

C E P I A

Projeto Direitos da Mulher e

Escolhas Reprodutivas

C E P I A

Projeto *Direitos da Mulher e Escolhas Reprodutivas*

S E M I N Á R I O :

A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde

Coordenação do Projeto :
Jacqueline Pitanguy
Pesquisadora Responsável :
Luciana Sarmiento Garbayo

C E P I A

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

A Cepia é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos que contribuam para o fortalecimento da cidadania, especialmente dos setores que, na história de nosso país, vêm sendo tradicionalmente excluídos de seu pleno exercício.

Neste sentido, a Cepia desenvolve estudos, pesquisas, e projetos de intervenção social com a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade. Atua, também, na avaliação e acompanhamento do impacto de políticas públicas, e na assessoria a projetos de lei e programas de governo.

A Cepia e seu Projeto de Saúde

A Cepia desenvolve, desde 1992, o projeto Direitos da Mulher e Escolhas Reprodutivas. Este projeto pretende dar visibilidade pública a questões relativas à saúde da mulher e às escolhas reprodutivas no nosso país, privilegiando três eixos básicos:

1. Promover o debate sobre a esterilização, sua regulamentação e a crítica a seus abusos;
2. Dar visibilidade às conseqüências da ilegalidade do aborto no Brasil, visando a proteção da saúde da mulher e de seus direitos individuais; ampliar o atendimento ao aborto legal;
3. Contribuir para quebrar o silêncio que envolve as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a AIDS no Brasil, especialmente entre a população feminina, trazendo a este debate a dimensão da sexualidade e do poder.

Para tanto, o nosso projeto prevê a articulação com outros grupos e organizações de mulheres, bem como o estabelecimento de parcerias com outras organizações e entidades envolvidas com estas questões, tais como associações médicas, profissionais de saúde, representantes do Judiciário, Legislativo e Executivo, e o público em geral.

Compreendendo a importância do uso dos meios de comunicação de massa como prevíamos no projeto, a CEPIA iniciou, em 1993, a produção e veiculação na mídia televisiva de três *spots*, que têm ido ao ar desde janeiro de 1994 nas emissoras Bandeirantes, Manchete, TVE do Rio e TV Cultura de São Paulo, abordando a temática dos direitos reprodutivos, da AIDS e do aborto.

Ao longo de 1993 e 1994, a CEPIA participou ativamente dos preparativos nacionais e internacionais para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, bem como da própria Conferência organizada pelas Nações Unidas no Cairo. Esta reunião, contando com a presença de 180 países, consagrou na linguagem internacional da ONU, princípios básicos relativos à saúde e aos direitos reprodutivos, salientando a necessidade de tratar o aborto em sua perspectiva de saúde pública e enfatizando a obrigação dos Estados em oferecer atendimento seguro e eficaz nos casos de interrupção da gravidez previstos por lei e em prestar atendimento em quaisquer circunstâncias, considerando-se as seqüelas de abortos com complicações.

Índice

1 - Introdução

2 - O Aborto Legal: Uma Discussão Jurídica

3 - A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde

3.1- A Experiência de São Paulo

3.2- A Experiência do Rio de Janeiro

4 - Debates

5- Conclusões e Propostas para Ação

6- A Descriminalização do Aborto: Uma Discussão

7- Anexos

7.1- lei 1042/87

7.2- Diário Oficial/SP

7.3- *Características das mulheres, frequência, complicações e custos do aborto: suas variações de acordo com a comercialização do Misoprostol* / José Roberto Erbolato Gabiatti - Campinas. SP. [s.n.], 1994. Orientador : Aarão Mendes Pinto Neto - transcrição parcial da tese referida pelo Professor Aarão Pinto Netto

1.- Introdução

Desde o ano de 1940, o Código Penal prevê duas circunstâncias em que o abortamento é legal em nosso país: quando a gestante corre risco de vida ou quando a gravidez é resultante de estupro. No entanto, mais de meio século se passou sem que a mulher brasileira - especialmente quando vítima de estupro - tivesse acesso ao abortamento nos serviços públicos de saúde, deixando assim de exercer direitos básicos de sua cidadania.

A violência deste desrespeito aos direitos da mulher brasileira tem sido, no entanto, pouco alardeada. De fato este descumprimento sistemático de um direito adquirido é geralmente encoberto pelo silêncio da sociedade civil e do governo, inclusive por aqueles profissionais que deveriam mais diretamente observar seu cumprimento, e, também freqüentemente, pela própria vítima, que se cala por desconhecimento, vergonha, solidão ou desespero, tornando-se assim cúmplice involuntária desta violência.

Quando suscitado, este debate tem se direcionado sobretudo para a discussão da questão do aborto em geral, assentando-se, via de regra, em considerações do tipo *a favor ou contra, certo ou errado, legal ou ilegal*. Ao organizar este seminário, a CEPIA situou-se, em contrapartida, estritamente no âmbito da legislação vigente. Não nos reunimos para debater a descriminalização do aborto, mas para intercambiar experiências no sentido de atender a mulher nas circunstâncias já permitidas. Ainda assim, a posição da CEPIA é de que descriminalizar o aborto é reconhecer um fato social, o que não significa de maneira nenhuma incentivá-lo, mas regulamentar sua prática, respondendo a uma demanda de cidadania e de saúde pública.

A discussão sobre a implementação do aborto legal é parte do debate sobre direitos reprodutivos, razão pela qual este relatório traz também antecedentes e questões relativas a esta temática. O seminário "A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde" insere-se assim no marco geral das lutas e conquistas nacionais e internacionais inerentes ao exercício pleno da cidadania.

No plano internacional, a Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no ano de 1994, estabeleceu, através de seu Plano de Ação - documento central e produto final da Conferência - suporte internacional para a garantia de avanços no atendimento à saúde reprodutiva. Este Plano se constitui num indicativo para nortear políticas e programas públicos com relação a população a serem desenvolvidos no mundo nos próximos vinte anos. Dentre outros fatores relativos à vida reprodutiva, o Plano situou o aborto como questão de saúde pública, recomendando que os governos atendam em seus serviços as mulheres que desejem interromper a gravidez nos casos previstos em lei, bem como atender às seqüelas e complicações provenientes do aborto em quaisquer circunstâncias.

No Brasil, apesar da tradição de descumprimento da legislação, atualmente esta distância entre leis, direitos, deveres e responsabilidades sociais começa a diminuir graças a democratização do país e a atuação de movimentos sociais, associações civis e centros de atendimento e de profissionais de saúde, bem como de juristas, que vêm implantando e apoiando o atendimento ao aborto legal. Queremos ainda destacar a importância crescente em nosso país das parcerias entre ONGs e Estado, estratégia fundamental para fazer avançar a discussão e implementação de políticas públicas. Estas parcerias fortalecem a atuação das ONGs e, ao mesmo tempo, ampliam o compromisso dos órgãos públicos com as demandas da sociedade civil. Neste sentido, o apoio da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na figura da Dra. Maria Cristina Boaretto, foi decisivo para a boa condução deste seminário, ao abraçar a proposta de promover o debate sobre o aborto legal no Rio de Janeiro.

Para conhecer estas experiências de atendimento às mulheres que desejam interromper a gravidez nos casos previstos em lei, reunimos profissionais de São Paulo e do Rio de Janeiro neste seminário, cujos resultados temos satisfação em apresentar, com a esperança de contribuirmos para o alargamento dos horizontes do atendimento à saúde da mulher numa perspectiva integral - onde o aborto legal se inscreve - no âmbito do serviço público de saúde.

Jacqueline Pitanguy

Participantes:**Comba Marques Porto****UFRJ / Procuradora**

Rua Benjamim Batista, 180 / 502

Jd. Botânico

Tel.: (021) 226-2830

Rio de Janeiro

Luiz Guilherme P. da Silva**CREMERJ**

Praça Mahatma Gandhi, 2/ 1001-3.

Tel. (021) 220-6420/9435/7035

Rio de Janeiro

Maria José Araújo**Coletivo F.S.e Saúde**

Rua Bartolomeu Zunega, 44

CEP.: 05426-020

Tel: (011) 212-8681

São Paulo

Álvaro Santos**Hospital Maternidade Carmela Dutra**

Rua Aquidabã, 1037

Tel.: (021) 591-3146

Rio de Janeiro

Regina Maria Barbosa**IMS/RJ**

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar

Rio de Janeiro

Guilhermina M. Galvão**Hospital Mun. Paulino Wernick**

Estrada da Cacuia, 745

Ilha do Governador/RJ

Tel: (021) 396-4551

Rio de Janeiro

Diana Valladares**SMS/RJ**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/823

Rio de Janeiro

Jacob Arkader**FRABRASGO**

Rua Santa Clara, 50 / 605

CEP.: 22041-000

Tel.: (021) 236-4321

Rio de Janeiro - RJ

Lisette Silva**IPAS**

P.O. Box 100

Carboro, NC -27510

Irotildes G. Pereira**Hospital Mun. Dr. Arhur**

Av. Francisco Tapajós, 792

São Paulo

Ana Lipke**Rede Nacional Feminista**

Rua Eduardo Guinle, 11/1401

Rio de Janeiro

Argélia Ruiz**Delegacia da Mulher/RJ**

Rua Silvino Montenegro, 1

3º andar

Rio de Janeiro

Flávio Souza Pinto**U.I.S. Herculano Pinheiro**

Rua Andrade Figueiras, s/no.

CEP.:

Tel.: (021) 390-8374

Rio de Janeiro

Joaquim Amaral**Secretaria de Saúde**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/ 707

Tel.: (021) 273-4590

Rio de Janeiro

Katia Ratto**SMS/RJ/SSC**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/809

Rio de Janeiro

Maria do E. S.Tavares
CEDIM
 Rua México, 128 sala 512
 Tel. e fax: (021) 220-0897
 Rio de Janeiro

Jefferson Drezett
Centro do Ref. da Saúde da Mulher/SP
 Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 683
 Bela Vista
 Tel.: (011) 36-0389
 São Paulo

Ricardo Barini
DTG/FCM/UNICAMP
 Rua Alexandre Fleming, 101
 Cidade Universitária
 Campinas

Aarão Mendes Pinto Netto
DTG/FCM/UNICAMP
 Rua Alexandre Fleming, 101
 Cidade Universitária
 Campinas

Terezinha Sansi Cardoso
Diretora da Maternidade Praça XV
 Praça xv de Novembro, 4 fundos
 CEP.: 20010-010
 Rio de Janeiro

Helena Bocayuva Cunha
Diretora da CEPIA
 Rua do Russel, 680 / 71
 Tel. e fax: (021) 225-6115/205-2136
 Rio de Janeiro

Iraci Framer
IMMFM/ ABER
 Rua Luiz Sá, 205 Bl-6 / 103
 Ilha do Governador
 Tel.: (021) 393-4050 rl.- 34
 Rio de Janeiro

Paulo Marçal
Instituto Municipal da Mulher
Fernando Magalhães
 Av. General José Cristino, 87
 Tel.: (021) 580-1132
 Rio de Janeiro

David Somberg
AMERERJ
 Av. Churchill, 97 / 8° and.
 Tel.: (021) 220-3263
 Rio de Janeiro

Hildete Pereira de Mello
Dpto de Economia/ UFF
 Av. Tiradentes, 17
 Niteroi

Leila Linhares Barsted
Diretora da CEPIA
 Rua do Russel, 680 / 71
 Tel. e fax: (021) 225-6115/205-2136
 Rio de Janeiro

Luciana Garbayo
Pesquisadora da CEPIA
 Rua do Russel, 680 / 71
 Tel. e fax: (021) 225-6115/205-2136
 Rio de Janeiro

Kátia Senna
IMMFM
 Rua Teodoro da Silva, 377/ 103
 Tel.: (021) 208-8862
 Rio de Janeiro

Marcos Dias
Matern. Alexander Fleming
 Rua Jorge Schmidt, 331
 Mal. Hermes
 Tel.: (021) 450-2007
 Rio de Janeiro

Maria Cristina Boaretto
Sup. de Saúde Coletiva / SMS
 Av. Afonso Cavalcante, 455/ 823
 Rio de Janeiro

Maria Tereza F. da Costa
Coord. do PAISM/SMS/RJ
 Av. Afonso Cavalcanti, 455/8°and
 Rio de Janeiro

Jacqueline Pitanguy
Presidente da CEPIA
 Rua do Russel, 680 / 71
 Tel. e fax: (021)225-115/205-2136
 Rio de Janeiro

Jacqueline Hermann
Pesquisadora da CEPIA
 Rua do Russel, 680 / 71
 Tel. e fax: (021)225-6115/205-2136
 Rio de Janeiro

2 - O Aborto Legal: Uma Discussão Jurídica

Comba Marques Porto, procuradora da UFRJ, apresentou no seminário o que chamou de "fundamentos jurídicos para execução do aborto legal", que reproduzimos na íntegra. Sua exposição foi debatida *a posteriori* por Leila Linhares Barsted:

I - O aborto e o Código Penal Brasileiro

No Brasil, o aborto é considerado crime, segundo o disposto nos artigos 124, 125, 126 e 127, do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848, de 7/12/40).

No art. 124 (pena de detenção de um a três anos), o sujeito do crime é a mulher que provoca o aborto em si mesma ou consente que outra pessoa o pratique.

Pelo art. 125 (pena de reclusão, de três a dez anos) o terceiro que pratica o aborto, sem o consentimento da gestante. Pela regra do art. 126 (pena de reclusão, de um a quatro anos), pune-se o terceiro que pratica o aborto com o consentimento da gestante.

O art. 127 aumenta em 1/3 as penas cominadas nos arts. 124, 125 e 126, se em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave. O art. 127, igualmente, duplica as mesmas penas, se por qualquer dessas causas, a gestante venha a morrer.

Como exceção à regra da incriminação do aborto, o art. 128 prevê:

"Não se pune o aborto praticado por médico:

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

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

Trata-se, aqui, de uma norma penal que exclui a antijuridicidade de um ato que, em circunstância diversa, está definido no Código como crime. Ou seja, o mencionado dispositivo delimita hipóteses em que a prática do aborto não se constitui ofensa à sociedade e à lei. Nas situações descritas nos incisos I e II, do art. 128, o ato é lícito. Estamos, portanto, diante do chamado **aborto legal ou impunível**.

Com relação a essas duas hipóteses de excludente de antijuridicidade, a doutrina entende que o **inciso I** trata do aborto necessário ou terapêutico, em que o bem jurídico a se tutelar é a vida da gestante. Considera, outrossim, que o **inciso II** contempla o chamado **aborto sentimental, ético ou humanitário**.

Para efeito da exclusão do ilícito prevista no art.128, II, exige-se, evidentemente, que a gravidez seja decorrente do estupro, praticado com violência real ou presumida, esta última conforme definição do art.224, do CP, no que toca aos crimes contra os costumes:

" Presume-se a violência se a vítima:

a) não é maior de quatorze anos;

b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;

c) não pode, por qualquer outra causa oferecer resistência." (grifo da autora)

Por analogia, a jurisprudência vem admitindo o **permissivo legal** do art.128, quando a gravidez decorre de outro crime previsto no Código, o do art.124 - **atentado violento ao pudor**. Cumpre esclarecer que o crime de estupro, previsto no art. 213, requer, para a sua caracterização, a conjunção carnal através da penetração do órgão sexual do homem na mulher, mediante violência ou grave ameaça. Já o atentado violento ao pudor (art.214) configura-se pelo **constrangimento** de alguém (homem ou mulher) à prática de "ato libidinoso diverso da conjunção carnal", mediante violência ou grave ameaça, que pode no caso de ser a vítima mulher, resultar em gravidez.

Frise-se que a lei não exige autorização judicial para a prática do aborto previsto no inciso II do art. 128, igualmente, não é necessário que exista processo contra o autor do crime sexual, muito menos que haja sentença condenatória.

Segundo Celso Delmanto, prestigiado jurista da área penal, "o próprio médico deve procurar certificar-se da veracidade do alegado pela gestante ou seu representante. Recomenda-se para segurança do médico, que este obtenha o consentimento da mulher ou de seu representante legal por escrito ou na presença de testemunhas idôneas" (Código Penal Anotado, 1983, p.149).

Para Nelson Hungria, grande mestre do direito penal, "se era justificada a credulidade do médico, nenhuma culpa terá este, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação. Somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente". (Comentários ao CP, 1958, V/313)

Para melhor se entender o campo de aplicação do art. 128 - o aborto legal -, cumpre aprofundar a análise do crime de estupro, levado-se em consideração aspectos legais, doutrinários e jurisprudenciais.

Com fundamento no art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal de 1988, a lei 8.072, de 25/07/90, definiu os crimes hediondos, incluindo entre estes o de estupro (art. 213), o de atentado ao pudor (art. 214) bem como a combinação de ambos com o 223 (aumento de pena, se da violência resulta lesão corporal de natureza grave ou morte).

Segundo Damásio E. de Jesus (Direito Penal, 3ºVol., Saraiva, 1992), na definição do crime de estupro, visa-se "proteger a liberdade sexual da mulher, o seu direito de dispor sobre o próprio corpo, a sua liberdade de escolha na prática da conjunção carnal".

Só o homem pode ser o sujeito ativo do crime de estupro. E a doutrina vem admitindo a possibilidade de o marido ser autor de tal delito, não obstante o seu direito de ter relação sexual com a esposa. Alguns autores entendem que se configura o crime, caso a negativa da esposa se apoie em justo motivo. Exemplo: o marido é portador de doença venérea, de doença grave e contagiosa; a mulher está doente, menstruada ou no período de pós-parto; ou, por alguma outra justa razão, está impossibilitada de manter relacionamento sexual.

A negativa da esposa pode se fundar também em razão de ordem moral. Por exemplo, saber que o marido mantém relações sexuais com outras pessoas.

Parte-se da idéia de que o legítimo direito do marido ao desfrute sexual com a esposa não o autoriza a forçá-la ao ato, empregando violência física ou moral, que caracteriza o crime de estupro. E Damásio de Jesus conclui: "com o casamento, a mulher não fica sujeita aos caprichos do marido em matéria sexual, obrigada a manter com este relação quando e onde quiser".

Tal entendimento relativo ao marido, pode ser estendido ao "companheiro", eis que a nova Carta Magna, em seu art. 226, parágrafo 3º, reconhece a união estável entre o homem e a mulher, equiparando-a ao casamento.

É conveniente lembrar que, perante a doutrina e a jurisprudência, não se exige nenhuma qualidade especial da mulher para ser vítima do estupro, podendo ser virgem ou não, moça, velha, solteira, casada, divorciada, prostituta, viúva, liberada, recatada...

Em diversos países, em diferentes culturas, o aborto é plenamente livre. Nosso Código, entretanto, integra o rol das legislações mais restritivas, elegendo como regra a criminalização da interrupção da gravidez. Qual teria sido, então, a intenção do legislador, ao considerar legal o aborto, nas duas hipóteses do art. 128?

No que toca ao inciso I - o aborto como único meio de salvar a vida da gestante -, a questão se coloca no estrito âmbito da responsabilidade médica. Isto é, para praticar o aborto, o médico não precisa do consentimento da gestante ou de seu representante legal, se por convicção profissional entende que não há outro meio de salvar a vida da paciente. É de se imaginar que tal conduta assegurada pela lei não deve encontrar maiores obstáculos, quanto à sua execução nos estabelecimentos das redes públicas de saúde.

No que concerne ao inciso II - o aborto decorrente de estupro -, o cerne da questão se desloca para o âmbito dos sentimentos da mulher vítima de estupro. E talvez seja por tal razão, porque a sociedade está acostumada a menosprezar as sutilezas da alma feminina, que, desde 1940 até hoje, tal atendimento não vem sendo naturalmente prestado na rede de saúde pública.

Não podemos também nos esquecer do quanto ainda é disseminada a ideia de que o estupro, na verdade, é uma resposta ao comportamento sedutor da mulher... e a ideia de que gerar e parir, em qualquer circunstância, será sempre o seu destino....

As dificuldades relacionadas à execução prática do permissivo legal inscrito no inciso II devem nos levar a uma reflexão mais aprofundada, notadamente, no campo estritamente jurídico. Para chegar-se, talvez, à conclusão de que a solução do problema é mais simples do que parece.

