matarás o feto por aborto”*. O primeiro Concílio do Ocidente, denominado Concílio de Elvira (305 d.C.), foi realizado antes da oficialização do cristianismo e estabelecia penas severas para a infidelidade conjugal. Com o intuito de manter o controle sobre os relacionamentos femininos, estipulava excomunhão perpétua para o aborto da mulher adúltera. O texto é claro e direto. Inicialmente não há preocupação com o ato do aborto em si, mas com os relacionamentos extra-conjugais. Essa preocupação manteve-se até o século 600 d.C., mas, no século III, Tertuliano passa a permitir o aborto terapêutico, defendendo que salvar a vida da mãe é ato tão respeitável como preservar a vida do feto.

Questionando-se sobre o início da vida, Santo Agostinho retoma e desenvolve o pensamento Aristotélico sobre a animação da alma. Aristóteles propunha, que apenas após certo ponto do desenvolvimento da matéria, existiria a possibilidade de ela receber a alma. Santo Agostinho desenvolve a teoria da hominização, postulando que somente após 40 dias da fecundação se poderia falar em pessoa. Assim, o aborto praticado antes desse período não implicava tirar a vida humana. Barchifontaine¹² relata que Santo Agostinho condenava o aborto como método de controle da natalidade e afirmava que não se tratava de homicídio:

“A grande interrogação sobre a alma não se decide apressadamente com juízos não discutidos e opiniões imprudentes, de acordo com a lei, o aborto não é considerado um homicídio, porque ainda não se pode dizer que exista uma alma viva em um corpo que carece de sensação, uma vez que ainda não se formou a carne e não está dotada de sentidos”¹².

Seguindo o pensamento de Santo Agostinho, por não se tratar de homicídio, o aborto exigia penitência apenas pelo pecado do ato sexual. Fica evidente que a condenação do aborto estava diretamente relacionada à conexão causal do ato conjugal e da procriação.

Para Santo Tomás de Aquino, no século XII, o aborto também não era homicídio, a não ser que o feto já tivesse recebido a alma e se tornado ser humano pleno. Postulava existir diferença entre o tempo necessário para infusão da alma entre homens e mulheres: 40 dias depois da concepção para os homens e 80 dias para as mulheres. Hurst¹⁹ explica da seguinte forma o pensamento de Santo Tomás de Aquino: “(...) *corpo e alma se unem*

para formar um ser humano, não pode existir alma humana em corpo que ainda não é plenamente humano”.

A posição de Santo Tomás de Aquino virou doutrina oficial da Igreja Católica a partir do Concílio de Trento – encerrado em 1563. Essa posição foi muito contestada por diversos teólogos. De 1500 a 1750, várias opiniões contraditórias circulavam acerca da inserção da alma no feto. Em 1588, o Papa Sisto V afirmou que o abortamento e os métodos contraceptivos eram homicídios, em qualquer etapa da vida, sendo ambos considerados pecados mortais. Essa postura foi assumida, na opinião de Hurst¹⁹, devido à preocupação de Roma com a prostituição.

Em 1869, o papa Pio IX assume a postura de que desde a concepção já existe pessoa humana e determina a excomunhão no caso de abortos praticados em qualquer época da gestação. Para ele, todo aborto era homicídio. A visão do aborto como pecado grave e como motivo de excomunhão passou a fazer parte da disciplina oficial da Igreja a partir de então. A excomunhão dada aos pecados graves é a pena eclesiástica mais severa, que impede a recepção dos sacramentos e o exercício de certos atos eclesiais. A absolvição só pode ser dada pelo Papa, pelo Bispo local ou por presbíteros autorizados por eles. Inicia-se a crença de que:

“a estrutura física da reprodução humana é, portanto, algo sagrado (encarnação dos desígnios de Deus), intocável e inalterável. O homem aparece não como sujeito, mas como objeto de sua estrutura física”¹².

Mas não foi somente contra o aborto que a Igreja atuou cerceando os direitos das mulheres. Baseando-se na crença do pecado original e sua punição (“parirás com dor”), a Igreja atuou de forma a retardar os avanços da medicina em favor de minimizar o sofrimento e até propiciar melhores condições para o parto, que visa, inclusive, salvar a vida das mulheres. De acordo com Paris²⁰, desde a Idade Média, a Igreja proibiu o uso de remédios tradicionais que aliviavam as dores do parto, alegando que o desejo de melhorar esse sofrimento contrariava a vontade de Deus. Até o final do séc. XIX, os padres dissuadiam os médicos a estudarem as causas da febre puerperal, a maior causa de morte das primíparas, porque a Igreja considerava essas mortes expressão do julgamento ou punição de Deus por alguma coisa. Quando o clorofórmio e o éter foram descobertos e o médico James Simpson propôs usá-los em casos de trabalho de parto difícil, a Igreja colocou-se contra²⁰. Um ministro protestante da Nova Inglaterra escreveu:

“O clorofórmio é um instrumento de Satã, que parece ser uma benção para as mulheres, mas na realidade ameaça endurecer a paciente e privar Deus dos gritos profundos e insistentes de mulheres que o invocam para pedir ajuda em tempo de necessidade”²¹.

Atualmente, a Igreja continua vendo o aborto não só como um homicídio, mas ainda como pecado sexual: todo ato que separa a união sexual da procriação é pecado. A Igreja Católica condena, inclusive até a atualidade, o aborto terapêutico, que tem a finalidade de salvar a vida materna.

Apesar da postura rígida da Igreja Católica, pode-se observar movimentos contrários aos seus ditames. O grupo feminista Católicas pelo

Direito de Decidir busca conquistar direitos que julgam essenciais para as mulheres, inclusive a liberalização do aborto. Dom Paulo Evaristo Arns mostrou-se a favor do aborto nos casos de estupro e irmã Ivone Gebara²², em entrevista à Revista Veja, em 1993, se posicionou a favor da liberalização do aborto, criticando a postura machista da Igreja Católica. Na sua entrevista, Irmã Ivone Gebara assinala que:

“Quem escreveu que não se pode controlar o nascimento de filhos? Foram os padres, homens celibatários fechados em seu mundo, que vivem confortavelmente com suas manias – não tem mulher nem sogra e não se preocupam com o filho doente. Desse jeito é fácil condenar o aborto”.

Por essa entrevista, Ivone Gebara recebeu punição do Vaticano com exílio para Roma e silêncio de censura por dois anos.

Barchifontaine¹² conclui que *“no fundo a questão do aborto é muito mais o princípio da preservação da moral sexual da Igreja que prevalece em detrimento da preservação da vida”.*

Em determinados períodos históricos, a religião e o Estado confundem-se apresentando a mesma postura. No Brasil, a Igreja Católica procura, até hoje, influenciar as questões relativas à legislação e o Estado no que diz respeito às regulamentações sexuais. Apesar de a legislação encontrar-se mais independente, ainda sofre influências da moral católica.

3.3 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O ABORTO POR ANOMALIA FETAL LETAL

“Em um Estado laico, democrático e social de Direito, como o Brasil, o Código Penal deve ter as mesmas características e deve ser lido pelo menos com dois olhos: um voltado para a Constituição Federal; outro, para Declaração Universal dos Direitos do Homem e da Mulher, pressuposto óbvio, mas providencialmente esquecido pelo fanatismo, pelo dogmatismo e por um terceiro elemento: o machismo”.
Ribeiro

O Código Penal⁰³ define como crime de aborto a interrupção voluntária da gravidez que implique na morte do produto da concepção, independentemente do estágio de desenvolvimento em que se encontre a gestação.

A Constituição Federal²³ de 1988, em seu artigo 5º, consagra a vida como direito fundamental e inviolável. Entretanto, o Código Penal⁰³ prevê situações em que não se pune a interrupção da gestação, nos casos de risco de morte para a gestante ou de gravidez resultante de estupro (artigos 124 ao 128 do Código Penal) *.

* Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

ART. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Aborto provocado por terceiro

ART. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos.

ART. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

Parágrafo único - Aplica-se à pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de 14 (quatorze) anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

ART. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém à morte.

ART. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

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

O aborto não é punido quando é necessário para preservar um bem maior, a vida da gestante ou a honra da mulher violentada. No inciso I, o aborto é justificado por estado de necessidade – salvar a vida materna. No inciso II, o aborto é chamado sentimental e objetiva preservar a mulher de violência sofrida. No primeiro caso, o direito reconhece a soberania do valor da vida materna à vida do feto. No segundo, reconhece a autonomia da gestante em preservar ou restaurar sua dignidade em detrimento da vida do feto. Por não haver legislação específica sobre a interrupção da gravidez, nos casos de malformação fetal letal, verifica-se a necessidade de interpretação da lei e de discussão sobre o tema por juristas e pela sociedade em geral. Por se tratar de uma interpretação da lei, essa pode se posicionar tanto favoravelmente como contrária ao aborto, nos casos de anomalia incompatível com a vida.

O não posicionamento direto e específico da legislação, nos casos de interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida, é, provavelmente, consequência do próprio Código Penal brasileiro, norma redigida em 1940, época em que os conhecimentos científicos, diagnósticos e prognósticos fetais eram restritos. Não havia como legislar sobre um fato ou sobre uma situação que não se tinha conhecimento.

O juiz de direito Geraldo Pinheiro Franco²⁴, interpretando a lei, relata que a interrupção da gravidez por malformação fetal letal também pode ser acobertada pelo estado de necessidade, uma excludente de antijuricidade prevista no artigo 24 da parte geral do Código Penal:

“Pode-se aplicar uma analogia ‘in bonam’ partem para os incisos I e II do artigo 128 do Código Penal, pois se está beneficiando uma das partes (a gestante), sem danos à outra (o feto sem perspectiva de vida), que não teria mais vida a ser tutelada. Na visão jurídica, ao antecipar o sofrimento da mãe, permitindo-lhe realizar o aborto, não se estaria tirando a vida do feto; estar-se-ia, apenas, antecipando um fato já consumado”²⁴.

O Juiz Geraldo Pinheiro Franco²⁴, pensando na carga atribuída à palavra aborto, afirma que:

“Não bastasse, há uma confusão entre a interrupção da gravidez com o malfalado aborto. A interrupção da gravidez de feto inviável constitui aceleração de parto de feto inviável, ou aceleração de parto, como denomina o Código Penal. O aborto tem como pressuposto fático a interrupção da gravidez de feto viável”.

Assim, tem-se que, nas situações de malformação fetal letal, o direito à vida, considerado de valor inviolável, é conjugado à dignidade da pessoa humana. Diante desse conflito, o legislador, desde 1940, entendeu como excludentes de ilicitude apenas quando a vida e o direito da mulher são assegurados em detrimento a do feto.

Corroborando essa idéia, Andrew Varga²⁵ afirma que, nos casos em que ocorrem conflitos de interesses:

“Todos os argumentos comparam o valor da vida humana em desenvolvimento com algum outro valor. O raciocínio é o seguinte: no caso de valores morais conflitantes, quando apenas um valor pode ser respeitado, que a escolha lógica e moral seja em favor do maior”.

A exposição, a seguir, visa apresentar as argumentações de diversos autores a favor da interrupção da gestação, nos casos sem prognóstico.

Franco²⁴ argumenta que:

“se o legislador ordinário admitiu o aborto necessário independente das condições de saúde do feto, tenho que no 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 de vida 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 do feto sem possibilidade de vida autônoma. Esta interpretação parece mais condizente com o intuito da lei, não atenta contra o direito à vida e se reveste creio, de ponderáveis contornos humanitários”.

Andrade²⁶ entende que Nelson Hungria, em Comentários ao Código Penal, postulava a favor das interrupções de gestações, em casos de malformação fetal, na passagem em que relata, por exemplo, que:

“O feto expulso deve ser um produto fisiológico, e não patológico. Se a gravidez se apresenta como um processo verdadeiramente mórbido, de modo a não permitir sequer uma intervenção cirúrgica que pudesse salvar a vida do feto, não há como se falar em aborto, para cuja existência é necessária a presumida possibilidade de continuação da vida do feto”.

Assim, não está em questão o direito ou não à vida, uma vez que esta não tem possibilidade de ocorrer. Conclui-se que não há bem jurídico típico a ser protegido pelo Direito Penal, sendo que o bem jurídico é um fator necessário para a formação do tipo penal.

Seguindo o mesmo raciocínio, Ribeiro²⁷ afirma que:

“(...) o legislador permitiu a interrupção da gravidez de um feto viável para preservar a saúde mental da gestante, independentemente da instalação de distúrbios mentais à época da interrupção, mais razão haveria para se interromper a gravidez de um feto inviável e que pode, potencialmente, também produzir distúrbios mentais”.

Ribeiro²⁷ prossegue argumentando que a interrupção voluntária da gravidez de um feto inviável não está e nunca esteve proibida pela Constituição Brasileira, uma vez que o feto inviável não é suporte fático do crime de aborto.

Bobbio²⁸ complementa afirmando que:

“É inaceitável que o Direito Penal brasileiro seja um instrumento de desamparo, de abandono e de preconceito, características principais de um Estado de fanatismo. Por fanatismo é bom lembrar se entende uma cega obediência a uma idéia, servida com zelo obstinado, até exercer a violência para obrigar outros a segui-la e punir quem não está disposto a abraçá-la. No conceito de fanatismo está implícito que a idéia da qual o fanático é devoto é uma idéia falsa e perigosa, não digna de ser abraçada com tanta segurança”.

O extremo oposto da postura favorável ao aborto, de feto anômalo incompatível com a vida, apresenta a argumentação de que não há, dentro da lei, possibilidades para se autorizar a interrupção da gravidez de feto inviável. Relata-se que tanto o diagnóstico pré-natal (DPN) como o aborto por anomalia fetal letal estariam escondendo ideais de eugenia. Maria Helena Diniz²⁹, escrevendo sobre a prática da interrupção seletiva da gravidez e o alvará judicial, afirma que *“há quem ache que a malformação grave e incurável deve ser eliminada a qualquer preço, porque a sociedade tem o direito de ser constituída por pessoas sadias e capazes”*. Cabe salientar que as malformações fetais letais não deixam possibilidades de escolha para a sociedade entre querer ou não a existência desse ser, uma vez que está claramente detectada a inviabilidade do feto.

3.3.1 O aborto eugênico

*“Você está sempre livre para
mudar de idéia e escolher
um futuro ou um passado
diferente”.
Bach*

Esta sessão se propõe a apresentar a trajetória e a evolução histórica do conceito de eugenia, propiciando uma reflexão acerca da intenção de se instaurar ou não, a partir do diagnóstico pré-natal (DPN), tal função.

O problema da questão da eugenia é o uso feito pelas pessoas que são contra o aborto, pois utilizam esse argumento para que a sociedade se posicione contra o aborto por anomalia fetal letal. A alegação é de que a interrupção da gravidez por malformação fetal incompatível com a vida é eugenia, no entanto, a base que fundamenta o aborto por anomalia fetal letal está diretamente relacionado à não existência do bem maior (a vida) para ser preservado.

Etimologicamente, a palavra eugenia tem origem grega e significa “boa geração”. Cultural e emocionalmente, a palavra nos remete a uma perspectiva política e histórica de atitudes radicais, preconceituosas e autoritárias, vivenciadas principalmente na Alemanha, durante a Segunda Guerra Mundial, com Hitler.

Francis Galton, na segunda metade do século XIX, a partir de estudos antropológicos e da inteligência humana que estavam voltados a demonstrar o caráter hereditário dos traços físicos e mentais dos indivíduos, apresenta teoria favorável à eugenia. Em 1869, publica o livro “Hereditary Genius”,

defendendo idéias de se realizar uma seleção da cultura com vistas a aperfeiçoar o ser humano. O autor acreditava que indivíduos inteligentes gerariam crianças inteligentes. Propunha, então, que a população se submetesse a testes de quociente de inteligência (QI) e que só fosse autorizada a reprodução entre pessoas de QI elevado.

A proliferação do discurso que visava aperfeiçoar a raça humana se dá a partir da Revolução Industrial, quando ocorreu uma explosão demográfica do campo para os centros urbanos, provocando, na nobreza, sensação de degeneração racial da espécie³⁰.

No início do século XX, estudos sistemáticos das leis de Mendel, faziam com que cientistas acreditassem cada vez mais que as qualidades intelectuais eram hereditárias. Os “eugenistas”, objetivando evitar a destruição da cultura européia, passavam a acreditar que tinham como obrigação impedir o aumento dos indivíduos considerados de raças inferiores. Esse movimento teve maior força na Alemanha³¹.

Em 1923, Hitler encontra no livro *Hereditariedade Humana*, escrito pelo professor Eugen Fisher, líder de genética antropológica na Alemanha, subsídio para suas idéias racistas. Em 1933, quando Hitler assume o poder, inicia-se uma perseguição aos judeus, aos ciganos e aos doentes mentais, todos considerados de raça inferior. Cria-se a lei da esterilização obrigatória para todos os doentes mentais, esquizofrênicos, epiléticos ou com cegueira hereditária. Passa-se rapidamente da esterilização ao assassinato, com vistas sempre à pureza da espécie:

“Na Alemanha, durante o período nacional-socialista de Hitler, introduziu-se, em nome da saúde do povo, a Lei de 14.07.33, com medidas de caráter eugênico. Tais medidas consistiam na esterilização, interrupção da gravidez e extirpação de glândulas sexuais, e tinham como justificativa a preservação da ‘pureza’ da raça ariana”³².

No contexto histórico, tem-se que a Alemanha era, naquela época, um dos principais centros mundiais de ciência e cultura. Dessa forma, a idéia da higiene racial foi recebida e valorizada pelo mundo todo³¹. Com o final do poder de Hitler, não morrem as idéias eugenistas. Alguns importantes cientistas, como Herman Miller da União Soviética, Julian Huxley, Herbert George Wells, entre outros, continuam a pregar os ideais eugênicos. No Brasil, geneticistas como Sylvio Toledo Piza, Octavio Domingues e Renato Kehl, por intermédio da sociedade eugênica de São Paulo, também defendiam a purificação da raça.

Os ideais eugenistas foram criados, em princípio, para buscar qualidade de vida para o ser humano. A partir desse ideal, inúmeras distorções de poder foram catalisadas e crimes cometidos em nome do bem-estar da população. Iniciou-se uma qualificação das raças, dividindo-as em superiores e inferiores.

Para Tessaro³³ a terminologia aborto eugênico foi:

“(...) cunhada durante a Primeira Grande Guerra, e teve como proposta, tornar legítimo o aborto para aquelas mulheres que engravidam em virtude do estupro cometido por soldados de outros países, o que era bastante comum naquela época. Tinha a finalidade de preservar a nação de eventuais doenças transmissíveis hereditariamente por aqueles invasores”.

Atualmente, o termo aborto eugênico traz a carga deixada pelo seu uso indevido e indiscriminado na história. Tem-se, então, a ocorrência do aborto eugênico quando as mulheres eram forçadas a abortar por determinação do Estado, por razões raciais, étnicas ou religiosas desencadeadas por preconceitos. Devido ao mau uso da terminologia, *“(...) ainda neste século, qualquer palavra relacionada à eugenia tornou-se um tabu, sendo facilmente associada com as práticas nazistas de Hitler”*³³.

Com tanto abuso de poder, em nome de ideais de purificação da raça, as atuais técnicas de diagnóstico pré-natal são condenadas, por alguns autores, pois temem a atualização dos ideais eugenistas do período nazista. No entanto, há que se fazer uma diferenciação fundamental: as práticas de eugenia diziam respeito a políticas populacionais, coletivas, instaladas e dominadas pelo Estado, enquanto que as técnicas diagnósticas do pré-natal, bem como o desejo de interrupção da gravidez, dizem respeito ao indivíduo e a sua autonomia.

Há, portanto, preocupação dos autores que advogam a interrupção da gestação, em casos de anencefalia fetal, em discriminar tal prática de aborto eugênico devido à carga emocional repulsiva que essa palavra remete. No dizer de Franco³²:

“(...) inúmeras palavras têm o condão de provocar nas pessoas, que as ouvem, ou que as têm, 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”.

Devido à forte conotação emocional da palavra eugenia, observa-se que, nas autorizações judiciais concedidas, existe a preocupação dos juizes em desvincular o aborto por anencefalia fetal do aborto eugênico.

Diniz³⁴ relata que o conceito de eugenia traz em seu bojo uma perspectiva política e histórica enraizada que remete a um passado de intolerância e desrespeito. A autora ressalta que a grande diferença entre o aborto por anomalia fetal e o aborto eugênico está na questão da autonomia, uma vez que o primeiro está fundamentado na decisão estritamente individual e no suposto ético da autonomia reprodutiva e o segundo ocorria quando as mulheres eram forçadas a interromper a gestação por questões raciais étnicas ou religiosas. Complementa essa visão, afirmando que, nos casos de malformação fetal letal, não se trata de seleção para purificação da raça e argumenta:

“O termo seletivo, para nós, remete diretamente à prática a que se refere: é aquele feto que, devido à malformação fetal, faz com que a gestante não deseje o prosseguimento da gestação. Houve, é claro, uma seleção, só que em nome da possibilidade de vida extra-uterina ou da qualidade de vida do feto após o nascimento. (...) a ideologia eugênica ficou conhecida por não respeitar a vontade do indivíduo. A diferença fundamental entre a prática do aborto seletivo e a do aborto eugênico é que não há a obrigatoriedade de se interromper a gestação em nome de alguma ideologia de extermínio de indesejáveis, como fez a medicina nazista. A ISG [interrupcao seletiva da gravidez] ocorre por opção da paciente”³⁵.

Para William Stansfield e Robert King³⁶, o conceito de eugenia corresponde ao:

“melhoramento da humanidade pela alteração de sua composição genética, estimulando a raça daqueles que supostamente possuem gens desejáveis (eugenia positiva) e desestimulando a raça daqueles que supostamente possuem gens indesejáveis (eugenia negativa)”.

Constata-se, pela etimologia, que a interrupção da gestação de feto portador de anomalia incompatível com a vida nada tem a ver com o significado dessa terminologia.

Frigério³⁷ considera completamente inadequada a expressão aborto eugênico para fazer referência à situação dos fetos inviáveis, pois:

“no aborto por anomalia fetal incompatível com a vida não se procura a melhoria físico-biológica da raça, nem a criação de ‘super-homens’. O intuito é abreviar a angústia e o sofrimento da mãe, quando o feto não tem condições de sobrevivência extra-uterina, nem possibilidades de estabelecer uma vida relacional”.

Não se confunde com aborto eugênico, assim como não se confunde com a interrupção da gravidez de feto apenas malformado. Não representa o interesse político de alguns via crença de um benefício comum, mas trata-se dos interesses individuais da grávida, do sofrimento que porventura possa causar-lhe a continuação da gravidez.

3.3.2 Histórico dos alvarás judiciais

“(...)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”.
Toledo

A concessão de alvará judicial para interrupção da gravidez de feto com anomalia incompatível com a vida tem como objetivo descaracterizar o ato do crime de aborto e possibilitar o atendimento da gestante, tanto em hospital público como em hospital privado.

O primeiro alvará judicial que se tem notícia, concedido no Brasil, autorizando a interrupção da gravidez de feto anencéfalo, foi emitido em Ariquemes, Rondônia, em 1989. Em seguida, na Comarca de Rio Verde no Mato Grosso do Sul, também foi autorizada por diagnóstico de anencefalia³⁸.

Tais concessões se basearam na argumentação hegemônica contrária à prática do aborto:

“se o que fundamentaria a proibição do aborto seria o princípio de proteção à vida, este princípio não estaria sendo violado com a autorização de um feto anencefálico, uma vez que a anencefalia é uma má-formação que impede a sobrevivência”³⁹.

Mas foi, em 1992, com uma autorização para interrupção da gravidez de feto anencéfalo, concedida pelo juiz Dr. Miguel Kfoury Neto, em Londrina, que houve ampla repercussão na mídia nacional, permitindo um maior debate sobre o assunto.

Em São Paulo, o primeiro alvará judicial solicitado foi em 1993. O alvará foi concedido pelo juiz Dr. Geraldo Pinheiro Neto. Tal jurista, além de apresentar bases sólidas para a sua decisão, acrescentou que se tratava de católico convicto, mas que concedia o alvará, pois estava visando o bem-estar do casal e respeitava o seu sofrimento⁴⁰.

Corroborando a visão do eminente juiz supracitado, em declaração à revista *Isto é*, em dois de abril de 1997, em artigo denominado “Em defesa do aborto”, o juiz corregedor Francisco Bruno⁴¹ relata:

“(...) não posso transformar um conceito ético, o de ser contra o aborto, num conceito jurídico que obriga a todos. Eu pessoalmente sou contra, mas sou a favor da descriminalização do aborto porque não é justo que use um critério ético meu, de foro íntimo, para punir uma pessoa que não acredite nas mesmas coisas em que eu acredito”.

O Juiz mostrou diferenciar claramente conceitos morais individuais dos conceitos éticos sociais, separando convicções religiosas da legislação vigente.

A partir de 1993, mais de 2000 alvarás foram concedidos no Brasil inteiro, não só para os fetos com diagnóstico de anencefalia mas para todas as anomalias incompatíveis com a vida³⁸.

Até 1999, o tempo despendido entre a solicitação do alvará e a sentença judicial, em São Paulo, demorava em média dois a três dias. A partir de então, o juiz corregedor do DIPO, Dr. Maurício Lemos Porto passou a exigir avaliação diagnóstica fetal pelo Instituto Médico Legal, o que ocasionou maior demora na emissão dos alvarás, passando a levar cerca de quinze dias. Essa realidade é muito diferente em Brasília, onde atualmente consegue-se o “termo de habilitação para abortamento seletivo” em 24 horas. O atendimento e o deferimento são realizados pelo Ministério Público local. Desde 1999, mais de 100 termos de habilitação foram concedidos na capital do Brasil: *“esta estrutura ágil e eficiente é uma exceção no contexto brasileiro”*⁴⁰ e deve-se a uma parceria bem sucedida entre o serviço público de saúde e o Ministério Público Federal. Assim, fica claro que o tempo de espera pelo alvará irá depender da organização de cada Estado brasileiro.