O que pretendeu o legislador, com o art. 128, e seus incisos I e II? Garantir à mulher vítima de estupro o direito de interromper a gravidez, centrando no seu consentimento (ou de seu representante legal) a chave para a execução do atendimento médico. Este é o comando da norma em questão, a qual deve ser interpretada **taxativamente**, como recomenda a doutrina. Quer dizer: só vale o que está rigorosamente escrito, sem que se autorize interpretações elásticas.

Tendo em vista que a lei não exige autorização judicial para a prática de intervenção, pode surgir, para o médico, dúvidas quanto à veracidade do alegado pela mulher que solicita o abortamento. O próprio inciso II resolve o problema, na medida em

que condiciona a intervenção do médico ao consentimento da gestante ou de seu representante legal, recomendando-se, evidentemente, que este se faça por escrito, incluindo-se a afirmação de que a gravidez resulta do estupro. Como acima examinado, se, posteriormente à intervenção, era falsa a alegação da gestante, o médico está isento de qualquer responsabilidade, inclusive de natureza criminal, desde que protegido pelo documento de consentimento.

Esta é a dinâmica criada pela lei. E no sentido da lei deve-se orientar o atendimento médico na rede de saúde pública.

III - Saúde, direito de todos, dever do Estado

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, consagrou a saúde como:

" direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

O art. 197, por sua vez, dispõe que:

"São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle(...)."

Na Carta constitucional em vigor, a saúde se insere no capítulo da Seguridade Social, esta compreendendo **"um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social."**

No campo da Seguridade Social, o direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações promovidas. Isto quer dizer que todos, independentemente de serem segurados da Previdência Social, têm direito ao atendimento médico nos órgãos oficiais da rede de saúde pública.

O texto constitucional não estabelece o conceito científico de saúde. Mas é possível afirmar, sem margem de dúvidas, que o termo deve ser considerado em seu sentido mais amplo, abrangendo a totalidade do ser, isto é, saúde no plano físico, mental, emocional e espiritual. O próprio Código Penal considera certas alterações psicológicas,

para o fim de inimizabilidade do agente (art.26, do CP), a exemplo do estado puerperal, em que a mulher, acometida de doença mental, causa a morte do próprio filho.

Para melhor entendimento do conceito de saúde como um **dever do Estado**, devemos, igualmente, nos remeter ao conceito de Administração Pública.

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro (Direito Administrativo, 1992), "a administração pública abrange as atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e agentes incumbidos de atender concretamente às necessidades coletivas". E acrescenta: "é uma atividade concreta, no sentido de que põe em execução a vontade do Estado contida na lei."

Ora, a prestação dos serviços médicos na rede pública, visando interromper a gravidez decorrente de estupro, a pedido da gestante ou de seu representante legal, consiste na plena realização da vontade do Estado contida na lei. Trata-se, pois, de executar a vontade do legislador (a vontade do Estado), no sentido de garantir à mulher o legítimo direito de não gerar um filho que, para sempre, lhe devolverá a lembrança de um crime hediondo contra ela cometido. Trata-se de garantir às vítimas desse crime o direito de não gerar o fruto do ultraje ao seu corpo, à sua condição de mulher, à sua integridade física, moral e psíquica. Trata-se, por fim, de garantir e proteger seu direito à saúde.

Leila Linhares Barsted, advogada e diretora da Cepia, recuperou algumas questões apresentadas por Comba Marques Porto, no que se refere à questão do aborto legal. Alertou para o fato de que, há 40 anos, o Código Penal, em seu artigo 128, considerou como procedimento legal o aborto realizado para salvar a vida da gestante e aquele realizado para interromper gravidez resultante de estupro. Para a época, isso representava, de certa forma, um avanço não encontrado até hoje na legislação de alguns países de nosso continente. Esse avanço deu-se apesar da sociedade brasileira de 1940 ser muito mais moralista e influenciada pelo pensamento religioso do que em nossos dias. Leila Linhares Barsted lembrou que, se em 1940 o avanço científico fosse tal qual o de hoje, o legislador de então, certamente, teria incluído uma terceira causa para o aborto legal, que seria a situação de comprovada anomalia fetal grave.

Leila salientou que, devido ao pouco avanço ocorrido nesta área nos últimos cinquenta anos, é espantoso perceber que durante todo esse tempo o artigo 128 não venha sendo aplicado como um direito legítimo das mulheres. Afirmou que, certamente, em diversas

situações, independentemente de serviços de abortamento legal já existentes nas cidades de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, muitos médicos, conscientes desse direito, já praticaram este tipo de aborto, tanto para salvar a vida da gestante, quanto nos casos de gravidez resultante de estupro, aplicando o seu livre convencimento. No entanto, nunca esses médicos vieram à público declarar tal prática, pois isso realmente poderia “manchá-los” com o estigma de aborteiros. Dessa forma, afirmou que a ilegalidade do aborto criou não apenas um problema para as mulheres, mas também para os próprios profissionais de saúde. Mesmo convencidos da legalidade do ato, esses médicos, em última instância, também são penalizados, porque deixam de exercer um direito que a lei lhes permite. Citando a exposição de Comba Marques Porto, não há de se interpretar o Código Penal; a lei penal se aplica tal como está, ou seja, o que não está no Código Penal como sendo proibido, é permitido. Exigir uma explicitação maior, do texto do artigo 128 do Código Penal, seria como exigir a regulamentação do direito de ir e vir, do ato de andar livremente nas ruas. Leila frisou que as únicas condições exigidas pelo Código Penal no artigo 128 são o consentimento da mulher e que o ato seja praticado por médico, condições *sine qua non* para que esse aborto seja legal.

No caso de menores de idade, pela lei civil, seria necessário o consentimento de seus responsáveis. Relatou a experiência norte-americana em relação a questão dos incapazes, no caso específico dos menores de idade. Esta experiência veio a destacar que, apesar de ser considerada incapaz, deve-se questionar se uma moça de 16/17 anos necessitaria do consentimento dos pais para interromper a gravidez. Existem algumas orientações nos Estados Unidos para que se leve em conta a vontade dessa menor de idade, que já teria suficiente maturidade para saber decidir. Essa é uma questão delicada, mas que, por isso mesmo, deve ser levada em consideração, pois em muitas das vezes a moça tem 17 anos, ainda precisa da autorização da mãe e do pai, os pais não autorizam e isso impede que esse aborto seja legal, apesar da gravidez ser resultante de estupro. Esse é um aspecto da lei que se deve avaliar, porque muitas adolescentes engravidam nessa faixa de idade como resultado de um estupro, às vezes, cometido pelo próprio pai ou padastro, e elas não querem contar para as mães. Nesses casos, por ironia, elas precisariam da autorização do seu próprio estuprador, a menos que se dispusessem a denunciá-lo. Leila salientou que essas situações são mais recorrentes do que se possa imaginar, citando um importante estudo sobre abuso sexual incestuoso que a professora Heleieth Saffiotti vem realizando.

Retomando a questão da interpretação da lei penal, enfatizou que deve-se deixar claro que em matéria de direito criminal, admite-se a interpretação apenas para beneficiar; não se pode interpretar a lei penal para leituras mais severas. A analogia entre uma gravidez resultante de estupro ou resultante de um atentado violento ao pudor, onde não se consumou o ato sexual, só é possível para possibilitar à mulher violentada o direito à realização do aborto legal. Se fosse para prejudicar essa mulher, não seria possível aceitar qualquer tese.

Outro ponto que mereceu destaque em sua exposição, foi quanto à fragilidade dos exames periciais, que, na realidade, não são exigidos pelo artigo 128 do Código Penal. Muitas vezes os exames periciais só são realizados vários dias após a agressão, em razão da

vergonha e do medo que as mulheres têm de se expor junto à autoridade policial. Leila Linhares Barsted apontou que, em geral, as mulheres só vão à polícia e só se submetem ao exame de corpo de delito quando se dão conta de que estão grávidas. O IML, neste caso, só iria comprovar o óbvio; seja que essa mulher perdeu o hímen recentemente ou que já teve relações sexuais anteriormente. Outra questão da própria avaliação do estupro é que esta agressão não é considerada estupro pela sociedade quando, por exemplo, é praticada pelo marido, embora a lei diga que constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça para que mantenha relação sexual, caracteriza o crime de estupro. Crime que, pelo Código Penal, se praticado por pessoa que habite com essa mulher, tenha relação de parentesco, de autoridade, ou que conviva com essa mulher, terá punição maior. Em nenhum momento o Código diz que o marido não pode ser o estuprador. O que o Código diz é que estupro é obrigar uma mulher, mediante violência ou grave ameaça, a ter relação sexual. Salientou que, na realidade, a própria polícia, quando uma mulher vai a uma delegacia dar queixa contra o seu marido - ressaltando certamente que agora, com as delegacias de mulheres isto deve estar mudando - não vai caracterizar o ato como estupro, pela cultura existente de que o marido jamais seria o estuprador, pois a mulher teria obrigação de prestar o tal *débito conjugal*. No máximo, a autoridade policial registraria a ocorrência como caso de agressão, de lesão corporal, mas não relacionaria com o crime de estupro.

Leila Linhares Barsted destacou, na longa história de não aplicação do artigo 128 do Código Penal, o fato de que há 54 anos o Estado, suas instituições de saúde e os médicos do serviço público praticam dois crimes: o primeiro caracterizado no art. 319, e o segundo no art. 322. Esses artigos estão situados na parte do Código Penal que trata explicitamente dos crimes praticados por funcionários públicos contra a administração geral. O art. 319 diz: "*Crime de Prevaricação - retardar ou deixar de praticar indevidamente ato de ofício ou praticá-lo contra a disposição expressa de lei, para satisfazer interesse ou sentimento pessoal*"; ou seja, o médico, equipe ou direção de um hospital que por inclinação pessoal de considerar o aborto pecado mesmo nos casos em que seja legal, deixem de praticar esse ato - que é um ato de ofício (só médicos podem praticá-lo) - cometem o crime previsto no artigo 319. Praticam também o crime previsto no artigo 322, que estabelece, em relação aos funcionários públicos: "*Crime de violência arbitrária - praticar violência no exercício de função ou a pretexto de exercê-la*". Portanto, quando um funcionário público se nega a nos conceder um direito e ele tem obrigação legal de fazê-lo, comete o crime de "violência arbitrária". Citou, como o exemplo em questão, o fato de uma mulher com gravidez resultante de estupro ter direito de interrompê-la com a assistência de um médico e de, ainda, como cidadã, ter direito a ser atendida em um hospital público, o que não acontece. Quando as autoridades de um hospital público se negam a reconhecer e atender esse direito, praticam um ato de violência: todos aqueles que sonegam esse direito, sendo funcionários públicos, estão praticando o crime de violência arbitrária. A conclusão é de que há 54 anos as instituições de saúde pública praticam os dois crimes mencionados e nada acontece. Leila apontou que evidentemente essa questão legal é também uma questão política. Por isso lembrou a todos da importância de se comparar como o crime de aborto é punido, ou a mulher que necessita fazer o aborto legal é impedida, e o médico que pratica esse aborto é

estigmatizado, em oposição àqueles que praticam o crime de prevaricação e de violência arbitrária, que não recebem nenhuma censura pública ou punição legal.

Leila salientou para os presentes outro ponto que considerou relevante, destacado por Norma Kyriakos, Procuradora do Estado de São Paulo. Esta concluiu, diante do artigo 226, parágrafo 7º da Constituição Federal de 1988, que não está vedada a prática do aborto por nossa Carta Magna. Declara o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal: "*Fundados nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. Vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas*". Para Norma Kyriakos, esse artigo deve ser interpretado levando-se em consideração os princípios "*...da isonomia, da liberdade de decisão, da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da paternidade responsável...*". Em conformidade com essa interpretação, embora guardando respeito aos cuidados que os serviços de aborto legal vêm tomando para a proteção dos médicos que realizam essa intervenção, como a exigência de registro de ocorrência policial do estupro e de exame pericial no IML, a palestrante conclui que esses cuidados - não exigidos pela lei penal - são procedimentos excessivos. Comparado com o exercício de outros direitos, é como se o médico estivesse exigindo de todos nós que solicitássemos à polícia ou ao juiz autorização para exercer o direito de ir e vir. Na realidade, essas exigências são procedimentos severos porque vão além do texto legal. Como já foi dito, na medida em que vão além do que diz a lei, eles ferem um outro direito da cidadã, o de ter acesso àquilo que a lei permite, e que portanto é lícito. Por outro lado, entendeu que, do ponto de vista da proteção dos médicos contra preconceitos tão arraigados, assim como salientou Comba, existem duas maneiras legais deles se protegerem: a primeira, é que o ônus da prova cabe a quem denunciar o crime; portanto, se alguém diz que o médico praticou a interrupção de uma gravidez que não tenha sido resultante de estupro, essa pessoa terá de provar sua alegação. Tanto a instituição quanto o médico podem entrar com uma queixa-crime de calúnia contra quem o acusar de estar praticando o aborto ilegal, se o profissional, em seu livre convencimento, chegou à conclusão de que se tratava de uma gravidez resultante de estupro, e se teve o consentimento da mulher para praticar o aborto permitido por lei. Outra maneira do médico se proteger seria ter posse do consentimento por escrito dessa mulher na forma de um atestado ou declaração. Nesses casos, se alguém tiver de ser processado, será quem prestou a declaração falsa. Conclui diante do exposto, que médicos e instituições médicas têm como se defender de problemas jurídicos.

Relatou, à título de exemplificação, que a omissão do Estado na garantia do direito à realização do aborto legal leva a situações dramáticas, como há cerca de 14 anos, quando foi noticiado em vários jornais do Rio de Janeiro, como no Jornal do Brasil, O Dia, O Fluminense e O Globo - com grande repercussão portanto -, um estupro contra uma menina de doze anos, cometido por seu padrasto. A mãe da menina tentou legalmente que ela fizesse o aborto. Dois advogados do Rio de Janeiro, criminalistas muito conhecidos - Jair Leite Pereira e Ronaldo Felipe de Sá - aceitaram assumir a defesa dos direitos da menina gratuitamente, mas não conseguiram que ela pudesse ter o direito a interromper a

gravidez. Tempos depois, o Jornal O Globo publicou que o Deputado João Menezes apresentara na Câmara Federal um Projeto-de-Lei para ampliar os casos permitidos para o aborto legal. Diante da notícia, os dois advogados enviaram para aquele jornal uma carta que é, na realidade, um relato espantoso da peregrinação que fizeram na tentativa de garantir para aquela menina a interrupção legal da gravidez. Na carta ao jornal, eles se manifestaram muito céticos quanto à possibilidade de João Menezes ter o projeto aprovado, porque diziam que nem o direito ao aborto legal estava sendo cumprido. Leila Linhares Barsted reproduziu parte da carta: "*Procurados por uma senhora que se queixava de que seu companheiro havia mantido, sob violência e durante meses, relações sexuais com sua filha de 12 anos de idade, vindo finalmente a engravidá-la, tomamos as providências cabíveis que culminaram com a condenação do estuprador a três anos de reclusão, etc...*" Referiu que continuaram seu relato dizendo ter entrado em contato com os médicos do Miguel Couto, do Souza Aguiar e até mesmo das Pioneiras Sociais, concluindo: "*Ficamos desiludidos. Apesar de o juiz ter feito um despacho de extrema clareza em que dizia que o médico que realizasse aquela mini-cesariana não seria punido, ninguém quis fazê-lo. A alegação para tal recusa era sempre o mesmo temor da fama de "aborteiro". Finalmente fomos para o Hospital do INAMPS. Exigiram documentação, ao que atendemos, xerocopiando e autenticando todo o processo, inclusive, com o despacho do juiz criminal, que afirmava que o médico não sofreria punição. Depois apareceu outro óbice - o chefe da maternidade nos comunicou que deveria ter autorização do Juizado de Menores, exigência essa imposta pelo Conselho Regional de Medicina, que havia sido consultado. Fizemos ver ao médico que o juiz de menores não autorizaria o aborto, pois além da menina não ser menor infratora nem abandonada, casos afeitos àquele juízo, pois o nosso legislador não aceitou a tese de abortamento, apenas deixou de punir o médico que pratica o aborto naqueles casos. Mas o INAMPS foi taxativo - "sem o juizado de menores consentir, nada faremos" - É ordem do Conselho Regional de Medicina. Corremos ao Juizado e veio a certidão. O juiz de menores se considerou não competente para isso, exatamente porque não era uma menor infratora, nem uma menor abandonada. Então o diretor do hospital disse qual era exatamente o problema. Ele mostrou medo de ficar com fama de aborteiro. "Eu não faço, só se algum colega quiser fazer". Ninguém quis porque poderia ficar com fama de aborteiro. E assim, depois desse longo processo, sem que essa menina tivesse completado 13 anos de idade, nasceu seu filho".* Leila Linhares Barsted salientou que esse relato descreve plenamente o exercício da violência arbitrária praticada por inúmeros agentes e instituições de saúde contra uma menina de 12 anos. Então, na realidade, o medo dos médicos deve ser discutido e superado. Defendeu a importância de que haja na fundamentação da implantação do serviço de aborto legal todas as discussões e pareceres jurídicos, para que os médicos e os profissionais de saúde destas instituições se sintam mais resguardados e tranquilos, em relação à consequência de seus atos. Ainda que conscientes, e aceitando eticamente a validade desses atos, esses profissionais têm medo de serem punidos, e têm medo de receberem o estigma de aborteiro. Entretanto, afirmou que devem temer, também, a prática dos crimes de prevaricação e de violência arbitrária. Sublinhou que os pareceres jurídicos que apoiam os serviços de aborto legal são importantes, porque vão orientar novas experiências e ajudar a multiplicar novos serviços, como aconteceu com as Delegacias de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência.

Leila Linhares Barsted salientou, porém, que, na realidade, é necessário discutir não apenas a questão legal, mas o moralismo e o autoritarismo de cada um de nós, que nos arrogamos em interpretar a lei com mais severidade do que o próprio texto legal. É necessário discutir também a questão dos estigmas sociais, como, especificamente, na questão do aborto por estupro, em que a vítima se transforma em criminosa. Por isso, o médico não deseja ou não pode ajudar a vítima - tem medo de transformar-se, ele também, em criminoso. Sugeri que discutíssemos, na implantação desses serviços, além do seu aspecto legal, as questões culturais que estão por trás desse temor dos profissionais médicos, exemplificando que quando aquele diretor de hospital público disse para os dois criminalistas: "Eu não faço", ele sintetizou a violência cultural contra as mulheres. Leila fez um paralelo, com uma situação pela qual passou há alguns anos, quando entrevistou um grande proprietário de terras no norte fluminense, um usineiro, numa época em que os trabalhadores rurais estavam em greve para ter acesso a direitos garantidos na CLT, tais como férias, décimo terceiro salário, recolhimento de encargos sociais, etc. Perguntou para esse usineiro: "*Por que não atende às reivindicações legais dos trabalhadores?*" E a resposta foi: "*Não. Eu pago se quiser. Como eu não quero, não pago*". Leila Linhares Barsted pretendeu, através deste episódio, explicitar o fato de que nossa cultura é marcada por um extremo autoritarismo e negação de direitos, onde, como já foi dito, cada um de nós se considera um intérprete da lei e, muitas vezes, neste sentido, desrespeita os direitos garantidos pela própria lei. Para o profissional de saúde, esta questão se reveste de aspectos mais duros do que para o profissional da área jurídica. Concluindo sua exposição, afirmou tratar-se essencialmente de uma questão que diz respeito aos limites de nossa cultura autoritária, ao nosso poder de decidir sobre outrem que, em muitos casos, excedem os limites da lei e se transformam em atos de pura arbitrariedade.

3 - A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde

3.1 - A Experiência de São Paulo

Maria José Araújo, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, demonstrou em seu relato que a implantação de serviços de atendimento ao aborto legal transcende de muito a questão técnica, e se insere numa discussão maior sobre democracia e políticas públicas.

Em sua apresentação, compartilhou com os participantes a sua experiência como coordenadora do departamento de Saúde da Mulher durante a administração da prefeita Luísa Erundina, no município de São Paulo. Recém-criado naquela gestão, este departamento trouxe uma nova visão sobre tal temática ao considerar a mulher em seu vários ciclos de vida, e não apenas na perspectiva do binômio materno-infantil. Dentre os vários projetos ali desenvolvidos, a implantação do aborto legal no município de São Paulo foi da maior importância. Maria José Araújo chamou atenção para as dificuldades que cercaram a sua implantação: uma das maiores encontradas residia no fato de que a Procuradoria de Assuntos Jurídicos da Secretaria Municipal de Saúde não era favorável à implantação. A vontade política da prefeita e do Secretário de Saúde foi então fundamental, bem como o diálogo que estabeleceram com todos os setores envolvidos.

A elaboração dos fundamentos legais que iriam sustentar o projeto contou com pareceres da OAB de São Paulo, do Conselho Regional de Medicina Paulista (que deram pareceres favoráveis), bem como, posteriormente, da própria Procuradoria. Saliu a grande sustentação política que o movimento de mulheres propiciou, apoiando a todo momento o desenvolvimento deste projeto.

Descreveu também o processo de implantação, após ter sido feito um levantamento em todos os 22 hospitais municipais em busca de um local para o funcionamento do serviço, quando se constatou a receptividade do Hospital de Jabaquara. Durante seis meses, Maria José Araújo desenvolveu um trabalho de sensibilização com os profissionais envolvidos diretamente com o atendimento, além de profissionais de outros setores do hospital, através de debates e atividades de psicodrama, entre outras. Neste período, foi também elaborada a redação definitiva da portaria de regulamentação e sua publicação no Diário Oficial.

A elaboração desta portaria ensejou um importante avanço para o debate no âmbito do CRM local, tendo se chegado à conclusão de que o atendimento ao aborto já previsto por lei era uma questão meramente administrativa.

No bojo deste processo, foram feitas reuniões com as Delegacias da Mulher, Instituto Médico Legal (IML) e hospitais da rede, abordando a questão da violência contra a mulher e a necessidade da implantação de serviços de atendimento à mesma. Finalmente foi implantado oficialmente o serviço de atendimento ao aborto legal, em agosto de 1989.

Com relação aos procedimentos vigentes no Hospital Jabaquara para fazer a interrupção da gravidez, Maria José salientou que, a princípio era exigida documentação da vítima, composta pelo laudo de corpo de delito do IML e pelo boletim de ocorrência (B.O.) policial de uma delegacia, além do consentimento da gestante para interromper a gravidez. Apesar de os dois primeiros documentos não serem exigidos por lei para se proceder ao aborto

legal, como se tratava da primeira administração que se dispusera a enfrentar esta questão, tais precauções se fizeram necessárias. O serviço foi montado tendo por base de atuação uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, treinados e sensibilizados, não restritos ao controle de uma comissão de ética médica.

A partir da implantação do serviço do Jabaquara, constatou-se uma mudança no perfil de atendimentos no hospital: a primeira causa de internação, num hospital tradicionalmente voltado para o atendimento de politraumatizados, passou a ser o atendimento às pacientes com seqüelas de abortos provocados .

Irotilde Gonçalves Pereira, coordenadora do Programa de Atendimento ao Aborto Legal, relatou que este foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya (do

Jabaquara) há quase 5 anos, em agosto de 1989. Neste período foram atendidas 155 mulheres, das quais 50 foram submetidas à interrupção da gravidez autorizada e voluntária.

Salientou que se o número destas interrupções pode parecer realmente pequeno, algumas considerações gerais devem ser feitas para a apreciação deste fato: primeiro, não são todas as mulheres vítimas de estupro que engravidam; segundo, dentre aquelas que engravidam, muitas procuram outros meios para fazer o aborto, meios estes anônimos, em geral rápidos e também caros (clínicas clandestinas); terceiro, a difusão entre as mulheres do uso do citotec nos últimos anos como abortivo.

Irotilde avaliou que o perfil da população atendida pelo serviço é, quase na sua totalidade, constituído de mulheres de baixo padrão sócio-econômico, na faixa etária de 19 a 33 anos, sendo a maioria solteira e branca. Há que se destacar que, dentre estas, 10 mulheres tinham entre 10 e 13 anos e 8 mulheres do total eram deficientes mentais.

Relatou que, para serem incluídas no Programa, atualmente, se exige da mulher que tenha idade gestacional de até 12 semanas por limitações técnicas do serviço; e que apresentem boletim de ocorrência de uma delegacia. Em geral, elas chegam ao Hospital, encaminhadas pela própria Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher da região ou por postos de saúde da rede pública.

O atendimento a essas mulheres é feito pelos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do programa: médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiras, e também um advogado, para dar o suporte jurídico para dúvidas ou controvérsias. Participa também da equipe o diretor do Hospital Jabaquara. Existem ainda outros profissionais que não fazem parte da equipe, mas que têm papel relevante para o serviço: anestesistas, radiologistas ultrassonografistas, e psiquiatras.

FLUXO DE ATENDIMENTO

Irotilde Pereira nos explicou que no Hospital Jabaquara, o primeiro profissional a atender a mulher é a assistente social: servindo de primeiro suporte às suas angústias, receios e inibições. Relatou que algumas choram o tempo todo, outras se mostram agressivas ou tem dificuldades em relatar o ocorrido. Outras, ao contrário, querem contar as suas experiências, nos mínimos detalhes. Nesta primeira entrevista, se apresenta o Programa e se procede à discussão reflexiva de assuntos que surgem em cada caso. Após o levantamento de sua história, a cliente é encaminhada para a consulta médica e exame ultrassonográfico, afim de se detectar a idade gestacional, caso grávida. A seguir é atendida por psicólogos, para avaliação de seu estado emocional e oferecimento de suporte psicológico.

Em seguida, procede-se a uma reunião da comissão multidisciplinar, quando então cada caso é discutido em suas especificidades, para a aprovação ou não da solicitação de aborto legal. Se aprovada, é marcada a data de internação. Entre o primeiro atendimento e a internação não se ultrapassa a marca de sete dias. Inicia-se a partir daí nova etapa, quando a internação é comunicada à paciente e familiares que devem assinar a autorização para o

procedimento da interrupção de gravidez. As dúvidas são esclarecidas pelos profissionais envolvidos. As perguntas mais comuns levantadas pelas mulheres são as referentes à técnica utilizada para o aborto, o período de internação, os riscos da anestesia, entre outros.

Em toda a rotina de internação e alta, a paciente é acompanhada pelo setor de serviço social e também pelo setor de saúde mental. Após a alta, é marcado o retorno da paciente para avaliação médica, avaliação do Serviço Social e da Saúde Mental.

Irotilde ainda explicitou ser reforçado para a mulher, que ela tem a liberdade de recorrer aos técnicos do Programa, em qualquer caso de necessidade ou dúvida.

Quando o caso é considerado inelegível para o aborto legal, esclarece-se à mulher e familiares os motivos da decisão, e são apresentadas alternativas como por exemplo: recorrer à adoção após o parto; garantir o acompanhamento de pré-natal da paciente.

Com relação à desistência, se esclarece à mulher que poderá desistir do aborto até o início do procedimento médico, e relatou que ocorreram quatro casos de desistência, comunicadas na data da internação. Por outro lado, quando a adolescente manifesta vontade de continuar com a gravidez, mesmo com a oposição da mãe, este desejo é respeitado. Estes casos complexos são abordados cuidadosamente pelo Serviço Social e pelo Setor de Saúde Mental. Foram cinco os casos inclusos nesta situação. Há que salientar que a idade gestacional nessas jovens ultrapassou as 12 semanas, porque estas esconderam a situação de gravidez, até o limite de sua notória visibilidade.

Outro aspecto a ser ressaltado, diz respeito ao sentimento de humilhação da mulher que foi vítima de violência sexual. Com a gravidez, em geral ela demonstra vergonha, como se fosse culpada pela situação. Ela tem dificuldades em compartilhar a experiência com outras pessoas. As mães entrevistadas relatam que insistiram muito para que as filhas lhes contassem o ocorrido. Em geral, o pai é excluído, porque "não entenderia" (sic).

Erotilde Pereira salientou ainda que, na sua reflexão sobre seu papel profissional, considera que não lhe cabe entrar no mérito do relato que consta no boletim de ocorrência, do mesmo modo que a investigação diagnóstica do caso não pressupõe fazer uma "diligência policial".

Nestes quatro anos desde sua implementação, Irotilde identificou três fases distintas no desenvolvimento do Programa:

1ª fase- A resistência por parte dos funcionários à implantação do serviço no Hospital. Diante disto, se decidiu pela sensibilização dos funcionários para as questões referentes à violência sexual contras as mulheres, a gravidez resultante desse ato e a opção pelo aborto nestas circunstâncias. A sensibilização foi feita através de debates, utilização de técnicas de psicodrama, entre outras, com sucesso;

2ª fase- A incorporação de novos profissionais, seu período de adaptação à equipe, mudaram suas atitudes. relatou que no início do trabalho, a equipe estava entrando em uma

área onde não se tinha conhecimento anterior e as conseqüências eram imprevisíveis. Então, o aprendizado dos profissionais foi através da experiência prática. Foi também nesta fase, que surgiram oportunidades para a divulgação deste trabalho, através de imprensa (rádio, TV., jornais e revistas) e ainda pela realização de palestras em diversos locais. Como conseqüência, houve um acréscimo gradativo da demanda pelo Programa.

3ª fase/atual - A equipe multiprofissional está organizada, entrosada, com uma filosofia única de trabalho. O Hospital, como um todo, incorporou o Programa e os funcionários tem colaborado, sem quaisquer tipo de questionamentos de caráter moralista. As mulheres estão sendo atendidas sem dificuldades. Hoje, fala-se abertamente das questões referentes ao estupro e ao aborto legal. Irotilde considera que foi atingida a meta qual seja: o Programa de Aborto Legal é uma realidade, respeitado e tratado com profissionalismo por todos os envolvidos.

Quadro I - Hospital Jabaquara

CASUÍSTICA AGOSTO 1989 - MAIO 1994

Paciente Atendidas	155
Não grávidas	36
Grávidas	115
Não autorizadas	65
Autorizadas	50
Autorizadas / Desistentes	04

DAS NÃO AUTORIZADAS

Gravidez avançada	57
Falta de documentos	04
Não comprovação do estupro	04

DAS AUTORIZADAS

FAIXA ETÁRIA

10 a 13 anos	10
14 a 18 anos	14
19 a 35 anos	02
mais 35 anos	02

COR

Branca	31
Parda	14
Preta	04

GRAU DE INSTRUÇÃO

ESTADO CIVIL

Nenhuma	04	Casadas	01
1º grau	37	Não casadas	49
2º grau	06		
Superior	02		

OUTROS

Deficientes Mentais	08
----------------------------	-----------

SITUAÇÃO DO ESTUPRO

Rua (desconhecidos)	36	IDADE GESTACIONAL	
Residência(familiares)	14	até 06 semanas	01
		07 a 10 semanas	26
		11 a 12 semanas	23

TEMPO DE INTERNAÇÃO

Curetagem	10
Misoprostol+Curetagem	21
Aspiração	18

TEMPO DE INTERNAÇÃO

Curetagem	2,9 dias
Misoprostol+Curetagem	3,4 dias
Aspiração	1,1 dias

COMPLICAÇÕES

Hemorragia + transfusão	01 caso
Restos + infecção	01 caso
DST	06 Casos(Lues 1, condiloma 5)

GRAVIDEZ AVANÇADA

03 Pacientes pariram no Hospital Jabaquara, sendo que os recém-natos foram para adoção.

AUTORIZADAS DESISTENTES

04 pariram em outros Hospitais.
01 assumiu o filho na relação mãe-filho.

03 crianças estão com os avós, numa relação de irmãos com suas mães.

Ricardo Barini, professor de ginecologia e obstetrícia do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher da Universidade de Campinas, em sua exposição, chamou atenção para a importância do tema deste seminário, no sentido de fazer avançar a discussão e as práticas públicas quanto ao aborto legal.

Ressaltou os aspectos históricos da realização do aborto nos serviços de gineco-obstetrícia do CAISM, da UNICAMP, deixando a apresentação e evolução da casuística ao encargo de Aarão Pinto Neto.

Relatou que o departamento de ginecologia e obstetrícia havia passado por duas fases históricas distintas. A primeira delas compreendeu o período de sua fundação, num hospital antigo (Santa Casa de Misericórdia de Campinas), que dispunha de 20 leitos para atender tanto a obstetrícia quanto a ginecologia. Depois, esses 20 leitos foram ampliados para uma média de 30 leitos, ainda muito aquém da demanda de assistência. Apesar desta carência de leitos, este serviço cumpria com sua função básica de ensino médico; foi neste lugar que se deu a criação da base filosófica de assistência do departamento.

Esta filosofia, em seus fundamentos, acolheu de forma empática a questão do aborto, seja aquele provocado ou legal. Barini conta ter tido como professores os Doutores Pinotti, Eduardo Leme e Faúndes, mentores desta filosofia e do serviço mencionado. Esta escola de pensamento privilegiava a perspectiva da mulher frente ao aborto, buscando compreender as razões que a levavam a provocar a interrupção da gravidez, as circunstâncias que a levam a tal opção, seja por falta de acesso ao planejamento familiar, por falha da contracepção, ou outras causas.

Salientou ser muito maior o número de mulheres que buscam interromper a gravidez por terem sido vítimas de violência sexual, do que o daquelas que o fazem por risco de vida, devido a patologias clínicas de qualquer natureza que levem à solicitação da interrupção.

A segunda fase se refere aos últimos oito anos, quando Barini e sua equipe passaram a atuar dentro de um hospital hoje conhecido como Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), localizado ao lado do Hospital das Clínicas da UNICAMP; hospital geral que atende a uma rede de assistência envolvendo a região de Campinas como um todo. A ampliação da capacidade assistencial do CAISM fez com que o número de atendimentos encaminhados para seus serviços fosse muito maior. Paralelamente à ida para este local, houve significativa mudança na própria assistência à mulher na cidade, de forma mais ampla, principalmente sob o ponto de vista legal. Isto decorreu de dois fatores: a criação das delegacias de mulheres, e o serviço SOS Mulher, que tem sido, nos últimos anos, o grande encaminhador para o CAISM de pacientes vítimas de violência sexual.

Apesar de terem cultivado todos estes anos uma postura aberta e clara em relação ao aborto, até hoje esta equipe não se constituiu como um serviço com um programa de

atendimento ao aborto legal. A questão do aborto é encarada dentro da rotina do serviço; não existe uma porta específica onde as mulheres vão bater e pedir para terem suas gestações interrompidas. Entretanto, houve uma mudança no fluxo de atendimento. A princípio, estas pacientes eram encaminhadas para o serviço de obstetrícia; atualmente, são levadas sobretudo para o departamento de ginecologia, que hoje é mais receptivo a estes casos, evitando possíveis discrepâncias. Ao chegar no CAISM, a paciente faz uma avaliação médica, é atendida por uma assistente social, e se desejar é também atendida por uma psicóloga. Após esta etapa, é sempre solicitado que a paciente seja avaliada pela equipe do departamento de medicina legal da UNICAMP, que vem auxiliando a posição da equipe na questão da legalidade desta solicitação. Barini defendeu este procedimento, que demonstraria o cuidado técnico e ético dentro do serviço, e admitiu a possibilidade de se discutir se há ou não validade nesta consulta, mas que, entretanto, ela é adotada como norma no CAISM.

Embora a maioria dos médicos de seu departamento tivesse uma postura aberta, Barini comentou que nos últimos anos foi observada uma reação contrária, frente ao aumento de casos de atendimento ao aborto legal. O mesmo ocorreu no Hospital do Jabaquara: enquanto se tratava de casos esporádicos, não havia reação; mas, após um certo período, fez-se necessário discutir com os profissionais as suas resistências, pois estava em jogo o cumprimento de um papel importante dentro da sociedade; se estas mulheres não fossem ao CAISM, não teriam para onde ir. O CAISM era o único lugar que se dispunha a atender esse tipo de paciente, dando apoio médico, social e pessoal. Em um determinado período, o CAISM recebeu pacientes oriundas do Rio de Janeiro, sul de Minas e Paraná, informadas do atendimento. Os departamentos de ginecologia e obstetrícia, de medicina legal, e mesmo de oncologia, são portas de entrada para o recebimento destes casos. Afirmou que, historicamente, o CAISM sempre teve atuação ampla e desprovida de preconceito quanto à questão do aborto legal, que tem sido realizado sem maiores problemas.

Quanto à viabilidade da interrupção da gravidez, Barini relatou que discutiu-se num certo período o limite máximo em que ela poderia ser realizada, sendo que se procurou normatizar este critério em 20 semanas. Porém, isto nem sempre é possível, porque em alguns casos as pacientes chegam com idade gestacional mais avançada. Este foi o caso de uma criança de 13/14 anos portadora de deficiência mental grave, estuprada pelo primo, que não tinha absolutamente nenhuma condição de dar prosseguimento à gravidez, não apenas pelos aspectos legais ou sociais, mas também pelas suas limitações físicas.

Barini fez ainda considerações relativas ao avanço na discussão do aborto legal, introduzindo a questão do chamado aborto piedoso ou aborto do malformado, ou aborto do grande infectado ou do aborto do feto sem prognóstico de vida. Lembrou dois casos já legalizados de abortos autorizados por juízes em casos de fetos anencéfalos, um no estado do Paraná e outro na cidade de São Paulo. A justificativa dada pelos juízes foi justamente que o risco da mulher prosseguir a gravidez até o final seria maior do que o risco próprio da interrupção numa idade gestacional já conhecida, uma vez que o feto não tinha prognóstico de vida. Relatou que várias vezes depararam-se com gestações

absolutamente inviáveis do ponto de vista clínico. afirmou ser ato anti-ético, se fazer um diagnóstico de uma situação clínica em que não há prognóstico de vida e expor essa mulher a prosseguir na gestação onde ela vai correr vários outros riscos, ao invés de propor que ela interrompa a gravidez. Obviamente não se obriga a mulher a interromper a gestação. Barini relatou que se pergunta a ela se quer ou não esta interrupção, e que a mulher é informada sobre como esta vai ser realizada; ou seja: a equipe médica está aberta à discussão frente a essa situação. Referiu que tem acompanhado várias dessas situações, exatamente por trabalhar numa área da obstetrícia em que se trata do diagnóstico destas condições específicas. Portanto, defendeu que, dentro da discussão do aborto legal, não se deve fugir também desta questão, ainda que ela não esteja contemplada legalmente. Ricardo Barini afirmou que, ao longo do tempo, será necessário reforçar junto aos nossos legisladores esta discussão, para que este tipo de aborto possa ser aceito de maneira clara, sem subterfúgios.

Aarão Pinto Neto, professor do departamento de ginecologia e obstícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade de Campinas, deu início a sua fala ressaltando a relevância desse seminário para a discussão e aperfeiçoamento dos serviços de atendimento ao aborto.

Relatou a sua experiência atuando na orientação de pacientes no período pós-aborto, atendidas em seu ambulatório, tecendo várias considerações sobre o aborto em geral e, em particular, sobre o aborto permitido por lei e o aborto provocado.

À respeito da polêmica em torno da exigência de documentação para o atendimento ao aborto legal, salientou que a orientação do CAISM não é estrita. Aarão entende que são múltiplos os mecanismos e instâncias implicados na configuração da violência sexual contra a mulher, tornando esta documentação falha na maioria das vezes. Como exemplo de violência sexual de difícil documentação, chamou atenção para os estupros cometidos por agressores conhecidos da vítima ou parentes, tornando a denúncia dificultosa pelo constrangimento da família. Acrescentou que estes casos são bastante comuns, apesar de pouco divulgados. Por esta razão, não se exige boletim de ocorrência ou passagem pelo IML para se proceder ao atendimento ao aborto legal, mas há uma sugestão do diretor clínico no sentido de se elaborar um parecer do Departamento de Medicina Legal, para documentação do departamento.