A interpretação e a abrangência da lei do aborto são perfeitamente possíveis e, de acordo com Ribeiro²⁷:

“há espaço suficiente para uma releitura dos seus artigos [Código Penal] e da sua proposta de política criminal, releitura esta que exige do intérprete apenas boa-fé e algum conhecimento jurídico. É essa releitura que proponho que seja feita sobre a constitucionalidade e a legalidade da antecipação terapêutica de parto de fetos inviáveis por má-formação, ou seja, fetos sem qualquer possibilidade de vida extra-uterina”.

O Primeiro Encontro de Juízes do Júri de São Paulo, em seis de novembro de 1998, conclui sobre o aborto, nos casos de incompatibilidade com a vida extra-uterina: “(...) foge, no entanto, ao alcance de qualquer criminalização, visto caracterizar-se hipótese de inexigibilidade de conduta diversa (...)”⁴².

A temática do aborto é discutida no Congresso Nacional há alguns anos. Existem alguns projetos de lei em tramitação, sendo o mais relacionado ao tema o projeto de lei 1956/96^{*}. No entanto, não existe previsão de que esse projeto seja discutido, pois já foi proposto há oito anos e talvez nunca chegue a ser votado pelo Congresso Nacional.

O que está se buscando não é uma apologia ao aborto, mas sim o respeito à autonomia e ao livre arbítrio da mulher, o que vai de encontro com os valores morais e culturais de cada indivíduo e da sociedade como um todo.

^{*} PL 1956/96 - Autoriza a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou doença degenerativa incurável, precedida de indicação médica, ou quando por meios científicos se constatar a impossibilidade de vida extra-uterina.

3.3.3 A solicitação de ação de descumprimento de preceito fundamental

*“(...)temos então um
Brasil velho de idéias fixas
brigando com um Brasil
jovem de idéias infixas”.
Teotônio*

A Confederação Nacional dos Trabalhadores (CNTS) impetrou ação de Descumprimento de Preceito Fundamental a partir de um caso real de solicitação de interrupção da gravidez, com diagnóstico de anencefalia, que resultou em idas e vindas do processo, ora deferido, ora indeferido pelo judiciário.

A história se deu com uma jovem gestante, residente no Estado do Rio de Janeiro, que ingressou na justiça, em novembro de 2003, por meio da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, solicitando interrupção da gestação de feto anencéfalo.

O pedido foi indeferido, em primeira instância, com o argumento de falta de previsão legal para a antecipação do parto. Após ter recorrido ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a gestante obteve, em onze de novembro de 2003, autorização judicial para interromper a gravidez. Foi então que o padre Luiz Carlos Lodi da Cruz, presidente da Associação Pró-Vida em Anápolis, Goiás, impetrou Hábeas Corpus* no STJ para

* Instrumento constitucional utilizado para garantir a liberdade. Qualquer pessoa pode apresentá-lo em defesa de outra.

desconstituir a decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ/RJ). Em 25 de novembro de 2003, foi concedida liminar pela Ministra Laurita Vaz, para sustar a decisão que autorizou a antecipação terapêutica do parto até a apreciação do mérito do *Habeas Corpus*.

O *Habeas Corpus* só foi julgado em dezoito de fevereiro de 2004, pois o Ministro Joaquim Barbosa requereu, às vésperas do recesso judiciário, diligência ^{**} ao tribunal de Justiça do Rio de Janeiro.

No julgamento do *Habeas Corpus*, ficou decidida a concessão da solicitação de impedir a interrupção da gravidez concedida pelo TJ/RJ. Para o STJ “a eventual ocorrência do aborto, fora das hipóteses previstas no Código Penal, acarreta a aplicação de pena corpórea máxima, irreparável, razão pela qual não se há falar em impropriedade da via eleita, já que, como é obsoleto, o *writ* ^{***} se presta justamente a defender o direito de ir e vir, o que, evidentemente, inclui o direito à preservação da vida do nascituro”⁴.

Foi então que, por meio de sua diretora, Fabiana Paranhos, o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS)⁴³ impetrou novo *Habeas Corpus*, no STF, desta vez alegando coação da liberdade da gestante por proibição da antecipação terapêutica do parto. Em quatro de março de 2004, o STF julgou prejudicado o pedido de *Habeas Corpus* impetrado em favor da

^{**} Providência determinada pelo juiz ou ministro para esclarecer alguma questão do processo. Pode ser decidida por iniciativa do juiz (de ofício) ou atendendo requerimento do Ministério

^{***} Expressão que significa mandado de segurança

gestante, contra a decisão do STJ, apesar de o procurador geral da República, Cláudio Fonteles ter manifestado que a impetrante (Fabiana Paranhos) não representava o interesse real da jovem gestante, mas que estaria sim desenvolvendo uma tese pessoal.

De qualquer modo, o *Habeas Corpus* ficou prejudicado, pois a criança nasceu no dia vinte e oito de fevereiro de 2004, quatro dias antes da resposta do STF, e sobreviveu sete minutos.

O ministro Joaquim Barbosa afirmou que:

“o tribunal, por força de procedimentos postergatórios típicos da prática jurisdicional brasileira, perdeu a grande oportunidade de examinar uma questão de profundo impacto na sociedade brasileira”⁴.

O Ministro Celso de Mello relatou que:

“o desfecho trágico, porém previsível, do drama que envolveu uma jovem gestante, tenha impedido que esta pudesse, com o amparo do Poder Judiciário, superar um estado de insuportável pressão psicológica e de desnecessário sofrimento resultante do conhecimento de trazer em seu ventre alguém destituído de qualquer viabilidade, sem possibilidade de sobrevivência após o parto”⁴.

O Ministro completou seu pensamento afirmando que:

“o dogmatismo religioso revela-se tão opressivo à liberdade das pessoas quanto a intolerância do Estado, pois ambos constituem meio de autoritária restrição à esfera de livre arbítrio e de auto-determinação das pessoas, que não de ser essencialmente livres na avaliação de questões pertinentes ao âmbito de seu foro íntimo (...)”⁴.

Em dezoito de junho, a CNTS pede que o STF descaracterize a antecipação terapêutica do parto de feto anencéfalo como aborto e que permita que a gestante com tal diagnóstico possa, por direito, interromper a gravidez sem necessitar de autorização judicial ou de qualquer outra forma de permissão do Estado.

A CNTS argumenta que a antecipação desses partos não caracteriza aborto, pois, no aborto, a morte do feto deve ser resultado direto dos meios abortivos, sendo imprescindível tanto a comprovação da relação causal como a potencialidade de vida extra-uterina do feto.

Na ação impetrada, a entidade solicita que o STF reconheça, no caso de gestantes com fetos anencéfalos, o descumprimento dos preceitos fundamentais – o direito de dignidade da pessoa humana; da legalidade, da liberdade e autonomia da vontade, bem como do direito à saúde. Solicitou que fosse dada interpretação conforme a constituição dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II do Código Penal, para declarar inconstitucional, com eficácia “*erga omnes*”^{*} e efeito vinculante, a aplicação desses dispositivos. Requereu, ainda, concessão de liminar para suspender o andamento do processo ou anular os efeitos das decisões judiciais que tenham aplicado o dispositivo do Código Penal, para caracterizar como aborto a interrupção desses tipos de gestação.

Em vinte e quatro de junho de 2004, a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, com base no parágrafo primeiro do artigo 6º da Lei 9.882/99 (anexo A), requereu sua inclusão no processo na condição de “*amicus curiae*”^{**}, para poder se manifestar sobre a matéria. Tal inclusão foi negada pelo Ministro Marco Aurélio de Mello.

* Expressão latina que significa “para todos”

** Expressão latina que significa “amigos da corte”. Foi introduzida no Sistema Jurídico Brasileiro pela lei 9868/1999. Permite que entidades da sociedade ingressem no processo cuja constitucionalidade esteja sendo questionada.

Finalmente, em 01 de julho de 2004, o ministro Marco Aurélio do Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu liminar à Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), reconhecendo o direito constitucional das gestantes de decidirem realizar “operação terapêutica de parto” de fetos com diagnóstico de anencefalia. A decisão foi concedida nos autos de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. A liminar também prevê a paralisação dos processos que não tenham transitado em julgado, ou seja, dos processos que decidem a possibilidade de a gestante interromper a gravidez. Em um trecho da liminar, o Ministro argumenta que:

“Diante de uma deformação irreversível de fato, há de se lançar mão dos avanços médicos tecnológicos, postos à disposição da humanidade, não para simples inserção no dia-a-dia, de sentimentos mórbidos, mas justamente para fazê-los cessar. No caso da anencefalia, a ciência médica atua com margem de certeza igual a 100% (...) Então, manter a gestação resulta em impor à mulher, à respectiva família, danos à integridade moral e psicológica, além dos riscos físicos reconhecidos no âmbito da medicina”⁴.

O Ministro Marco Aurélio postula, ainda, que, nos casos de anencefalia, a interrupção da gravidez não caracteriza aborto:

“como registrado na inicial, a gestante convive diuturnamente com a triste realidade e a lembrança ininterrupta do feto, dentro de si, que nunca poderá se tornar um ser vivo. Se assim é – e ninguém ousa contestar –, trata-se de situação concreta que foge à glosa própria do aborto – que conflita com a dignidade humana, a legalidade, a liberdade e a autonomia da vontade”⁴.

Em dezenove de agosto de 2004, o Procurador-geral da República, Cláudio Fonteles, encaminhou ao STF pedido de rejeição da liminar, sugerindo que o Congresso é que deveria decidir sobre essa questão.

O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil emitiu parecer de que compactua com a visão de que a interrupção da gravidez nos casos de anencefalia não caracteriza crime de aborto. Arx Tourinho afirma que: *“não é aceitável que se saiba previamente, que o feto não possui condição de sobrevivência e, ainda assim, tenha como aborto a interrupção da gravidez”*⁴.

Em 20 de outubro de 2004, os onze ministros do STF se reuniram para decidir o destino da liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Melo. Entrou em questão a apreciação da manutenção da liminar. O plenário não referendou a liminar, com efeitos *ex nunc*^{*} dessa decisão.

Os Ministros Eros Grau, Joaquim Barbosa, Cezar Peluso, Gilmar Mendes, Ellen Gracie, Carlos Velloso e Nelson Jobim votaram a favor da cassação da liminar. A favor de referendá-la, votaram Marco Aurélio de Melo, Carlos Ayres Britto, Celso de Mello e Sepúlveda Pertence.

A cassação da liminar, porém não encerra a ação impetrada pela CNTS, pois o Tribunal ainda deverá julgar o seu mérito.

^{*} Expressão latina que significa que a decisão não tem efeito retroativo.

3.4 MEDICINA FETAL

“A Medicina Fetal não é obra nem de Deus nem do demônio. Ela é uma parte integrante da medicina que fornece diagnóstico e quando possível, uma terapêutica, encarando o feto como paciente”.
Gollop

A Medicina Fetal, compreendida como parte integrante da obstetrícia, objetiva avaliar a saúde e a vitalidade fetal. Tem como princípio fornecer informações sobre diagnóstico e prognóstico fetal, indicando a melhor forma de atuação em cada situação, acreditando que a autonomia é essência de respeito ao paciente.

3.4.1 Histórico, procedimentos e exames

“É mais importante perceber problemas novos do que resolver problemas dados. O pensamento criador não é sempre uma questão de resolver um dado problema”.
Guilford

O avanço tecnológico e o início da avaliação fetal foram introduzidos em países desenvolvidos, em 1950, chegando ao Brasil nos anos 70, mais precisamente em 1974, com a ultra-sonografia para fins diagnósticos.

A ultra-sonografia é excelente técnica que não oferece riscos à gestante ou ao feto. Possui alta sensibilidade e especificidade, mas é importante alertar que não se pode detectar, por esse exame, 100% das possíveis anormalidades do conceito. Estima-se que sejam detectados

cerca de 50% dos diagnósticos de anomalias congênitas e os demais diagnósticos contam com o auxílio de técnicas laboratoriais específicas³⁸.

A utilização de procedimentos invasivos para estudo citogenético se firmou como técnica diagnóstica, a partir da década de 80, com a amniocentese e com amostra do vilo corial. Henckel, em 1919, foi o primeiro a utilizar a técnica da amniocentese, só que a inserção da agulha era realizada “às cegas”. Em 1958, Ian Donald, Tom Brown e John MacVacar acrescentaram à técnica o uso do ultra-som. Em 1966, Steele cultivou as células do líquido amniótico para a realização do cariótipo fetal⁴⁴.

No final dos anos 70, a obtenção de células fetais pela amniocentese, realizada a partir da décima quarta semana de gravidez e, em 1985, a incorporação da amostra do vilo corial, que permite análise de células fetais a partir de dez semanas de gravidez, facilitou o acesso ao cariótipo fetal bem como análises bioquímicas e moleculares das células fetais.

De acordo com Miyadahira⁴⁵:

“No final da década de 80, de forma pioneira, as atividades da medicina fetal, nos moldes como ela é definida atualmente, tiveram início neste Serviço [Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP], tendo obtido em tempo restrito grandes conquistas na abordagem do feto como paciente, tanto na propedêutica como na terapêutica, invasivas e não invasivas”.

Estima-se que em torno de 4% dos indivíduos apresentem algum tipo de anomalia congênita ao nascimento. Para Gollop⁴⁶:

“(...) o fato de intervir na vida durante o período pré-natal gera muitas controvérsias que exigem do especialista grande sensibilidade para a assistência direcionada aos pacientes”.

Em estudo realizado por Carvalho et al.⁴⁷, verificou-se que as malformações do sistema nervoso central são as mais observadas, em 41% dos casos, com prevalência da hidrocefalia e da espinha bífida. Armbruster-Moraes⁴⁸ afirma que uma criança em cada quarenta nascimentos irá apresentar alguma anomalia congênita. Complementa, relatando que 90% das malformações congênitas são parciais ou totalmente de etiologia genética.

Mansfield et al.⁴⁹, por meio de ampla revisão de literatura, incluindo diferentes países dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Europa, relataram que a ocorrência de interrupções das gestações, após diagnóstico de trissomia 21 e de anencefalia, estão estimadas, respectivamente, entre 92% e 82%.

Pal-de Bruin et al.⁵⁰ apontam que as estimativas de mortalidade infantil vêm decaindo. Wen et al.⁵¹ sugerem que o padrão anomalia congênita letal – atributo de mortalidade infantil – modificou-se, nos anos recentes, devido aos avanços, na saúde perinatal, por exemplo, com a evolução do DPN. Dessa forma, tem-se o término de gestações diagnosticadas com anomalias congênitas, contribuindo, assim, para a variação das taxas de mortalidade perinatal⁵⁰.

3.4.2 Diagnóstico Pré-natal e Aconselhamento Genético

*“(...) nunca conheci alguém
que fosse a favor do aborto, que
gostasse do aborto, que ficasse feliz
quando tivesse conhecimento da
realização de um aborto ou que
adotasse a premissa de que quanto
mais abortos houvesse, melhor”.
Faúndes*

O termo Medicina Fetal consagrou-se em 1980, com a criação dessa subespecialidade nas universidades americanas e européias. Trata-se de uma especialidade da Obstetrícia que visa cuidar da saúde do feto. Os recursos disponíveis envolvem técnicas de rastreamento e de diagnósticos realizados por meio de exames de ultra-sonografia, amniocentese, cordocentese, biopsia do vilo corial, bem como exames anatomopatológicos e citogenéticos, nos casos de perda fetal.

Espera-se que o obstetra identifique as gestantes que apresentem fatores de risco e realizem o encaminhamento adequado para o diagnóstico pré-natal. Basicamente são consideradas gestantes de risco aquelas que possuem idade materna avançada – acima de 35 anos – antecedentes de doenças hereditárias, níveis anormais de alfa fetoproteína, no soro materno ou no líquido amniótico, aumento ou diminuição do volume de líquido amniótico, restrição do crescimento fetal, consangüinidade, patologias maternas associadas à gestação, problemas cromossômicos identificados em gestação anterior, exposição a agentes teratogênicos, como drogas, infecções e radiações⁵².

Armbruster-Moraes⁵³ ressalta que o DPN deve ser realizado rotineiramente por todas as gestantes. Entretanto, as que se encontram dentre os casos com fatores de risco citados necessitam de pesquisa mais detalhada sobre a probabilidade de ocorrência de malformações fetais.

A atuação em Medicina Fetal pressupõe amplo conhecimento em Genética, utilização adequada das técnicas de ultra-sonografia e anatomia patológica. A assistência multiprofissional com neonatologista, cirurgião pediátrico, patologista, geneticista, psicólogo e assistente social é indicada para fornecer informações adequadas e auxiliar o casal, após o diagnóstico de malformação fetal⁵⁴.

A margem de erro admitida para o diagnóstico de malformação fetal realizada por equipe treinada em Medicina Fetal é menor do que 1/1000:

“a imensa maioria dos diagnósticos realizados em medicina fetal é baseada em certezas e não em probabilidades. A margem de erro com a qual se trabalha nessa área, contando evidentemente com profissionais habilitados, é mínima”⁴⁰.

Assim, as técnicas atuais permitem a confirmação de hipóteses diagnósticas sobre as condições fetais, colocando os pais em contato direto com uma realidade cujo acesso só era possível depois do nascimento do bebê.

Ao informar o diagnóstico de malformação fetal, espera-se que o auxílio ao paciente se caracterize pela neutralidade no oferecimento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Assim, a imparcialidade do geneticista é de importância fundamental para que se possa remeter o casal

às suas próprias crenças e convicções, desencadeando um processo de reflexão, visando conquistar uma opção consciente sob os dados fornecidos:

“o paciente é uma unidade autônoma, possuidora de uma história e um conhecimento todo especial, capaz de decidir o melhor para si, com base em diversos subsídios compartilhados com a equipe durante a assistência”⁴⁶.

Com relação à neutralidade adequada, Marteau e Dormandy⁵⁵ apontam que a maior parte dos estudos sugere que as mulheres não são influenciadas pelos profissionais de saúde em suas decisões de manter ou não a gestação, após o diagnóstico de anormalidade fetal. Ressaltam, no entanto, os estudos de Robinson et al.⁵⁶ que há maior tendência à interrupção da gravidez, nos casos de anomalia cromossômica, quando o aconselhamento é feito pelo médico obstetra do que por geneticista ou pediatra.

Marteau et al.⁵⁷ já haviam concluído que o aconselhamento realizado por geneticista tende a ser menos diretivo do que o realizado por outros profissionais. Gollop⁴⁶ alerta para a existência de:

“(...) um desejo muito forte dos pacientes transferir responsabilidades para a equipe de atendimento e serem conduzidos como agentes passivos – isso não é nada apropriado quando o papel do médico é produzir um nível duradouro de bem-estar físico e psicológico. A não-diretividade permanece como garantia de um atendimento ético”.

Pode-se afirmar que existe um consenso de que é inadequado aconselhar de forma diretiva, mas não se tem, de forma explícita, quais são os elementos do aconselhamento que são desejáveis e que facilitem as escolhas conscientes⁵⁵.

Em relação aos diagnósticos de anomalias fetais, quando o médico indica o aborto como a melhor saída, pode estar incorrendo no erro de indicar sobre suas próprias convicções, propiciando, algumas vezes, um conflito maior, uma vez que se soma outro problema ao diagnóstico de malformação fetal, a reflexão sobre o aborto. Quando o casal revela ao médico o desejo pelo aborto ou faz qualquer questionamento sobre o tema, a interrupção da gravidez passa a ser alternativa e não mais problema.

Grande número de casais utiliza o diagnóstico pré-natal para obter a confirmação da saúde do feto ou para eliminar medos da existência de malformações fetais. Assim, o diagnóstico pré-natal é evento estressante, na medida em que existe, inconscientemente, a possibilidade do diagnóstico de anomalias⁵⁸.

Mas a grande questão persiste na limitação atual encontrada pelos profissionais que trabalham com Medicina Fetal. O que fazer após obter um diagnóstico de malformação fetal? Como aconselhar?

A legislação dos países do primeiro mundo permite que o casal escolha entre ter ou não a criança que está gravemente acometida por uma afecção genética:

“(...) enquanto em todos os países do mundo desenvolvido casais optam livremente diante de uma gravidez em que o feto é sabiamente portador de anomalia grave, nós, no Brasil, não só não podemos oferecer serviços de diagnóstico genético a mais que 0,5% de quem dele necessita, como não temos nenhum respaldo legal para oferecer a pacientes, ou médicos (...) Primeiro Mundo os médicos são obrigados a recomendar métodos propedêuticos disponíveis em Medicina fetal, quando a gestação é acompanhada de riscos genéticos aumentados”⁵⁹.

Informar o problema sem qualquer possibilidade de tratamento e não oferecer alternativas ou possibilidades é ético? Para Gollop⁵⁹:

“ao se detectar uma anomalia incompatível com a vida extra-uterina, realmente o médico deveria estar apto a proporcionar uma alternativa capaz de resguardar, na medida do possível, a integridade emocional da gestante e do pai do feto anômalo”.

Dessa forma, o aconselhamento genético deve ser, necessariamente, precedido de acompanhamento psicológico dos casais que apresentam resultado desfavorável no DPN.

3.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

*“Asclépio, o médico divino,
fora condenado à morte pelos
deuses justamente por ter tentado
despertar os mortos, por não ter
aceitado a morte onde ela se
manifesta”.*
Pattis

Ao gerar um filho malformado, os pais, geralmente, sentem que o que eles tem de pior foi passado ao filho e agora estão expostos para a sociedade todos os seus erros, todos os seus defeitos. Assim, o pensamento de Flandrin (*apud* Rohden⁸) também é atual, quando relata que toda malformação da criança denuncia o pecado de seus pais. Desse modo, tem-se intensas vivências emocionais desencadeadas a partir do diagnóstico de malformação fetal letal.

3.5.1 Processos psíquicos e o diagnóstico de anomalia fetal letal

“A causa da proibição do aborto é uma expectativa não realista: a mãe deve querer e amar todos os filhos que concebe(...)”.
Paris

O nascimento de um filho malformado representa a ambigüidade, a vivência simultânea do bem e do mal, do sucesso e do fracasso. Assim como vida e morte fazem parte da natureza humana, a história da humanidade está intrinsecamente relacionada a gestações com insucessos, aos filhos malformados. A dúvida sobre a origem das aberrações da natureza é antiga. Seria vontade de Deus?

Em busca de respostas para essa questão, a Igreja Católica postulava que o pecado original teria contaminado a natureza e, assim, o defeito, a anomalia corporal serviria para resgatar a verdadeira condição humana. Há, nessa teoria, incutida a crença da natureza maléfica da mulher como fator desencadeador de todos os males da natureza.

Aristóteles concluía que as malformações faziam parte das realizações imperfeitas próprias da natureza. Santo Agostinho postulava que se tratavam de criações divinas. Na Idade Média, a criança malformada passa a ser o símbolo de uma conduta imoral dos pais. No século XVIII, acreditava-se que, ao conceber monstros, a mulher contrariava as leis da natureza. As imperfeições seriam resultados de feitiçaria ou de coitos desordenados.

Atualmente, com o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico pré-natal, o feto passou a ser um agente ativo, tornando-se o paciente da Medicina Fetal. No entanto, o feto está no interior do útero da gestante e, muitas vezes, os seus direitos podem diferir do interesse materno. Caron e Maltz⁷² complementam essa idéia quando afirmam que a terapêutica adotada na vida pré-natal instaurou conflito para a gestante e para a família, necessitando de tratamento e profilaxia na vida emocional. Só o fato de se submeter a exames e procedimentos pode precipitar reações de ansiedade e medo, além das vivências emocionais específicas e intensas do diagnóstico de malformação fetal.

No decorrer dos anos, alguns estudos têm sugerido que aspectos emocionais podem desencadear malformações fetais. Esse tema é polêmico, desperta culpa e deve ser avaliada com cautela. Vejamos os dados: Hultin; Ottosson⁷³ sugerem que toda malformação congênita, especialmente, fenda palatina, tem prevalência maior entre mulheres que não desejaram a gestação. Lou et al.⁷⁴ encontram, em estudo prospectivo, associação entre o estresse materno e a circunferência craniana diminuída, bem como desenvolvimento neurológico inferior, indicando associação entre estresse materno e desenvolvimento do sistema nervoso central. Hansen et al.⁷⁵ afirmam que se o estresse é grave ou prolongado poderia, teoricamente, induzir à malformação congênita pela liberação de cortisona, um dos principais hormônios do estresse. Apontam o estudo de Fraser e Fainstat⁷⁶, em que se administrou cortisona em ratas gestantes e se observou aumento do risco para fenda palatina, diminuição da circunferência craniana, diminuição da mandíbula e espinha bífida.

O estudo realizado por Hansen et al.⁷⁵ de 1980 a 1992, com todas as mulheres expostas a graves eventos de vida, durante a gestação (n=3560), e com grupo controle de mulheres não expostas a eventos estressantes, durante a gravidez (n=20.299), concluiu que o estresse psicossocial aumenta a prevalência de malformação fetal, em particular, às ligadas ao desenvolvimento do tubo neural, fenda palatina, labioleporino e malformações cardíacas. Acreditam que o estresse, durante a organogênese, seria o fator mais importante para desencadear anomalias.

Com relação ao tipo de exame realizado no pré-natal, Kowalcek et al.⁵⁸ analisam aspectos emocionais de gestantes e seus parceiros, antes do DPN, e o estresse psicológico, antes e depois dos exames. Concluem que o tipo de exame, invasivo ou não, por si só, não caracteriza fator determinante de estresse.