Sublinhou ser sua responsabilidade, enquanto professor universitário, atuar na sensibilização dos profissionais em formação para o atendimento da saúde da mulher. Neste sentido, afirmou que as instituições têm uma dívida com a sociedade que deve ser saldada, corroborando a fala de Maria José Araújo. Para consubstanciar esta afirmação, Aarão apontou que as complicações de aborto são a principal urgência ginecológica atendida no CAISM. O total de internações por intercorrências relativas ao aborto gira em torno de 20% , onde 50% das pacientes permanecem internadas pelo menos dois dias. O custo de manutenção destas pacientes é alto, visto que são internações que poderiam ser evitadas por medidas menos restritivas ao aborto, deste modo diminuindo a relação custo/benefício.

Afirmou que a valorização da maternidade em detrimento de outros aspectos da vida feminina é uma constante que dificulta o avanço na abordagem do aborto em geral.

Aarão falou também sobre a questão da gravidez na adolescência, lembrando que em geral se priorizam os estudos a respeito das gravidezes que evoluem para o parto, e não os estudos das gravidezes que evoluem para o aborto.

Apresentou ainda dados da dissertação de tese de mestrado em tocoginecologia do CAISM, de José Roberto Erbolato Gabiatti, orientado por ele, que reproduzimos parcialmente neste relatório, na seção em anexo. Com base nestes dados, relatou que a maioria das mulheres que são atendidas por aborto no CAISM são jovens com menos de 20 anos, na sua maioria brancas, e também na sua maioria vivendo em situação de união. Fez notar também o elevado percentual de pacientes com história de três ou mais gravidezes, sendo que, com relação a antecedentes de aborto, a grande maioria relatou ser a experiência de então a primeira. Entretanto, cerca de 17% já tinham mais de dois abortos.

Aarão salientou a necessidade da diminuição do custo das internações por aborto, considerando-se a grande demanda apresentada, e indicou que, para responder a esta questão, está em fase final de aprovação no departamento de ginecologia, pela Comissão de Pesquisa e Ética, um protocolo relativo à instituição de tratamento ambulatorial para o aborto incompleto, com uso de técnicas de aspiração a vácuo manual.

Outro dado relevante apresentado por Aarão foi que 30% das mulheres disseram ter engravidado fazendo uso de algum método contraceptivo.

Comentou também que há uma tendência de aumento de abortos considerados provocados, chegando a 17,3% no universo estudado em 1992, não importando que método tenha sido empregado.

Relatou a evidência, nas estatísticas, de elevados percentuais de abortos espontâneos, ou seja, não provocados, ou que não puderam ser classificados, o que é esperado em países cujas leis relativas ao aborto sejam restritivas. Sublinhou que o fato de um país ter lei restritivas não impede que as mulheres abortem; ao contrário, só aumenta o percentual de mortalidade e morbidade destas mulheres, principalmente por complicações infecciosas e hemorrágicas, uma vez que estes abortos são conduzidos clandestinamente, sem amparo técnico confiável.

Afirmou que o aborto feito em condições inseguras clinicamente é o maior responsável pelas seqüelas de saúde decorrentes do aborto em geral. No trabalho mencionado, avaliou as variações do aborto provocado com a disponibilidade de misoprostol (citotec), observando um queda nas estatísticas recentes de complicações traumáticas: laceração da vagina, perfuração de bexiga e útero, entre outras, e também de complicações maiores, que no seu conceito abrangem aquelas que podem vir a óbito, com internação de mais de cinco dias, uso de mais de três antibióticos e internação em unidade de terapia intensiva, além da necessidade da condução de outro procedimento que não a curetagem tradicional. Relatou também que com a restrição ao uso do citotec houve um aumento nas complicações infecciosas por aborto provocado.

Jefferson Drezett, diretor do Núcleo de Saúde da Mulher do Centro de Referência de Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil do São Paulo, esclareceu que seu serviço de atendimento ao aborto legal é ainda muito recente, e que, portanto, ainda não tem grande experiência nem pode oferecer dados, mas vê a sua participação neste seminário como uma possibilidade para expor o processo de implantação deste atendimento num serviço público de saúde.

O Centro de Referência é coordenado pelo Prof. Pinotti - também professor da UNICAMP - que levou para lá a mesma filosofia de atendimento da universidade. Este fato permitiu que se desenvolvesse com certa naturalidade o atendimento ao aborto legal dentro da rotina de seu departamento. Salientou, entretanto, posto que o Centro de Referência da Saúde da Mulher tem caráter público e pertence à rede estadual, e o CAISM é universitário, que ambos apresentam diferenças neste atendimento, impostas pelas suas diferentes naturezas.

Jefferson Drezett também ressaltou a importância da formação acadêmica na atitude do médico com relação ao atendimento ao aborto legal. Ele, por exemplo, foi aluno de uma universidade pequena do Estado de São Paulo, para depois se tornar residente na UNICAMP. Ao contrário do que aconteceria em outras escolas de formação, afirmou ter tido apoio por parte dos professores para focalizar um assunto de expressão tão fundamental quanto o aborto, o que acredita ter sido relevante no desenvolvimento de sua atividade atual.

Em sua opinião, o verdadeiro mérito do CAISM e do Hospital do Jabaquara é que oferecem serviços realmente atuantes; não discursam, e trabalham com dedicação e carinho muito maiores do que normalmente ocorre às pessoas em seus trabalhos. Considerou este aspecto como fundamental, pois o Centro de Referência é um serviço recente, e seu projeto específico de atendimento ao aborto é particularmente novo, e quer alimentar-se destas fontes.

Drezett relatou que as dificuldades de seu serviço são muito menores do que as que Erotildes Pereira e o Hospital do Jabaquara tiveram há alguns anos atrás. Com os contatos que já mantinha junto a este serviço, conhecendo suas dificuldades iniciais, foi possível

evitar que o Centro de Referência passasse por uma série de tropeços e dificuldades *a priori*, que seriam inevitáveis sem esta colaboração e orientação. Assinalou que outros serviços que queiram implementar o atendimento ao aborto legal devem ter como ponto de referência os serviços já implementados.

Em linhas gerais, Drezett relatou o processo de implantação do atendimento ao aborto legal, dentro do âmbito maior do Centro de Referência.

O projeto de atendimento ao aborto do Centro de Referência prevê, de fato, dois aspectos da questão: a atenção ao aborto legal e ao aborto provocado. Para tanto, modificou-se o projeto inicial, fazendo-os coincidir, com o objetivo de não tornar o aborto uma questão dividida. Ainda assim, Drezett lamentou não ter incluído uma terceira faceta ao projeto, agora em vias de implementação, em um novo projeto, para ser iniciado num prazo de 30 a 40 dias: um ambulatório para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que não engravidaram em consequência deste ato. A proposta engloba, em linhas gerais, um atendimento diferenciado da rotina ginecológica de um hospital, com atenção aos aspectos físicos e psicológicos da mulher violentada. Salientou, sobre este aspecto, que o fluxograma das pacientes dentro da rotina do hospital, seja de maneira separada ou vinculada aos serviços que já estão instituídos, obedecem as características de cada instituição: não existem modelos ou uma fórmula que pode ser imediatamente aplicada numa nova instituição. Cada qual deve encontrar a direção que melhor lhe convier; o que for mais justo para esse tipo de paciente na instituição.

Drezett afirmou que o projeto de atendimento ao aborto legal foi escrito e submetido à apreciação da Coordenadoria da Secretaria Estadual de Saúde, tendo sido aprovado com poucas modificações em seu original. De fato, apenas o Prof. Pinotti mandou reduzir pela metade as páginas de justificativas do projeto, escritas basicamente, em função da ansiedade e dos receios, que sempre surgem ao se lidar com questões polêmicas. Depois disso, foi submetido ao parecer de um Comitê de Ética Médica, formado por pediatras, ginecologistas, funcionários do hospital, representantes da Comissão Estadual da Condição Feminina, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que avaliaram e julgaram estes e outros projetos do Centro de Referência.

A questão seguinte dizia respeito à captação de profissionais para integrarem o serviço. Jefferson Drezett relatou que já trabalhava há alguns anos dentro do hospital na área de ginecologia social e ginecologia preventiva, portanto tinha contato com uma série de profissionais que se mostravam receptivos para trabalhar com a questão. Solicitada a participação desses profissionais, praticamente todos aceitaram o convite para compor o serviço.

A etapa seguinte consistiu no treinamento destes profissionais. Optou-se por treinar a equipe de trabalho antes de iniciar as atividades do serviço. Houve reuniões, onde se deu a conhecer o projeto básico do Centro de Referência, e onde se discutia o projeto, mesmo após sua aprovação pelo Comitê de Ética Médica. Esta discussão esclareceu e integrou aspectos importantes do projeto. No mesmo período, pôde-se realizar um treinamento

junto à IPAS, abordando tecnologias pouco agressivas aplicadas ao serviço, como a aspiração intra-uterina manual a vácuo, que, entre outros aspectos, permite a redução dos custos hospitalares, do tempo de internação, e de todas as complicações em geral. Outro aspecto que valorizou o uso de tecnologias mais avançadas foi a possibilidade de que se fizesse ambulatorialmente o atendimento a qualquer espécie de aborto, sem internação. Drezett ressaltou o papel de cada profissional, de organizações públicas, privadas, não-governamentais, trabalhando em parcerias, para cumprir o objetivo de elevar a qualidade do atendimento. Estas parcerias assumem aspecto fundamental, no seu entender, para a boa continuidade do serviço.

Jefferson Drezett finalizou a sua fala enfatizando a importância de que todos profissionais de saúde se informem sobre a questão do aborto do provocado, para atuarem como educadores de saúde, fornecendo condições para a realização de planejamento familiar. Também sugeriu a estes refletirem sobre a importância de atuarem junto à formação médica, estimulando a compreensão dos futuros profissionais quanto às especificidades da saúde e dos direitos da mulher.

3.2 - A Experiência do Rio de Janeiro

Diana Valadares, da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, sublinhou ser esta a primeira vez que se realiza um encontro desta natureza no Rio, o que indicaria um estreitamento da relação entre movimento social organizado e Estado, principalmente quando uma ONG toma a vanguarda da discussão sobre o aborto legal e promove seu avanço dentro da estrutura do governo.

Diana explicou que a prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, nesta gestão da Superintendência de Saúde Coletiva, tem sido a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), aprofundando seus aspectos relacionados à qualidade do atendimento e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério, além da regulação da fecundidade. Neste sentido, relata que se optou por dar mais ênfase à maternidade e ao nascimento - revalorizando-se o parto humanizado, resgatado como evento existencial e sócio-cultural, bem como a assistência da gestante no pré-natal e no controle de sua fecundidade. Na maternidade Leila Diniz, recém-inaugurada em Curicica, por exemplo, os profissionais receberam treinamento para atender de modo diferenciado as gestantes e seus bebês, humanizando a assistência. No entanto, com todo o seu eixo centrado no nascimento, ontem (9 de junho de 1994) a maternidade registrou a internação da primeira paciente com complicações pós-aborto - outro lado da realidade que não foi levado em consideração inicialmente.

Segundo Diana, este fato mostra como é fundamental o papel de organizações de mulheres pela saúde, como a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no sentido de colocarem em pauta e apontarem questões para que se possa pensar conjuntamente quais os caminhos prioritários a percorrer no que tange à saúde da mulher. A importância de tais organizações foi também salientada por Jacqueline Pitanguy, que salientou a forma com que nossa sociedade demarca o corpo feminino, dividindo-o entre zonas malditas ou zonas legítimas, como se se partisse do princípio de que não se trata de um mesmo corpo,

de uma mesma mulher e cidadã, que em determinado momento de sua vida pare, e em outro aborta .

Maria Cristina Boaretto deu início à sua fala resgatando parte da história da implantação do atendimento ao aborto legal no Brasil. De modo geral, afirma que esta se deu de forma mais relevante sob o ponto de vista jurídico e não foi traduzida em serviços. Recuperou a experiência da regulamentação do aborto legal no município do Rio de Janeiro, concebida no mandato do prefeito Saturnino Braga, no ano de 1987. Esta época coincidiu também com a reabertura do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, onde um grupo de profissionais interessado nas questões referentes à saúde da mulher mostrou-se receptivo à questão do aborto legal. Houve uma grande mobilização no Rio de Janeiro naquele período, no sentido de fazer avançar a discussão do aborto no serviço público de saúde municipal.

Antes disso, em 1985, houve também uma proposta de regulamentação para o aborto legal nos serviços de saúde estaduais, a partir do projeto de lei da Deputada Lúcia Arruda. Apesar de ter sido aprovado na Assembléia Legislativa Estadual, e ter recebido parecer favorável do Governador Leonel Brizola, além de ter sido publicada em Diário Oficial, as pressões da Igreja Católica levaram o Governador a recuar, mandando mensagem à Assembléia com nova lei substituindo o projeto já aprovado, e orientando sua bancada - majoritária - para fazer a substituição.

Maria Cristina Boaretto constatou que, apesar de avanços e tropeços, de fato o Rio de Janeiro possui um arcabouço jurídico e legal que permite avançar nesta questão no âmbito municipal, e que neste momento, há um interesse da Secretaria Municipal de Saúde por este debate, evidenciado inclusive pela presença de seus profissionais neste seminário. Ressaltou, também, que certamente os avanços são lentos e graduais, mas que estão ocorrendo.

Relatou que, a partir de 1991, teve início a implantação na rede do serviço de contracepção, que até então era inexistente nos ambulatórios municipais. Afirmou que, na realidade, a discussão se deu em torno da implantação de serviços de qualidade: ao optar-se pela implantação do serviço de contracepção no município, se quis priorizar o treinamento de pessoal e a sensibilização dos profissionais para a questão da regulação da fertilidade, uma vez que um profissional sensibilizado para trabalhar com contracepção, estará certamente sensibilizado para com outras questões que dizem respeito a saúde da mulher, especialmente quanto às falhas nos métodos. Salientou ainda que pela primeira vez se começou a discutir na rede pública municipal do Rio a questão da sexualidade nos serviços de saúde, visto que esta era uma discussão totalmente relegada a um segundo plano.

Maria Cristina Boaretto constatou que se atende hoje mais às mulheres por complicações de abortos do que pelos programas de contracepção da rede; que são ainda de pequeno porte para dar cobertura a esta demanda. Exemplificou que só ano passado as maternidades municipais atenderam mais de três mil abortos incompletos.

A partir dos anos 1992-93, a Secretaria Municipal de Saúde passou a investir na assistência ao parto, muito deficitária no Rio de Janeiro, tendo sido priorizada uma abordagem francamente qualitativa no sentido da humanização do nascimento e do atendimento à gestante. Deste modo, Maria Cristina Boaretto relata sua experiência recente ao inaugurar a maternidade Leila Diniz, de Curicica, com a disposição de atender ao parto humanizado. Lá foram feitos partos, e também um aborto incompleto. A realização do aborto no espaço da maternidade, focalizada como lugar de vida e nascimento, suscita a percepção das sombras que envolvem os aspectos relacionados à interrupção da gravidez. Maria Cristina considerou fundamental a discussão sobre a sensibilização dos profissionais, discutida neste seminário; relatou acreditar ser bastante simbólico o fato de que este aborto atendido na Maternidade Leila Diniz já tenha se realizado com a presença de um acompanhante. Mesmo sendo apenas um caso, simboliza a possibilidade de se retomar uma relação de auto-estima da mulher numa situação crítica, traduzida nesta presença de um acompanhante na hora de realizar a curetagem. Neste sentido, pretendeu dar continuidade à uma abordagem humanizada do aborto, integrada aos outros aspectos da vida reprodutiva feminina, abordando duas faces de uma mesma questão, na proximidade entre a vida e a morte, gravidez e contracepção.

Paulo Marçal, diretor da Maternidade Fernando Magalhães - uma das maternidades indicadas na regulamentação para realizar o aborto legal no município do Rio de Janeiro - falou em seguida sobre a experiência diária da vivência com a questão do aborto legal numa unidade pública de saúde, seu enfrentamento e controvérsias.

Agradecendo a oportunidade de participar deste encontro, iniciou sua exposição apresentando seu Instituto como a maior unidade de toda a rede da prefeitura carioca construída com o objetivo de atender à saúde feminina no seu âmbito gineco-obstétrico. Desde o primeiro momento, esta maternidade objetivou atender à mulher em todas as etapas de sua vida reprodutiva, de forma integral. Embora fosse esta claramente a intenção inicial, o que realmente ocorreu foi que a área obstétrica da unidade, recebeu uma demanda bastante intensa do município do Rio de Janeiro para o atendimento de gestações de alto-risco, desbalanceando atendimentos de outras naturezas. Este quadro se agravou, nos dias que se seguem, por uma notória diminuição dos leitos obstétricos no município para o atendimento desta casuística de alto-risco. Por isso, o Instituto da Mulher Fernandes Magalhães atende hoje fundamentalmente à esta demanda, e sua taxa de ocupação de leitos obstétricos gira em torno de 100%, assim como na UTI neonatal, o que evidencia as dificuldades de atendimento de outras demandas.

Paulo Marçal explicou que desde 28 de julho de 1987, quando se sancionou a lei 1042, que determinava o atendimento ao aborto legal, o Instituto da Mulher Fernandes

Magalhães tem procurado atender a esta demanda, não sem dificuldades. Primeiro, destacou a já explicitada atenção prioritária à demanda de atendimento à gestação de alto-risco, salientando que, para se fazer frente à esta dificuldade, hoje se inicia a reestruturação do serviço de ginecologia do Instituto. Entretanto, observou que o serviço de obstetrícia, desde o início, foi mais receptivo para o atendimento ao aborto legal do que o da ginecologia. Apontou que a maior dificuldade para fazer este atendimento na falta de sensibilização do profissional médico que iria praticar o ato da interrupção da gestação. No seu ponto de vista, isto ocorre porque apesar do Código Penal, no seu artigo 128, enfatizar a não-punição dos médicos para os casos de aborto por estupro ou risco de vida, restam ainda certas controvérsias quanto às interpretações jurídicas, e os médicos não se sentem esclarecidos e seguros. Portanto, ainda que o Instituto da Mulher Fernandes Magalhães atenda aos casos de aborto legal, interpretações diversas em relação à lei, como as apontadas pelo assessor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, dificultariam ainda este atendimento.

Referiu que no início, quando começaram a receber indicações legais para o atendimento do aborto nos casos previstos, as pacientes vinham com documentações do juiz autorizando a interrupção da gravidez. Dentro do período compreendido entre tramitação e julgamento do pedido destas pacientes, muitas vezes estas gestações, já estavam em estado por demais avançado para serem realizadas. Registrou que o último caso recebido ainda no ano de 1994, surpreendentemente, veio de uma maneira até ágil, visto ter vindo de Nova Iguaçu, município com uma estrutura jurídica emperrada que se conhece, e a interrupção foi feita com oito semanas de gestação.

Quanto à diferenciação no atendimento das pacientes com esta demanda, referiu que o Instituto da Mulher Fernandes Magalhães está organizado de forma a que não existam enfermarias que separem casos de aborto legal de outras modalidades: são enfermarias para o atendimento do aborto em geral, para o atendimento de complicações pós-parto, e de gestações de alto risco.

Indicou ainda a necessidade do aprofundamento desta discussão sobre o aborto legal entre os profissionais envolvidos em todas as etapas do atendimento, e que se reflita mais detidamente de forma a compreender a mulher que busca a interrupção da gravidez nos casos previstos por lei, de maneira a evitar que a mulher que procure o Fernandes Magalhães com esta demanda, seja novamente violentada pelos olhares na recepção. Isto pode ocorrer, uma vez que os profissionais de saúde não-médicos também não estão sensibilizados para compreenderem as razões que a fizeram optar pelo abortamento, ou de seus motivos para procurar a instituição. Sublinhou a necessidade de se perceber a saúde em seu marco mais amplo, cujo conceito extrapola simplesmente o bem-estar físico e mental. Trata-se de resgatar a questão da cidadania, do respeito através da saúde, da maneira integral em que um cidadão participa de nossa sociedade, em todos os seus momentos.

Conclui sua exposição reiterando junto aos presentes que, apesar das dificuldades apontadas e da evidente necessidade de que se aperfeiçoe o serviço - seja do ponto de

vista jurídico ou em relação aos profissionais - o Instituto da Mulher Fernandes Magalhães é uma unidade ampla de referência no município do Rio de Janeiro para o atendimento ao aborto legal, plenamente capacitada para oferecer um atendimento de bom padrão ao aborto previsto por lei.

4 - Debates

A Sensibilização dos Profissionais: Ponto nevrálgico dos Debates

A identificação de qual seria a principal dificuldade encontrada pelos palestrantes para fazer o atendimento ao aborto legal foi um dos primeiros pontos a serem debatidos.

Sob o ponto de vista de Aarão Pinto Neto, que alcançou expressiva concordância entre os demais participantes, esta dificuldade decorre principalmente da falta de sensibilização dos profissionais de saúde para o atendimento ao aborto legal. Conseqüentemente, quando feito o atendimento por profissionais não-sensibilizados, o seu encaminhamento torna-se lento e incorreto, em função da exigência infundável de papéis e documentos.

Barini corroborou as palavras de Aarão, sublinhando que a totalidade da equipe de assistência de saúde, composta por assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, também tem que estar sensibilizada, para que a paciente não sofra maus tratos em nenhuma etapa do processo. Concluiu que é preciso, sobretudo, ter vontade política para implementar as

ações de saúde necessárias, e estar predisposto para atuar na preparação da equipe médica e não-médica para este atendimento.

Relatou também que a sensibilização ocorreu gradualmente no seu departamento: o setor de obstetrícia era, a princípio, mais receptivo às pacientes solicitantes, e havia se estabelecido um acordo de que, se a gestação tivesse menos do que 20 semanas, a paciente receberia atendimento do setor de ginecologia, e se abrangesse um período maior do que este, o atendimento seria da obstetrícia. Entretanto Barini e seus colegas obstetras rompiam esta regra freqüentemente, por causa da resistência dos ginecologistas em fazerem o atendimento, alegando questões de foro íntimo ou receio de punição. Ao longo do tempo de convivência de ambos os setores e da casuística acumulada, estes profissionais, antes distanciados deste atendimento, foram se mostrando sensibilizados. Por esta razão, não foi preciso trocar ninguém do setor, nem houve pressão, de ambos os lados, e alcançou-se um estado de flexibilidade entre os profissionais envolvidos. Em prosseguimento, perguntado sobre a ausência de um local específico para o atendimento ao aborto legal no seu serviço, a fim de torná-lo visível ao público, Barini respondeu que como o número de casos não é muito significativo, ainda não se sentiu esta lacuna. Atribui a isto o fato de que em geral as mulheres que solicitam o aborto legal já vêm encaminhadas, seja pela triagem do CAISM, seja pela Medicina Legal da UNICAMP, ou por mecanismos legais. Barini afirmou que talvez no futuro seja necessário constituir um setor específico, caso haja aumento relevante na demanda.

Diante da questão levantada inicialmente, Jefferson Drezett afirmou, a partir de sua própria experiência como preceptor da residência em ginecologia da Casa Maternal Leonora Mendes de Barros, em SP, que a má formação acadêmica seria responsável pelo fenômeno da insensibilidade médica para a questão do aborto. No seu entender, haveria urgente necessidade de atuar junto à residência médica para modificar este padrão. Em consequência deste tabu, mesmo os profissionais mais sensíveis em geral se negam a participar no atendimento ao aborto legal, temendo serem confundidos perante a classe com médicos que atuam na clandestinidade por motivos financeiros.

Diana Valadares acrescentou que a falta de sensibilização dos profissionais também decorre da ótica de classe social que em geral compartilham. Lembrou que o movimento negro atualmente nos alerta também para a relevância da questão racial no atendimento médico. Por este motivo, a sensibilização ultrapassa em muito os limites estabelecidos tradicionalmente, e deve ser também trabalhada em seu marco social e cultural mais amplo.

Luciana Sarmiento Garbayo abordou a questão do autoritarismo médico, que considerou central para o debate sobre o aborto legal. Salientou que vivemos numa cultura punitiva como um todo, e que, na verdade, a formação médica é restritiva, certamente porque está inserida neste contexto maior autoritário. Em geral, a cultura médica não respeita o direito do paciente de optar por terapêuticas, medicamentos e procedimentos; enfim, ela não oferece ao paciente acesso à informação de modo geral, para que este possa fazer escolhas de acordo com sua consciência e crenças. Quanto ao atendimento ao aborto legal,

afirmou que os médicos tendem a tomar para si a interpretação da lei, aplicando seu entendimento sem oferecer as opções e esclarecimentos devidos. Sendo esta a atitude generalizada da classe médica, ela mereceria, portanto, uma reflexão criteriosa da própria classe.

Maria José salientou que a realização do aborto é um ato médico, do ponto de vista oficial, mas que, por diferentes perspectivas, outros profissionais também poderiam fazê-lo, o que democratizaria o atendimento. Defendeu a tese de que, se os profissionais estiverem suficientemente treinados e capacitados, como no caso de enfermeiras obstetrias em serviço fora do Brasil, onde estes procedimentos são comuns, este atendimento seria seguro; esta tese gerou controvérsia entre os presentes. Diante da polêmica suscitada, ela explicou que descarta a comparação entre profissionais médicos e as *curiosas* ou outros tipos de profissionais, sublinhando que não sugeriu a prescrição de medicamentos por não médicos, mas outra ordenação de trabalho.

A diferenciação na atitude dos médicos no exercício profissional em seus consultórios privados, onde são, via de regra, sensíveis às demandas da mulher, e na rede pública, onde a disponibilidade é mínima, foi outro ponto destacado por Maria José. Na rede pública, a falta de envolvimento profissional faz com que a mulher tenha que passar por uma verdadeira "via crucis", até conseguir provar que não está mentindo, e que não está "se aproveitando do serviço" para fazer a interrupção da gravidez. Os médicos temem que se formem filas de mulheres para fazer o aborto com falso testemunho. No seu entender, este foi o grande argumento inicial ouvido nos hospitais em São Paulo para não se realizar o aborto legal, sendo que daí derivaram todos os entraves posteriores, como a exigência de documentos: uma forma de dificultar o atendimento. No caso do Hospital do Jabaquara, com a continuidade no fluxo de atendimento dos casos, os profissionais foram notando que nenhum médico envolvido neste atendimento havia sido processado. Por esta razão as exigências diminuíram, e hoje, por exemplo, já não se exige laudo de corpo de delito. A exigência de garantias através de documentos baseia-se na suposição de que as mulheres alegam falsamente serem vítimas de estupro para obterem a interrupção da gravidez. Esta exigência, portanto, estaria estreitamente ligada ao *status* da cidadania da mulher. Para Maria José Araújo, dado que no artigo 128 do Código Penal não se exige nenhum desses certificados, a exigência de documentos é uma criação dos profissionais e de seus serviços constituindo, na verdade, recurso que a instituição usa para se defender de possíveis acusações. Relatou que, mesmo após todo o processo de sensibilização no Hospital do Jabaquara, a equipe resolveu ir em busca de esclarecimentos com o juiz da vara da região do Jabaquara, que simplesmente os mandou de volta ao serviço, dizendo que a interpretação do Código Penal diz claramente que não se exige nenhum documento e que o médico que faz o aborto nestas condições não é punido. Maria José aludiu ao fato de que até hoje no Jabaquara, não houve qualquer punição, apesar das ameaças, que, no entanto, existem em qualquer lugar.

Irotilde complementou este argumento, dizendo que no início do atendimento no Hospital de Jabaquara, o profissional médico era o mais insensível à questão do aborto legal. Quanto à exigência de documentos, como o boletim de ocorrência (BO), argumentou que

ela e sua equipe eram pioneiros e não sabiam o que iria acontecer, por isso se preocupavam em registrar e documentar amplamente todos os casos. Pessoalmente, Irotilde defendeu que o relato da mulher deve ser o ponto de partida para o atendimento. Apesar da solicitação do BO ainda ser a norma, Irotilde afirmou que haverá atendimento garantido no Hospital do Jabaquara para a mulher que, após o estupro, procurar seu pronto-socorro para um primeiro atendimento. Deste modo, se deste estupro resultar gravidez, o serviço não exigirá o BO, uma vez que um médico da casa já terá atendido e detectado esta violência. Salientou que, em geral, não se exige de forma automática à mulher documentos quando chega ao hospital, mas que, normalmente, ela vem encaminhada pela delegacia para fazer exame de corpo de delito, já trazendo os documentos. A conclusão básica a que chegou é a de que a partir da experiência cotidiana, vem ocorrendo um aperfeiçoamento no mecanismo de exigências.

Para Aarão, no entanto, a exigência de documentação para o aborto legal se constitui num instrumento de defesa real da instituição, e não significa descrença no relato das pacientes. Em toda sua experiência, em um único caso foi recusada a interrupção da gravidez em função da gritante incompatibilidade entre a história da paciente e sua realidade clínica. O processo de solicitação à Medicina Legal de uma entrevista tem a única e exclusiva razão de se documentar legalmente o caso, não de suspeitar da paciente.

Barini, complementando a fala de Aarão, respondeu que o Departamento não tem problemas externos por atender ao aborto legal, apesar da ausência de uma legislação específica em Campinas, mas que talvez as mulheres tenham problemas para chegar ao setor, muitas vezes pelo desconhecimento da existência do serviço. Nos casos de gestação com complicações médicas, não tem havido dificuldades de atendimento. Aarão frisou que o fato de atuarem numa instituição universitária torna as coisas mais fáceis. Defendeu que não é fundamental para a instituição se ter uma legislação regulamentadora, e sim uma boa documentação dos casos.

A questão de como amparar-se com instrumentos legais para prestar atendimento foi bastante debatida pelos participantes. Irotilde Pereira informou que a equipe do Jabaquara conta com um advogado permanente exatamente para dar respaldo às dúvidas que porventura surjam quanto às querelas legais. Relatou ainda que, anteriormente, foram consultados amplos segmentos da sociedade, quando se emitiram pareceres do CRM, da OAB, e de alguns juízes e promotores, que foram favoráveis, ampliando as perspectivas de um suporte legal ao serviço.

Leila Linhares Barsted explicou, a propósito de dúvidas levantadas pelos presentes, que estes pareceres não podem ser chamados de jurisprudência; esta se forma de fato a partir das decisões dos tribunais, que serão depois organizadas como jurisprudência propriamente dita. Acrescentou que, quando falamos em Direito, nos referimos às suas três fontes: a lei, a jurisprudência e a doutrina. Os pareceres dos conselhos (CRM, OAB, etc.) ou dos juízes e promotores influenciam na produção da doutrina. Ou seja: eles vão começar a mudar o pensamento jurídico sobre uma série de procedimentos, que são procedimentos em discussão, alterando *a posteriori* as decisões judiciais, que só então, em

seu conjunto, serão nova jurisprudência sobre o tema em questão. Tendo em vista que o Código Penal vigente é o de 50 anos atrás, e que o Direito tem que ser dinâmico, é a doutrina e a jurisprudência que fazem esta dinamização, mesmo que a lei não tenha mudado. No seu entender, em um futuro próximo, em função da correlação de forças, a lei vai mudar.

A Controvérsia Legal: Caminhos para seu esclarecimento

Houve amplo debate, onde se destacaram pontos de concordância e divergência entre os participantes, que giraram principalmente em torno da interpretação da legislação penal brasileira, no que tange ao aborto permitido por lei.

Joaquim do Amaral Filho, advogado, chefe da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, colocou que a lei penal dá margem à interpretações diversas. Em sua hipótese, o art. 128, relativo ao aborto legal, não ofereceria muitas garantias para o médico, pois não afastaria a interpretação do aborto como crime. Corroborou sua hipótese afirmando que nos artigos anteriores, os de número 124, 125, 126, 127, o aborto estaria caracterizado como crime; mas isso não aconteceria no artigo 128, trazendo complexidade à interpretação. Comba Marques Porto observou, quanto à essa colocação, que há uma diferença relevante para os médicos, visto que o artigo é explícito ao dizer que não se pune o médico pelo ato nas circunstâncias legais, sendo um caso de exclusão de antijurisdicidade, e que esta interpretação retiraria do fato o caráter anti-jurídico, que ele viu apenas no caso da aplicação de punição. Joaquim do Amaral Filho argumentou que o legislador deveria ter explicitado no Código que o ato não constituiria crime; essa é a exigência da lei: que ela explicita em seus artigos seu conteúdo e que tenha os mesmos comportamentos no seu conjunto. O médico, ao ler o artigo 128, poderia entender que iria praticar um crime, mas que não seria punido. Sendo o Código Penal de 1940, observou que deve ter havido dificuldade na época para legalizar um certo tipo de aborto, visto que abriria exceção para que outros tipos fossem legalizados. Leila Linhares Barsted contribuiu para esclarecer a polêmica, lembrando que a legislação em geral pode ser interpretada de forma extensiva, mas não a legislação penal, a não ser que seja para beneficiar o réu. Portanto, qualquer tentativa de explicar para tornar mais rigorosa a interpretação do art. 128 iria de encontro aos princípios de interpretação da própria lei penal; ao contrário, se fosse uma tentativa mais benevolente, a lei penal estaria aberta a interpretações novas, na ausência de provas em contrário.

Lembrou também, em relação ao aborto estritamente legal, que o Código Penal tem, no seu artigo 23, a figura jurídica da *exclusão de ilicitude*, que, de modo mais amplo, salienta em quais circunstâncias se excluiria a hipótese de crime, reproduzidas abaixo:

- Não há crime quando se pratica o fato -
- I- Em estado de necessidade;
- II- Em legítima defesa;

III-Em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício legal de direito.

Desta forma, tanto o médico, no cumprimento de seu dever legal e profissional, quanto a paciente, submetida à interrupção de gravidez por sua vontade, não cometem crime de espécie alguma, se praticam o aborto nas condições previstas pelo Código Penal.

Com relação à exigência de documentos para a realização o aborto legal, todos estavam de pleno acordo quanto a serem estes desnecessários. Joaquim do Amaral Filho defendeu que, se de fato fosse preciso, a lei teria de explicitar esta necessidade, uma vez que o resultado do estupro é o ato sexual, e não uma declaração do juiz, ou sentença, nem a declaração de um delegado, ou uma notícia-crime. A lei teria de dizer: "gravidez resultante de estupro, devidamente comprovada e com a sentença transitada em julgado". Explicou que, em seu ponto de vista, bastaria uma declaração da pessoa responsável, afirmando que houve o estupro e em seguida, o estabelecimento da continuidade da investigação e do julgamento do caso, garantidos pela justiça e pela polícia da área.

Leila Linhares Barsted acrescentou que, quando uma mulher diz que está grávida por estupro, em princípio, estará dizendo a verdade. Alguém teria de provar o contrário, e entrar com uma ação; o que argumentou ser improvável, visto que a sociedade em geral, em sua intimidade, não caracteriza o aborto em geral como crime; menos ainda o aborto legal. Pelo contrário: lembrou que entre as mulheres, em caso de gravidez resultante de estupro ou com risco de vida, seria muito possível que se recomendassem mutuamente a interrupção da gravidez. Mesmo as mulheres que têm convicções religiosas e por isso são contra o aborto fazem uma distinção entre serem contra o aborto, e apoiarem a punição de uma mulher por aborto, pelo Estado.

Houve concordância entre os presentes quanto à punição ao agressor, que deveria ser garantida, para que não ficasse a impressão de que se está dando à mulher somente parte de seu direito, ao realizar a interrupção, sem sua contrapartida - a exigência de que o estupro seja punido, contribuindo assim para coibir a violência exercida contra as mulheres. Outro aspecto da mesma questão foi levantado, a respeito da necessidade de haver um mecanismo que reserve à mulher o direito de não identificar o agressor, principalmente quando ele for parente da vítima, mas que, no entanto, possa fazer a interrupção da gravidez, se assim o desejar.

Comba Marques Porto observou, à guisa de conclusão, que o momento histórico, político, e social brasileiro seria propício para que se resgatasse o valor - hoje perdido - da fé na palavra do cidadão. Em princípio, na conjuntura em que vivemos, todos somos culpados, até que se prove o contrário. Afirmou que a tentativa de inverter essa lógica perversa seria um passo valioso para o resgate da cidadania em geral. Em se tratando de uma mulher maior, cidadã em igualdade de direitos, sua declaração deve ser considerada legal, válida, lícita; todos os aspectos complicadores podem apenas surgir quando a vítima é menor e depende de seu representante legal, muitas vezes o próprio estupro.

Considerou importante que também se resgate o fato de que, obrigatoriamente, a questão de aborto não precisa estar abordada no âmbito do Código Penal, mas deve ser amplamente discutida com o conjunto da sociedade, para que possa estar abordada em outros espaços.

Outro ponto polêmico levantado entre os presentes referiu-se ao decreto de regulamentação do artigo 128 do Código Penal, em geral mais restritivo do que o próprio Código. Joaquim do Amaral Filho relatou discordar do decreto da lei 1042 de 1987 do Município do Rio de Janeiro, por considerá-lo dispensável, uma vez que a lei penal seria suficiente, bastando apenas cumpri-la. Afirmou que este decreto pode ser anticonstitucional, porque se a lei penal diz não precisar de documentação para a realização do aborto legal, outra lei, no caso o decreto, afirmando sua necessidade, iria de encontro à primeira. Caberia apenas à tutela jurisdicional dizer se realmente houve estupro, porque, caso contrário, terá havido então crime de falsidade ideológica, sendo que o ônus da prova não caberia ao médico - que, portanto, não deveria se preocupar com punições pelo ato de interrupção da gravidez.

Paulo Marçal esclareceu que este decreto foi elaborado em outra época, sendo cauteloso justamente para se dar um passo à frente e normatizar algum tipo de ação para o atendimento. Fez notar que o mesmo não envolveu todas instituições municipais; apenas o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães e a Maternidade Municipal Herculano Pinheiro, que eram as duas instituições que poderiam, naquele momento, responder de imediato àquela demanda.

Diante do exposto, Ana Lipke indagou aos presentes com que estratégias, tendo uma lei municipal restritiva ainda em vigor, se poderia enfrentar a implantação do aborto legal nas maternidades cariocas, ou seja, se os médicos hoje ainda poderiam dizer: "*Não, nós temos de ter este documento do IML e da delegacia para fazer o aborto legal*", obstáculo que em São Paulo já se conseguiu ultrapassar. Neste sentido, Comba Marques Porto observou que, no caso específico do Rio de Janeiro, a existência de lei regulamentando o aborto legal sublinha que o médico que descumprir a lei e não o realizar, estará ferindo o próprio Código de Ética de sua profissão. Somando-se aos argumentos de Leila Linhares Barsted acerca do não cumprimento da lei pelo setor público, constituindo crime de prevaricação e violência arbitrária, afirmou que o art. 43 do Código de Ética Médica, resolução do Conselho Federal Medicina 1246 de 88, determina que é vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Hildete Pereira de Mello enfatizou que a discussão com relação à questão dos profissionais de saúde é central e deve ser encarada tendo em vista a alegação de foro íntimo, como mecanismo para que não se faça o atendimento ao aborto legal. O argumento de que esses profissionais praticam violência arbitrária, prevaricação, e que portanto, são passíveis de uma ação jurídica, são relativamente ineficientes se não forem articulados à luta para descriminalizar o aborto, como ocorreu em outros países, para que mudanças mais gerais possam influir na decisão de foro íntimo do médico.

Aarão Pinto Neto salientou as dificuldades dos profissionais de saúde face às diversas interpretações da lei. A título de exemplo, citou que em Cuba, até 1959, existiu uma lei quanto ao aborto muito semelhante a lei brasileira, sendo que, após o triunfo da revolução cubana, não foi necessário nenhuma mudança na lei, apenas uma nova interpretação, de acordo com os interesses vigentes na sociedade daquele período. Afirmou que, quando a instituição começa a exigir um somatório de documentos, em geral essa exigência vem das esferas diretivas dos hospitais. Por esta razão, sublinhou que se deve tomar cuidado no cumprimento das exigências, posto que, em sua maioria, elas têm o objetivo de dificultar o acesso, sendo de caráter restritivo e punitivo.