No que diz respeito à época do diagnóstico pré-natal, Kornman et al.⁷⁷ afirmam que as gestantes preferem realizar procedimentos e exames no primeiro trimestre de gravidez, pois sentem-se mais tranquilas ao optarem pela interrupção da gravidez.

Statham et al.⁷⁸ descrevem, como reação ao diagnóstico pré-natal, sentimentos de raiva, desespero, inadequação e distúrbios do sono e de alimentação. Ainda com relação ao diagnóstico de anormalidade fetal, Benute e Gollop⁷⁹ afirmam que as reações emocionais desencadeadas com o diagnóstico pré-natal de malformação fetal, tais como dor, angústia e sofrimento não estão relacionadas nem com o número de filhos vivos nem

com o planejamento e o desejo pela gestação, são comuns a todas as mulheres que passam por essa experiência. Com relação à equipe médica, Sukop et al.⁸⁰ afirmam que é comum se observar raiva dirigida aos profissionais e que a compreensão é fundamental para auxiliar o casal a se adaptar à nova realidade.

Dualibi et al.⁸¹ relatam que, ao receber o diagnóstico de malformação fetal, as gestantes passam por períodos de dúvidas e questionamentos e buscam outras opiniões para confirmar o diagnóstico recebido. Para os autores, os sentimentos comumente vividos dizem respeito à ansiedade e apreensão. Kroeff et al.⁸² complementam os aspectos emocionais vividos, relatando que, receber o diagnóstico com a gestação avançada, dificulta ainda mais a aceitação do problema. Ralston et al.⁸³, em estudo que visou determinar os benefícios do diagnóstico pré-natal de aneuploidia fetal em mulheres que continuaram a gestação, encontraram que as vantagens se dão na busca por informações para os cuidados com o bebê, principalmente com visitas a geneticistas e pediatras, antes do nascimento. Mas os autores sugerem que os benefícios emocionais do diagnóstico pré-natal provavelmente são temporários e tendem a ser dissipados com o decorrer da gestação.

Benute et al.⁸⁴, em estudo realizado com o objetivo de avaliar, do ponto de vista da gestante, qual seria o melhor momento para se obter o diagnóstico de anomalia fetal, concluem que, apesar de 84% ter se sentido frustrada e paralisada com o diagnóstico, 70% optaria por descobrir os problemas, logo no início da gravidez, pois acreditam ter mais tempo para se adaptar ao diagnóstico ou pensar no que fazer.

Após o nascimento do bebê malformado, Drotar et al.⁸⁵ falam de padrão de comportamento que poderia ser esperado pelos pais: “(...) *observaram a existência de cinco estágios de reação parental após o nascimento do conceito malformado: choque; negação; tristeza e cólera; equilíbrio e reorganização*”. O choque é considerado uma resposta inicial, caracterizado por sentimentos de desamparo, crise de choro, vontade de fugir e comportamentos irracionais. A negação tem o intuito inconsciente de evitar admitir e entrar em contato com o diagnóstico. Os sentimentos de tristeza e cólera aparecem com a aceitação do diagnóstico e dão lugar, lentamente, à restauração do equilíbrio.

Em estudo realizado por Benute e Gollop⁷⁹, observa-se que o relacionamento do casal fica mais fortalecido quando esses conseguem dialogar entre si, dividindo seus medos e suas angústias. Os desentendimentos ocorrem, em maior proporção, quando há projeção de raiva, da angústia e da culpa sentida.

Marteau e Dormandy⁵⁵ tecem crítica acerca dos estudos psicológicos sobre diagnóstico pré-natal. Afirmam que muitos estudos se dedicam à compreensão acerca das decisões para a realização do diagnóstico pré-natal, mas poucos apresentam as decisões após o diagnóstico de anomalia fetal. Assim, relatam que é pequeno o saber sobre como facilitar as decisões das mulheres após receberem um diagnóstico desfavorável.

Klaus e Kennel⁸⁶ ressaltam que o bebê concretiza as esperanças dos pais para o futuro. Afirmam que, mesmo em gestações não planejadas ou

não desejadas, a aceitação do diagnóstico é muito difícil. Para Benute e Gollop⁷⁹, o não desejo da gestação é significativo para reações emocionais de culpabilidade mais intensas, levando à crença de que há um grande potencial destrutivo interno. A mulher teme que, por não querer, conseguiu deformar o seu filho.

A proximidade do parto é relatada por Dualibi et al.⁸¹ como período de intensa depressão, pois misturam-se sentimentos de desejo, rejeição e medo.

3.5.2 Processos psíquicos e a decisão pela interrupção da gravidez

*“(...) a alma e o corpo podem apresentar exigências conflitantes: há ocasiões em que os clamores da vida exigem que os valores da alma sejam alijados”.
Hillman*

O processo de decisão relacionado à interrupção judicial da gravidez é vivido de modo intenso. Benute e Gollop⁷⁹ assinalam que os casais que recebem o diagnóstico de malformação fetal letal e que têm algum tempo para elaborar essa situação, conseguem iniciar o processo de luto e apresentam maior facilidade e segurança para realizar a opção entre solicitar ou não o alvará para a realização da interrupção seletiva da gravidez. Ressaltam que *“com a revisão dos valores internos arraigados em cada um deverá se chegar a uma opção que vise minimizar esta crise aliviando angústia e diminuindo o sofrimento”*.

Dallaire et al.⁸⁷, no Canadá, comparam a reação emocional de gestantes com e sem risco prévio para anomalia genética. Observam que as reações mais freqüentes, ao tomar conhecimento do diagnóstico, em ambos os grupos, foram de choque e negação, acrescentando que, no grupo com conhecimento prévio do risco, ocorre intenso sentimento de culpa na grande maioria das mulheres (73%). Interessante observar que todas as gestantes interromperam a gestação e os autores relatam que um terço delas se declararam obrigadas a realizar o aborto, mas não explicam o porquê desse sentimento.

Wertz e Fletcher⁸⁸ apresentam dados relativos à opção pela interrupção da gravidez em países desenvolvidos. Quando o diagnóstico é de anomalia cromossômica, na Suíça, todas as mulheres interrompem a gravidez, e, nos Estados Unidos, a porcentagem varia de 94 a 100%. Diagnósticos de desordens metabólicas têm 100% de interrupção de gravidez na Austrália e nos Estados Unidos. A detecção de espinha bífida leva ao aborto em 100% das gestações, na Inglaterra e nos Estados Unidos, e em 95% das vezes na Austrália. Os autores relatam que a opção pela interrupção da gravidez está pautada na qualidade de vida do feto, com relatos de preocupação com o sofrimento do bebê e da família.

Em estudo realizado por Edwards et al.⁸⁹, constata-se que 95% dos casais optam por terminar a gravidez após diagnóstico de malformação fetal. Bell e Stoneman⁹⁰ investigam quais fatores estariam relacionados à opção pela manutenção ou não da gravidez. Concluem que qualidade de vida da criança, da família e o compromisso pessoal são fatores relevantes na opção

pela interrupção da gravidez, enquanto que a oposição ao aborto e a preocupação com a qualidade de vida da criança são razões que levam as gestantes a prosseguirem com a gravidez.

Quando questionou mulheres que já possuem filhos com anomalia congênita sobre interromper uma gravidez com feto acometido, Breslau⁹¹ constata que 66% delas aprovavam a realização do aborto em fetos com anomalias graves. Meryash e Abuelo⁹² verificam que a grande maioria de mulheres que possuem filhos com diagnóstico de Síndrome do X frágil também encontram vantagens no diagnóstico pré-natal e terminariam uma gravidez se fosse constatado que o feto era portador da anomalia.

No que diz respeito à tomada de decisão para o aborto, Silva⁹³ relata que a consciência de vários sentimentos ambivalentes de amor e ódio, vida e morte, culpa, desejo e realidade permite a tomada de decisão. Ressalta ainda que a interação entre fantasia e realidade na mente da mulher grávida afetará o resultado emocional de como vai lidar com o aborto:

“O aborto pode interferir no senso de auto-estima e auto-representação da mulher, gerando sentimentos de perda, aflição e se não elaborados podem gerar um conflito não resolvido durante anos, provocando depressão, perda da auto-estima e rejeição do corpo feminino que não deu à luz uma criança sadia, viva e desejada”.

No Brasil, a autorização judicial para interrupção da gravidez representa uma aprovação social, eliminando sentimentos de culpa decorrente de julgamentos morais. Não há o sentimento de marginalização por estar cometendo um ato ilícito⁷⁹.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 CASUÍSTICA

Para a coleta de dados, foram estudados, retrospectivamente, os prontuários e os relatórios das entrevistas psicológicas das gestantes que receberam diagnóstico de malformação fetal letal, no período de agosto de 1998 a dezembro de 2003, na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Esse grupo, para facilitar a leitura dos dados, foi denominado de “Grupo Geral”.

No período de janeiro de 2001 a dezembro de 2003, um subgrupo dessa população, composto por pacientes que foram encaminhadas para avaliação psicológica e que desejavam interromper a gravidez, foi entrevistado antes da solicitação do alvará judicial e, entre 30 e 60 dias, após o aborto ter sido realizado. Esse subgrupo estudado foi denominado “Grupo de avaliação pós-interrupção”.

4.2 INSTRUMENTOS

4.2.1 Instrumentos utilizados no “Grupo Geral”

→ Todas as pacientes do Grupo Geral foram inicialmente submetidas à entrevista psicológica aberta, realizada imediatamente após a consulta com o profissional da área de Medicina Fetal, momento em que foi dado ou confirmado o diagnóstico de malformação fetal letal. O mesmo tipo de entrevista ocorreu com as pacientes que realizaram acompanhamento psicológico posterior à interrupção da gravidez.

A realização da entrevista aberta teve como objetivo central propiciar a expressão dos sentimentos desencadeados com o diagnóstico de malformação fetal letal, promover reflexão acerca do desejo da solicitação da interrupção judicial da gravidez, e, ainda, a finalidade de permitir que a mulher ou o casal falassem livremente sobre o momento que estavam vivendo, as angústias e aflições decorrentes do diagnóstico de malformação fetal letal. Nessa entrevista, foram coletados os dados acerca da caracterização da população, os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico e aqueles relativos à opção pela interrupção judicial da gravidez.

4.2.2 Instrumentos utilizados no “Grupo de avaliação pós-interrupção”

- Por se tratar de um subgrupo do “Grupo Geral”, inicialmente, as mulheres foram submetidas à entrevista aberta já discutida no item anterior. Da mesma forma, foi realizada, imediatamente após a consulta de Medicina Fetal, em que foi dado ou confirmado o diagnóstico de malformação fetal letal.
- Após a interrupção da gestação, foi realizada entrevista semidirigida, no mínimo 30 dias e no máximo 60 dias após o aborto. As questões abordadas estão descritas no anexo A. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. As questões abertas abordadas nessa entrevista foram categorizadas de acordo com o seu conteúdo e conforme o tema central tratado em cada uma delas.

A opção pela utilização da entrevista semidirigida deu-se em função da necessidade de permitir que a mulher falasse livremente sobre o tema da investigação. A resposta a questões amplas dá maior subsídio para a análise dos dados e propicia melhor conhecimento da vivência emocional da mulher. Algumas perguntas foram realizadas para melhor compreensão do evento vivido e para orientar o assunto para uma ou outra direção. A entrevista semidirigida permite identificar os aspectos emocionais vivenciados no processo de decisão pela interrupção judicial da gravidez, descrever os sentimentos despertados a partir do procedimento de

interrupção e identificar qual a representação que as mulheres têm do papel do atendimento psicológico durante esse processo.

O conteúdo de entrevistas assim realizadas pode ser analisado tanto de forma qualitativa quanto quantitativa.

→ As análises dos prontuários foram realizadas para se completar os dados referentes à caracterização das pacientes, ao diagnóstico de malformação fetal e os dados dos alvarás judiciais, quando possível.

4.3 PROCEDIMENTOS ADOTADOS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA NOS CASOS DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL

Após a consulta com especialista da área de Medicina Fetal, onde a mulher ou o casal recebeu o diagnóstico de malformação fetal letal, é realizado encaminhamento para o acompanhamento psicológico. Essa rotina é aplicada, desde 1995, quando foram solicitados os primeiros alvarás judiciais no serviço.

No primeiro encontro, tanto no “Grupo Geral” como no “Grupo de avaliação pós-interrupção”, realizou-se a entrevista aberta a fim de permitir que a mulher/casal expressasse livremente o que estava sentindo e o que julgasse importante. Nesse momento, intervenções psicológicas foram realizadas, de acordo com a necessidade específica de cada caso, sempre com o intuito de auxiliar no enfrentamento do momento em que estavam

vivendo. Fragmentos dessas intervenções encontram-se apresentadas na análise qualitativa dos resultados.

Para o “Grupo de avaliação pós-interrupção”, foram analisadas 35 mulheres que compareceram à avaliação psicológica, após a resolução da gestação. Elas optaram por interromper a gravidez solicitando alvará judicial e retornaram após a interrupção da gravidez. O termo de consentimento livre e esclarecido (anexo B) foi solicitado, nesse momento, e ressaltava a não obrigatoriedade de participação nesta pesquisa, sua independência com relação ao atendimento médico de boa qualidade e a necessidade de serem utilizados os dados colhidos na entrevista. Após a leitura, tendo a mulher consentido em participar do estudo^{*}, foi iniciada a entrevista semidirigida.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pela comissão de ética em pesquisa do HCFMUSP - CAPPesq (Apêndice). As participações nas entrevistas foram consideradas sem risco, não prevendo a existência de nenhuma consequência para os sujeitos da pesquisa.

^{*} Não houve recusas expressas à participação desta pesquisa.

As pacientes tiveram assegurada a oportunidade de realizar acompanhamento psicológico na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, após a pesquisa, caso houvesse interesse, mas tais atendimentos não fizeram parte deste estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Procurando propiciar a compreensão dos dados por profissionais de diferentes especialidades e atendendo a necessidade do uso de diferentes instrumentos (entrevista aberta no “Grupo Geral” e semi-aberta no “Grupo de avaliação pós-interrupção”), foi necessário utilizar diferentes técnicas de análise qualitativa dos dados. Essas diferentes formas de análise dos dados foram escolhidas para poder aproveitar, de forma adequada, todo o material do discurso apresentado pelas gestantes. Para a análise das entrevistas abertas realizadas com o “Grupo Geral”, utilizou-se a técnica da Análise da Narrativa. Para o Grupo de avaliação pós-interrupção, foram utilizadas as técnicas de Análise Temática ou Análise de Conteúdo⁹⁴ e Análise do Discurso do Sujeito Coletivo⁹⁷.

4.6 ANÁLISE QUANTITATIVA

A análise quantitativa dos dados de caracterização da população foi realizada pela descrição das frequências absolutas e relativas.

4.7 ANÁLISE QUALITATIVA DO GRUPO GERAL

Para a análise das entrevistas abertas, utilizou-se a Análise de Narrativas. Essa técnica permite acessar os significados atribuídos aos sentimentos mais intensos e profundos vivenciados em dada situação. Revela o modo do indivíduo ser e agir, possibilitando reflexão acerca dos eventos e de seus significados. A experiência é apresentada da forma como o indivíduo a percebeu. Essa técnica amplia a liberdade de expressão e cabe ao narrador escolher o que contar sobre sua vivência, atribuindo seus próprios significados. A unidade de análise é o discurso, o relato.

A apresentação dos resultados (capítulo 5 item 5.2) foi dividida em seções para facilitar a compreensão do leitor. Os fragmentos dos discursos são apresentados por meio da ilustração de cada um dos momentos vivenciados, a partir da unidade de significação. Nesse tipo de análise, necessariamente, ocorrem a apresentação dos resultados e a discussão dos tópicos paralelamente.

4.8 ANÁLISE QUALITATIVA DO GRUPO PÓS-INTERRUPÇÃO

Nesse grupo foi realizada a Análise Temática, que tem como objetivo permitir a interpretação do conteúdo do discurso, de forma direta, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das entrevistas. Tem a finalidade de descrever, interpretar e compreender os dados. Essa técnica é definida por Bardin⁹⁴ como:

"um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens".

De acordo com Minayo⁹⁵:

"fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado".

Esse método de análise estabelece que, inicialmente, sejam determinadas as unidades de registro, a forma de categorização, ou seja, os dados são codificados, transformando as respostas dissertativas da entrevista em categorias por meio de uma análise transversal.

As entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-eixo ou unidade de significação da questão formulada na entrevista semidirigida, encontrando-se, assim, os núcleos de sentido que compõem a comunicação de cada paciente, codificando os dados do discurso, categorizando os conteúdos.

Todos os dados obtidos com a categorização foram analisados quantitativamente, pois essa análise constrói índices que permitem formas de quantificação. Os resultados encontram-se apresentados em forma de gráficos ou tabelas (capítulo 5 item 5.3).

Para evitar a apresentação dos dados de forma exclusivamente racional, optou-se por utilizar uma adaptação da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre et al.⁹⁶. Essa técnica tem por objetivo apresentar os discursos de forma a compor uma representação social, ou seja, a expressão de um grupo ou da coletividade.

O DSC apresenta-se pela reunião de idéias individuais, formando um discurso coletivo. Parte-se do pressuposto sociológico da expressão do imaginário do campo a que as pessoas pertencem⁹⁷. O discurso é composto pelo que um indivíduo falou e também pelo que ele poderia ter falado, mas que foi dito por outra pessoa.

Dessa forma, acredita-se ter conseguido explorar os dados obtidos pelas diferentes técnicas de entrevistas utilizadas, de forma satisfatória.

5 RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se descritos os aspectos quantitativos e qualitativos colhidos a partir das entrevistas abertas e semidirigidas. Inicia-se delineando as características gerais da população de 249 mulheres que compareceram ao Setor de Medicina Fetal, receberam diagnóstico de malformação fetal letal e foram encaminhadas para avaliação psicológica. Apresentam-se os dados de caracterização das 35 mulheres que retornaram à consulta psicológica após a interrupção judicial da gravidez, e que compuseram o Grupo de Avaliação pós-interrupção. Em seguida, apresenta-se a análise qualitativa dos dados obtidos no Grupo Geral. Pelas características peculiares da Análise da Narrativa, apresenta-se conjuntamente os resultados e a discussão dos dados.

Finaliza com a apresentação dos resultados compreendidos pela Análise Temática e pelo Discurso do Sujeito Coletivo obtidos com a entrevista semi-dirigida do Grupo de avaliação pós-interrupção. Os resultados encontram-se expressos em tabelas ou gráficos, com intuito de facilitar a leitura dos dados. O capítulo seguinte apresenta a discussão desses dados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nesta seção, apresentam-se os dados que caracterizam a população alvo do estudo dividido em duas partes. Inicialmente, apresentam-se os resultados da população geral estudada – de agosto de 1998 a dezembro de 2003, em seguida, são retratados os dados do subgrupo de mulheres que compareceram à consulta psicológica, após a interrupção judicial da gravidez. Em ambos os casos, apresentam-se a caracterização do período do atendimento, a idade, o número de gestações, o número de filhos vivos, o estado civil, o diagnóstico obtido, a religião professada, a escolaridade, o trimestre gestacional no diagnóstico, a solicitação do alvará judicial, o deferimento ou indeferimento dos alvarás judiciais.

5.1.1 Análise quantitativa da caracterização Geral

O gráfico 1 apresenta os casos de malformação fetal letal, atendidos entre os anos de 1998 e 2003.

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS 249 CASOS COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL DE ACORDO COM O ANO DE OCORRÊNCIA HCFMUSP AGO DE 1998 À DEZ DE 2003

A descrição das características do Grupo Geral quanto à idade materna, número de gestações, número de filhos vivos, trimestre gestacional, no momento do diagnóstico, a religião, a escolaridade e o estado civil encontram-se demonstrada na tabela 1. A idade variou de 13 a 42 anos; o número de gestações, de 1 a 7; número de filhos vivos, de 1 a 6; a idade gestacional, de 5 a 36 semanas.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DA IDADE MATERNA, NÚMERO DE GESTAÇÕES, NÚMERO DE FILHOS VIVOS, IDADE GESTACIONAL DAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003

Dados Maternos	Características	Resultados	
Idade materna, anos, n (%)	13 a 18 anos	45	(18)
	19 a 25 anos	77	(30,9)
	26 a 31 anos	67	(26,9)
	31 a 35 anos	28	(11,3)
	≥ 35 anos	32	(12,9)
	média (DP)	25,9	(7,3)
No. de gestações, n (%)	1ª gestação	109	(43,5)
	2ª gestação	64	(25,4)
	3ª gestação	38	(15,1)
	4ª gestação	15	(5,8)
	≥5ª gestação	11	(4,2)
	sem informação	12	(4,6)
	média (DP)	2,0	(1,4)
Nº Filhos vivos, n (%)	Nenhum	133	(53,4)
	1	63	(25,4)
	2	27	(10,8)
	3	6	(2,4)
	4	4	(1,6)
	≥4	4	(1,6)
	Sem informação	12	(4,8)
	média e (DP)	0,8	(1,3)
Trimestre Gestacional, n (%)	1º trimestre	15	(6,0)
	2º trimestre	156	(62,6)
	3º trimestre	78	(31,3)
Idade gestacional, sem.	média (DP)	22,5	(5,5)

Na tabela 2, podem ser visualizados os resultados relativos à religião, escolaridade e estado civil. Predominaram gestantes de religião católica (65%), com apenas o 1º grau de escolaridade (45,7%) e estado civil caracterizado por união estável (66,7%).

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME O TIPO DE RELIGIÃO, GRAU DE ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ DE 2003

Dados Maternos	Características	Resultados	
		n	%
Religião, n (%)	Católica	162	(65,0)
	Evangélica/testemunha/cristã	34	(13,7)
	Não tem religião	26	(10,4)
	Sem informação	17	(6,9)
	Espírita	7	(2,8)
	Messiânica/mormon	3	(1,2)
Escolaridade, n (%)	1º grau	114	(45,7)
	2º grau	88	(35,6)
	Sem informação	33	(13,4)
	Superior	11	(4,5)
	Pós-graduação	1	(0,4)
	Analfabeta	1	(0,4)
Relação conjugal, n (%)	União estável	166	(66,7)
	Solteira	56	(22,5)
	sem informação	21	(8,4)
	viuva	3	(1,2)
	Divorciada/separada	3	(1,2)

A distribuição dos casos de acordo com o diagnóstico ultrasonográfico principal que caracterizou a malformação fetal como letal encontra-se apresentada na tabela 3. Observa-se que a anencefalia/acrania (54,3%) foi a anormalidade prevalente.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A PRINCIPAL ANOMALIA DETECTADA NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003

Diagnóstico	n	%
Acrania/anencefalia	135	(54,3)
MF nefrourológica	26	(10,5)
Síndromes Genéticas	24	(9,6)
MF de SNC	21	(8,4)
MF múltiplas	21	(8,4)
MF de coluna	13	(5,2)
Gemelidade imperfeita	8	(3,2)
MF parede abdominal	1	(0,4)
Total	249	100

MF = malformação; SNC = sistema nervoso central

Com relação ao alvará judicial para autorização da interrupção da gravidez, observa-se que em 63% dos casos o alvará foi solicitado (gráfico 2) e destes 66% foi autorizada a interrupção judicial da gravidez (tabela 4).

GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGOSTO A DEZEMBRO DE 2003

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM O DEFERIMENTO DO ALVARÁ JUDICIAL SOLICITADO POR 156 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ 2003

Deferimento ou indeferimento	n	%
Autorizado	103	66,0
Não retornou ao Serviço	42	26,9
Negado	11	7,1
Total	156	100

Encontram-se descritas na tabela 5 as causas que levaram à solicitação ou não do pedido judicial. A mais freqüente para a solicitação foi a vontade de minimizar o sofrimento (88,5%) e para a não solicitação foi o sentimento de culpa por crenças pessoais (71,8%). Em 15 pacientes não foi possível determinar o que aconteceu, pois não retornaram ao serviço.

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM AS CAUSAS QUE LEVARAM À SOLICITAÇÃO OU NÃO SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL NAS 249 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP AGO 1998 A DEZ DE 2003

Solicitação	Causas da solicitação	n	%
Solicitaram	Diminuir sofrimento	138	(88,5)
	Desistiu quando autorizado por idade gestacional avançada	9	(5,8)
	Óbito fetal antes da resposta do juiz	6	(3,8)
	Trabalho de parto prematuro	3	(1,9)
	total	156	(100)
Não solicitaram	Sentimento de culpa por crenças pessoais	56	(71,8)
	Idade gestacional avançada	11	(14,1)
	Óbito fetal	6	(7,8)
	Fórum em recesso	2	(2,7)
	Fórum não permitiu entrada do processo	3	(3,8)
	Total	78	(100)

5.1.2 Caracterização das pacientes que realizaram entrevista psicológica após a interrupção judicial da gravidez (Grupo pós interrupção)

A descrição das características do Grupo Pós-interrupção quanto à idade materna, número de gestações, número de filhos vivos, trimestre gestacional no momento do diagnóstico, a religião, a escolaridade e o estado civil encontra-se demonstrada na tabela 6.

A idade materna variou de 13 a 42 anos; o número de gestações, de 1 a 7; o número de filhos vivos, de nenhum a 6; a idade gestacional, de 5 a 36 semanas.