Jefferson Drezett afirmou que, para o médico, o fundamental é estar claro qual o instrumento que garantirá que ele não será punido. Concordando com Drezett, Ana Lipke relatou ter participado do debate com colegas médicos, na época da discussão dos projetos para o atendimento ao aborto legal, tanto na rede pública estadual e municipal, e na ocasião teve confirmação de que a resistência para fazer este atendimento se resumia à questão das garantias de que os médicos não seriam incriminados, receio que considerou justificado, posto que o aborto será exclusivamente praticado por médico. Neste sentido, Álvaro Santos sugeriu também que a execução do ato cirúrgico seja assistida por um acompanhante, a fim de se resguardar o médico também neste ato.

Os participantes ponderaram que a vontade política, somada à vontade institucional, são fundamentais para a implementação de práticas de saúde. Jacob Arkader afirmou que falta em nossas instituições a vontade política para atuar neste terreno, bem como lideranças para implementá-las.

Maria José Araújo assinalou que o fato de outras interpretações da legislação do aborto legal ganharem visibilidade permitirá que existam outros horizontes para o atendimento do aborto legal. Relatou a sua experiência na implantação do comitê de morte materna no município de São Paulo - que tem a participação do Conselho Municipal de Saúde das Mulheres - como uma verdadeira luta, do ponto de vista jurídico. Quanto ao exposto, relatou que a ampla interpretação da lei permite que pessoas no governo tenham o poder de decisão sobre uma maioria de 51% da população brasileira: as mulheres. A questão do autoritarismo é fundamental para o entendimento desta dinâmica, porque, em sua opinião, a lei é decidida pela ideologia dos governantes, que regem a vida de milhares de pessoas, como no caso do aborto. Diante do exposto, afirmou que, se a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo tivesse incorporado a interpretação do Secretário de Assuntos Jurídicos da época, o serviço de aborto legal do Hospital do Jabaquara não estaria implantado. Maria José Araújo sugeriu que se conclamasse as mulheres brasileiras a fazerem uma ação coletiva contra o governo, visto que, pela interpretação da lei e pela Constituição de 88, o Estado tem o dever de prestar atendimento à saúde reprodutiva. Neste sentido, uma mulher que vai a um serviço público e não tem acesso à contracepção, engravida, aborta e vem a perder o útero, por exemplo, deve impetrar uma ação judicial contra o governo, por não ter lhe prestado o devido atendimento.

Considerando-se os muitos entraves que ainda impedem o encaminhamento do aborto legal, foi ressaltada a importância da criação de mecanismos que façam face aos obstáculos encontrados. Sugeriu-se o aprimoramento do aparelho judicial estadual no Rio de Janeiro, com a instalação, por exemplo, de um juizado de pequenas causas nas delegacia de mulheres, para que se apressem os julgamentos e conseqüentemente não se avance a idade gestacional nos casos de gravidez por estupro.

A Abordagem da idade gestacional para a realização do aborto legal

A discussão acerca da idade gestacional limite para se fazer a interrupção da gravidez foi outro ponto que mobilizou os presentes. Ricardo Barini afirmou que, quando se discute a questão do aborto legal, sempre se coloca este ponto em pauta. Assinalou que, por exemplo, no Hospital do Jabaquara, se faz a interrupção até 12 semanas, enquanto o Código Penal não fala uma palavra sobre a idade gestacional. Acrescentou que a idade gestacional não tem absolutamente nenhuma relação com a interrupção da gravidez, pois não existe nenhuma especificação neste sentido. Referiu também desconhecer a existência de alguma descrição na legislação brasileira sobre até quando se considera o limite entre aborto ou parto. Já pela Organização Mundial de Saúde, uma interrupção da gravidez abaixo de 20 semanas é considerada aborto. Existem duas correntes principais: uma antiga, que considera como abortamento interrupções abaixo de 28 semanas, e outra, mais recente, que diminuiu este limite para 20 semanas, após uma mudança nas perspectivas de viabilidade fetal, atualmente já abaixo de 26 semanas. Barini relatou que até agora o limite máximo observado em seu departamento foi a interrupção de uma gestação com 22 semanas, caso de uma moça com paralisia cerebral estuprada por um vizinho. Relatou também que foram atendidos no setor de ginecologia até junho deste ano 12 casos de gestações abaixo de 20 semanas, em situação de aborto legal. Barini concluiu que a colocação de uma data-limite para interromper a gravidez está vinculada especificamente ao próprio preconceito do médico que participa da interrupção. Afirmou que, quando se observam as estatísticas mundiais, não se notam grandes mudanças em termos de mortalidade ou morbidade maternas se a interrupção foi feita numa idade gestacional ou noutra, desde que se tenha condições técnicas seguras. Aarão Pinto Neto argumentou, no entanto, que a idade gestacional seria importante na interrupção da gravidez, pois, quanto mais precocemente for feita, menos traumática seria para a mulher em seus sentimentos, e mais fácil seria tecnicamente para o profissional médico. Ricardo Barini propôs que se esclareça a questão da idade gestacional para os profissionais médicos, para que não se esbarre na questão do preconceito, visto que a idade gestacional, mesmo sendo uma questão secundária, tem servido para que estes se recusem a prestar o atendimento devido.

Aborto e Planejamento Familiar: Conexões

Diante do fato de que, na ausência total ou parcial de informações acerca de métodos contraceptivos boa parte das mulheres usam o aborto como controle de sua fecundidade, debateu-se o nexos entre planejamento familiar e aborto.

Aarão considerou que a discussão sobre planejamento familiar deve remeter-se ao próprio conceito de saúde: bem-estar biológico, psicológico e social. Portanto, o planejamento familiar percorre um longo caminho desde o planejamento da gravidez, a educação dos pais, a educação sexual na escola, ou seja, as várias etapas de treinamento no sentido de desenvolver no indivíduo uma sexualidade saudável e responsável. Trata-se de um direito humano básico, sendo o aborto, em geral, resultado de uma atividade sexual não planejada ou insegura.

Barini afirmou que o planejamento familiar é uma prioridade do CAISM, onde existe um ambulatório que atende à uma média de 150 mulheres por dia, onde são oferecidos praticamente todos os métodos anticoncepcionais : pílulas, DIUs, diafragmas, norplante quando foi possível, e assim por diante. Este ambulatório responde a uma demanda espontânea das pacientes, e a uma demanda remetida pela própria rede, por exemplo, quando tem alguma dificuldade de implantar o método no posto de saúde. Toda paciente internada no CAISM, seja pós-parto ou pós-aborto é orientada especificamente quanto à contracepção. Em relação ao pós-parto, o CAISM oferece um ambulatório de revisão puerperal, onde a paciente recebe algum método ou orientação anticoncepcional indicada para o seu caso. As pacientes pós-aborto já saem com um método contraceptivo da própria internação, ou são remetidas para o ambulatório de aborto.

Aarão discorreu sobre seu processo de sensibilização para tal questão, tema de sua tese de doutorado, na qual avalia a função ovariana pós-aborto. Conduziu seus estudos a partir dos resultados sobre a pílula do dia seguinte (RU 486) em Cuba, e fez uma revisão da literatura específica, onde a maioria dos dados aponta que, cerca de 80% das mulheres voltam a ovular no 1º mês após o aborto, com função ovariana íntegra. Nasceu daí seu desejo de trabalhar exclusivamente com planejamento familiar pós-aborto ao retornar ao Brasil, razão pela qual mantém na UNICAMP este ambulatório de aborto, onde já sensibilizou as enfermeiras, que entende serem peças fundamentais para o êxito do serviço. Em seu ambulatório as mulheres tem orientação contraceptiva e acesso a opções, para a escolha de um método de seu interesse. Se for de seu desejo, por exemplo, o DIU pode ser inserido já na enfermaria. O 1º retorno é feito em 15 dias, certamente reforçando a orientação para o uso. Aarão cita os trabalhos do Prof. Aníbal Faúndes no Chile, onde se mostra que numa comunidade com alta prevalência de abortos, só foi possível diminuir este número quando se instituiu o planejamento familiar pós-aborto.

Ainda relatando seu processo de formação, Aarão Pinto Neto mencionou sua experiência na Colômbia, onde ouviu do Prof. Jorge Vila Real, a importância da perspectiva da atenção integral à saúde da mulher na compreensão da gravidez indesejada. Seu trabalho apontou para uma questão extremamente relevante: a mulher que aborta geralmente escolhe métodos de contracepção mais eficazes, por isso a laqueadura é um método muito escolhido, e também o DIU e a pílula anticoncepcional. A taxa de continuação do método nestas mulheres após um ano é mais alta do que a de uma paciente de ambulatório geral ou mesmo pós-parto. Por esta razão, o momento pós-aborto é propício para a atuação do profissional médico, oferecendo métodos contraceptivos, apesar de que, até bem pouco

tempo na UNICAMP, ainda se perdia esta oportunidade. Atualmente esta situação está sendo revertida, pela mudança do perfil deste entendimento.

Quanto ao ambulatório de aborto que coordena no CAISM, Aarão Pinto Neto frisou a importância da sensibilização da equipe multi-profissional de saúde desde a porta de entrada, numa tentativa de "discriminalizar o aborto dentro da instituição". Esta teria o objetivo de instituir um ambiente que não fosse hostil à paciente que aborta, para que esta não desista das consultas no ambulatório, interrompendo seu tratamento. Nos poucos meses em que está em funcionamento - 4 meses em junho de 1994 - a taxa de falta girou em torno de 35% a 40%, quando relatou que, em geral, uma taxa de 25% é aceitável para faltas em ambulatórios comuns, e de 12 a 15% em ambulatórios de pesquisa. Fazendo um paralelo, concluiu que a mulher que vem ao hospital terminar seu aborto e tratar suas complicações quer esquecer o que vivenciou e portanto não retorna às consultas ambulatoriais. A diminuição dos indicadores de falta ambulatorial guardaria relação, em seu ponto de vista, com o oferecimento de conforto e segurança para a paciente, através de um atendimento que privilegiasse uma postura mais humana frente à mulher que aborta, fazendo com que o seu retorno seja menos doloroso.

Com relação à laqueadura, esta é tratada no CAISM por uma comissão multi-disciplinar que avalia cada caso especificamente, para então submeter ou não a paciente ao procedimento. O critério mínimo é, para uma paciente ideal, a idade de 30 anos, pelo menos 3 filhos vivos, união estável e o último filho já crescido, mas cada caso é avaliado e encaminhado à comissão, sendo que durante este período ela é orientada para utilizar um método contraceptivo reversível. No momento, não estão fazendo laqueadura pós-aborto, como se faz no pós-parto, a não ser que haja complicações.

Aarão lembrou outro fato, aludindo à literatura mundial: mais ou menos 30% a 40% das mulheres que abortam uma vez, principalmente quando o aborto é provocado, voltam a repetir este ato, usando o aborto como método de regulação da fecundidade, com todos os riscos que se corre num país onde as leis são restritivas e não existe assistência digna, e onde podem correr risco de vida. Ainda assim, o aborto continua e continuará existindo, apesar do uso de todos os métodos anticoncepcionais, porque estes não são 100 % eficazes.

Ainda no âmbito dos debates, Diana Valadares abordou a questão do aborto legal ou clandestino dentro de um quadro mais geral da saúde da mulher, que não se deve perder de vista. Lembrou a observação de Jacqueline Pitanguy, quando afirmou que trata-se da mesma mulher, que num momento está grávida, no outro toma anticoncepcional, e em outro recorre ao aborto, seja ele legal ou não. Desta forma, a contracepção tem uma relação estreita com o aborto e uma proposta de atendimento à mulher que aborta deve estar articulada também a uma proposta de contracepção. É nesta linha que se atua hoje no município do Rio de Janeiro, onde das 72 unidades de saúde, 60 trabalham com contracepção, com os métodos preconizados pelo Ministério da Saúde. Esta concepção, para o Rio de Janeiro, é inédita.

Irotilde Pereira ressaltou a importância detectada em seu serviço no sentido de oferecer planejamento familiar, apesar de o Hospital do Jabaquara ser um pronto-socorro sem ambulatórios. Atualmente, está em formação um grupo de profissionais que virão fazer frente a esta demanda, não só para as mulheres do programa de atendimento ao aborto legal, mas para todas as mulheres que procuram o Jabaquara com abortos provocados, retidos, etc. A continuidade deste processo será fundamental, para fundar novos horizontes de atendimento.

O contingente invisível

Jacqueline Pitanguy pediu atenção para se pensar a lei no contexto da sociedade: talvez em nenhum outro caso tenha se praticado por tanto tempo a violência arbitrária e a prevaricação neste país quanto no caso do aborto legal. A cidadania parcelada, fragmentada, típica de nossa sociedade, parece ser mais presente no seu ponto de vista, sobretudo quando se trata do aborto legal no serviço público de saúde. Neste contexto, algumas pessoas são mais portadoras de direitos que outras; é provável que, ao chegarem ao atendimento médico em um espaço público, este varie sensivelmente para pessoas de gênero, raça e classe social diferentes. Concluiu que o esforço para fazer com que a lei seja obedecida, no caso do aborto legal, acompanha a discussão pela cidadania da mulher na sociedade brasileira, no reconhecimento de seus direitos e, dentre esses, sobretudo depois da Constituição, o direito a escolhas quanto à sua saúde reprodutiva.

Os participantes concordaram com a existência de um retrocesso histórico na discussão do aborto em geral no Brasil, visto a dificuldade de discuti-lo publicamente nos dias de hoje. Foi lembrado que durante a eleição presidencial de 1989 o aborto foi discutido em cadeia nacional pelos presidentiáveis, que se posicionaram claramente sobre a questão. Na última eleição presidencial de 1994, ao abordar este tema o Partido dos Trabalhadores foi considerado inoportuno e inconveniente, diante do qual todos os outros candidatos silenciaram.

Jacqueline Pitanguy salientou que devemos procurar resgatar um contingente de mulheres desaparecido. Mulheres que, de acordo com as estatísticas das delegacias, foram estupradas, e que, supondo-se que algumas delas tenham ficado grávidas em função desse estupro, estão desaparecidas dos caminhos que deveriam trilhar para ter acesso ao aborto legal. Kátia Ratto ressaltou a importância de se divulgar a existência do serviço de atendimento ao aborto legal no Instituto Fernando Magalhães. Entretanto, este Instituto está passando por uma séria crise de demanda e de falta de profissionais, que estão abandonando a rede pública municipal. Afirmou que foram feitas várias entrevistas para a imprensa, no intuito de divulgar os serviços tanto do Instituto Fernando Magalhães quanto da Unidade Herculano Pinheiro, mas que tal medida não surtiu muito efeito, pois não houve aumento do volume de pacientes. Quanto ao dito, Helena Bocayuva contrapôs todo o trabalho de articulação institucional feito em São Paulo, que precedeu a implantação do serviço no Jabaquara. Argumentou que, como não houve processo semelhante no Rio de Janeiro, esses serviços funcionariam de forma praticamente clandestina no nosso município.

Como proceder para atender a esse contingente foi tema de discussão, que se mostrou fecunda; os presentes salientaram a necessidade de uma articulação dos vários níveis envolvidos no atendimento ao aborto legal. O aparelhamento institucional, visando à sensibilização do profissional, à disponibilidade de informação jurídica e ao estabelecimento de um clima de cooperação e de respeito mútuo entre sociedade civil, profissionais da medicina em serviços públicos, e médicos em órgãos de classe foram passos considerados fundamentais para se alcançar o objetivo em questão. Neste sentido, Joaquim do Amaral Filho sugeriu que, para fins de notificação do estupro e de apuração de responsabilidades, o poder público comunique posteriormente que foi feito um aborto legal por estupro, informando o caso à delegacia competente da região. As providências tomadas não seriam de responsabilidade da instituição de saúde pública, mas da polícia e da justiça locais.

5 - Conclusões e Propostas de Ação do Seminário para a Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde no Rio de Janeiro:

Conclusões gerais:

- Houve concordância geral entre os presentes da necessidade de se tornar efetivo o atendimento ao aborto legal no Rio de Janeiro;
- A maior dificuldade percebida para a implementação do aborto legal no serviço público de saúde foi a resistência dos profissionais médicos, seja por questões de alegado foro íntimo, desconhecimento dos instrumentos legais que garantem ao médico sua imputabilidade, preconceitos de ordem de gênero, classe e raça, autoritarismo na interpretação e aplicação da lei;
- A equipe de saúde como um todo (médicos, enfermeiros, psicólogos, atendentes, assistentes sociais) deve ser treinada para a realização do atendimento ao aborto legal;
- A controvérsia legal em torno da interpretação dos artigos relativos ao aborto permitido por lei do Código Penal produz uma espécie de cortina de fumaça que inviabiliza ações mais efetivas;
- Dentre os pontos mais controversos, destacou-se a importância da questão da idade gestacional, bem como o emprego de novas tecnologias e a possibilidade de atendimento ambulatorial, que incidiria na diminuição da relação custo/benefício;
- A humanização da interrupção da gravidez, seja no caso de abortos provocados ou legais, também foi debatida, havendo acordo sobre a necessidade de se estabelecer novo padrão de atendimento das pacientes, para que possam contar com a presença de acompanhante;
- A desarticulação dos serviços de saúde pública com as delegacias e IML também foi apontada como fator que dificulta o acesso ao atendimento;
- Os participantes estiveram de acordo sobre a necessidade de se enfrentarem as dificuldades já existentes, a partir dos serviços já implantados no Rio de Janeiro,

visando a criação progressiva de condições para que a equipe profissional possa atender o aborto legal com segurança.

Propostas do seminário para atuação:

- Aprofundar a discussão legal no município, tendo por base uma comissão ampla de profissionais de direito, incluindo os presentes neste seminário, a fim de se rediscutir amplamente a questão do aborto legal e recolocar o debate a respeito da regulamentação de 1987, a importância das interpretações do Código Penal para o esclarecimento das controvérsias levantadas. O objetivo básico deste aprofundamento seria a construção de outras possibilidades não punitivas no nosso atendimento à saúde da mulher;
- Atuar na sensibilização dos profissionais de saúde nas maternidades Fernando Magalhães e Herculano Pinheiro, ou em outras maternidades, aprofundando a discussão dos aspectos médicos e legais do atendimento ao aborto legal. Incentivar o treinamento dos profissionais de saúde na realização do ato da interrupção da gravidez;
- Promover a articulação intersetorial das instituições de saúde com as delegacias policiais em geral e de atendimento à mulher em particular, bem como com o Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro.

A Implementação do Aborto Legal no Serviço Público de Saúde: Caminhos e Perspectivas

6. Antecedentes do Debate

Ao longo da história política do Brasil, questões pertinentes à saúde reprodutiva da população e aos direitos das mulheres têm sido colocadas em um "limbo político", onde temáticas que não encontram expressão nos canais institucionais do poder ou no debate público são postas de lado ou silenciadas.

A CEPIA tem acompanhado detidamente a trajetória da luta histórica pela saúde reprodutiva e pela descriminalização do aborto no Brasil, alinhando-se entre aqueles que denunciam o grande impacto social gerado pela total desatenção ao atendimento destas mulheres, desde a falta de acesso a métodos contraceptivos visando à regulação da fecundidade, até o precário atendimento às tentativas de interrupção da gravidez, de relevância epidemiológica inquestionável. Em recente estudo conduzido pelo Alan Guttmacher Institute sobre o aborto clandestino na América Latina, obtiveram-se estimativas indicando que aproximadamente 1,44 milhões de abortos induzidos são feitos anualmente no Brasil, e 21,6 % das mulheres brasileiras em idade reprodutiva falham no controle de sua fecundidade e necessitam, portanto, informação e acesso a métodos seguros e eficazes de contracepção. Dentre aquelas que se submetem ao aborto clandestino, 42% experimentam complicações, e 29% são hospitalizadas para o tratamento das mesmas.(1)

The Alan Guttmacher Institute, **Aborto Clandestino: Uma Realidade Latino-Americana**, 1994 (Nova Iorque : The Alan Guttmacher Institute).

Em consonância com este quadro, a luta do movimento feminista pelo direito ao aborto no Brasil teve seu início na década de 70, no bojo da mobilização de forças sociais contra o Estado militar ditatorial. A discussão sobre o aborto nesse contexto foi um dos atos de coragem na defesa da cidadania das mulheres. Durante toda a década de 80, vários

parlamentares apresentaram projetos de lei que propunham a descriminalização do aborto ou a ampliação dos casos já previstos no Código Penal. Em 1983, a Deputada Cristina Tavares, de Pernambuco, com o apoio do movimento feminista, apresentou um projeto de lei de no. 590/83, propondo ampliar os casos de não punição do aborto diante das seguintes situações: risco de vida ou à saúde física ou psíquica da gestante; gravidez resultante de estupro; comprometimento do feto por doença grave (anomalia fetal) e face às condições sócio-econômicas e familiares da gestante. Estes projetos não foram aprovados, principalmente diante da histórica dificuldade do Estado brasileiro em assumir que, desde 1889, está formalmente separado da Igreja Católica. (2)

Barsted, Leila de Andrade Linhares **Balanco de 10 Anos de Luta pela Legalização do Aborto no Brasil**, apresentado no Seminário A Realidade do Aborto no Brasil (org. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, ECCOS, e Geledés; São Paulo, 1991).

Este e outros projetos posteriores no sentido da descriminalização do aborto têm como fundamento a questão do direito individual à interrupção da gravidez - o que em nenhum momento implica na imposição desta interrupção a qualquer mulher - bem como a clara percepção de que a repressão à realização do aborto clandestino aumenta o coeficiente de morbi/mortalidade das mulheres que realizaram abortos em condições precaríssimas, aumentando conseqüentemente o custo dos serviços de saúde em tratamentos com hemorragias e infecções. A conclusão é de que a grande maioria das mulheres que fazem abortos clandestinos com seqüelas pertencem, de fato, às camadas mais pobres da sociedade, que não têm condições de recorrer a serviços de saúde qualificados; e a percepção de que o incentivo à repressão à descriminalização do aborto está calcada, dentre outras causas, na tentativa da Igreja Católica de impor um monopólio da ética em uma sociedade pluralista, onde credos diversos convivem dentro de um Estado laico.

Alguns juristas ponderam que os direitos reprodutivos, nos quais se inclui o aborto, fazem parte integrante do campo da saúde pública e são, a um só tempo, direitos individuais e sociais, coletivos e difusos. Ao se reconhecer a grande importância para a saúde pública da questão do aborto, consideram-se princípios éticos geradores de nova interpretação para o legislador. Como indica a jurista Norma Kiriakos, a Constituição Brasileira avançou muito no que tange à saúde pública e nos fornece mecanismos jurídicos de atuação concreta, que devem ser ampliados na revisão constitucional para que atinjam sua eficácia plena. (3)

Kiriakos, Norma **Aspectos Éticos e Legais do Aborto no Brasil** PGE /SP, junho de 1992

O Aborto Legal

Nos casos em que o aborto é permitido por lei - por estupro ou risco de vida - historicamente o processo legal tem sido excessivamente demorado, tornando praticamente impossível à solicitante ter acesso à interrupção da gravidez em tempo hábil. *Note-se que trata-se de fazer cumprir um direito, e que não seria preciso um processo judicial para exercê-lo.* É possível assim afirmar que esta impossibilidade de se fazer cumprir a lei se deve ao fato de que, em nossa sociedade, estão em vigência outros

códigos e práticas médicas e sociais nos quais as mulheres são percebidas como cidadãs de segunda classe. A confusão de termos entre abortamento (ato/procedimento) e aborto (produto do abortamento) indica com precisão como mesmo os técnicos da área se posicionam de forma subjetiva. É preciso fazer notar que a classe médica é, a um só tempo, corpo técnico-científico e parte integrante da sociedade, com toda ambigüidade que este fato comporta. Tornou-se célebre o drama da menor J. de doze anos que, em 1980, violentada pelo padrasto, não obteve a permissão médica para fazer o aborto previsto por lei. Apesar do despacho favorável do juiz Itamar Barbalho, nenhum médico quis fazê-lo, nascendo ainda naquele ano o fruto da gestação. Este desrespeito à lei tem raízes profundas em nossa tradição cultural. As leis, apesar de vigentes, não atingiram sua eficácia no interior de nossa sociedade, imersas em uma cultura da impunidade, onde, de forma geral, não se respeitam os direitos do cidadão em nenhuma instância. Não desfrutamos de um Estado de direito : participamos de uma cultura punitiva, em que, de modo perverso, o aborto, mesmo nos casos previstos por lei, é considerado *crime*, punível pelo código penal, e não questão urgente de saúde pública.

Em meados dos anos 80 e início dos anos 90, foram feitas diversas ações no sentido de pressionar as câmaras municipais nas principais capitais brasileiras no intuito de incluir nas leis orgânicas municipais a regulamentação do atendimento ao aborto legal, obtendo-se, em muitos deles, a regulamentação solicitada.

Mesmo assim, apesar de formalmente ter sido obtido nestes lugares o direito ao atendimento na rede pública, este não é utilizado na grande maioria das situações, seja pela falta de conhecimento que a mulher tem de seus direitos de usuária do sistema de saúde, seja pela não implementação de fato do serviço, ou ainda porque o mesmo, apesar de implantado pela lei, funciona de forma praticamente invisível.

Neste sentido, há cinco anos, com a implementação do serviço de Atendimento ao Aborto Legal, estabeleceu-se de forma pioneira, no Hospital de Jabaquara em São Paulo, uma simetria real entre dispositivos legais e práticas no serviço público de saúde. Fruto de muitas negociações entre os vários segmentos envolvidos, este serviço trouxe visibilidade à delicada questão do aborto legal e de seu atendimento. Oferecendo sistematicamente a possibilidade da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, com o consentimento da gestante, este serviço trouxe à baila principalmente a questão do direito de escolha e do respeito à lei. É preciso dizer com justiça que serviços de ginecologia universitários como o da UNICAMP têm tradição na prestação deste tipo de atendimento, e na formação de profissionais sensibilizados para os mesmos, já há muitos anos. O Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da mesma UNICAMP, tem atuado em caráter de vanguarda universitária, produzindo os meios para o avanço da discussão e implementação de condutas e políticas de atendimento a saúde reprodutiva da mulher, e conseqüentemente, o atendimento do aborto legal no Brasil. No CAISM se realizam abortos legais com o consentimento da gestante já há muitos anos, seja nas gestações complicadas que comportem risco de vida, ou nos casos em que a idade gestacional é mais avançada, sugerindo maiores cuidados para a interrupção, visto que o CAISM é um

hospital de referência na área de Campinas, e, portanto, congrega pacientes encaminhadas pelas unidades de saúde da região, por seu alto grau de competência.

O serviço do Hospital de Jabaquara, por ser pioneiro na esfera do serviço público não universitário, carrega ainda o peso das primeiras resoluções sobre as exigências iniciais para o atendimento (como Boletim de Ocorrência, laudo de corpo e delito do IML), quando de fato não existe a obrigatoriedade destes documentos. Tal situação parece refletir o receio dos profissionais de se envolverem em querelas legais ou disputas polêmicas; contudo, eles vêm avançando em suas reflexões, a partir de uma convivência no atendimento das pacientes.

É preciso salientar que em São Paulo o exemplo do Jabaquara frutificou, estimulando a criação de outros serviços de atendimento ao aborto legal. É o caso do Centro de Referência de Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil de São Paulo, com seu serviço em funcionamento desde junho deste ano. Parece que, neste sentido, há uma tendência de consolidação na cidade de São Paulo do atendimento ao aborto legal.

O Aborto Terapêutico em Debate

A discussão sobre o aborto terapêutico ou piedoso vem se processando com relevância no Brasil desde 1987, acompanhando os avanços da prática e do conhecimento científico nesta matéria. Este debate indica a necessidade premente de se rever a legislação vigente datada de 1940, que é anacrônica, no sentido de incorporar tais avanços.

O Brasil, historicamente, tem sido pioneiro na introdução de técnicas de verificação da saúde fetal na América Latina. Isto se deve à presença nas nossas universidades de pesquisadores em genética médica com treinamento em centros de pesquisa no exterior, que, ao regressarem, introduziram novas técnicas de diagnóstico genético em seus laboratórios de origem. Porém, o acesso a estas tecnologias é oferecido principalmente as pacientes atendidas nas universidades ou em consultórios especializados particulares. Não há disponibilidade universal destes serviços, que são uma realidade remota para a maioria das gestantes.

Thomas Gollop, livre-docente em Genética Médica pela USP, propõe a inclusão de um inciso no artigo 128 do Código Penal, no qual se diria claramente:

-Não se pune o aborto praticado por médico:

III- Quando for diagnosticada doença fetal grave e incurável.

Defende esta redação, explicando que existem doenças fetais que não são acompanhadas de malformações anatômicas que, além de graves, são incuráveis.(4)

Gollop, Thomas Rafael, Aspectos Médicos do Aborto no Brasil in *Relatório do Encontro Nacional de Saúde da Mulher: Um Direito a Ser Conquistado - Quando a Paciente é Mulher*, CNDM, Min. da Justiça, Brasília, 1989

Cabe às legislações adaptarem-se à realidade social e ao grau de conhecimento técnico e científico de seu tempo. Em 1994, o debate sobre o aborto por anomalia fetal adquiriu grande relevância pública a partir de declarações de médicos renomados como o Dr. Anibal Faúndes, diretor do CAISM (Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher - UNICAMP) e do já mencionado Dr. Thomas Gollop, que afirmaram interromper, por solicitação da gestante, a gravidez em casos de anomalia fetal grave, levando esta questão ao âmbito dos Conselhos de Medicina. O caso da advogada Sandra Regina Siqueira de Souza, entre outros, ganhou os jornais quando a mesma realizou um aborto após conseguir permissão judicial em Santo André em abril deste ano, por malformação cardíaca grave, incompatível com a vida. Deste modo, a interpretação do direito parece avançar paralelamente à decisão sobre o destino da gravidez em favor da gestante e à sensibilização dos profissionais médicos.

O Debate Atual sobre o Aborto no Congresso Nacional e no Senado

Após duas décadas de lutas para se fazer avançar a polêmica em torno do aborto legal, o Estado brasileiro tem oportunidade de resgatar a enorme dívida que tem com as mulheres em idade fértil no nosso país, encarando o desafio em que se constitui a presente reforma do Código Penal. O governo montou uma comissão para estudar esta reforma, prometendo que o projeto para a mesma ficará pronto até o final de 1994, quando será divulgado para debate público.

A atual legislação do Código Penal de 1940, quanto ao aborto, prevê :

*Artigo 124- Provocar aborto em si mesma ou consentir que outro o provoque:
Pena- detenção de um a três anos.*

*Artigo 125- Provocar aborto, sem o consentimento da gestante :
Pena- reclusão de três a dez anos.*

*Artigo 126- Provocar aborto com o consentimento da gestante:
Pena- reclusão de um a quatro anos.*

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

Artigo 127- As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas em 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 destas causas, lhe sobrevém a morte.

Artigo 128- Não se pune o aborto praticado por médico :

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

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

O debate atual acerca do aborto no Congresso Nacional aponta para a tendência da grande maioria dos projetos de lei, incluindo os substitutivos - treze em quinze - serem favoráveis à permissibilidade do aborto, configurando um novo quadro, diverso das fases anteriores.(5)

Jandira Feghali, deputada federal pelo Rio de Janeiro e autora de projeto visando a descriminalização do aborto informou, em entrevista dada à Carta da Cepia, que o apoio no Congresso Nacional a estes projetos deverá ser mais individual que partidário. Relatou que os setores contrários à aprovação são aqueles ligados à Igreja Católica, e que só se poderão sentir as reações na primeira audiência pública do projeto: "As possibilidades concretas de aprová-lo dependem muito da interferência da sociedade. O debate não pode ser visto como feministas *versus* igreja; outros setores sociais devem intervir. As possibilidades de aprovação dependem das possibilidades de ampliação da discussão para fora".(6)

A discussão sobre o aborto também teve seu espaço no Senado Federal, a partir de uma proposição da Senadora Eva Blay, em julho de 1993. Seu projeto permite a interrupção da gravidez até a 12ª semana de gestação por qualquer motivo de foro íntimo da mulher, sendo que, após este período, só seria permitida a interrupção em caso de estupro ou risco de vida.

Jacqueline Pitanguy resume a questão em artigo para a revista *Veja* de 25/08/93 : " *A questão do aborto é extremamente complexa. Ela se insere no âmbito da própria concepção de uma sociedade democrática e pluralista, em que a maternidade possa ser assumida como um projeto de livre adesão. A legalização do aborto... visa garantir o exercício desse direito de opção ao qual as mulheres irão ou não aderir em função de suas concepções religiosas ou filosóficas. Em nenhum momento postula-se que o aborto seja imposto a todas as mulheres, como acontece com sua proibição. Em uma sociedade democrática, homens e mulheres pautam suas vidas a partir de seus princípios e seus projetos. Ao solicitar que os parlamentares enfrentem de verdade a questão do aborto no Código Penal, faça-o ...*" em ... "*um país onde há separação entre Estado e Igreja e na certeza de que a verdadeira democracia só se constrói se ampliarmos os espaços para diferentes princípios e crenças. Com a palavra, os senhores parlamentares.*"

A CEPIA apresenta neste relatório quadro elaborado pela professora Maria Isabel Baltar da Rocha, resumindo as discussões sobre o aborto no âmbito do Congresso Nacional desde 1991.

QUADRO I - PREPOSIÇÕES SOBRE ABORTAMENTO PROVOCADO.
Congresso Nacional : 1991 - 1994

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
PL 20/91 12/02/91	Câmara	Eduardo Jorge	PT/SP	Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previsto no Código Penal, pelo Sistema único de Saúde (SUS).	Comissão de Segurança Social e Família. Relatora Jandira Feghali.	Em transmissão nas Comissões	Favorel
Requerimento 71/91 21/03/91	Senado	Darcy Ribeiro	PDT/RJ	Requer que sejam solicitadas ao Ministro da Justiça informações sobre o número de abortos fetais ou responsáveis por se queiras, bem como sobre as bases Legais e razões médicas ou humanitárias responsáveis pela clandestinidade do aborto no Brasil.	Comissão Diretora do Senado. Parecer favorável de Salda-nha Derzi. Aprovado nessa Comissão Comunicação ao Plenário. Ofício ao Ministro da Justiça, Jarbas Passarinho, solicitando as informações. Ofício ao requerente com as informações prestadas pelo Ministério da Justiça (16/05/91)	Arquivado em 26/11/91, com as informações solicitadas.	-

Requerimen to 75/91 21/03/91	Senad o	Darcy Ribeir o	PDT/RJ	Requer que sejam solicita das ao Ministério da Saúde as mesmas informações do documento anterior, além de dados sobre casos de aborto incompletos que terminam em hospitais e clínicas do INAMPS e com este órgão conveniados.	Comissão Diretora do Senado. Parecer favorável de Salda -nha Derzi. Aprova- do nessa Comissão Comunicação ao Ple nário.Ofício ao Mi -nistro da Saúde,Alce ny Guerra, solictan do as informações prestadas pelo Mi -nistro da Saúde (28/05/91).	Arquiva do em 19/11/91, com as in formaçõe s solicitada s	-
PL 667 16/04/91	Câmar a	Inocê n cio Oli veira	PFL/PE	Autoriza a distribuição gra tuita de anovulatórios e re toma o artigo 20 da Lei das Contravenções Pe nais, atualizando a multa em relação ao anúncio de aborto.	Comissão de Seguri dade Social e Famí lia. Parecer contrá- rio relatora Jandira Feghali. Rejeitado nessa Comissão.	Arquiva do definitiv amente, 28/07/92 (rejeitad o na Comis são)	Cont a

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
PL 1097/91 22/05/91	Câmara	Nobel Moura	PSD/RO	Dispõe sobre a interrupção da gravidez nos casos que se seguem: até a décima semana de gestação é Livre; a partir da décima semana e até a vigésima quinta semana de gestação é permitida, quando houver evidência clínica ou embasada por técnica de diagnóstico complementar de que a criança venha a apresentar anomalia física ou psíquica grave e incurável; com qualquer idade gestacional, se não há outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resulta de estupro.	Comissão de Seguridade Social e Família. Relatora Jandira Feghali. Projetos anexados a este: 1135/91, 1174/91 (2003 e 3005), 2006/91, 3280/92 e 3609/93	Em tramitação nas Comissões	Favorel

PL 1104/91 23/05/91 (Câmara)	Câmara	Eduardo Jorge e Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Altera redação do item II do art. 131 da Consolidação das Leis do Trabalho, que trata das faltas ao serviço não consideradas para efeito de concessão de férias. Garante o Licenciamento da empregada por motivo de maternidade e abortamento não criminoso, conforme aquela Lei.	Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público. Parecer favorável do relator Zaire Resende, aprovado nessa Comissão (26/11/91). Comissão de Constituição, Justiça e de Redação. Parecer favorável do relator Felipe Néri, aprovado nessa Comissão (30/06/93).	Enviado ao Senado	Favorel
PL 226/93 23/11/93 (Senado)	-	-	-	Idem	Comissão de Assuntos Sociais. Parecer favorável da relatora Marluce Pinto, aprovado nesta Comissão (17/05/94). Votos contrários de Cid Sabóia, Ney Maranhão, Ronan Tito, Meira Filho e Coutinho Jorge. Aprovado em Plenário (05/07/94) e sancionado pelo Presidente da República.	Transformado em norma jurídica (Lei 8921/94 de 25/07/94)	-

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
PL 1107/91 23/05/91	Câmara	Mathe u Iensen	PTB/PR	Dá nova redação aos artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal, agravando as penas referentes à prática de abortamento.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Parecer contrário do Relator Ibraim Abi Ackel (constitucionalidade, juridicidade e técnica Legislativa e no mérito pela rejeição). Rejeitado nessa Comissão.	Arquivado definitivamente, 02/07/92 (Rejeitado na Comissão)	Conta
PL 1135/91 28/05/91	Câmara	Eduardo Jorge e Sandra Starling	PT/SP PT/MG	Suprime o art. 124 do Código Penal.	Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Parecer contrário do relator Ibraim Abi-Ackel (constitucionalidade, juridicidade, falta de técnica Legislativa e no mérito pela rejeição). Vista a José Ge-noino. Comissão de Seguridade e Família. Anexado ao PL 1097/91.	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1097/91.	Favorel

PL 1174/91 04/06/91	Câmara	Eduar- do Jor-ge e Sandr a Star- ling	PT/SP PT/MG	Dá nova redação ao art. 128 do Código Penal, permitindo o aborto praticado por médico nas seguintes situações: se a gravidez de terminar não somente peri go à vida, conforme já esta va disposto, como também à saúde física ou psíquica da gestante ; se for consta-tada no nascituro enfermi-dade grave e hereditária ou se alguma moléstia, into xicação ou acidente sofrido pela gestante compromo-ter a saúde do nascituro; e, por fim, conforme também já está previsto, se a gravi-dez resulta de estupro e o aborto é precedido de con-sentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.	Comissão de Seguri-dade Social e Famí-lia.Projetos anexa-dos a este: 2023/91 e 3005/92.Anexado ao PL 1097/91	Em trami-tação nas Comissõe s, anexado ao PL 1097/ 91.	Favo el
------------------------	--------	--	----------------	--	--	--	---------

Identificaçã o	Orige m	Autor ia	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendê ia
-------------------	------------	-------------	-------------------	------------------	------------	----------------	-------------

PL 2006/91 10/10/91	Câmara	Gilva m Borge s	PRN/AP	Assegura a toda mulher grávida o direito do aborto desde que este seja realizado até o terceiro mês de gestação e que haja aquiescência do cônjuge ou companheiro. Suprime os artigos 124 e 126 do Código Penal.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91.	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1097/91.	Favorável
PL 2023/91 17/10/91	Câmara	Eduar -do Jorge	PT/SP	Permite a prática do abortamento, baseado no art. 128, inciso I, do Código Penal, caso se comprove que a mulher está contaminada pelo vírus HIV. O aborto será realizado mediante diagnóstico, por escrito, do médico responsável pela paciente, e com a declaração de conhecimento do disposto no artigo 340 do Código Penal, por parte da gestante ou de seu representante legal, no caso de incapacidade.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1174/91 (que se encontra anexado ao PL 1097/91).	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1174/91.	Favorável