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS, MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DA IDADE MATERNA, NÚMERO DE GESTAÇÕES, NÚMERO DE FILHOS VIVOS, IDADE GESTACIONAL NO DIAGNÓSTICO DAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Dados Maternos	Características	Resultados	
		n	%
Idade materna, n (%)	13 a 18 anos	10	(28,6)
	19 a 25 anos	6	(17,1)
	26 a 31 anos	10	(28,6)
	31 a 35 anos	7	(20,0)
	≥ 35 anos	2	(5,7)
	Total	35	(100)
	média (DP)	25	(6,3)
Nº de gestações, n (%)	1ª gestação	15	(42,9)
	2ª gestação	10	(28,6)
	3ª gestação	7	(20,0)
	4ª gestação	2	(5,7)
	>5ª gestação	1	(2,9)
	Total	35	(100)
	média (DP)	2,0	(1,1)
Nº Filhos vivos, n (%)	Nenhum	17	(48,6)
	1	12	(34,3)
	2	5	(14,3)
	3	1	(2,9)
	Total	35	(100)
	média (DP)	1,0	(0,9)
Trimestre Gestacional, n (%)	1º trimestre	4	(11,5)
	2º trimestre	27	(76,6)
	3º trimestre	4	(11,5)
	média (DP)	18	(5,5)

Na tabela 7 podem ser visualizados os resultados relativos à religião, escolaridade e estado civil. Houve predomínio de pacientes de religião católica (73,4%); com 1º grau de escolaridade (54,3%) e com união estável (60,1%).

TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME O TIPO DE RELIGIÃO, GRAU DE ESCOLARIDADE E ESTADO CIVIL DAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Dados Maternos	Características	Resultados	
		n	%
Religião, n (%)	católica	26	(74,3)
	Evangélica / cristã	4	(11,4)
	espírita	1	(2,9)
	Messiânica / mórmon	1	(2,9)
	Sem religião	2	(5,7)
	sem informação	1	(2,9)
	Total	35	(100)
Escolaridade, n (%)	1º grau	19	(54,3)
	2º grau	15	(42,9)
	superior	1	(2,9)
	Total	35	(100)
Relação Conjugal, n(%)	União estável	21	(60,1)
	Solteira	7	(20,0)
	Não informado	5	(14,2)
	Divorciada/separada	2	(5,7)
	Total	35	(100)

O tipo de malformação fetal letal detectada pelo diagnóstico ultrassonográfico ou genético, que indicou a solicitação da interrupção da gestação, está descrito na tabela 8. Os casos foram caracterizados conforme a anomalia de maior gravidade. Destaca-se o diagnóstico de anencefalia em 71,5%.

TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A PRINCIPAL ANOMALIA DETECTADA NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Diagnóstico	Resultados	
Anencefalia	25	(71,5)
Síndromes Genéticas	2	(5,7)
MF nefrourológica	4	(11,5)
MF múltipla	1	(2,9)
SNC	1	(2,9)
SNC + defeito de coluna	2	(5,7)
Total	35	(100)

MF = malformação; SNC = sistema nervoso central

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS ABERTAS DO GRUPO GERAL

Esse capítulo procura apresentar algumas situações emocionais vivenciadas pela gestante/casal após o diagnóstico de anomalia fetal, incompatível com a vida, durante o processo de decisão pela interrupção da gravidez, e na finalidade específica do acompanhamento psicológico diante de cada uma das situações. Foram selecionados alguns discursos das pacientes para ilustrar os aspectos apresentados.

5.2.1 Processos psíquicos

Todas as situações descritas tratam-se de mera ilustração, pois, dessa forma, a apresentação dos aspectos psíquicos de casal/gestante que recebe diagnóstico de malformação fetal letal se faz de modo mais concreto. Não se pretende com isso fornecer receita ou fórmula mágica para o tratamento de questões tão intensas e subjetivas. Cada casal/gestante deve ser entendido de forma dinâmica, e não estática como aqui apresentada.

5.2.1.1 O diagnóstico e o processo de decisão pela interrupção da gravidez

Observa-se que o momento do diagnóstico desencadeia um caos temporário com perda de raciocínio lógico precipitado pela vivência emocional intensa, independente da reação aparente, que pode variar da tranquilidade absoluta ao desespero. Parte das pacientes chega ao Hospital das Clínicas encaminhadas de outros serviços com diagnóstico ou suspeita de anomalia fetal. Ao se depararem no HC com a confirmação do diagnóstico de malformação letal do feto, algumas gestantes encontram-se em condições de decidir se desejam ou não a interrupção judicial, após o exame de ultra-sonografia, pois como já haviam recebido anteriormente o diagnóstico, tiveram espaço de tempo para reflexão e elaboração dos seus sentimentos e pensamentos.

"Eu sei do problema já há 15 dias. Chorei muito mas já sabia que se fosse verdade preferia não ter. Tinha esperança de que o médico que falou tava errado. Aqui repetiram tudo e até pior. Acharam mais coisas, mais problemas. Esperar é só sofrer muito mais. Vou me apegar e não ter".

No momento do diagnóstico, sob o impacto da notícia, o casal/gestante pode não conseguir compreender exatamente todas as informações fornecidas pelo profissional. A tendência é de ouvir claramente a questão da impossibilidade de sobrevivência, mas nem sempre se compreende exatamente o que está acontecendo:

"O médico disse só que ele ia morrer. Por que eu não sei, só sei que não tem jeito..."

"Ele falou tudo, mas não entendi direito não. Parece que fico ouvindo 'vai morrer'."

*"Eu não estava junto, ela que me explicou. Não entendo isso, como pode não ter cérebro? Todo mundo tem cérebro!"
(marido)*

Após a informação da incompatibilidade do "bebê" com a vida, há a busca pela solução imediata que, nem sempre, vem acompanhada de adequada reflexão sobre os valores e as repercussões das condutas adotadas.

Quando a gestante/casal acaba de receber o diagnóstico e o prognóstico do feto, o sofrimento desencadeado e a dificuldade de utilizar, nesse momento, o raciocínio lógico, desencadeia uma tendência ao desejo de acabar com o problema imediatamente. Se, nesse momento, é discutida a interrupção judicial, a gestante ou o casal pode apresentar um entendimento que poderia ser representado pela expressão "deixar a barriga ali, ao lado, esquecida" com o intuito consciente ou não, de cessar, de forma rápida, o sofrimento vivido. Assim, esse não é o momento mais propício para

se decidir sobre a interrupção judicial da gravidez. O impacto do diagnóstico de anomalia no feto não permite que existam reflexões imediatas.

"Vim aqui porque não é isso que eu quero. Preciso me livrar disso. É muita dor, muito sofrimento. Quero acabar com isso para não sofrer. Para parecer que foi só um pesadelo muito ruim e que estou acordando e nada aconteceu".

"Não quero pensar, não quero viver isso, prefiro fingir que nada aconteceu".

Nessas situações, é importante o auxílio na elaboração do sofrimento, deixando claro que sofrer é inerente ao processo vivido, mesmo não desejando passar por isso, não há escolha, não há como não sofrer, não há como esquecer. É a partir da consciência da dor que se pode ir minimizando o sofrimento, elaborando essa vivência. Após a consciência de que o sofrimento já está ali, instalado e que a melhor forma de lidar com ele é enfrentando-o de frente e permitindo a expressão dos sentimentos, inicia-se então um processo de reflexão pela interrupção da gravidez. Distingue-se aqui o sofrimento causado pelo diagnóstico, daquele que será vivido no decorrer da gestação, a partir do conhecimento dos problemas fetais.

O acompanhamento psicológico possibilita que o casal certifique-se de que conseguiram elaborar adequadamente a escolha, de forma que arrependimentos futuros não venham a prejudicá-los. Não há como garantir a inexistência do arrependimento, mas há como propiciar reflexão adequada, minimizando ou quase anulando essa possibilidade.

"Interromper a gravidez agora é a única forma de conseguir manter o meu equilíbrio. Não vou agüentar esperar tanto tempo sabendo a cada vez que ele mexe, que ele vai morrer. Isso é pior que tortura".

Caso essa conscientização ocorra de forma inadequada ou incompleta, a gestante/casal pode optar pela interrupção da gestação de forma errônea, acreditando serem capazes de terminar com o sofrimento e esquecer tudo que se passou. Essa ilusão, esse desejo pode acarretar sentimento de culpa posterior, quando defrontam o sofrimento que não terminou com o aborto. Passam, então, a refletir na escolha, no processo e fica claro que, sem consciência e sem reflexão, a dor poderá ficar ainda mais intensa:

"Foi ótimo poder refletir melhor. Pensamos muito em tudo o que conversamos e descobrimos que para nós o aborto seria terrível. A gravidez já está mesmo acabando, faltam duas semanas, o melhor que temos a fazer é esperar. Quem sabe não tem uma saída não é?"

Outras vezes, a decisão por interromper a gravidez caracteriza uma escolha pensada, consciente do casal quanto à situação vivenciada, procurando minimizar o sofrimento vivido não no que diz respeito à intensidade, mas na sua duração. Chegam a essa conclusão após racionalizar o que será melhor para evitar o sofrimento diante da situação em que o óbito será inevitável. Assim, fica claro que a opção pela interrupção da gravidez foi tomada como escolha, daí, a importância do acompanhamento psicológico para propiciar consciência da decisão.

"Conversamos e conversamos e conversamos. Choramos muito também. Temos certeza de que interromper a gravidez é o melhor, para nós e para o bebê. Ele também vai sofrer menos".

"Para que eu consiga voltar a viver, preciso interromper a gravidez. Não há como passar 9 meses fingindo que nada vai acontecer. Ele vai morrer e eu vou morrer aos poucos até isso acontecer".

Algumas situações, no momento do diagnóstico de anomalia fetal, podem dificultar e até agravar o enfrentamento do problema. A forma como o profissional fornece o diagnóstico ou o modo como a gestante/casal interpreta esse momento é uma dessas situações:

"O médico foi direto ao assunto. Disse que meu bebê ia morrer, pra eu não chorar que depois eu poderia ter outro. Não se preocupou comigo. Eu estava sozinha. Chorei tanto que até me perdi. Levei duas horas para conseguir chegar em casa".

"Isso não se faz. Eu estava sozinha. Fiquei tão perdida que não sabia nem como ir embora".

"Ele disse: tenho uma notícia ruim, seu bebê vai morrer, não se preocupe, isso é normal, acontece. Não chore, você aborta agora e pode ter outro filho depois".

Nas situações em que o diagnóstico fetal envolve apenas alterações de órgão internos, mantendo a normalidade do bebê na aparência, por exemplo, em casos de agenesia renal, é importante que o casal esteja absolutamente esclarecido dessa situação, pois caso opte por interromper a gravidez, após olhar o seu "bebê" pode desconfiar do diagnóstico, sentir-se traído e enganado:

"Eu vi, ele era normal, lindo, gordinho, perfeito. Será que fiz certo? Será que era mesmo verdade que tinha problema? Eu não vi. Não sei... Me arrependo. Quando olhei achei que tinha matado o meu filho... lindo! Era tão lindo! Como conviver agora com essa dor, essa dúvida? O ultra-som eu não entendo, entendo do que vi... meu filho, morto, eu provoquei, lindo... me disseram, eu acreditei".

Essa situação acaba por prolongar muito o sofrimento, muitas vezes, sem perspectiva de elaboração e superação.

5.2.1.2 Interrupção judicial como livre expressão do
desejo individual

A compreensão do casal quanto à possibilidade de se optar ou não pela interrupção judicial da gravidez como escolha e não uma "ordem médica" é fundamental. Para alguns pacientes, é mais fácil simplesmente acatar a decisão já formulada pelo médico que a assiste, encarando essa conduta como uma ordem. Nesses casos, o que ocorre é uma transferência não consciente da responsabilidade pelo ato a ser praticado, retirando, no momento da escolha, parte do peso da decisão. Embora, em princípio, retirar parte do peso da paciente possa parecer tentador e benéfico, essa "retirada" é ilusória. Pode parecer que está se propiciando certa tranquilidade no momento, mas funciona, na verdade como mecanismo de defesa – bloqueando o sofrimento de forma temporária e ilusória. Apenas prorroga-se o contato com a situação e a necessidade de assumir as responsabilidades de cada pessoa envolvida nessa história. Trata-se de uma história pessoal e deve ser compreendida, elaborada e decidida por aqueles que estão vivenciando esse momento.

"O médico mandou eu tirar... vou tirar, mas vou pensar que matei meu filho para sempre (...)"

"Ele disse que corro risco de vida e que tenho que tirar"

Em alguns casos, pode-se observar processo de auto-convencimento ou de dúvida por interromper ou não a gestação

"Fico pensando o que fazer. Não vai viver mesmo, vou tirar. Tirar... é, eu preciso tirar".

Quando se compreende o discurso, observa-se que há uma intenção de auto-convencer dessa necessidade. Explorar essa história permite novas reflexões.

"Preciso tirar porque todo mundo diz que é melhor. Ninguém entende, como eu que sou médica não quero tirar. Parece irracional, me cobram todo o tempo".

Novas intervenções propiciam reflexões:

"(...) e se eu tirar, às vezes penso que vou matar... matar meu filho. Já provoquei uma vez, agora acho que é castigo. Jurei não fazer isso de novo".

Por intermédio da interpretação e de apontamentos sobre o próprio discurso, pode-se dar condições para que a gestante perceba que a escolha de interromper, nesse caso, levará a um intenso processo de culpa e, conseqüentemente, a um sofrimento maior. Ninguém consegue fazer uma opção que minimize o sofrimento se acreditar que estará matando o próprio filho. Aí entram as questões filosóficas sobre a origem da vida e a autonomia materna.

Em outras situações, a evolução da reflexão leva à decisão da interrupção:

"Quero interromper, sei que é o melhor, mas tenho medo de me arrepender. Será que vou ser castigada? As pessoas falam que sim ..."

Quem escolhe é a paciente, apoiada em seu próprio discurso, em suas próprias palavras. Com o manejo clínico da interpretação, ela pode ver com nitidez o que minimizará o seu sofrimento.

"Não sei, não sei o que fazer. Vai morrer, mas eu tenho que escolher? O médico não pode dizer? Você não pode dizer o que tenho que fazer. Essa angústia da dúvida está pesando demais".

Com a evolução do discurso, propiciando debates e reflexões, se a dúvida permanece, agenda-se novos encontros. O que se observa é que se em 2 ou 3 encontros o casal não conseguiu resolver, a tendência é de permanecer na dúvida até o final da gestação. Desestimula-se, então, a permanecer se angustiando pela obtenção de uma resposta, que é interna e não externa, para que possam viver apenas a angústia da problemática fetal sem se sentir pesado pela necessidade de obter uma resposta.

"(...) eu penso ora acho melhor interromper, ora acredito que devo manter. Não consigo resolver".

A busca por uma resposta julgada ideal desencadeia sentimentos de pressão e insegurança. O acompanhamento deve voltar-se, então, para a percepção de que a angústia foi deslocada do foco inicial - problema fetal - e que é preciso acabar com essa sobreposição de problemas, optando-se, então, por aguardar o término da gestação.

Na dúvida, a orientação é sempre não interromper, pois com o curso natural ela irá terminar já com a dúvida. A interrupção poderá desencadear um processo de culpa que será mantido por toda a vida.

A reflexão sobre a diferenciação da crença dos outros e da crença pessoal leva a uma sensação de segurança, pois a solução foi encontrada a partir de recursos internos individuais:

"Tenho certeza que o meu Deus é um Deus bom, que se me permitiu saber neste momento dos problemas é porque me permite ter a minha decisão. Vai estar ao meu lado e me ajudar".

5.2.1.3 Desestruturação psíquica diante das dificuldades burocráticas para interrupção da gravidez

Depois que a gestante/casal passou pelo processo de decisão e optou por solicitar o alvará judicial, enfrenta, muitas vezes preconceitos morais e a ineficiência de alguns profissionais, que não conseguem se ausentar de julgamentos pessoais no exercício de suas profissões. Essas situações geram sofrimento, levando, em alguns casos, à nova desorganização psíquica:

"No fórum não quiseram aceitar, disseram que se eu repetisse isso iam me prender, porque eu estava querendo matar o meu bebê. Eu não queria matar doutora, só queria parar de sofrer. O que faço agora"?

"O promotor falou que precisa de uma carta do médico falando que eu tenho risco de vida, só assim o juiz vai deixar eu tirar o bebê. Eu corro risco doutora"?

"O advogado falou que é contra Deus, que isso era um pecado gravíssimo, que não se mata ninguém assim E agora?"

Assim, nesse momento, o acompanhamento psicológico funciona como apoio, referência. A gestante/casal procura saber como deve proceder e, em alguns casos, existe a necessidade de se reestruturar diante das acusações sofridas.

5.2.1.4 Anormalidade fetal e expectativa social

Após o diagnóstico da anomalia fetal, a gestante passa a enfrentar uma difícil situação: o convívio social. A gravidez desperta sentimentos de satisfação nas pessoas que a rodeiam e, a cada contato social, ela sente-se diminuída, cobrada e, algumas vezes, fica a dúvida quando deve fingir que tudo está bem ou contar para todas as pessoas os reais problemas:

"É tão difícil sair na rua e as pessoas falarem que linda, tá grávida é menino ou menina?"

"Não dá para contar para todo mundo o que ele tem. Eu digo que está tudo bem, mas dói muito cada vez que eu tenho que responder".

Essa situação leva, muitas vezes, a mulher a optar pelo isolamento, procurando evitar o contato social, fugindo do confronto entre o esperado e o real. Tais experiências, quando intensas, podem favorecer o aparecimento da depressão.

A expectativa de normalidade e de satisfação com a gravidez confronta a mulher com sentimentos de frustração e inadequação social, como se todas as mulheres tivessem filhos normais, apenas ela não. O dito popular "cada um tem o filho que merece" pode representar os sentimentos de inadequação, castigo ou exposição dos erros e defeitos dos pais pelo problema da criança, vivenciados por esses casais.

Não é incomum o relato das gestantes relacionado a pessoas “curiosas”, que querem estar em contato com uma aberração da natureza:

“Minha vizinha queria na verdade era poder entender como pude fazer um monstro. Falou que quando nascesse ela iria no enterro só para ver como era não ter cérebro”.

Essa situação também acentua a angústia, a raiva e a frustração e, na maioria das vezes, pela fragilização em que se encontram, as grávidas não conseguem dar limite a esses problemas.

5.2.1.5 Interrupção da gravidez e contato com o bebê

Após a interrupção da gravidez, a decisão de ver ou não a criança deve ser tomada pela própria mulher. As interferências dos profissionais que acreditam ser melhor não mostrar, para não aumentar o sofrimento, tratam-se simplesmente de julgamentos que podem interferir no processo de elaboração do luto:

“A enfermeira não me deixou ver o meu bebê. Disse que era melhor assim. Não consigo dormir imaginando o que fiz. Se não me mostraram é porque me enganaram. Meu bebê devia estar bem, por isso não vi.”

Também é importante identificar se existe o desejo de ver ou não os problemas do bebê. A opção é muito específica e diverge de mulher para mulher:

“A enfermeira me mostrou só o rostinho. Era pequeno mas gordinho. Não vi problema nenhum. Ele era perfeito... Ela cobriu todo ele, só vi o rostinho. Fico pensando será que tinha mesmo um problema?”

É preciso lembrar sempre que aquilo que é melhor para uns pode não ser para outros. Dentro da execução das atividades profissionais, é importante estar atento às necessidades da paciente sempre.

5.2.1.6 Reestruturação do futuro após a perda do bebê

Após a perda do bebê, quer tenha sido por parto de termo, por óbito fetal ou pela interrupção da gravidez, a gestante/casal vai se defrontar com o vazio, espaço esse que havia sido destinado ao planejamento da vida com um novo ser, pois, a partir do momento em que a mulher se reconhece grávida, começa a experimentar uma transformação interna. Sabe-se que nada mais será como antes. Com o decorrer da gestação, por meio da construção simbólica, é inevitável que a gestante/casal realize planos pautados na chegada desse bebê. Aos poucos, a vida vai se transformando e as expectativas, sonhos e ideais são construídos em torno de uma nova realidade.

"É difícil pensar o que vai ser agora. Já tava me sentindo mãe, preparada para amamentar. O que vou fazer?"

"Minha vida perdeu o sentido. O que vai ser agora? Não tenho mais nada para me importar".

A inexistência desse filho exige que se jogue fora todos os planos construídos e que se reestruture todas as perspectivas de futuro.

Os casais que optaram em não realizar a interrupção judicial também podem se beneficiar do acompanhamento psicoterapêutico. O desejo de que o bebê sobreviva ativa mecanismos de defesa importantes que devem ser elaborados.

"Fico pensando em Deus. Tenho fé de que ele vai ficar bem"

"Acho triste vir aqui. Prefiro não pensar nos problemas, acreditar que ele está bem. Sei que devia me preparar, mas é tão difícil".

"Não penso em mais nada, apenas em ter o meu bebê".

É importante que essa gestante/casal consiga viver a gravidez com consciência de que esse período será o único contato com o filho e que seja auxiliado no processo de elaboração do luto, na preparação para o parto e na reestruturação dos planos para o futuro.

5.2.2 Atuações do psicólogo no processo de decisão

Novamente não se pretende aqui esgotar o assunto com apresentação das vivências, mas considerar que algumas questões importantes e fundamentais devem ser abordadas e compreendidas para auxiliar o casal na revisão de valores e propiciar espaço para reflexão e decisão quanto ao desejo ou não de realizar a interrupção judicial da gravidez.

5.2.2.1 Psicodiagnóstico e intervenção

Inicialmente, é importante compreender, por meio da história do casal, qual o processo vivenciado desde a descoberta do diagnóstico. Como foi receber a notícia, qual o impacto causado, como lidaram com choro, desespero, angústia. Se estavam juntos ou não no momento da notícia, quando não estavam juntos, se o pai do bebê está compreendendo o que está ocorrendo, quem deu o diagnóstico, etc.

A partir do relato do processo vivenciado, é possível verificar como se encontra o processo de elaboração do luto, se este foi ou não iniciado. Para tanto, é importante perceber a utilização ou não de mecanismos de defesa, processo de investimento ou desinvestimento afetivo no feto:

“O médico falou que ele não vai sobreviver (...) não dá para acreditar. Ele não é Deus. Só Deus pode falar da vida e da morte”

“Tenho uma vizinha que disse que na gravidez dela também falaram que o bebê não tinha cabeça. A menina nasceu inteirinha. É linda”

“É difícil não pensar mais no meu filho. Mas preciso entender que se Deus não quer, ele não vai ser meu”.

Há ainda que se verificar o grau de compreensão das pacientes quanto às informações fornecidas pelo médico (e, para isso, um trabalho coerente e consistente com a equipe é necessário para que se possa diferenciar o que é fantasia das informações fornecidas). A compreensão pode apresentar-se incorreta ou parcial e, nessas situações, orientações direcionadas e claras se fazem necessárias. Dependendo da complexidade das distorções ou da incompreensão, sugere-se que o próprio médico explique novamente sobre o diagnóstico, para que se possa garantir a transmissão das informações de forma mais exata possível.

A informação é de suma importância, uma vez que a opção que se tem é pelo momento da morte, agora ou no final da gestação, nada mais. O que se tem é morrer ou morrer. A informação adequada procura capacitar a paciente para a escolha consciente. Quando a diferença é apenas o tempo,

pesar vantagens e desvantagens, conjuntamente com a avaliação emocional, possibilita um caminho coerente, integrando razão e emoção.

“O médico disse que ele tem problema. Mas não entendi, não sei dizer que problema. Sei que tenho que tirar. Que não vai viver”.

“Não vai viver é o que disse. Ele não pode saber. Não é Deus. (que problema tem o bebê?) O problema, não sei não, não entendi”.

Informações sobre enterro, via de parto, caso a gestação chegue a termo ou de como será realizada a interrupção judicial, procedimentos e tempo de espera no fórum são elementos que também auxiliam na opção do casal e devem ser fornecidos durante o processo de decisão.

É fundamental compreender como está o relacionamento do casal, pois dois são os mecanismos observados: maior proximidade do relacionamento ou distanciamento completo, que ocorre, muitas vezes, na tentativa de poupar o outro, desejando não chorar ou mostrar sua tristeza,

O casal chega ao atendimento psicológico dizendo que o relacionamento que era bom antes da gestação agora está insuportável, que estão pensando até na separação quando tudo acabar. Observa-se como a falta de proximidade, de comunicação e de expressão de sentimentos dificulta ainda mais o processo vivido. Quando relatam as dificuldades, o marido diz:

“Quase não conversamos mais. Falar o que? Do bebê? Não falo para ela não sofrer mais. Não encosto na barriga para não me apegar. Quando choro é escondido, não quero que ela sofra e se me ver chorando vai sofrer mais. Fico na minha”

Em contrapartida, as queixas da mulher são:

“Me sinto só. Ele não está ligando. Não fala comigo, não mexe na barriga, está distante. Acho que pensa que a culpa é minha. Parece que o filho é só meu”.

É importante incentivar que dividam a dor, a tristeza e desmitificar a idéia que se tem do choro. Pelo discurso, pode-se observar que o marido deseja poupar a si mesmo e ao outro, enquanto que a mulher se culpa interpretando erroneamente as atitudes do parceiro. Chorar não é ser fraco nem forte, chorar retrata apenas o sofrimento, a tristeza. Ninguém consegue aumentar o sofrimento do outro apenas porque chora. Mesmo porque o sofrimento existe, está instalado, e ele pode ou não ser representado. O choro o representa, possibilita a expressão da angústia e acaba propiciando certo alívio, favorece, inclusive na reorganização do pensamento lógico e na aproximação quando pode ser compartilhado.

Em alguns casos, o casal torna-se cúmplice e cada vez mais próximo.

“Não sei se eu estaria agüentando sem ele. Tem me dado muita força está sempre comigo. Quando choro, muitas vezes chora junto, me entende.”

“Estamos cada vez mais próximos. Entendemos que precisamos enfrentar juntos esta situação. Quando um chora, está triste o outro é forte para amparar. É engraçado essa troca. Parece que nos fortalece”

Com relação à participação familiar na decisão pela interrupção da gravidez, é importante que se possa compreender a dinâmica familiar que se instalou a partir do diagnóstico. Aspectos sobre com quem foram discutidas as questões da interrupção judicial, se houve crítica sobre o assunto ou se

preferiram nem conversar, poderiam indicar qual a posição e o julgamento das pessoas da família.

“Eu contei para todo mundo e agora fico cada vez mais confusa. Eu queria interromper. Minha tia disse que eu vou matar meu filho e que ela vai me acusar para sempre. Disse que estou possuída pelo demônio. Minha mãe me apoia, meu pai disse que eu resolvo (...)”

Quando a discussão sobre a interrupção da gestação é estendida para toda a família, muitas vezes, se apresenta a questão da dúvida e da insegurança, buscando respostas exteriores e não interiores. Instala-se a questão do aborto enquanto tabu. Nessa situação, é muito provável que a interrupção da gestação acabe por desencadear culpa, pois há forte tendência à exposição de julgamentos que interferem na elaboração do processo vivido, bem como a sua superação.

“Não falamos para ninguém. A decisão é nossa, só nossa”.

“Estamos expostos a julgamentos todos os momentos da vida. Julgar, opinar é fácil, não traz dor, angústia ou sofrimento. Ao contrário, permite transportar todos os nossos erros e incertezas para a atitude dos outros”.

Na decisão pela interrupção judicial não há como opinar. Somente a pessoa que está vivenciando a situação terá noção do peso da decisão a ser tomada. A intensidade da dor é individual. Muitas pacientes demonstraram que aprenderam com clareza essa lição quando questionadas sobre qual opinião daria a uma mulher que estivesse vivendo situação semelhante e afirmam que:

“Eu não diria para ela interromper ou não. Cada um é cada um. Para mim foi melhor assim”.

“Diria para pensar com o marido. Só eles podem encontrar a resposta, mais ninguém”

Com relação à dinâmica familiar, algumas orientações acerca da forma com que devem ser informado(s) o(s) outro(s) filho(s) também devem ser fornecidas ao casal. A maioria das vezes, quando possuem filhos pequenos (entre 2 e 5 anos) consideram que a(s) criança(s) não deve(m) saber o que está ocorrendo por acreditarem que as mesmas não compreenderão o problema.

Orienta-se que a criança receba, inicialmente, a informação de que o bebê está doente. Isso propicia o início do preparo da criança para receber a informação de que esse irmãozinho não irá chegar. Nesse momento, é mais do que permitido chorar, pois a criança entende com perfeição o choro num momento de dor ou tristeza. O estranho é dizer que o bebê está doente e não ficar triste ou não chorar. O casal também deve ser orientado a falar sobre a morte do bebê quando isso ocorrer (quer seja após a interrupção, quer seja após o termo da gravidez), também utilizando a linguagem que acredite ser a mais adequada.

Quando os filhos são mais velhos e compreendem a situação, uma opção, dependendo da estrutura familiar, é discutir em família a opção mais adequada para todos, evitando julgamentos sem compreensão das vivências de cada um, interferindo e até alterando as características de relacionamento anterior a essa gestação:

“eu não concordo, não quero que eles façam isso. Acho ruim, estranho, sei que vou ficar diferente com eles. Não consigo imaginar não deixar meu irmão nascer, mesmo que seja para morrer”.

Ainda dentro do processo de compreensão da dinâmica psíquica do casal, é importante compreender a influência da religião. A crença em um ser superior, como fator que pode influenciar de forma decisiva a opção por manter ou não a gravidez auxilia na compreensão da aceitação da mulher/casal. Faz-se necessário, portanto, identificar qual o papel e a influência da religiosidade* na vida dos indivíduos, identificando qual a religião que professam, como conseguiriam lidar com sua questão e da interrupção judicial, como acreditam que se sentirão perante o Deus que cultuam, nas situações em que essa crença existe.

Observa-se que, com relação à religião ou a crença em Deus, podem ocorrer respostas que, de modo geral, apresentam duas formas: uma posição mais favorável ao casal cujas crenças religiosas auxiliam no processo, amparando e apoiando as decisões tomadas; ou como um Deus rígido em que a religião estabelece fixamente posição contrária à interrupção da gravidez. Não se trata do dogma em si, mas do entendimento individual:

“Fui conversar com o padre. Ele me apoiou no que eu resolver. Disse que se Deus permitiu que eu soubesse agora é porque está deixando que eu decida. Me senti melhor, mais aliviada”.

“Sinto que o meu Deus só pode estar do meu lado. Se não fosse ele estar me dando força eu não estaria nem levantando da cama. Sei que ele vai estar do meu lado. Vou sofrer menos se puder interromper”.

* Destaca-se aqui a diferença existente entre religião e religiosidade. A primeira fala da instituição e dos seus dogmas, enquanto que a segunda trata de um movimento interior, uma busca de respostas ao que é desconhecido. Para JUNG (1942) a religiosidade é uma busca, no sentido do encontro profundo com questões existenciais. Para ele, o espírito humano cria espontaneamente imagens de conteúdo religioso, demonstrando uma natureza religiosa no homem.

“Conversei e todos me acusaram. O pastor falou que tenho que esperar, que Deus não aprova abortar. Agora não sei o que faço. Vou sofrer demais se tiver que continuar. Ver crescer, mexer, me apegar e não ter”.

“Eu sei que minha religião acredita que o espírito precisa deste tempo para viver e se purificar, mas conversei e fui orientada que se eu quiser interromper é porque o tempo deste espírito era este mesmo. Agora estou segura.”

“Não posso tirar deste espírito o tempo que ele deve viver. É tão difícil, mas vou ter que agüentar. Quem sabe o diagnóstico pode mudar”.

Outro aspecto importante a ser abordado é o significado do aborto para essa gestante/casal. O que pensam, como vêem, como se sentem:

“Eu sempre condenei aborto. Nunca achei certo. Tanta gente que não quer e eu aqui que quero tanto com problema. Agora não sei. No meu caso é diferente, ter para que? Não vai ser meu mesmo, não vou poder levar para casa, cuidar... não vou poder ter. É só uma questão de tempo”.

“Eu acho que para ela é melhor tirar. Ficar aí esperando, vendo a barriga crescer, mexer, sentindo... é muito pior, faz sofrer mais”. “Eu acho que é melhor tirar. Isso é óbvio. Está claro que tirar é melhor. Mas sinto que tem vida, ele mexe... como vou conseguir viver sabendo que matei meu filho

“Entendo que meu bebê não pode viver. Sentir ele mexer só me faz sofrer cada vez mais. Como posso olhar no espelho ver que estou grávida mas que não tenho o filho. Não dá. É sofrer de mais. Prefiro pedir para interromper”.

Indagar sobre a religiosidade e o aborto faz parte de um processo de reflexão que auxilia a gestante/casal identificar e explicitar a forma como conseguirá lidar com a própria interrupção da gestação.

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS APÓS INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ

Nesta seção, apresentam-se os resultados da Análise Temática ou de Conteúdo e do Discurso do Sujeito Coletivo realizadas a partir da entrevista semidirigida efetuada com 35 mulheres que fizeram a interrupção judicial da gestação e que retornaram à consulta psicológica agendada.

Por motivos desconhecidos, onze mulheres não retornaram para a consulta psicológica agendada.

5.3.1 Da opção pela interrupção judicial da gravidez

Esta seção apresenta os resultados relativos às vivências emocionais do processo de decisão em interromper ou não a gestação.

5.3.1.1 Tempo demandado para a decisão

A tabela 9 apresenta os resultados quanto ao tempo demandado pela paciente para decidir se desejava ou não solicitar a interrupção judicial da gravidez (questão 3). Observou-se que 40,0% resolveu no mesmo dia, conforme descrito na tabela 9.

TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AO TEMPO DEMANDADO PARA SE DECIDIR PELA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Intervalo de tempo (dias)	n	%
0	14	(40,0)
1 a 2	3	(8,6)
3 a 7	10	(28,6)
8 a 15	4	(11,4)
16 a 30	2	(5,7)
> 30	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

5.3.1.2 Sentimentos vivenciados na decisão

Com relação aos sentimentos vivenciados durante o período de decisão para interromper ou não a gestação (questão 4), 60% relatou aspectos negativos, conforme os dados da tabela 10.

TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS DURANTE O PERÍODO DE DECISÃO DE INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Sentimentos	n	%
Aspectos negativos	21	(60,0)
Segurança	10	(28,6)
Desorientação	4	(11,4)
Total	35	(100,0)

Apresenta-se, a seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos sentimentos vividos na decisão pela interrupção da gravidez de cada uma das categorias:

Segurança:

“Me sentia segura, calma até para poder pensar, mas a decisão acabou sendo imediata. Se houvesse alguma possibilidade de vida eu não faria nada, mas não tinha solução, então eu tinha certeza de que o melhor a fazer era interromper a gravidez. Até fiquei aliviada, pois pelo menos havia uma opção. Não teria que esperar que o tempo resolvesse. Este tempo [9 meses] seria muito custoso, então não tinha outro jeito. Estava mesmo decidida. Para mim não tinha nem o que pensar, decidi e pronto”.

Aspectos negativos:

“Na verdade foi um choque. Eu estava péssima, me senti muito angustiada. Fiquei absolutamente arrasada pensando que era só comigo, depois acabei vendo casos piores e acabei me conformando. Foi muito complicado aceitar que o bebê tinha problema. Também tive muito medo de morrer. Me senti inútil para ter filhos e tive muita vergonha do meu marido. Eu chorava muito, pois foi muita tristeza, eu tinha muitos planos. Pensei muito que eu não tinha nascido para ser mãe e me questionava *‘porque todo mundo pode menos eu?’* Achei que não era digna e me senti menos mulher”.

Desorientação

“Eu não estava nada bem. Me sentia desorientada. Pensava muito e às vezes preferia acreditar que não era verdade. Tinha muita dúvida do que fazer, se devia ou não interromper. Essa é uma decisão muito difícil. É ruim não saber se ele também está sofrendo ou não. Me sentia triste por causa dos problemas e achava que seria muito difícil deixá-lo viver até o final, mas ficava a dúvida: parar... não sei...”

5.3.1.3 Tomada de decisão

Quando indagadas sobre como foi a tomada de decisão por solicitar a interrupção judicial da gravidez (questão 5), sentimentos negativos foram relatados por 57,1% das mulheres entrevistadas (tabela 11).

TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A VIVÊNCIA RELATADA NA TOMADA DE DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS, APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Vivência	n	%
Sentimentos negativos	20	(57,1)
Pragmática	15	(42,9)
Total	35	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Sentimentos negativos:

“Foi difícil porque era um filho e estava vivo dentro de mim, mas eu sabia que ele não ia sobreviver. Era o meu primeiro filho e eu desejava muito esta gestação, e eu que até fiz tratamento para engravidar. Queria muito e por isso fiquei muito nervosa e sofri bastante pelos problemas da criança. Me senti muito assustada, mas sabia que era o melhor para ele”.

Pragmática:

“Resolver foi fácil, não ia sobreviver mesmo. Foi até bom poder ter uma escolha, uma saída para o problema, pois só assim poderia diminuir o tempo do meu sofrimento. Tive que acreditar no médicos e já que ele ia morrer mesmo queria acabar logo com isso. Era uma coisa que não tinha outro jeito. Não queria sofrer mais. Já que era morrer ou morrer foi o melhor que eu pude fazer por ele”.

5.3.1.4 Reação do parceiro

De acordo com a percepção das mulheres, quanto à reação do parceiro na decisão pela interrupção da gestação (questão 6), observou-se que em 54,3% foram detectados sentimentos negativos pela situação da malformação. Em dois casos não foi possível aplicar a questão, pois o pai da criança não participou de nenhuma etapa da gestação (tabela 12).

TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A REAÇÃO DO PARCEIRO NA DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Reação do parceiro	n	%
Sentimentos negativos	19	(54,3)
Pragmático	9	(25,7)
Isento	5	(14,3)
Não se aplica	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

A análise qualitativa do DSC revelou as seguintes comunicações:

Sentimentos negativos:

“Para ele [pai do bebê] foi difícil, ele ficou bem sentido. Às vezes acho até que foi pior porque ficou preocupado comigo também. Também queria o filho então sofreu, ficou nervoso, foi uma catástrofe, mas aceitou. Ficou mais indeciso do que eu, mas acabamos conversando muito e decidimos juntos.

Pragmático:

“Como eu, acabou vendo como uma saída. Ao saber do problema logo resolveu. Concordou comigo. Também estava triste, mas achava que era o que tinha que ser feito. No meu caso acabou sendo ainda mais fácil, pois ele não queria a gravidez. Parecia óbvio já que não ia sobreviver tinha que tirar”.

Isento:

“No começo não aceitava o diagnóstico. Deixou nas minhas mãos, o que fosse melhor para mim. O que eu decidisse concordava. Como não acreditava que o filho era dele não se meteu. Hoje está ausente, não tenho mais contato. Apesar de continuarmos juntos, eu quem decidi”.

5.3.1.5. Dúvidas para a interrupção

Quanto à existência ou não de dúvidas para interromper a gestação (questão 10), cerca de 51,4% afirmaram que não tiveram dúvidas sobre a decisão, conforme os dados da tabela 13.

TABELA 13: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO ÀS DÚVIDAS VIVENCIADAS NA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Dúvidas	n	%
Não teve dúvida	18	(51,4)
Dúvida do diagnóstico	11	(31,4)
Dúvida moral	5	(14,3)
Negação	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

A análise qualitativa revelou os DSC de cada uma das categorias que estão expostas a seguir:

Dúvida do diagnóstico:

“Minha dúvida estava no diagnóstico. Foi muito difícil acreditar que o bebê tinha problema mesmo. Às vezes pensava que os médicos estavam errados, que o exame não era meu. Só decidi depois que fiz e refiz os exames, confirmando todas às vezes o mesmo problema. Com tantos exames acabei vendo que não tinha mesmo jeito, que era verdade. Pensava e se a criança nascer perfeita e o diagnóstico não ser verdade, daí eu ia estar muito. Muitas pessoas falavam que não ia ter problema, que não era verdade. Já a minha dúvida apareceu quando eu estava internada, pois um médico conversou comigo e falou que tudo poderia ser um engano. Me deu muito medo que o bebê estivesse bem e que eu estava cometendo um engano”.

Dúvida Moral:

“Não sabia se seria melhor para mim e para ele. Às vezes pensava que não era certo, outras vezes acreditava que tinha que ser assim. A dúvida de ser certo ou errado aparecia, mas era algo de instantes, pois saber que vai nascer e morrer não deixa nem ter o que pensar. Tive dúvida, mas me decidi por achar que esperar seria muito pior. Hoje acho que foi o melhor que fiz, ele também estava sofrendo”.

Negação:

“Tive dúvida na hora de fazer porque queria que tudo aquilo não estivesse acontecendo, que meu filho fosse perfeito”.

Não teve dúvida:

“Não tive dúvida. Desde o momento que soube o que estava acontecendo sabia que era isso que eu tinha que fazer. Tinha certeza de que seria o melhor para diminuir o meu sofrimento. Acreditei nos médicos. Se ia mesmo morrer não tinha jeito, tinha que fazer. Saber que não ia sobreviver era tudo, me dava segurança. Sofri muito com a perda do meu outro filho e perder esse que ainda estava na barriga, não era nada perto do outro”.

5.3.1.6. Influência da religião

O questionamento quanto à influência da religião no processo de decisão está demonstrado no gráfico 2 e na tabela 14. A religião não influenciou a decisão (questão 13) em 51% dos casos.

GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À EXISTÊNCIA DE INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO NO PROCESSO PELA INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À FORMA DE INFLUÊNCIA DA RELIGIÃO NO PROCESSO PELA INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Forma de influência da religião	n	%
Influência positiva	13	(76,5)
Influência negativa	4	(23,5)
Total	17	(100,0)

O DSC das mulheres encontra-se apresentado a seguir:

Influência positiva:

“A religião me ajudou muito. Pedi para Deus me ajudar a decidir, me ajudar a passar por tudo isso, que tudo desse certo. Só Deus para me dar força mesmo. Conversei com o padre e ele falou que a decisão era só minha, já que não tinha solução eu que deveria decidir. Me deu conforto, abriu a minha mente e me fez ver que eu tava fazendo a coisa certa. A religião crente me atrapalhou, eu não poderia fazer, mas a católica me ajudou muito. Já para mim, tanto o pastor como o padre me ajudaram muito. Sempre peço para a Deus que se tiver outro filho que tudo dê certo”.

Influência Negativa:

“Atrapalhou porque eles ficam comentando sobre tirar a criança, ficam julgando. Só fez aumentar o meu sofrimento, pois falavam que era argumento de um médico que não entendia, mandavam deixar até o fim, se colocando contra a interrupção. Diziam que era pecado. Se fosse pela religião eu não teria feito. Conversei muito com Deus e pedi para ele me perdoar”.

5.3.1.7 Falar do problema

Quando ainda se encontravam grávidas (questão 17), 57,1% só identificavam aspectos negativos no que diz respeito à preferência por falar ou não do problema do bebê (tabela 15).

TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A PREFERÊNCIA POR FALAR OU NÃO DO PROBLEMA DO BEBÊ DURANTE A GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Preferência	n	%
Aspectos negativos	20	(57,1)
Aspectos positivos	10	(28,6)
Aspectos ambivalentes	5	(14,3)
Total	35	(100,0)

Apresenta-se, a seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos sentimentos vividos na decisão pela interrupção da gravidez de cada uma das categorias:

Aspectos Negativos:

“Sofria mais ao falar, doía demais. No começo também não queria que ninguém falasse sobre isso. Era muito difícil ter que falar do problema, dizer que ele estava doente. Ao mesmo tempo não podia fingir que tudo estava bem, que o bebê era perfeito. Eu tinha vergonha quando as pessoas perguntavam quando o bebê ia nascer.. Eu tentava esquecer, procurava pensar que ele era perfeito. Acho que preferia não falar para tentar enganar a mim mesmo. Não gostava de lembrar dos problemas, penso que lido melhor se os guardo pra mim, que quieta a gente sofre menos. Falar não adiantava mesmo, ninguém podia resolver”.

Aspectos Positivos:

“Achava que ia ficar louca se não falasse, se não colocasse para fora. Contando parecia que colocava meus sentimentos para fora, que dividia a minha angústia, a minha tristeza. Desabafava. Ao falar sentia que buscava esclarecer e me informar. Parecia que saía o que era ruim de dentro de mim. Todo mundo podia ver que eu não era aquela pessoa boa, mas eu me sentia aliviada”.

Aspectos Ambivalentes:

“Dependia do momento. Às vezes achava melhor falar, outras vezes preferia não falar. Eu contava, mas não gostava que as pessoas perguntassem. Em alguns momentos, preferia ficar só, em outros, queria dizer, conversar”.

5.3.1.8 Falar sobre a situação vivida

A maioria (60%) das mulheres, conforme o gráfico 4, afirmou que certo tempo após a interrupção judicial da gravidez, não se importava em falar da gravidez, do bebê ou da interrupção realizada (questão 18).

Dos motivos sobre o incômodo de falar da interrupção da gravidez, 42,9% não conseguiu explicar conforme explicitado na tabela 16.

GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO À OCORRÊNCIA DO INCÔMODO EM FALAR DA GRAVIDEZ, DO BEBÊ OU DA INTERRUPTÃO JUDICIAL NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003

TABELA 16: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS QUANTO AO MOTIVO DO INCÔMODO EM FALAR DA GRAVIDEZ, DO BEBÊ OU DA INTERRUPTÃO JUDICIAL NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Motivo do Incômodo	n	%
Não explica	6	(42,9)
Dor	5	(35,7)
Julgamento	2	(14,3)
Normal	1	(7,1)
Total	14	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Dor:

'Eu não gosto de falar porque dói muito. É um problema muito triste “.

Julgamento:

“Me incomoda porque quando as pessoas ficam comentando, perguntando por que você fez isso, você acaba ficando mais magoada. Às vezes perguntam do bebê e eu invento que ele está em casa só para não Ter que ficar explicando e ouvindo os comentários das pessoas. Tem muita gente curiosa que só quer dar palpite.”

Normal:

“Normal”

5.3.1.9 Opinião mais importante na decisão

Conforme a tabela 17, observa-se que, quanto à opinião que mais pesou na hora de decidir se desejava interromper ou não a gestação (questão 29), 65,7% das mulheres afirmaram que a própria opinião foi a mais importante.

TABELA 17: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OPINIÃO MAIS IMPORTANTE NA DECISÃO PELA INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Opinião	n	%
A própria	23	(65,7)
Marido	4	(11,4)
Própria e do marido	4	(11,4)
Amigos e parentes	1	(2,9)
Outros	1	(2,9)
Própria e do pai	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

5.3.1.10 Alvará judicial e fórum

A tabela 18 apresenta os dados relativos ao tempo de espera até o deferimento do alvará judicial (questão 7). A média de tempo observada foi de 16,6 dias. Tem-se que 37,1% esperou de 8 a 15 dias.

TABELA 18: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM O INTERVALO DE TEMPO TRANSCORRIDO ATÉ O DEFERIMENTO DO ALVARÁ JUDICIAL PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Tempo	n	%
8 a 15 dias	13	(37,1)
16 a 30 dias	10	(28,6)
1 a 2 dias	4	(11,4)
De 30 a 60 dias	3	(8,6)
Mesmo dia	3	(8,6)
7 dias	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

5.3.1.11 Sentimentos vivenciados na espera da decisão judicial

Quanto aos sentimentos vivenciados durante a espera da decisão judicial (questão 8), a maioria (77,1%) relatou sentimentos negativos, conforme os dados apresentados na tabela 19.

TABELA 19: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS DURANTE A ESPERA DA DECISÃO JUDICIAL PARA INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP - 2001 A 2003

Sentimentos	n	%
Sentimento negativo	27	(77,2)
Sentimento ambíguo	4	(11,4)
Sentimento positivo	4	(11,4)
Total	35	(100,0)

A análise do DSC desses sentimentos vivenciados mostrou as seguintes expressões:

Sentimento Negativo:

“Me sentia tensa, aflita, irritada e muito nervosa. Neste período me senti paralisada, não conseguia fazer nada, absolutamente nada. Alguém que não conheço e que não me conhece estava decidindo por mim o que eu deveria fazer. A angústia de aguardar que alguém resolva a sua vida é intensa. É realmente paralisante. Não me sentia capaz de me concentrar em nada. Não via a hora de passar logo, de ter a resposta, pois quanto antes fizesse, melhor. Foi uma espera traumática. Enquanto você que decide tudo bem, mas precisar de outros para decidir por você... Você sente que está sendo julgado por uma decisão que foi muito difícil tomar, que envolve muito sofrimento. A tensão desta espera é intensa. Eu tinha que conviver com a gravidez sabendo que o bebê não ia sobreviver. Quanto mais o tempo passava mais eu tinha medo de me apegar ao bebê, à ilusão dele viver”.

Sentimento Ambíguo:

“Fiquei esperando, sempre entrego na mão de Deus. Na verdade me sentia muito triste e aliviada ao mesmo tempo. Ficava imaginando que o tempo estava passando e que não ia precisar fazer mais nada”.

Sentimento Positivo:

“Estava tranqüila, pois sabia que a dor ia passar. Eu tinha certeza que o juiz ia autorizar, não era possível não fazê-lo. Acabou sendo rápido, não precisei esperar muito”.

5.3.1.12 Dificuldade da vivência da interrupção judicial da gravidez

Solicitou-se que as pacientes avaliassem qual momento consideraram mais difícil em toda a vivência: do diagnóstico à interrupção judicial (questão 9). Observou-se que 65,8% considerou como o momento mais difícil o de receber o diagnóstico do feto, conforme demonstram os dados da tabela 20.

TABELA 20: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A IMPORTÂNCIA DA DIFICULDADE DE CADA SITUAÇÃO VIVENCIADA NO PROCESSO DA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003

Grau de importância da dificuldade da situação vivenciada														
Vivências experimentadas	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		Caracterizado como Não difícil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Receber o diagnóstico	23	(65,8)	7	(20,0)	1	(2,9)	1	(2,9)	2	(5,7)	0	(0)	1	(2,9)
Decidir se queria ou não interromper	6	(17,1)	8	(22,9)	2	(5,7)	2	(5,7)	3	(8,6)	1	(2,9)	13	(38,2)
A interrupção	4	(11,4)	2	(5,7)	8	(23,5)	3	(8,8)	0	(0)	1	(2,9)	17	(49,9)
Esperar decisão do juiz	2	(5,7)	10	(28,6)	4	(11,8)	1	(2,9)	3	(8,8)	1	(2,9)	13	(38,2)
Levar papéis no fórum	0	(0)	5	(14,3)	1	(2,9)	3	(8,6)	2	(5,7)	3	(8,6)	21	(61,7)
A internação	0	(0)	1	(2,9)	8	(23,5)	5	(14,7)	4	(11,8)	1	(2,9)	17	(50,0)
outros	0	(0)	1	(2,9)	1	(2,9)	0	(0)	0	(0)	1	(2,9)	32	(94,1)

5.3.1.13. Vivência após a interrupção judicial da gestação

As mulheres foram abordadas com relação aos sentimentos pertinentes à vivência da interrupção judicial da gravidez (questão 11). O gráfico 5 apresenta os dados relativos à existência ou não de lembranças do período vivido. A maioria das mulheres (89%) afirmou lembrar do que viveram com certa frequência. Parte das gestantes (35,5%) relataram lembranças quanto ao filho imaginário e (35,5%) falaram sobre sentimentos negativos conforme a tabela 21.

GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA DE LEMBRANÇAS SOBRE O PERÍODO VIVENCIADO NA INTERRUPÇÃO JUDICIAL EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003

TABELA 21: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NAS LEMBRANÇAS SOBRE O PERÍODO VIVENCIADO NA INTERRUPÇÃO JUDICIAL EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003

Sentimentos	n	%
Filho imaginário	11	(35,5)
Sentimentos negativos	11	(35,5)
Atitude adequada	6	(19,3)
Lembranças específicas	2	(6,5)
Não sabe explicar	1	(3,2)
Total	31	100,0

A análise qualitativa revelou os DSC de cada uma das categorias expostos a seguir:

Filho Imaginário:

“Acho que a gente nunca esquece. Penso no rostinho dele, nos planos que tinha feito para ele. Penso todos os dias como seria se ele estivesse vivo, que poderia estar com ele no colo, sinto tristeza e às vezes choro. Não posso mais ver criança que penso que a minha poderia ser igual. Conto os meses da gravidez, mas logo tento esquecer, pois a vida continua. Sei que tenho que me conformar”.

Sentimentos negativos:

“Fico pensando, lembro de quando recebi a notícia, de quando tudo aconteceu, de não ter visto ele. Choro, pois tudo foi muito triste. É uma vida dentro da gente, é muito forte, é muito triste tudo o que aconteceu. Choro, mas não sei direito porque.

Acho que tudo deveria ter acontecido assim mesmo, ou não, será que poderia ter sido diferente? Às vezes desejo ter outro bebê para substituir esse, para acabar com o vazio; mas penso se pode ocorrer tudo de novo. Esse meu choro não é de arrependimento, mas é de tristeza, tristeza por ter passado por tudo isso. O enterro... foi tudo muito difícil. Tenho tentado me conformar”.

Adequada:

“Penso sempre que foi mesmo a melhor atitude. Melhor do que se o bebê viesse e depois sofresse. Toda a história foi triste, mas foi o melhor a fazer. Me sinto tranqüila, pois tenho certeza de que não agüentaria esperar nove meses”.

Lembranças específicas:

“Lembro do ultra-som que fiz a primeira vez. O médico fez muito suspense e me mandou direto para o meu médico. O que me marcou foi à agulha entrando e a barriga ficando torta e dura. Acabou”.

Não explica

“Penso nem sei dizer em quê exatamente”.

5.3.1.14 Como aconselharia alguém na mesma situação

Quanto a dizer para alguém que estivesse indeciso sobre interromper ou não a gestação, nas mesmas condições que a vivida (questão 12), a maioria das mulheres (60%) afirmou que diria para interromper, conforme os resultados apresentados na tabela 22.

TABELA 22: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A RESPOSTA DAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ SOBRE O QUE DIZER PARA ALGUÉM QUE ESTIVESSE DECIDINDO INTERROMPER OU NÃO A GRAVIDEZ NA MESMA SITUAÇÃO VIVIDA— HCFMUSP - 2001 A 2003

O que dizer	n	%
Interromper	21	(60,0)
Decisão pessoal	10	(28,6)
Ambivalente	2	(5,7)
Não sei	1	(2,9)
Não interromper	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Interromper:

“Já que a criança não vai sobreviver mesmo, que ela não ia ter o bebê de qualquer modo, diria para fazer o mesmo que fiz, interromper. Não tem sentido levar a diante, só aumenta o sofrimento. O melhor é acabar logo com esse sofrimento. Se Deus fez assim é porque ele não queria mesmo. A dor de perder ela vai ter que sentir mesmo e se você pensar, o sofrimento físico e a angústia de carregar algo que você sabe que não vai dar certo acaba com você. Interrompendo ela vai se sentir melhor e depois vai poder ter outros filhos. Eu daria força para isso, pois sem interromper vai viver pânico e depressão até o final e o óbito é certo”.

Não Interromper:

“Eu diria para não interromper, pois o sentimento de culpa é grande. As pessoas jogam na sua cara. Quando Deus determina você não deve por a mão em nada do que ele fez”.

Pessoal:

“Eu quis, mas fico na dúvida do que dizer, pois para mim foi o melhor, mas tem gente que tem outra opinião. Essa decisão é muito pessoal. O que eu diria é para que pense bem, pois só ela pode saber o que fazer, o que é o melhor, pois é ela quem vai passar por tudo. Muitas pessoas me deram opinião e isso não é legal. Confunde ainda mais. Você tem que decidir o que é melhor para você por si só, pois cada um tem uma opinião diferente. Os outros falam, mas não sabem o que nós estamos passando. Tem que pensar muito e se tiver o marido para dividir melhor. Não dá para dar conselhos ou palpites. É muito pessoal”.

Ambivalente:

“Espiritualmente eu não recomendaria, mas para o psicológico de quem está grávida eu diria que é muito melhor”.

Não sei:

“Não sei”.

5.3.1.15 Mudanças na vida

Quanto à existência ou não de mudanças na vida após a interrupção judicial da gravidez (questão 14), 60% afirmaram que elas ocorreram (gráfico 6). Procurou-se, compreender qual seria a qualidade das mudanças assinaladas na vida, 69,7% afirmou ter ocorrido uma piora (tabela 23).

GRÁFICO 6 : DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MUDANÇAS NA VIDA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ– HCFMUSP - 2001 A 2003

TABELA 23: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A QUALIDADE DA MUDANÇA NA VIDA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GESTAÇÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS– HCFMUSP – 2001 A 2003

Qualidade das mudanças	n	%
Piora	16	(69,7)
Melhora	4	(17,3)
Não qualificada	3	(13,0)
Total	23	(100,0)

A análise qualitativa revelou os DSC de cada uma das categorias que estão expostos a seguir:

Piora:

“Mudou muito porque agora não tenho mais o bebê. Me sinto mais agitada, mais nervosa e acabei me apegando mais ao meu filho. Como não tenho outro filho me sinto sozinha. Esse filho faz muita falta. Eu não tenho mais alegria de viver, não sou mais tão brincalhona. Às vezes fico triste. Sinto uma angústia tão forte na garganta que às vezes me sinto engasgada e sem fôlego. Vai ficar uma marca para sempre”.

Melhora:

“Aprendi muita coisa, amadureci, sou mais responsável agora. Deixei de lado as coisas pequenas, não uso mais drogas e estou procurando seguir uma religião. Apanhei da vida e cresci. Antes eu não agüentava nada, achava que podia tudo. Depois que me vi pequena aceito as coisas mais facilmente. Aprendi a refletir e a aproveitar melhor as oportunidades da vida. Uniu mais a minha família”.

Não qualificada:

“As coisas na vida mudam após tanta dor. Mudou a minha forma de pensar. Fiquei um mês deprimida, mas depois passou”.

5.3.1.16 Alterações no relacionamento conjugal

Solicitou-se que as mulheres pensassem a respeito da existência ou não de alterações no relacionamento conjugal após a interrupção (questão 15). A maioria, 57%, afirmou que não ocorreram mudanças no relacionamento (gráfico 7). Para 76,9% o relacionamento melhorou (Tabela 24).

GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM EXISTÊNCIA OU NÃO DE MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL – HCFMUSP – 2001 A 2003

TABELA 24: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A QUALIDADE DA MUDANÇA NO RELACIONAMENTO COM O PARCEIRO APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL– HCFMUSP – 2001 A 2003

Qualidade das mudanças	n	%
Melhora no relacionamento	10	(76,9)
Dificuldade no relacionamento sexual	1	(7,7)
Ausência de relacionamento estável	1	(7,7)
Ambivalente	1	(7,7)
Total	13	(100,0)

Apresenta-se, a seguir, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos sentimentos vividos na decisão pela interrupção da gravidez de cada uma das categorias:

Melhora no relacionamento:

“O relacionamento melhorou. Agora tenho mais atenção, mais carinho, um procura ajudar mais o outro. Recebi muita força e acho que ele aprendeu a cuidar mais de mim. Na gravidez não aconteciam mais brigas. Ficamos juntos, unidos na hora em que mais precisávamos um do outro. O relacionamento acabou amadurecendo, ficou mais fortalecido, nos aproximamos muito”.

Ausência de relacionamento estável

“Nunca mais tivemos nada. Agora não estamos mais juntos”.

Dificuldade no relacionamento sexual

“Eu não tenho mais nenhuma sensação nesse negócio de sexo. Tenho evitado as relações sexuais com medo de engravidar”.

Ambivalente

“Está mais ou menos. Ele quer outro filho, mas eu não quero”.

5.3.1.17... *Aborto e Culpa*

Procurou-se compreender qual o sentimento que as mulheres tinham em relação à interrupção voluntária da gravidez, antes e depois da vivência do aborto seletivo. Buscou-se também avaliar o imaginário das pacientes no que diz respeito à existência ou não de culpa pelo ato realizado. Essa evidência pode ser encontrada nas respostas referentes à atitude em uma situação semelhante: se interromperia ou não a gestação, quais os motivos que levariam à interrupção da gestação em outra situação semelhante à vivida, quem soube da interrupção judicial da gravidez, se houve críticas à decisão de interromper a gestação, ou críticas diante da decisão do aborto judicial e a crença em castigo no futuro.

5.3.1.18 Crença sobre o aborto

Observou-se que quanto às crenças relativas ao aborto, antes da vivência da malformação fetal e da interrupção judicial da gravidez (questão 19), 45,7% era contra (Tabela 25).

TABELA 25: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA SOBRE ABORTO ANTERIOR À INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS– HCFMUSP – 2001 A 2003

Crença	n	%
Contra	16	(45,7)
Depende	8	(22,9)
A favor	6	(17,1)
Não explica	4	(11,4)
Nunca tinha pensado	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

A análise qualitativa do DSC revelou as seguintes comunicações:

A favor:

“Acho normal. Eu nunca fui contra, não criticava ninguém. Não me imaginava fazendo, mas se fosse preciso eu faria”.

Contra:

“Sempre fui completamente contra todos os tipos de aborto. Nunca concordei, achava um absurdo que eu jamais faria. Eu era muito convicta: aborto nunca. Não podia imaginar que um dia aconteceria comigo”.

Depende:

“Sou contra fazer sem necessidade, para quem simplesmente não quer o filho, mas em casos de estupro, risco de vida, sempre fui a favor. Também sou a favor dependendo da situação do feto e em caso de soropositivo. Até concordava para quem não tinha condições financeiras. Mas para eu fazer sem o bebê ter problemas é pecado”.

Não explica:

“Aborto não é bom para ninguém. Eu não tenho coragem de fazer se a criança tiver saúde. Achava que quando acontecia espontaneamente não tinha dor”.

Nunca tinha pensado:

“Não pensava nada, pois nunca tinha acontecido comigo”.

Após a interrupção judicial da gravidez (questão 20), a maioria das mulheres (68,6%) relatou continuar pensando da mesma forma no que diz respeito a crenças sobre o aborto (tabela 26).

TABELA 26: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA SOBRE ABORTO POSTERIOR À INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Crença	n	%
Igual, não mudou de opinião	23	(68,6)
Fala da própria situação	6	(17,1)
Contra	3	(8,6)
Depende	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Igual, não mudou de opinião:

“Não mudou, é igual”.

Fala da própria situação:

“Se for como o meu, com médicos no hospital, acho que pode ser feito. Agora sei que com médico eu faria. Foi bom ficar livre daquilo tudo”.

Contra:

“Acho ruim tirar a vida de uma criança que não tem nada. Só aceito quando não pode sobreviver”.

Depende:

“Dependendo do caso, cada um tem que pensar no que está fazendo”.

5.3.1.19 Medo de engravidar novamente

No gráfico 8, pode-se observar os dados relativos à existência ou não de medo de engravidar novamente (questão 26). Observa-se que 71% das mulheres apresentavam medo para ter uma nova gestação.

Nenhuma das mulheres conseguiu traduzir esse medo em palavras.

GRÁFICO 8: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A EXISTÊNCIA OU NÃO DE MEDO DE ENGRAVIDAR NOVAMENTE EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

As mulheres não conseguiram traduzir em palavras porque sentiam medo de engravidar novamente. Fica claro que essa questão não pode ser respondida a nível racional.

O DSC das mulheres encontram-se apresentados a seguir:

Sim:

“Fiquei com medo de engravidar novamente e acontecer tudo outra vez. Mesmo o médico falando que não é problema meu ou do meu marido me pergunto se todos vão ser assim. Não sei se iria agüentar passar por tudo outra vez. Sei que não vai acontecer nada, mas por agora eu não quero mais. No começo queria logo outra gravidez acho que para repor essa, mas agora tenho medo. Tenho vontade, mas a dor de perder é muito intensa. Espero que esse medo não me impeça de engravidar novamente”.

Não:

“Não, não tenho medo. Eu não quero mais engravidar. Para mim é um sonho e desde já estou tomando a medicação [ácido fólico]. É só tomar cuidado que não tem porque acontecer uma gravidez inesperada”.

Ambíguo:

“Medo, não acho que não tenho, porque o médico garantiu que não vai acontecer outra vez, mas só de pensar no que passei não sei se quero arriscar outra vez”.

5.3.1.20 Atitude em situação semelhante

Quanto à atitude em uma situação semelhante (questão 27), a maioria das mulheres (91%) relatou que agiria da mesma forma, interrompendo a gestação (gráfico 9).

Quanto aos motivos que levariam à interrupção da gestação em outra situação semelhante à vivida, a maioria das mulheres, 51,4%, acredita que sua atitude foi a mais adequada e por isso realizariam novamente a interrupção. (Tabela 27).

GRÁFICO 9: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A ATITUDE A SER ADOTADA EM OUTRA SITUAÇÃO SEMELHANTE À VIVIDA EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

TABELA 27: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME OS MOTIVOS QUE LEVIARIAM A ADOTAR A ATITUDE ESCOLHIDA EM SITUAÇÃO SEMELHANTE À VIVIDA E OS MOTIVOS EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Motivos	n	%
Adequada	18	(51,4)
Sufrimento	13	(37,1)
Dúvida	2	(5,7)
Não explicou	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Adequada:

“Interromper porque foi a melhor solução. Não adianta ficar nove meses, sentir crescer, mexer, porque não tem jeito, não vai sobreviver mesmo. Quanto antes interromper melhor, pois levar a gravidez até o final é mais difícil”.

Sufrimento:

“Interromper porque o sofrimento vai existir de qualquer jeito. Quanto mais rápido interromper melhor, pois você pode diminuir esta dor. É difícil, é doido ficar com o bebê até o final sabendo que ele não vai viver. A dor da perda vai sentir de qualquer forma, interromper pelo menos diminui o tempo do sofrimento”.

Dúvida:

“Não sei, porque como foi tudo tão difícil eu pararia para pensar outra vez. Conseguir a autorização deu tanto trabalho...”.

Não interromperia:

“Não interrompia, pois ouvir o que eu ouvi do meu marido não me deixou muito bem”.

5.3.1.21 Falar da interrupção com outra pessoa

Quando questionadas sobre quem soube da interrupção judicial da gravidez (questão 28), a maioria das mulheres, 57,1%, disse que todos souberam do fato (tabela 28).

TABELA 28: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A DIVULGAÇÃO NA FAMÍLIA SOBRE A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS— HCFMUSP – 2001 A 2003

Quem soube	n	%
Todos	20	(57,1)
Família materna e paterna	6	(17,1)
Família materna	5	(14,3)
Outros	2	(5,7)
Família paterna	1	(2,9)
Não respondeu	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

5.3.1.22 Críticas quanto à decisão de interromper a gravidez

Indagadas sobre a existência ou não de críticas à decisão de interromper a gravidez (questão 30), 66% afirmou não tê-las recebido (gráfico 10).

Das mulheres que receberam críticas da decisão de interromper a gravidez, 23,1% afirmaram que elas estavam relacionadas à crença religiosa (tabela 29).

GRÁFICO 10: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OCORRÊNCIA OU NÃO DE CRÍTICAS EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

TABELA 29: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM OS TIPOS DE CRÍTICAS RECEBIDAS NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Tipos de Críticas	n	%
Não explica	7	(53,8)
Crença religiosa	3	(23,1)
Ilegalidade	2	(15,4)
Negação diagnóstico	1	(7,7)
Total	13	(100,0)

A análise qualitativa revelou os DSC de cada uma das categorias que estão expostas a seguir:

Ilegalidade:

“Escuto todos os dias que matei meu filho. Me chamaram até de criminosa. Alguns chegam a dizer que eu não queria o bebê, porque eles não acreditavam no diagnóstico”.

Crença religiosa:

“Disseram que era pecado, que não era certo, que eu devia entregar na mão de Deus, que se eu tivesse fé Deus poderia fazer um milagre”

Negação do diagnóstico:

“Não se conformavam que eu ia fazer um aborto porque diziam que a criança não tinha nada, que isso não existia”.

Não explica:

“Meu marido, minha mãe, minha avó, achavam que era melhor não fazer”.

5.3.1.23 Crença em receber um castigo no futuro

As mulheres foram questionadas se acreditavam que poderiam receber algum tipo de “castigo” no futuro a partir da realização do aborto (questão 32). A grande maioria (97,1%) relatou que não acredita nessa possibilidade (tabela 30).

TABELA 30: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A CRENÇA EM RECEBER ALGUM ‘CASTIGO’ NO FUTURO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Castigo	n	%
Não	32	(97,1)
Sim	2	(5,7)
Não respondeu	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

5.3.1.24 Sobre o acompanhamento psicológico

As mulheres foram indagadas acerca de seu conhecimento sobre acompanhamento psicológico e suas crenças na utilidade ou não desse serviço para gestantes que recebem o diagnóstico de malformação fetal letal. A tabela 34 apresenta os dados relativos à expectativa acerca da utilidade do acompanhamento psicológico (questão 21).

A maioria (68,6%) afirmou acreditar que o acompanhamento psicológico serve como auxílio nas situações difíceis (tabela 31).

TABELA 31: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM AS FANTASIAS RELATADAS ACERCA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Conhecimento	N	%
Auxílio	24	(68,6)
Não sabe	4	(11,4)
Orientação	7	(20,0)
Total	35	(100,0)

A análise qualitativa do DSC revelou as seguintes comunicações:

Auxílio:

“Vejo que é para desabafar, dar apoio, ajudar você naquilo que você pensa e na forma como você age. Auxilia nas horas difíceis, divide os problemas, ajudando a tomar uma decisão. Evita que a pessoa entre em depressão porque ficou emocionalmente abalada. Deixa mais calma, abre a mente, ajuda a pensar. Aconselha, dá suporte. Ajudou a entender o que estava acontecendo comigo, permitindo que eu voltasse a me encontrar. Devolveu o meu chão, pois parecia que eu não sabia mais nem como andar. Você conversa com alguém que não julga, que não fala o que você deve fazer, que escuta e ensina a pensar. Não afirma o que é certo nem o que é errado. Divide medos, angústias e tristezas”.

Orienta:

“Para orientar sobre os problemas, ensinando como lidar com eles. É muita informação que a gente recebe e o psicólogo endireita as coisas para você entender melhor”.

5.3.1.25 Importância do acompanhamento psicológico

Procurou-se investigar se as mulheres acreditavam ser ou não importante o acompanhamento psicológico, durante a vivência do diagnóstico de malformação fetal (questão 22). A grande maioria das mulheres (91%) relatava acreditar na importância do atendimento (gráfico 11).

Foram então questionadas sobre qual seria a importância do acompanhamento psicológico na vivência do diagnóstico de malformação fetal. Observou-se que 48,5% das mulheres acreditava na necessidade de obter auxílio (tabela 32).

GRÁFICO 11: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM A OPINIÃO SOBRE EXISTIR OU NÃO IMPORTÂNCIA NO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

TABELA 32: DISTRIBUIÇÃO CONFORME OS MOTIVOS DA IMPORTÂNCIA RELATADA SOBRE O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO REFERIDOS NAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Motivos	N	%
Auxílio	16	(48,5)
Importância	6	(18,2)
Orientação	8	(24,2)
Não explica	3	(9,1)
Total	33	(100,0)

Obteve-se os seguintes discursos para as categorias:

Auxílio:

“A pessoa que está com problema pode falar o que está sentindo e receber uma palavra de apoio. É muito importante, pois quando eu conversava, eu saía melhor, mais aliviada. Depois que tudo acontece não é com qualquer pessoa que você consegue conversar, desabafar, pois não é qualquer um que a gente escuta e pensa sobre o que foi dito. É muito importante dividir essa dor. Você se sente apoiado, amparado. O médico é muito direto, já a psicóloga conversa, entende, explica, esclarece o problema que você está passando. Te compreende mais e melhor do que as pessoas da família. É bom para se entender melhor e tomar uma decisão como essa fica mais fácil. Te dá mais calma, segurança. Você sofre menos porque não fica tão pesada, tira as dúvidas e alivia o medo. Assim, com a psicóloga você pode escolher o melhor, o que fazer sem ter chance de se arrepender. Tive a sensação de que colocava todos os meus pensamentos cada um numa gavetinha até poder juntar todos e resolver. Coloquei o pensamento e o coração no lugar de novo. Sem o acompanhamento psicológico é mais difícil ter estrutura para agüentar”.

Orientação:

“Você fica mais orientada sobre o assunto, ensina como lidar com o problema e isso te deixa mais tranqüila para decidir, para resolver. Tem muita orientação, porque os médicos não falam direito, a gente não entende o que ele diz. Muitas coisas que o médico diz você não aceita. Já a psicóloga explica o que está acontecendo, o que é verdade e com ela você tem mais coragem de perguntar”.

Depende:

“Não sei dizer, depende de cada pessoa”.

5.3.1.26 Momento mais adequado para iniciar o acompanhamento psicológico

Questionadas sobre o momento mais adequado para iniciar o acompanhamento psicológico (questão 23), 80% afirmou ser imediatamente após o diagnóstico de malformação fetal letal (tabela 33).

TABELA 33: DISTRIBUIÇÃO CONFORME A OPINIÃO SOBRE O MOMENTO MAIS ADEQUADO PARA INICIAR O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO REFERIDO PELAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Em que momento	n	%
Imediatamente após diagnóstico	28	(80,0)
Certo tempo após o diagnóstico	2	(5,7)
Não é necessário	2	(5,7)
Na internação	1	(2,9)
Decisão interrupção	1	(2,9)
Após a interrupção	-	-
Total	35	(100,0)

5.3.1.27... Quem deveria realizar o acompanhamento psicológico

Quanto à crença de quem deveria participar do acompanhamento psicológico (questão 24), 62,9% relatou o casal (tabela 34).

TABELA 34: DISTRIBUIÇÃO CONFORME A OPÇÃO SOBRE QUEM DEVERIA PARTICIPAR DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Participantes	n	%
Para o casal	22	(62,9)
Só para a gestante	6	(17,1)
Para todas as pessoas da família	4	(11,4)
Não é necessário o acompanhamento	2	(5,7)
Só para o marido	1	(2,9)
Total	35	(100,0)

5.3.1.28 Realização de psicoterapia

Com relação ao acompanhamento psicológico a partir do diagnóstico de malformação fetal letal (tabela 35), 51,5% realizou acompanhamento psicoterapêutico.

TABELA 35: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS CONFORME A NECESSIDADE DE SEGUIMENTO PSICOLÓGICO DURANTE TODA A GESTAÇÃO NAS 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL, LETAL ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Realizou acompanhamento	n	%
Sim	18	(51,5)
Só para solicitação	17	(48,6)
Total	35	(100,0)

O DSC das mulheres encontra-se apresentado a seguir:

Sim:

“O momento era muito difícil, eu nunca imaginava que ia passar por isso. Me senti muito melhor, me ajudou demais. Me sentia compreendida, aliviada. Eu tinha ficado perdida, ajudou muito a me entender melhor, saber o que eu queria, confirmar a minha opção. Me acalmou e me fez sentir mais segura pelas minhas próprias escolhas. Fiquei mais forte, me senti gente de novo. Sem o acompanhamento acho que não teria agüentado”.

Só para solicitação:

“Eu estava muito triste e foi tudo tão rápido. Eu não queria falar, preferia não ficar lembrando o tempo todo. O atendimento psicológico me ajudou a entender bem o caso do bebê e me ajudou a ver se eu queria mesmo interromper, se eu estava bem decidida para não me arrepender depois. Acho que depois disso consegui andar para frente”.

5.3.1.29 Sentimentos existentes no retorno ao ambulatório da obstetrícia

Indagou-se qual era o sentimento apresentado pelas mulheres ao retornarem ao ambulatório de obstetrícia (questão 33). As mulheres

afirmaram ter vivenciado, nesse momento, sentimentos negativos em 42,9% dos casos (tabela 36).

TABELA 36: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE ACORDO COM OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ EM 35 MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL, ENTREVISTADAS APÓS A INTERRUPÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ – HCFMUSP – 2001 A 2003

Sentimentos	n	%
Sentimentos negativos	15	(42,9)
Sentimentos positivos	6	(17,1)
Sentimentos ambivalentes	6	(17,1)
Não descreve	6	(17,1)
Não respondeu	2	(5,7)
Total	35	(100,0)

A análise qualitativa do DSC revelou as seguintes comunicações:

Sentimentos negativos:

“É muito duro, desconfortável lembrar tudo de novo. Penso que poderia estar fazendo o pré-natal e ir embora tranqüila. Amanhã eu teria o bebê, amanhã ele iria nascer. O mais difícil é ver estas barrigas e não Ter o meu bebê. Como foi aqui que tudo aconteceu passa um filme na minha cabeça. Lembro de tudo e fico triste”.

Sentimentos positivos:

“Foi bom voltar a falar, me sinto mais aliviada conversando de novo. Não imaginava que iam me chamar, fiquei feliz de receber essa atenção. Estou bem e hoje estou mais aliviada. Gosto de estar pensando e ver que o que eu fiz foi certo. Me sinto feliz por poder ajudar de algum modo alguém que vai passar por tudo que já passei”.

Sentimentos ambivalentes:

“Voltar aqui me incomoda um pouco, mas é bom poder falar de novo. No começo deu um frio na barriga, mas logo passou. Sinto tristeza ao mesmo tempo em que gosto de estar novamente no atendimento”.

Não descreve:

“Normal. Me sinto... pensando. Passei por tantas coisas... Fui conversar com as enfermeiras no 10º andar, foi estranho”.

6 DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentadas considerações sobre os resultados obtidos acerca do momento do diagnóstico, do processo de decisão entre manter ou interromper a gestação, da solicitação do alvará judicial, da realização do aborto e do acompanhamento psicológico que permeia cada um desses momentos.

Dentro do contexto sócio cultural que estabelece status social e reconhecimento da essência feminina com a maternidade, gerar um filho malformado ativa reações arquetípicas relacionadas à mulher como ser impuro, imperfeito, responsável pelos desastres do mundo. Acentuam-se, então, sentimentos de baixa auto-estima, culpa com o próprio corpo, muitas vezes, associados ao pecado do ato sexual.

No que diz respeito aos diagnósticos de anomalias incompatíveis com a vida, destaca-se que, embora o diagnóstico de anencefalia tenha prevalecido nos dois grupos estudados, trata-se de uma entre tantas outras patologias que impossibilitam a vida após o nascimento. É evidente a necessidade da implementação de políticas públicas voltadas para todas essas mulheres que recebem o diagnóstico dessas malformações fetais.

Com Código Penal Brasileiro⁰³ tão desatualizado, muito aquém das necessidades da sociedade moderna, e em claro descompasso com os

progressos das ciências, pôde-se observar, no nosso País, tal como nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Itália, a mobilização social em torno de um caso concreto de solicitação de pedido de alvará judicial para aborto de feto anencefálico. A ação impetrada pela CNTS⁰⁴ e a liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Melo, permitindo o aborto nesses casos específicos, chamaram a atenção para a dura realidade enfrentada pelas mulheres que vivem a situação de diagnóstico pré-natal de anomalia fetal letal. A impossibilidade de exercer plenamente sua autonomia para a tomada de decisão de manter ou não essa gestação tem provocado reações da sociedade brasileira. Essa ação representou, portanto, grande avanço na discussão do tema, vez que mobilizou e continua mobilizando a opinião pública. No entanto, a suspensão da liminar e a restrição feita à anencefalia evidenciam que a sociedade brasileira ainda carece de maior maturidade no debate de questão tão polêmica que envolve diferentes juízos de valor. A legislação precisa ser revista e devolver à mulher o direito sobre o próprio corpo, a própria vida. Optar, com consciência, pela manutenção ou não da gestação deve fazer parte da esfera privada de cada indivíduo.

As posturas contrárias à solicitação dos alvarás não encontram, como procuram demonstrar os juízes, argumentação na preservação da vida, pois o bem maior a ser tutelado não existe. Trata-se de manutenção de posturas pessoais contrárias ao aborto, que não deveriam influenciar, em última instância, o exercício de autonomia, afinal, como bem coloca Ribeiro²⁷, a conduta que interrompe uma gravidez, mas que não frustra o surgimento de uma pessoa não tipifica o crime de aborto. A declaração do juiz Geraldo

Pinheiro Franco²⁴, que apesar de ser católico convicto, autorizou interrupções judiciais, deve ser olhada como exemplo de distinção entre crenças pessoais e atuação profissional.

Outro argumento utilizado para indeferimento do alvará, coloca a eugenia como questão fundamental, mas também não encontra respaldo lógico, pois não se trata de políticas públicas interessadas na purificação da espécie humana, não havendo obrigatoriedade do ato de interromper a gravidez, mas opção. Legalizar não é obrigar, mas permitir, caso exista o desejo.

Com inexistência de legislação específica, os conselhos de ética do FIGO⁰², do CRM⁷¹ colocam-se favoráveis à realização da interrupção por malformação fetal letal.

6.1 MOMENTO DO DIAGNÓSTICO

O momento do diagnóstico é definido pelos casais como o mais difícil. Ao receber a informação da anomalia e da letalidade, há perda do raciocínio lógico, evidenciando-se reações instintivas de proteção e defesa psíquica fazendo com que cada indivíduo assimile parte das informações. Portanto, deve ser compreendido pelo profissional de saúde como autolimitante, ou seja, não há, condição de assimilação completa da situação. Devido à perda do raciocínio lógico, o casal não consegue elaborar completamente as

informações a ponto de conseguir formular suas dúvidas, formar questões. Assim, é evidente a importância da existência de atendimento para que o casal possa, após reorganização do pensamento, esclarecer todas as dúvidas e até as informações mal compreendidas, decorrentes dos processos psíquicos desencadeados no momento do diagnóstico. Essa situação se apresenta, para o observador, de forma diversificada entre os casais. Pode-se verificar reações que vão de aparente calma e tranquilidade a reações de raiva intensa e choro compulsivo. A forma de expressão dos sentimentos é particular e distinta, não havendo um padrão específico.

A importância do diagnóstico precoce como minimizador do problema é um aspecto relevante a destacar, pois a aceitação do problema é mais difícil quando o defeito é detectado tardiamente.

6.2 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO POSTERIOR AO DIAGNÓSTICO

Dentro do processo natural da gestação, o diagnóstico de malformação fetal desencadeia uma situação particular de intensificação das alterações emocionais. Cada casal precisará utilizar os mecanismos de defesa que dispõe no momento para conseguir lidar com essa situação. Não há padrão comum de resposta emocional, tanto a anencefalia como as demais patologias letais desencadeiam processos psíquicos intensos e somente o casal que vivencia tal situação pode compreender o sentido

psíquico dessa experiência, escolhendo qual o melhor caminho a tomar para poder restaurar o equilíbrio da psique.

É comum o sentimento de que alguma ambivalência emocional vivida com a gravidez tenha resultado ou pelo menos contribuído para o insucesso da gestação. Os pais sentem-se, por vezes, envergonhados pelo fracasso de gerar uma criança saudável. Há um sentimento de vazio e de desesperança na convivência da certeza da inviabilidade fetal.

O acompanhamento psicológico, após o primeiro momento do diagnóstico, é de extrema importância, pois, com a perda do raciocínio lógico e o afloramento dos sentimentos, a contenção de impulsos instintivos pode ser fundamental para auxiliar na preservação da vida materna e na reorganização do funcionamento mental, devolvendo a capacidade de raciocínio por meio da livre expressão dos sentimentos. Esse não é o momento para se resolver sobre a manutenção ou não da gestação, embora o assunto possa ser discutido, caso o casal o aborde.

Algumas vezes, no Setor de Medicina Fetal da Clínica Obstétrica do HCFMUSP, na primeira consulta, é possível discutir e resolver a questão da interrupção da gestação, pois não se trata do primeiro momento do diagnóstico, mas de confirmação diagnóstica, ou seja, o casal já havia recebido, em outro Serviço, o diagnóstico de anomalia fetal letal e estão em busca da confirmação desse diagnóstico, apesar de todas as esperanças estarem voltadas para a não confirmação. Nessas situações, em que o diagnóstico inicial já havia sido fornecido em outro

momento, o casal conseguiu, por vezes, se reorganizar do impacto frustrante da perda.

O diagnóstico de letalidade exige que as mulheres se reestruturem não só psiquicamente, mas concretamente. Todos os planos formulados terão que ser revistos e reformulados para que se possa retomar o sentido da vida.

Observou-se que, independentemente do número de filhos que os casais tenham, a dor, a angústia e o sofrimento desencadeados com o diagnóstico da anormalidade fetal e da letalidade são intensos. A surpresa, a frustração, os sentimentos de fracasso, de culpa e de exposição de erros são vividos na mesma intensidade. O que se destaca como fator diferenciador é que as mulheres que possuem outros filhos acabam encontrando força no sorriso deles, na constatação de que é necessário superar a situação para ajudar o desenvolvimento dos outros filhos e para reestruturar os planos para o futuro. O vazio pode ser preenchido mais rapidamente, uma vez que os planos realizados incluíam não só a gestação vivida, mas os filhos que já tinha.

Em princípio, pode parecer que as mulheres que não desejavam a gravidez ou que estavam rejeitando esse filho vivam com menor intensidade a angústia do diagnóstico. Essa idéia é falsa, pois a crença de que a rejeição levou à malformação desencadeia sentimentos intensos de arrependimento e, muitas vezes, leva a sofrimento maior, uma vez que a mulher passa a temer seu próprio potencial destrutivo. Acredita que o fato de não querer produziu a anormalidade, colocando-a em contato com os aspectos mais negativos de sua personalidade.

6.3 DECISÃO PELA INTERRUPTÃO OU MANUTENÇÃO DA GRAVIDEZ

Após a aceitação e a elaboração do diagnóstico, o casal passa a buscar respostas para a situação vivida. Nesse momento, encontram condições de refletir qual seria, para eles, a atitude mais adequada a ser tomada: interromper ou manter a gestação. Inicia-se, então, o processo de revisão de valores morais, culturais e, com isso, há necessidade de se entrar em contato com o luto pela inexistência do filho imaginado.

A decisão pela interrupção da gestação se dá a partir do desejo de minimizar o sofrimento vivido. A opção consciente, por meio da reflexão e da revisão de crenças e valores favorece que o sofrimento seja realmente minimizado. O não acompanhamento psicológico e a inexistência de um processo de conscientização podem acarretar escolhas instintivas, desencadeadas a partir do desejo de afastar definitivamente o problema. Essa atitude pode transformar-se, posteriormente, em sentimento de culpa. A escolha feita a partir da crença na indicação médica também acarreta, mais tarde, reflexão e arrependimento. O que parece aliviar, em certo momento, pode prorrogar o sofrimento. A culpa não termina, a gestação sim, daí a importância da reflexão e da escolha adequada.

A postura radical da Igreja Católica e de outras religiões parece não influenciar na decisão pela interrupção ou manutenção da gravidez. Quando o processo é bem elaborado, encontra-se, na religiosidade, na relação interna com Deus, força, coragem e alívio.

6.4 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO E O PROCESSO DE DECISÃO

Inicialmente, o acompanhamento psicológico pode parecer desencadeador de maior sofrimento, uma vez que a reflexão exige o enfrentamento da realidade, identificar os sentimentos, expor sensações, medos e, muitas vezes, lidar com outras situações angustiantes do passado. Além disso, exige que se entre em contato com a perda, minimizando a utilização de mecanismos de defesa como a negação, por exemplo. Posteriormente, propicia segurança, alívio e possibilita a elaboração do luto, que irá diminuir o sofrimento, após o término da gestação ou da interrupção da gravidez. Fica claro que não é possível evitar o sofrimento, mas que, quando pode ser expressado, no momento em que a dificuldade está ocorrendo, há possibilidade de conscientização, de escolhas adequadas e, conseqüentemente, de elaboração de luto, levando ao término do sofrimento, que não pode ser confundido com esquecimento de tudo aquilo que se viveu.

A dúvida inicial entre manter ou interromper a gravidez está diretamente relacionado à ambigüidade entre a vivência da gestação, e o diagnóstico de letalidade. Como conceber o dar a vida ao mesmo tempo em que se gera a morte? Une-se, nesse momento, a idealização do bem e do mal, do sucesso e do fracasso. Como escolher entre manter ou interromper a gravidez quando na verdade a escolha é entre morrer ou morrer? Pode-se realmente se falar em escolha? É verdade, existe uma escolha, mas não a que se desejaria, a de poder reverter o quadro da anomalia e da perda, a

escolha se dá com relação ao tempo, ao momento do morrer – agora, com a interrupção da gravidez, ou ao final da gestação.

A necessidade de se realizar o acompanhamento psicológico para a tomada de decisão, diante da possibilidade de interrupção da gravidez, é de fundamental importância, pois a opção pelo aborto nunca é processo meramente racional, que não acarretará ônus emocional. Ao contrário, essa opção sempre decorre da análise do que poderia vir a ser um mal menor: o acompanhamento psicológico permite auxiliar na reavaliação dos processos internos, favorecendo a expressão e a compreensão dos sentimentos, auxiliando na elaboração do luto, favorecendo o diálogo entre o casal⁷⁹.

Os casais que se apresentam decididos a realizar a interrupção judicial por considerar que, nesse momento, a opção trará menor sofrimento, mas imaginam que a culpa será seqüela a ser carregada para sempre, precisam ser estimulados às reflexões, pois o aborto só propicia diminuição do sofrimento se essa opção se der de forma livre, sem o ônus da consequência psíquica.

Uma preocupação constante na avaliação desses casais, aliás, é justamente auxiliá-los a escolher algo que venha a minimizar o sofrimento e não aumentá-lo. Pressupõe-se, então, que aguardar o término da gestação é um tempo muito menor do que passar o resto da vida carregando culpa. Se os pais perceberem que irão sentir culpa, o melhor é aguardar o término da gestação, pois o resto da vida é tempo demais para se sofrer.

Quando os casais se colocam em dúvida quanto a realizar ou não a interrupção da gravidez, associando diretamente o aborto a uma ação em que eles estarão limitando a vida do próprio filho, não há o que refletir, pois não haverá como lidar com a culpa desse sentimento de homicídio. É importante que, no acompanhamento psicológico, o casal consiga perceber que não há como eliminar uma angústia tão profunda. Provavelmente, a interrupção da gravidez, nessas situações, acabe gerando conflito maior e por um período de tempo infinitas vezes mais extenso do que aguardar o término da gestação.

Quando a interrupção da gravidez é compreendida como uma “ordem médica” e há externalização da indignação quanto a essa atitude do profissional, o casal resolve não realizar o aborto. Outras vezes, há um desejo do casal de não precisar se responsabilizar por decisão tão difícil e acabam acreditando que se acatarem uma “ordem médica”, assim como quando da solicitação de um exame, eles estarão cumprindo o seu papel, sem questionamentos e a responsabilidade seria delegada ao profissional que o atendeu. Nesses casos, ocorre a falsa ilusão de que se minimizaria o processo de culpa que poderia ser acarretado pela vivência do aborto. Também ocorrem situações em que os casais procuram associar a malformação diagnóstica com risco de morte para a mulher. Essa compreensão também procura amenizar as responsabilidades no processo de decisão. Nesses casos, dois processos podem estar ocorrendo: o primeiro diz respeito à simbiose estabelecida entre mãe e filho – já que ele está em mim, faz parte do meu corpo, se está doente eu

também estou – ou ocorre simplesmente uma distorção inconsciente que visa facilitar o processo de decisão – não se trata de um aborto simplesmente, mas de salvar a vida da mãe, assim a opção se torna clara e legítima – interromper a gravidez. Essas situações precisam ser interpretadas, explicitadas para que o casal tenha consciência na hora de decidir o que pretendem fazer.

O que se espera é que seja possível que o casal consiga superar e elaborar esse momento difícil da vida. Esquecer sabe-se que jamais se esquecerá, mas o importante é que possam “olhar para trás e perceber que a ferida se transformou em cicatriz”. Por mais que se lembrem do que ocorreu, essas lembranças não deverão incomodar tanto, de forma que a pessoa consiga abordar o assunto sem reviver novamente as emoções experimentadas no momento em que tudo ocorreu. Considera-se, então, nesse momento, que o processo de luto foi finalizado.

Especial cuidado deve-se tomar no processo de reflexão já que a anomalia fetal diagnosticada não irá apresentar malformação aparente. O casal tem que conseguir imaginar que, após o parto ou a interrupção, irão encontrar um bebê aparentemente perfeito. A reflexão deve se dar em como acreditarão no diagnóstico se não conseguirem ver os problemas que foram diagnosticados.

6.5 A SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ JUDICIAL

Após o processo de decisão, com exposição para si próprio de questões angustiantes e da constatação de aspectos antes inconscientes, o casal, quando opta pela interrupção judicial da gravidez, passa a ter que lidar com questões burocráticas e até, precisando, por que não dizer, contar com a sorte. Com a inexistência de legislação específica sobre o assunto, alguns juízes têm autorizado o procedimento enquanto outros o negam. A morosidade desse processo também impossibilita que alguns casais concretizem a interrupção da gravidez, ocorrendo, por vezes, o óbito fetal, trabalho de parto prematuro ou por se encontrar em idade gestacional avançada. Em alguns casos, os casais ainda enfrentam preconceitos de profissionais que atuam no fórum, de advogados ou promotores. Parte dos profissionais até desconhecem a possibilidade de se obter alvará judicial nessas situações e acabam por impedir que esses casais dêem entrada com o pedido.

Assim, ao solicitar a interrupção judicial, novas angústias e tensões passam a ser enfrentadas. No que diz respeito à burocracia do legislativo, tem-se acréscimo desnecessário de sofrimento, pois trata-se de situação do âmbito privado que poderia ser resolvida com a adequação da legislação. Mais de dois mil alvarás judiciais autorizando a interrupção da gravidez já foram expedidos no Brasil³⁸. Não seria suficiente para se promover alterações na lei? Lembrando que, em países desenvolvidos, a lei se altera a partir da discussão de um caso específico, no Brasil, já temos dois mil casos

com diagnósticos fetais letais, não só de anencefalia e, mesmo assim, não existe legislação específica sobre o assunto.

Além disso, a Constituição Federal do Brasil assegura que todas as pessoas são iguais perante a lei, sem distinção de raça, sexo, cor e credo. Sendo assim, como justificar a desigualdade gerada pela não regulamentação da questão da interrupção da gravidez por malformação fetal letal? Casos com diagnósticos idênticos, diferindo apenas quanto aos dados pessoais, tais como nome, idade e registro, recebem respostas diversas quanto à possibilidade do aborto. O critério para a aplicação da justiça passa a ser pessoal, cuja a decisão irá depender da capacidade de discernimento do juiz entre suas crenças pessoais, sua religião e a efetiva aplicação do direito.

Pode-se observar que o fundamento apresentado na solicitação dos alvarás judiciais procura demonstrar a angústia, o sofrimento e o dano psíquico sofrido pelo casal ao levar a termo a gestação com malformação fetal incompatível com a vida, evidenciando a vontade do casal em interromper a gestação. De qualquer modo, como essa solicitação não encontra amparo legal que exclua a ilicitude do aborto, a decisão judicial é sempre polêmica e cercada de discussões.

Em rápida análise dos textos dos alvarás judiciais deferidos, pode-se observar argumentação em torno da inexistência de vida a ser preservada, ressaltando que o indeferimento poderia causar consequências negativas desnecessárias. Diniz³⁴ argumenta que *“O que se procura evidenciar é que*

a lei penal, em seu artigo 128, inciso I, interpretado de forma mais abrangente e atual, respeitando 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”.

Os indeferimentos baseiam-se estritamente no texto redigido no Código Penal e no direito a vida. *“Uma análise dos ângulos usados nos processos que negaram o pedido de aborto mostra o quanto é urgente a mudança da legislação brasileira: são decisões arbitrárias, na maior parte das vezes fundamentadas em premissas religiosas pessoais do juiz ou do promotor e que são equivocadamente, anunciadas como fundamentos jurídicos para negar o pedido”*³⁴ ou em premissas errôneas com a confusão entre criança deficiente e ausência de vida extra-uterina.

No texto de alvará judicial em que foi negado o pedido para interrupção seletiva da gravidez de feto anencefálico, o juiz Vicente de Abreu Amadei, da 1ª. Vara Criminal de Osasco/SP – processo 287/00 – apresenta cuidadosa argumentação a favor da vida, com fundamentação teórica baseada em literatura disponível, justificando o indeferimento do alvará. A argumentação conta com os tópicos: *vida deficiente; vida humana; a Constituição da República protege a vida humana intra-uterina?; Enfim, tortura e tratamento desumano para quem?; aborto eugenésico é equiparado ao aborto necessário? E, por último, os juízes podem autorizar abortos eugenésicos?* Toda essa explanação consta da decisão do juiz e está

baseada em uma premissa equivocada: a possibilidade de existir vida extra-uterina ainda que com a criança deficiente. O texto é claro, ao final, ao mostrar nitidamente a confusão entre vida deficiente e ausência de vida quando relata:

“(...) bem como para que possam colocar à disposição da gestante e do pai da menina portadora de deficiência, se for o caso, os serviços de promoção de atendimento psicológico adequado, com objetivo de ajudá-los a superar o momento difícil de suas vidas”.*

6.6 O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NA SOLICITAÇÃO DO ALVARÁ

Essa fase costuma ser marcada por período crítico, principalmente porque não há como saber qual será a atitude do juiz que receberá o processo. Nesse momento, o casal encontra no acompanhamento psicológico uma referência. Quando o casal consegue superar o processo de paralisação provocado pela dúvida quanto ao deferimento ou indeferimento do alvará, chega à consulta psicológica expressando a angústia desencadeada pela incerteza da decisão judicial, pelo tempo incerto que terá que esperar, pela dor da perda. Apresenta questões relacionadas à dificuldade do recomeço quando só será possível recomeçar após a certeza de que poderão interromper a gravidez. É freqüente o relato

* Grifo nosso

das dificuldades desencadeadas com o convívio social, pois todos sempre perguntam da gravidez, do bebê, além das dificuldades vividas em família, afinal trata-se de momento estressante, em que todos encontram-se emocionalmente abalados. Entretanto, nitidamente, esse é o momento em que o foco do problema passa a ser aguardar a decisão judicial, pois a grande questão se concentra em como se preparar para algo desconhecido.

Algumas vezes, os casais relatam ter encontrado resistências e preconceitos para dar entrada com o pedido judicial. Nessas situações, procuram o acompanhamento psicológico para se reestruturarem, pois sentem-se confusos e, às vezes, acreditam que o sofrimento é tão intenso que tira o senso da realidade. Duvidam de sua capacidade de discernimento quanto à decisão que tomaram, pois escutam discursos voltados para a ilegalidade do aborto, acusações de homicídio, de não desejo pela criança. Novamente, agrava-se o sofrimento, novas incertezas são desencadeadas, dessa vez, relacionada às próprias atitudes e escolhas. O trabalho de reestruturação psíquica se dá, novamente, de forma intensa, mas vale assinalar que esse sofrimento intenso seria desnecessário se o casal pudesse evitar ter que conviver com esses profissionais que desconhecem a possibilidade de solicitação do alvará judicial, e que emitem julgamentos sem conseguir compreender a dimensão da situação que o outro está vivendo. Para evitar tantos desencontros bastaria que a mulher pudesse ter direito ao seu próprio corpo, que houvesse respeito quanto a sua autonomia, o seu poder de decisão em questões que são de âmbito privado.

De qualquer forma, enquanto se vive em um País que se diz católico por excelência, tão moralista como o Brasil, com legislação tão anacrônica com seu tempo, que julga a interrupção da gravidez por anomalia incompatível com a vida como homicídio, a solicitação e o deferimento do alvará judicial para a interrupção da gravidez acabam conferindo ao casal o sentimento de adequação social, eliminando o sentimento de culpa proveniente da rejeição cultural pela realização do aborto, do julgamento de que se estaria matando o próprio filho.

6.7 O INDEFERIMENTO DA SENTENÇA JUDICIAL E AS REAÇÕES PSÍQUICAS OBSERVADAS

Após a primeira notícia do diagnóstico de anomalia fetal, o casal leva, em média, cinco dias para se reestruturar psicologicamente, elaborar, refletir e decidir se mantém ou interrompe a gestação. Quando se tem o indeferimento do alvará judicial, o casal vivencia novo caos temporário, pois há nova desestruturação quando não encontra respaldo na decisão que tomaram. Essa decisão não foi algo impulsivo, mas foi tomada após intenso processo psíquico que consumiu energia e fez com que entrassem em contato com aspectos antes obscuros de sua personalidade, o que levou a optar pela atitude que consideravam adequada. Nessas situações, algumas vezes a descompensação psíquica é tal que pode desencadear tendências suicidas ou atitudes radicais que colocam indiretamente em risco a vida e a saúde da mulher, como por exemplo, a busca pelo aborto provocado em locais clandestinos sem a menor condição de higiene e de segurança.

6.8 REALIZAÇÃO DO ABORTO

O processo de internação, a interrupção e a indução são situações que envolvem sofrimento pessoal importante. A internação em Enfermaria Obstétrica propicia contato com gestações que terminaram em sucesso, o que desperta sentimentos mais intensos de fracasso e frustração, não pela interrupção em si, mas pela incapacidade sentida no gestar, pela ausência do filho imaginado, pelo filho perdido.

A internação e a indução do parto são concebidas com juízo de tempo diferente do real. As horas parecem dias, os dias, anos. O desejo de que tudo acabe e o medo de como será depois propicia essa alteração.

Os casais conseguem, no entanto, após a interrupção da gravidez, retomarem o sentido de suas vidas. O sofrimento é realmente minimizado com o passar do tempo, ficam as lembranças dos momentos tristes e difíceis, mas o sofrimento deixa de existir com a elaboração do luto e de toda a vivência.

Ressalta-se, no entanto, que, neste estudo, todas as pacientes foram acompanhadas por psicólogo no momento da opção pela manutenção ou interrupção da gravidez, os conteúdos inconscientes foram trazidos ao consciente e as algumas pacientes que inicialmente, optaram por interromper a gravidez, puderam refletir sobre suas posições e acabaram mantendo a gestação. É provável que a ausência de sentimento de culpa ou depressão pós-interrupção esteja diretamente relacionado a esse processo de intensa revisão de valores morais, culturais e melhor compreensão dos aspectos

psíquicos em funcionamento. Dessa forma, fica claro que o acompanhamento psicológico é de fundamental importância no processo de decisão.

Após a interrupção da gravidez, ainda na sala de parto, os profissionais de saúde também devem se abster de emitir julgamentos, pois algumas mulheres precisam ver o seu bebê, com todos os problemas que ele tem, para conseguir acreditar no diagnóstico e estabelecer um sentido psíquico para essa vivência. Outras preferem não entrar em contato, por acreditar que isso dificultaria o luto. A escolha é pessoal e deve ser respeitada pelos profissionais que estão fazendo o atendimento da paciente, pois mesmo tendo optado pelo aborto o casal não consegue conceber esse ato como eliminando a vida do filho. Entendem o processo como escolhendo o momento da perda, mas o vínculo afetivo com a “criança” se mantém, por isso, exigirão respeito e cuidado com o feto durante todo o processo.

6.9 ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO POSTERIOR À INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

É importante que seja reavaliado o casal após o processo de interrupção da gravidez para que se possa identificar os processos psíquicos deste momento, identificando se há necessidade de acompanhamento psicológico para auxiliar na elaboração do luto e da situação vivida.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho possibilitou compreender os processos psíquicos vivenciados desde o diagnóstico até a interrupção judicial da gestação de malformação fetal letal.

7.1 QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, APÓS O DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL

Após o diagnóstico de anomalia fetal letal, constatou-se reações aparentes que variaram da calma ao desespero. Independentemente dessa reação aparente, o diagnóstico desencadeou reações emocionais intensas que ativaram mecanismos de defesa, que procuravam manter o equilíbrio psíquico, mas prejudicavam o raciocínio lógico, predominando reações mais instintivas.

No primeiro momento, constatou-se desejo de resolução imediata do problema, como se fosse possível simplesmente colocar a “barriga” ao lado, esquecendo-se de tudo o que se viveu até aquele momento. Após a reestruturação psíquica e a possibilidade de raciocínio recuperada, houve a possibilidade de escolha consciente entre a interrupção ou a manutenção da

gravidez. Nesse momento foi de suma importância a decisão ter ocorrido com respaldo psicológico para que o casal pudesse fazer escolha que minimizasse o seu sofrimento, reduzindo as chances de sentir culpa ou de ter depressão.

7.2 QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, NO PROCESSO DE DECISÃO PELA INTERRUÇÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ

O momento da decisão foi vivenciado com muita angústia, pois a dúvida, o desconhecimento, o conflito foi permeado por sentimentos intensos. Quando o casal conseguiu, por meio de reflexão intensa, decidir quer pela interrupção ou pela manutenção da gravidez, expressou sensação de alívio, pois participou, de algum modo, do processo que estava vivendo, não ficou simplesmente à mercê de um diagnóstico. Quando a opção foi pela manutenção da gravidez, observou-se sentimento intenso de esperança, de que algo pudesse ser mudado. Outras vezes, a interrupção não foi realizada pela crença de que se estaria matando um filho e, dessa forma, desencadeando intenso sentimento de culpa que traria sofrimento maior do que aguardar o término da gravidez. Quando a opção foi pela interrupção da gravidez, observou-se o início do processo de elaboração do luto e de aceitação do diagnóstico.

Na população estudada, verificou-se que a opção pela interrupção da gravidez foi considerada assertiva pelas pacientes, que conseguiram elaborar o luto e que reconheceram que realizaram a melhor opção. Ressalta-se a importância do casal ter passado por acompanhamento psicológico e, com isso, ter revisto valores morais, culturais e aspectos do inconsciente, proporcionando segurança na decisão tomada.

7.3 QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DOS PROCESSOS PSÍQUICOS DESENCADEADOS NAS MULHERES, RELATIVOS À INTERRUPTÃO JUDICIAL DA GRAVIDEZ, APÓS A CONCRETIZAÇÃO DESSE ATO

Após a interrupção da gestação, observou-se movimento de elaboração do luto, buscando reestruturação dos planos para a vida. Houve reconhecimento de que a interrupção da gravidez foi a melhor escolha, e que efetivamente minimizou o sofrimento. Não foram identificadas reações de arrependimento ou culpa. A participação ativa do casal no processo de decisão, com ampla reflexão dos valores morais e culturais e elucidação de aspectos inconscientes, foi fundamental para que a ausência de sentimentos negativos ocorresse. Também não foi observada nenhuma alteração negativa nos relacionamentos conjugais.

O medo de enfrentar tanto sofrimento reapareceu projetado no medo de engravidar outra vez.

7.4 QUANTO À IDENTIFICAÇÃO, NA OPINIÃO DAS MULHERES QUE RECEBERAM O DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL LETAL E QUE REALIZARAM A INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO, QUAL O PAPEL DA CONSULTA PSICOLÓGICA NESSE PROCESSO.

Na avaliação das mulheres, o acompanhamento psicológico foi de extrema importância para orientar e auxiliar na tomada de decisão adequada, por meio da livre expressão dos sentimentos e a constatação de aspectos inconscientes.

O acolhimento da angústia foi descrito como de fundamental importância para a reestruturação psíquica.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A

Interrupção Gestação

Protocolo nº	Data entrevista ____/____/____
Nome	RGHC
Idade	Estado civil
Escolaridade	Renda familiar
Telefone	
Religião	Praticante?
Quantas vezes engravidou?	Número de filhos vivos
Data da interrupção ____/____/____	

1. Quando você foi atendida na medicina fetal (em que ano)? _____
2. Você se recorda qual era o problema de seu bebê (do feto)?
3. Depois que soube da gravidez, quanto tempo levou para você decidir entrar com o pedido de interrupção judicial?
4. Como se sentiu durante estes dias em que estava decidindo?
5. Como foi para você tomar a decisão de solicitar a interrupção judicial?
6. E para o seu companheiro?
7. Quanto tempo levou para obter a decisão do juiz?
8. Como se sentiu durante esta espera?
9. Olhando para trás, o que você diria que foi mais difícil? (Numerar em ordem de importância)
 - () receber o diagnóstico do feto
 - () decidir se queria ou não interromper
 - () ir levar os papéis no fórum
 - () esperar a decisão do juiz
 - () a internação
 - () a interrupção
 - () outros Qual(is)?
10. Em algum momento você teve dúvida quanto a fazer o abortamento? Explique
11. É comum você se lembrar de tudo o que aconteceu nesta época?
 - () não
 - () sim O que pensa? O que sente?

12. Se você encontrasse alguém que precisasse decidir entre interromper ou não uma gestação nas mesmas condições que a sua, o que você diria para esta pessoa?

13. Você acredita que a sua religião influenciou de alguma maneira na hora de decidir pela interrupção? () não () sim

De que forma?

14. Depois de ter feito a interrupção judicial, mudou alguma coisa na sua vida? Explique.

15. Depois da interrupção judicial mudou alguma coisa no seu relacionamento com seu marido?.

O que e por que?

16. E os relacionamentos sexuais, sofreram alterações? Em caso afirmativo, quais?

17. Quando você estava grávida e sabendo de todos os problemas do feto, você se sentia melhor ou pior falando neste assunto? Por que?

18. E hoje, lhe incomoda falar neste assunto? Em caso afirmativo, por que?

19. Antes da interrupção judicial o que você pensava sobre o aborto?

20. E depois da interrupção o que você pensa sobre o aborto?

21. Para que você imagina que serve o acompanhamento psicológico?

22. Você acredita que para as pessoas que estão vivendo um problema de malformação fetal, o acompanhamento psicológico é importante? Em caso afirmativo ou negativo, explique.

23. Em caso afirmativo, você acha que ele deveria ser iniciado em que momento?

() logo após o diagnóstico de MFF

() durante a gestação, mas algum tempo depois do diagnóstico (2 ou 3 semanas)

() durante o processo de decisão de interrupção da gestação

() na internação para a interrupção

() após a interrupção

() não é necessário

() outros _____

24. Para quem deve ser oferecido o acompanhamento psicológico?

() só para a gestante

() para o casal

() só para o marido

() para ninguém

() para demais pessoas da família Quem? _____

Por que?

25. Você fez acompanhamento psicológico na época em que tudo estava acontecendo?

() sim

O que sentiu?

() não

Por que?

26. Você ficou com medo de engravidar novamente? Por que?

27. Numa situação semelhante, o que você faria hoje?

☐ interrompia ☐ não interrompia a gestação

Por que?

28. Quem soube da interrupção judicial?

☐ família materna

☐ família paterna

☐ família materna e paterna

☐ amigos

☐ todos

☐ outros _____

29. Qual opinião pesou mais na hora de decidir pela interrupção da gestação?

☐ a sua

☐ de seu marido

☐ de amigos e parentes

☐ outros Quem? _____

30. Houve algum tipo de crítica à sua decisão? ☐ sim ☐ não Quais?

31. Houve alguma consequência logo depois do aborto? ☐ sim ☐ não

Qual?

32. Você imagina que possa ocorrer alguma consequência no futuro, que estarão relacionadas de alguma forma com esta interrupção?

33. Como você se sente voltando ao Ambulatório da Obstetrícia?

8.2 ANEXO B

Termo de Consentimento pós-informado

Você está sendo convidada a participar deste estudo porque todas as mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida do bebê, no Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estão sendo convidadas a participarem dessa pesquisa. Sua participação é absolutamente voluntária, você tem o direito de se recusar a participar ou desistir em qualquer ponto deste estudo. Sua decisão em participar ou não desta pesquisa não terá qualquer influência em seu direito de ter um tratamento de saúde de boa qualidade. Seu atendimento em nada será prejudicado.

Se você concordar em participar deste estudo serão utilizados os dados da entrevista psicológica realizada na época do diagnóstico de malformação letal que está arquivada em seu prontuário e será realizada uma entrevista semi-dirigida após o procedimento de interrupção judicial da gravidez em dia e horário previamente agendados. Não há nenhum efeito prejudicial a você em participar desta pesquisa, e todos os dados que possam permitir a sua identificação serão mantidos em sigilo. Este estudo tem a finalidade de caracterizar a população que recebeu diagnóstico de malformação fetal letal e que optaram por realizar a interrupção judicial da gravidez, descrevendo os aspectos emocionais desencadeados após o diagnóstico da malformação letal e verificar os sentimentos despertados após todo o ocorrido. Esses dados poderão auxiliar o melhor conhecimento dos problemas envolvidos, para que possamos auxiliar e orientar outras pessoas que venham a passar pelo mesmo problema.

Quero participar e estou de acordo com os termos expostos acima, por isso consinto assinando abaixo

Assinatura:

Termo de compromisso

Os coordenadores da pesquisa deste serviço comprometem-se a conduzir as atividades desta pesquisa de acordo com os termos deste consentimento informado.

Assinatura:

Coordenadores: Gláucia Rosana Guerra Benute tel. 3069-6459 / 3069-6380

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Hillman, J. **Suicídio e alma**. Petrópolis, Vozes, 1993.
02. The Figo Committe for the study of ethical aspects of human reproduction recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology, 1997.
03. Brasil. **Código penal e legislação complementar**. Org. DELMANTO, C. São Paulo, Saraiva, 1981.
04. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Imprensa Nacional.In: STJ, notícias, internet,2004. Disponível em <http://www.stf.gov.br/noticias/glossario> acesso em 02/07/04 e 10/10/04.
05. Benute, G.R.G. Abortamento como um processo psicossocial: uma interpretação junguiana; perda e culpa, depressão e ansiedade. São Paulo, 2002. Tese (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
06. Badinter, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
07. Ariès, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1981.
08. Rohden, F. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
09. Portugal, A.M. Formación y defromación: educación para la culpa. In: **Mujeres e iglesia**. Mexico, Fontamara, p. 35-49, 1989.
10. Ardaillon, D. O aborto no judiciário: uma lei que justiça a vítima. In Bruschini, C.; Sorj, B. **Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil**. São Paulo, Marco Zero,1994.
11. Priori, M.D. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro, José Olympio, 1995.
12. Barchifontaine, C.P. **Ensaio sobre o aborto**. Monografia não publicada, 2002
13. Pattis, E. **Aborto perda e renovação**: um paradoxo na procura da identidade feminina. São Paulo, Paulus,2000.
14. Tretze, C.; Lewitz, S. Abortion. **Scientific American**, 220(1):21-29, 1969.
15. Lyons, A.S.; Petrucelli, R.J. **Medicine an illustrated history**. NY, Abrams Inc Publisers, 1978.
16. Frente de Mulheres Feministas. **O que é o aborto**. São Paulo, Cortez,1980.
17. Marcos, S. Curas, drogas y erotismo. In: Portugal, A.M. **Mujeres e iglesia**. Mexico, Fontamara, 1989.

18. Alan Guttmacher Institute. An overview of clandestine abortion in Latin America. New York, AGI, 1994.
19. HURST, J. **Uma história não contada a história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica**. São Paulo, Publicações CDD, 1999.
20. Paris, G. **O sacramento do aborto**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2000.
21. Vetter, G. **Magic and religion**. NY, Philosophical Library, 1973.
22. Gebara, I. Aborto não é pecado. **Revista Veja**, 06 de outubro de 1993.
23. **Brasil**. Constituição Federal, 1988.
24. Franco, G.F.P. Impossível a sobrevivência do feto deve ser autorizado o aborto. **IBCCRIM**, 11:02-06, 1993.
25. Varga, A.C. **Problemas de bioética**. São Leopoldo, Unisinos, 1998.
26. Andrade, R.L.S. Aborto e direito a vida.
<http://www.aborto.com.br/artigos/abortoedireito.htm> acessado em 07/07/04
27. Ribeiro, D.C. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura jurídico-penal do aborto por anomalia fetal no Brasil In: Diniz, D. ; Ribeiro, D.C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília, Letras Livres, 2003.
28. Bobbio, N. **Dicionário de Política**. Brasília, Universidade de Brasília, 1986.
29. Diniz, M.H. **O estado atual do biodireito**. São Paulo, Saraiva, 2001.
30. Bizzo, N.M.V. O paradoxo social eugênico, genes e ética. **Rev. USP**, 24:28-37, 1994.
31. Bergulman, B. Genética e Ética In: Pessini, L; Barchfontaine, C,P. **Fundamentos da Bioética**. Paulus, SP, 1996
32. Franco, A.S. Aborto por indicação eugênica. In: Estudos jurídicos em homenagem a Manuel Pedro Pimentel. **Revista dos tribunais**, 1992.
33. Tessaro, A. **Aborto seletivo**: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea. Curitiba, Juruá, 2002.
34. Diniz, D. O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. **Bioética**, 5(1):19-24, 1997
35. Diniz, D.; Almeida, M. Bioética e aborto. In: Costa, S.I.F; Garrafa, V.; Oselka, G. **Iniciação à bioética**. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1998.
36. Stansfield, W.D.; King, R.A. **A dictionary of genetics**. Nova York, Oxford University Press, 1997.
37. Frigério, M.V. Aspectos bioéticos, médicos e jurídicos do abortamento por anomalia fetal grave no Brasil. **Rev. Brasileira de Ciências Criminas**, 11(41):p.268-329, 2003.
38. Gollop, T.R. Abortamento. In: Garrafa, V.; Costa, S.I. **A bioética no século XXI**. Brasília, UNB, 2000.
39. Faundes, A. Prefácio. In: Diniz, D.; Ribeiro, D.C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília, Letras Livres, 2003.

40. Gollop, T.R. Questões bioéticas e legais do abortamento seletivo. **Femina**, 31(10), 2003.
41. Bruno, F. Em defesa do aborto. **Isto é**, 02 de abril de 1997.
42. Siqueira, G.B.; Silva, M.B.; Martins, R.E.; Siqueira Filho, M.B.; Dorneles, K. Conclusões do primeiro encontro de juizes do júri de São Paulo de seis de novembro de 1998. Disponível em <http://www.mppr.com.br/teses> acesso em 10/11/01.
43. Anis, Instituto de bioética, direitos humanos e gênero. Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade. Brasília, 2004.
44. Frigério, M.V.; Salzo, I.; Pimentel, S; Gollop. T.R. O obstetra brasileiro frente ao abortamento seletivo. **Rev. Soc. Bras. Med. Fetal**, 8:p.15-29, 2002.
45. Miyadahira, S. Malformação fetal: conduta e aconselhamento ao obstetra e ao paciente. In: Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo. **Atualização em ginecologia, obstetrícia e mastologia**. Frontis Editorial, São Paulo, 1999.
46. Gollop, T.R. Ética e assessoramento em Medicina Fetal. In: Guaneto,A.; Mamede, J.A.V. **Medicina materno-fetal**. São Paulo, Atheneu, 2001, p. 1149-1156.
47. Carvalho, M.H.; Bunduki, V.; Zugaib, M. Sistema Nervoso Central. In: Okumura, M.; Zugaib, M. **Ultra-sonografia em obstetrícia**. São Paulo, Sarvier, 2002.
48. Armbruster-Moraes, E. Etiologia das malformações fetais. In: Okumura, M; Zugaib, M. **Ultra-sonografia em obstetrícia**. São Paulo, Sarvier, 2002.
49. Mansfield, C.; Hopfer, S; Marteau, M.t. Termination rates after prenatal diagnosis of Down Syndrome, spina bifida, anencephaly, turner and Klinefelter syndrome: a systematic literature review. **Prenat Diagn**, 19:808-812, 1999.
50. Pal-de-Brun; K.M. van der; Graafmans, W.; Biermans, M.C.J.; Richards, J.H.; Zilsha, A.G.; Recfhuis, J; Mackenbach, J.P.; Verloove-Vanhorick, S.P. The influence of prenatal screening and termination of pregnancy on perinatal mortality rates. **Prenat Diagn**, 22:966-972, 2002.
51. Wen, S.W.; Liu,S.; Joseph, K.S.; Trouton, K.; Allen, A. Patterns of infancy mortality caused by lethal congenital anomalies. **Teratology**, 61:342-346, 2000.
52. Okumura, M.; Zugaib, M. Ultra-sonografia morfológica fetal: detecção de malformações. Okumura, M; Zugaib, M. **Ultra-sonografia em obstetrícia**. São Paulo, Sarvier, 2002.
53. Armbruster-Moraes, E. Aconselhamento genético. In: Zugaib, M; Bittar, R.E. **Protocolos assistenciais Clínica Obstétrica da FMUSP**. São Paulo, Atheneu, 1997.
54. Bunduki, V. Organização de Centro de Medicina Fetal. In: Zugaib, M.; Pedreira, D.A.L.; Brizot, M.L.; Bunduki, V. **Medicina Fetal**. São Paulo, Atheneu, 1997.
55. Marteau, T.M.; Dormandy, E. Facilitating informed choice in prenatal testing: how well are we doing? **Am Journal of Medical Genetics**, 106:185-90, 2001.
56. Robinson, A.; Bender, B.G.; Linden, M.G. Decisions following the intrauterine diagnosis of Sex chromosome aneuploidy. **Am J Med Genet**, 34:552-4, 1989.
57. Marteau, T.M.; Drake, H.; Brobow, M. Counselling following diagnosis of a fetal abnormality: the differing approaches of obstetricians, clinica genetics and genetic nurses. **J Med Genet**, 31:864-7, 1994.

58. Kowalcek, I.; Mühlhoff, A.; Bachmann, S.; Gembruch, U. Depressive reactions and stress related to prenatal medicine procedures. **Ultrasound Obstet Gynecol**, 19:p.18-23, 2002.
59. Gollop, T.R. A reformulação do código penal versus “juiz autoriza aborto no Paraná”. **Femina**, 21(6):541-3, 1993.
60. Barchifontaine, C.P. O feto malformado: aspectos religiosos. In: Moron, A.F.; Montenegro, C.A.B.; Gollop, T.R. **Tópicos recentes em medicina fetal**. São Paulo, Frôntis, 2000.
61. Ribeiro, D.C. Interrupção voluntária da gravidez com antecipação do parto de feto inviável. **Rev. do Ministério Público Federal e Territórios**, 3:p.83-114, 2000.
62. Clotet, J. Bioética como ética aplicada e genética. **Bioética** 5(2):173-183, 1997.
63. Potter, V.R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood cliffs: Printicehall, 1972.
64. Schweitzer, A. **Decadência e regeneração da cultura**. São Paulo, melhoramento, 1964
65. Berlinger, B. Poder, injustiça e as transformações diárias da bioética. **Rev. Ser Médico**, 22:10-15, 2003.
66. Durant, G. A. **Bioética, natureza, princípios, objetivos**. São Paulo, Paullus, 1995
67. Moore, G.E. **Princípios éticos**. São Paulo, Abril Cultural, 1975.
68. Vasquez, A.S. **Ética**. São Paulo, Civilização Brasileira, 1993.
69. Diniz, D. Antecipação terapêutica do parto: uma releitura jurídico-penal do aborto por anomalia fetal no Brasil. In: Diniz, D.; Ribeiro, D.C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília, Letras Livres, 2003.
70. Bogaert, L.J. The limits of conscientious objection to abortion in the developing word. **Developing World Bioethics**, (2): 2,p. 131-143, 2002
71. **Brasil**. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Consulta nº 24/2003 acessado em 20/09/04
72. Caron, N.A.; Maltz, R.S. Intervenção em grávida com anomalias fetais. **Rev. Psiq**, 16(3):202-7, 1994.
73. Hultin, M.; Otonson, J.^o Perinatal conditions of unwanted children. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, 221:59-76, 1971
74. Lou, H.C.; Hansen, D.; Nordenhoft, M. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. **Dev Med Child Neurol**, 36:826-32, 1994
75. Hansen, D.; Lou, H.C.; Olsen, J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. **The Lancet**, 356:875-880, 2000.
76. Fraser, F.C.; Faenstat, T.D. Production of congenital defects in the offspring of pregnant mice treated with cortisone. **Pediatrics**, 8:527-33, 1951.
77. Kornman, L.H.; Wortelboer, M.J.M.; Beekhuis, J.R.; Morssink, L.P.; Mantingh, A. Womens opinions and the implications of first versus second trimester screening for fetal Down's Syndrome. **Prenatal Diagnosis**, 17(11):1011-18, 1997.

78. Statham, H.; Solmou, W. Antenatal screening for Down's Syndrome. **Lancet**, 352: 1862-1867, 1998.
79. Benute, G.R.G.; Gollop, T.R. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? **Femina** 30(9):661-3, 2002.
80. Sukop, P.H.; Toniolo, D.P.; Lermann, V.L.; Laydner, J.A.; Osório, C.M.S.; Antunes, C.H.; Magalhães, J.A.A. Influência do diagnóstico pre-natal de malformação fetal no vínculo mãe-feto. **Rev Psiq Rio Grande do Sul**, 21(1):10-5, 1999.
81. Dualibi, R.; 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(1):27-30, 2003.
82. Kroeff, C.Q.; Maia, C.R.; Lima, C.P. O luto do filho malformado. **Femina**, 28(7):395-6, 2000.
83. Ralston, S.J.; Wertz, D.; Chelmow, D.; Craigo, S.D.; Bianchi, D.W. Pregnancy outcomes after prenatal diagnosis of aneuploidy. **Obstetrics and Gynecology**, 97(5): 729-33, 2001.
84. Benute, GRG; Brizot, M.L; Bunduki, V.; Lucia, M.C.S.; Zugaib, M. Aspectos emocionais relacionados à interrupção da gravidez. Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, 2002.
85. Drotar, D.; Baskiewics, A.; Irvin, N.; Kennell, J.H.; Klaus, M.H. The adaption of parents to the birth of na infant with a congenital malformation: a hipotetic model. **Pediatrics**, 56:710-17, 1975.
86. Klaus, M.H.; Kennel, J.H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993
87. Dallaire, L.; Lortie, G.; Des Rochers, M.; Clermont, R.; Vachon, C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect on genetic disease to pregnancy interruption. **Prenatal Diagnosis**, 15; 249-59, 1995
88. Wertz, D.; Fletcher, J. Feminist criticism of prenatal diagnosis. **Response Clinic Obstetric Gyneacology**, 36(3):541, 1993.
89. Edwards, J.G.; Rothstein, W.; Young, S.R. Eletive termination of chromosomally abnormal pregnancies: psychosocial effects and experience in genetic counseling. **Women Health**, 14: 21-36, 1989.
90. Bell, M; Stoneman, Z. Reactions to prenatal testing: reflections of religiosity and attitudes toward abortion and people with disabilities. **American Journal on Mental retardation**, 105(1): 1-13, 2000.
91. Breslau, N. Abortion of defective fetus: attitudes of mothers of congenitally impaired children. *Journal of Marriage and family* 49: 839-45, 1987
92. Meryaash, D.L; Abuelo, D.N. Counseling needs and attitudes toward prenatal diagnosis and abortion in fragile-X families. *Clinical Genetics* 33: 349-55, 1988
93. Silva, M.C.P. Aspectos psicanalíticos do aborto de feto malformado. **Femina**, 22(12):611-612, 1994.
94. Bardin, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.

95. Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec Editora, 1992.
96. Lefevre, F.; Lefevre, A.M.C.; Teixeira, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**. São Paulo, EDUCS, 2000.
97. Lefevre, F.; Spinola, A.W.P. **Pesquisa qualitativa: novas metodologias de análise temática de discursos**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999 [apostila].

APÊNDICE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO – BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25.09.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **604/03**, intitulado: **"Vivências emocionais do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção judicial da gravidez"** apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: **PROFA. DRA. ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA**

CAPPesq, 25 de Setembro de 2003.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

Ao
SERVIÇO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Faculdade de Medicina da USP

O Coordenador e o Orientador tem pleno conhecimento do
Protocolo de Pesquisa "Vivências emocionais do diagnóstico de malformação fetal letal à
interrupção judicial da gravidez" da Pós-Graduanda Glaucia Rosana G.
Benute
DOG/FMUSP, 02/10/2003

Prof. Dra. ROSELI M.Y. NOMURA
Orientadora
DOG/FMUSP

Prof. Dra. ANGELA MAGGIO DA FONSECA
Coordenadora Curso de Pós-Graduação
DOG/FMUSP