PL 3005/92 17/06/92	Câmara	Celso Bernardi	PDS/RS	Acrescenta ao art. 128 do Código Penal o item III, ampliando a possibilidade de aborto legal, se durante a gravidez constatar-se, à luz de comprovação laboratorial, contaminação pelo vírus HIV. O aborto será precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1174/91 (que se encontra anexado ao PL 1097/91).	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1174/91.	Favorável
PL 3280/92 27/10/92	Câmara	Luiz Moreira	PTB/BA	Autoriza a interrupção da gravidez até a vigésima quarta semana, quando o produto da concepção for portador de graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91.	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1097/91.	Favorável
PL 3609/93	Câmara	José Genoino	PT/SP	Dispõe sobre a opção de ter ou não ter filhos, incluindo o direito de interrupção da gravidez até noventa dias.	Comissão de Seguridade Social e Família. Anexado ao PL 1097/91.	Em tramitação nas Comissões, anexado ao PL 1097/91.	Favorável

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
---------------	--------	---------	----------------	------------------	------------	-------------	-----------

<p>PL substitutivo ao 1097/91 de Nobel Moura (PSD/RO) e a outros sete projetos de Lei a ele anexados. 05/07/93</p>	<p>Câmara</p>	<p>Jandira Feghali</p>	<p>PC DO B/RJ</p>	<p>Suprime do Código Penal os artigos 124,126,127 e 128 e renumera o artigo 125, referente ao aborto sem o consentimento da gestante. Mantém, em relação a este último artigo, dispositivo que determina o aumento de penalidade se a gestante sofrer lesão corporal grave ou vir a falecer. Autoriza a interrupção da gravidez nas seguintes situações: livre - até a décima segunda semana de gestação; livre em qualquer idade gestacional-se não houver outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resulta de estupro; da décima segunda a vigésima quinta(I) quando houver evidência clínica embasada por técnica de diagnóstico complementar de que o nascituro apresenta anomalia física ou mental grave e incurável, garantida a informação e opção da gestante, (II) caso se comprove a contaminação da gestante pelo vírus HIV, e (III) caso ocorra risco de saúde física e mental da gestante.</p>	<p>Comissão de Seguridade Social e Família. Substitutivo aos PLs 1097/91, 1135/ 91, 1174/91 (2023/ 91 e 3005/92), 2006/ 91, 3280/92 e 3609/ 93. Audiência Pública sobre o tema, nesta Comissão, a pedido da relatora do projeto, 29/09/93.</p>	<p>Em tramitação nas Comissões.</p>	<p>Favorel</p>
--	---------------	------------------------	-------------------	--	--	-------------------------------------	----------------

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
---------------	--------	---------	-------------------	------------------	------------	----------------	-----------

<p>PL substituído ao 209/91 de Eduardo Jorge (PT/SP) e dos seguintes deputados: Jandira Feghali (PC do B/RJ), M^a Luíza Fontenele (PSB /CE), Benedita da Silva (PT/RJ) Luci Choinacki (PT/SC), Sandra Starling (PT/ MG) Socorro Gomes (PC do B/PA). O substitutivo corresponde a este projeto de lei e a outros seis projetos a ele anexados. 08/07/93</p>	<p>Câmara</p>	<p>Fátima Peláez</p>	<p>PFL/AP</p>	<p>Regulamenta o parágrafo 7º, art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Dentre os principais aspectos focalizados, procura coibir os abusos em relação à esterilização cirúrgica. Inclui, no substitutivo, o atendimento pelo SUS dos casos de interrupção voluntária da gravidez, previstos em lei.</p> <p>Idem, com algumas exceções, dentre elas</p>	<p>Comissão de Seguridade Social e Família. Aprovado nesta Comissão, com modificações acatadas pela autora e com emendas de Jofran Frejat. As alterações não se referem ao inciso sobre o aborto. A emenda supressiva sobre esta matéria de autoria de Osmânio Pereira foi rejeitada (26/08/93). Plenário (14/06/94). Solicitação de urgência para este projeto. Relator José Maria Eymael, em substituição a parecer da Comissão de Constituição e Justiça. Parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emendas. Dentre estas emendas supressão à referência ao aborto. Projeto aprovado, com a referida supressão, em votação das lideranças dos partidos (21/06/94).</p>	<p>Enviado ao Senado.</p> <p>Em tramitação nas Comissões</p>	<p>Favorel</p>
--	---------------	----------------------	---------------	---	---	--	----------------

Identificação	Origem	Autoria	Partido Estado	Ementa/ Conteúdo	Tramitação	Última Ação	Tendência
PL 78/93 23/07/93	Senado	Eva Blay	PSDB/SP	Autoriza a interrupção da gravidez, como livre decisão da gestante, até a décima segunda semana de gestação. Mantém os art. 125 e 128 do Código Penal, porém com modificações. No art. 125, inclui a penalidade que constava anteriormente do art. 127, referente ao aborto sem o consentimento da gestante. E no art 128, considera que o aborto praticado por médico não é punível nas circunstância que determina: em qualquer idade gestacional - se a gravidez resulta de estupro e se há outro meio de salvar a vida da gestante; até a décima segunda de gestação; e da décima segunda semana a vigésima quinta semana de gestação - se for comprovada a presença de patologia que possa comprometer a saúde física ou mental da gestante. Suprime os arts. 124, 126 e 127 do Código Penal.	Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania. Relator Nelson Carneiro. Seminário organizado por Comissão, juntamente com a autora do projeto, 19-20/10/93.	Em tramitação nas Comissões.	Favorel

PL 190/94 16/06/94	Câmara	Osmâ nio Pereir a	PSDB/ MG	Dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, garantida pelo art. 5º bem co-mo sobre a interpretação do parágrafo e dá outras providências. Em relação ao aborto, estende a inviolabilidade do direito a vida em todas as fases desde o momento da concepção; determina que a interrupção da gravidez é um crime hediondo contra à vida; e proíbe a apresentação de proposições que visem a legalizar ou discriminalizar o aborto.	Comissão de Constituição e Justiça e Re dação.	Em trami-tação nas Comissãoes.	Cont a
-----------------------	--------	----------------------------	-------------	--	--	--------------------------------	-----------

Quadro - Maria Isabel Baltar da Rocha, revisto e atualizado, parte de seu relatório de pesquisa "O Congresso Nacional e a Questão do Aborto"/NEPO/UNICAMP, publicado em março de 1994

7 - Anexos

7.1-LEGISLAÇÃO

LEI N° 1.042 - DE 28 DE JULHO DE 1987

Estabelece a obrigatoriedade, à rede de serviços de saúde do Município, do atendimento médico para a prática do aborto, nos casos previstos em lei.

Autor : Vereador Hélio Fernandes Filho
O Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Faço saber que a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1°-Caberá à rede de serviços de saúde do Município, através do seu corpo clínico, prestar o atendimento médico para a prática do aborto, nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos no Código Penal, quais sejam:

- a) se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- b) se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Art 2° -Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Roberto Saturnino Braga - Prefeito do Município

DECRETO N° 6.849 - DE 28 DE JULHO DE 1988 **Regulamenta a Lei 1.042(1) de 28 de julho de 1987**

O Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando o respeito à consciência individual, em casos onde a lei faculta o direito de opção;

Considerando os riscos físicos que por vezes comprometem a vida da gestante;

Considerando os crimes sexuais, lamentavelmente muito frequentes em nossa sociedade que podem macular a procriação com as marcas da violência, da humilhação e do ódio;

Considerando o dever do Poder Público em assistir solidariamente às mulheres vítimas de violência sexual, com a prestação de serviços de saúde gratuitos nos casos previstos em lei;

Considerando a obrigação do Poder Público em proteger as condições essenciais à ocorrência da maternidade, em seus aspectos ético, psicológico e social;

Considerando este Decreto como um gesto de proteção à maternidade contra ameaças físicas e morais, decreta:

ART. 1º - Caberá à rede de serviço de saúde do Município, pelo seu corpo clínico, prestar atendimento médico para a prática do aborto, nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos no Código Penal.

ART. 2º - Nos casos de aborto cuja gravidez acarrete risco de vida da gestante, o procedimento médico será realizado em qualquer Unidade de Saúde do Município que tenha condições de fazê-lo, sendo enviada cópia do procedimento assinada por 3(três) médicos ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

ART. 3º - Em caso de estupro, o aborto somente deverá ser processado no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães ou na Maternidade Municipal Herculano Pinheiro.

§ 1º - Os casos a que se refere o presente artigo serão examinados, em cada uma das unidades mencionadas, por uma comissão multiprofissional de 5 (cinco) membros designada pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo membro nato o Presidente da Comissão de Ética Médica da unidade respectiva.

§ 2º - Para os efeitos deste artigo deverá ser arquivada cópia do registro policial da ocorrência e do laudo pericial do Instituto Médico Legal.

ART. 4º - Em qualquer das hipóteses referidas nos artigos anteriores, à documentação do caso deverá ser juntada declaração escrita de consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal.

ART. 5º - Fica assegurada ao médico a escusa de realizar os atos referidos nos artigos 2º e 3º por razões de consciência, em conformidade com o Código de Ética Médica.

Parágrafo único. A recusa do médico não elide a responsabilidade da instituição em realizar o aborto.

ART 6º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Roberto Saturnino Braga - Prefeito do Município

7.3-Este relatório transcreve parcialmente a dissertação da tese mencionada, cuja defesa foi prevista para novembro/dezembro de 1994, e que oferece indicações claras sobre a diminuição da morbi-mortalidade relativa ao aborto no universo de Campinas entre 1987 e 1992, associado ao uso de citotec.

Características das mulheres, freqüência, complicações e custos do aborto: suas variações de acordo com a comercialização do Misoprostol / José Roberto Erbolato Gabiatti - Campinas. SP. [s.n.], 1994.

Orientador : Aarão Mendes Pinto Neto

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas

RESUMO

Realizou-se um estudo retrospectivo das internações por aborto na Enfermaria de Ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade de Campinas, no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1992. Analisaram-se as características sócio-demográficas, tocoginecológicas e a utilização de métodos anticoncepcionais bem como a classificação do aborto, a idade gestacional em que ocorreu, e a presença de complicações com ênfase em três períodos. O primeiro período relacionou-se com a introdução do misoprostol no mercado, o segundo com sua divulgação como substância abortiva, e portanto com grande consumo e o terceiro com a abrupta queda de consumo após as restrições legais impostas à sua comercialização. Os resultados encontrados apontaram que o perfil das pacientes constitui-se de mulheres brancas, com menos de 35 anos, com união conjugal e que já haviam tido parto anteriormente. O percentual de complicação de aborto classificado como provocado associou-se mais à complicação infecciosa, traumática e maior, porém o aborto espontâneo também associou-se a um elevado de grau de complicações. Quando comparadas as características nos três períodos distintos, notou-se que, no período de maior consumo de misoprostol, observou-se uma diminuição nas taxas de internação por aborto na Enfermaria de Ginecologia, porém com aumento das complicações.

RESULTADOS

1.0 - Classificação do Aborto

O tipo de aborto variou significativamente durante os anos do estudo, com aumento do percentual de mulheres com aborto seguramente, e provavelmente ou possivelmente provocado. Ao final dos seis anos, 39% dos casos foram classificados como tendo aborto seguramente, provavelmente ou possivelmente provocado (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao tipo de aborto, segundo o ano de internação

Ano de Internação							
Tipo de Aborto	87	88	89	90	91	92	TOTAL
Seguramente provocado	9,8	7,1	15,1	17,0	16,8	17,4	13,9
Provav./Possiv. provocado	23,3	19,2	29,8	23,3	30,1	25,3	25,1
Não provocado	66,9	73,7	55,1	59,7	53,1	57,3	61,0
(n)	296	198	265	335	322	293	1709
p < 0,0001							

1.1 - Complicações Observadas

A variação percentual de complicação anuais foi significativa sendo maior no ano de 1987, com diminuição nos anos de 1988 a 1991. Observou-se que em 1992 estes percentuais voltaram a aumentar, à exceção da complicação hemorrágica, que voltou a aumentar já em 1991. Devido ao pequeno número de casos, não foi possível o cálculo das diferenças na ocorrência de complicações traumáticas (tabela 2).

Tabela 2

Ano de Internação

Complicações do aborto	87	88	89	90	91	92	TOTAL
Infecciosa**							
sim	64,0	47,7	57,2	47,4	46,9	74,0	55,4
não	36,0	52,3	42,8	52,6	53,1	26,0	44,6
(n)	(286)	(193)	(264)	(325)	(303)	(200)	(1571)
Hemorragica**							
sim	56,8	55,7	49,7	48,3	67,2	73,0	58,3
não	43,2	44,3	50,3	51,7	32,8	27,0	41,7
(n)	(236)	(174)	(197)	(317)	(271)	(222)	(1417)
Traumática*							
sim	1,7	1,0	0,0	0,6	0,3	0,3	0,7
não	98,3	99,0	100	99,4	99,4	99,7	99,3
(n)	(297)	(200)	(279)	(349)	(331)	(296)	(1752)
Maior**•							
sim	60,1	43,5	49,8	49,9	47,3	67,2	52,5
não	39,9	56,5	50,2	50,1	52,7	32,8	47,5
(n)	(288)	(193)	(267)	(339)	(311)	(186)	(1584)
Geral**							
sim	92,6	83,0	90,7	84,6	89,4	97,2	89,6
não	7,4	17,0	9,3	15,4	10,6	2,8	10,4
(n)	(283)	(188)	(246)	(332)	(302)	(250)	(1601)

* Teste Qui-Quadrado inaplicável

• excluído cinco óbitos

** $p < 0,0001$

1.2 - Complicações versus tipo de aborto

O tipo de aborto teve influência significativa na ocorrência das complicações que foram sempre mais frequentes nos casos de aborto seguramente provocado, menos frequentes nos casos de aborto provavelmente ou possivelmente provocado e muito menos ainda nos casos em que o aborto foi classificado como espontâneo, porém, mesmo nestes casos, o percentual de complicações foi elevado (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição percentual das mulheres quanto as complicações do aborto, segundo os tipos de aborto

Complicações	Seguramente	Tipos de Aborto Prováv./possív.	Não provocado
Infecciosa***			
sim	70,9	60,8	49,5
não	29,1	39,2	50,5
(n)	(223)	(393)	(909)
Hemorragica**			
sim	66,5	62,9	54,1
não	33,5	37,1	45,9
(n)	(212)	(345)	(823)
Traumática +	3,7	0,5	0,1
sim	96,3	99,5	99,9
não	(242)	(433)	(1027)
(n)			
Maior****			
sim	71,7	54,4	46,6
não	28,3	45,6	53,4
(n)	(226)	(390)	(922)
Geral*	94,1	91,7	87,6
sim	5,9	6,3	12,4
não	(236)	(397)	(922)
(n)			

* p < 0,01

** p < 0,001

+ Teste Qui-Quadrado não aplicável

*** p < 0,0001

●excluídos cinco óbitos

1.3 - Fatores associados com complicações

A análise múltipla por regressão logística mostrou que o aborto provocado (seguramente, e provavelmente ou possivelmente) apresentou coeficiente de correlação positivo, foi variável diretamente relacionada à presença de complicações infecciosa (tabela 3).

Tabela 3 - Fatores significativamente associados à complicações infecciosas

Coeficiente	E.P.coefic.	p
-------------	-------------	---

Aborto seguramente prov./possiv. provocado	0,6216	0,0940	< 0,0001
---	---------------	---------------	--------------------

A ocorrência de complicações hemorrágicas esteve negativamente correlacionada à cor e ao estado marital da mulher, ou seja, mulheres brancas e com companheiros apresentaram menos complicações hemorrágicas. Já o ano de internação apresentou coeficiente de correlação positivo, significando aumento de complicações hemorrágicas com o aumento do valor numérico dos anos em estudo (tabela 4).

Tabela 4 - Fatores significativamente associados à complicações hemorrágicas

	Coeficiente	E.P.coefic.	p
Cor	-0,4873	0,1299	0,0002
Estado Marital	-0,3558	0,1244	0,0042
Ano da Internação	0,1171	0,0349	0,0008

O tipo de aborto também apresentou coeficiente de correlação positivo com a ocorrência de complicação traumática e maior, sendo que esta última esteve também negativamente correlacionada à cor da paciente, isto é, pacientes não brancas apresentaram freqüentemente complicações maiores (tabela 5 e tabela 6).

Tabela 5 - Fatores significantivamente associados à complicações traumáticas

	Coeficiente	E.P.coefic.	p
Aborto seguramente provocado	2,1819	0,7681	0,0045

Tabela 6 - Fatores significativamente associados à complicação maior

	Coeficiente	E.P.coefic.	p
--	--------------------	--------------------	----------

Aborto seguramente prov./ possiv. provocado	1,1528	0,1713	< 0,0001
Cor	-0,1556	0,0674	0,0210

A presença de quaisquer dos tipos de complicações associou-se positivamente ao número de partos anteriores (tabela 7).

Tabela 7 - Fatores significativamente associados à presença de qualquer complicação

	Coefficiente	E.P.coefic.	p
Número de partos anteriores	0,5782	0,1879	0,0021

1.4 - Razão Aborto/Parto; Aborto/Internações por outras causas ginecológicas

Para cada 100 partos atendidos no CAISM ocorreram aproximadamente dez internações para tratamento de complicações do aborto, sendo 9,1 o menor número de abortos por 100 partos ocorridos em 1988 e 1992, e o máximo de 13,3 abortos por 100 partos no ano de 1990 (tabela 8).

Tabela 8 - Razão de internações por aborto sobre o total de partos multiplicado por 100, segundo o ano de internação

Ano de Internação							
Tipo de Aborto	87	88	89	90	91	92	TOTAL
Provocado	1,0	0,7	1,6	2,2	1,8	1,6	1,5
Provavelmente/ Possivelmente	2,4	1,7	3,2	3,1	3,2	2,3	2,7
Espontâneo	6,8	6,7	5,9	8,0	5,7	5,2	6,4
Total	10,2	9,1	10,7	13,3	10,7	9,1	10,5
Parto	3017	2196	2525	2552	3080	3219	16.589

O número de abortos para cada 100 internações ginecológicas variou de 13,9 em 1992 a 22,6 em 1990, com valores intermediários nos outros anos (tabela 9).

Tabela 9 - Razão de internação por aborto sobre o total de internações ginecológicas, segundo o ano de internação

Ano de Internação							
Tipo de Aborto	87	88	89	90	91	92	TOTAL
Provocado	1,9	1,1	2,6	3,8	2,8	2,4	2,4
Provavelmente/ Possivelmente	4,4	2,9	5,1	5,2	5,0	3,5	4,4
Espontâneo	12,7	11,2	9,6	13,6	9,0	8,0	10,7
Total	19,0	15,2	17,3	22,6	16,8	13,9	17,5
Internações Ginecológicas	1612	1312	1569	1498	1966	2109	10.066

1.5 - Análise de acordo com a comercialização do Misoprostol

Em relação à frequência de ocorrência das variáveis estudadas, como idade da paciente, cor, estado marital, método anticoncepcional em uso (tabela 9) e antecedentes obstétricos (tabela 10), não ocorreram mudanças significativas nos três períodos distintos de comercialização do Misoprostol, como era esperado.

Tabela 9 - Distribuição percentual das mulheres quanto à idade, cor, estado marital e método anticoncepcional, segundo os diferentes períodos de comercialização do Misoprostol

	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Idade (anos)			
≤ 24	44,4	46,3	49,4

25-34	41,8	40,9	37,0
≥ 35	13,8	12,8	13,6
(n)	(500)	(810)	(449)
Cor			
Branca	70,5	69,6	72,3
Não Branca	29,5	30,4	27,7
(n)	(495)	(789)	(419)
Estado Marital			
C / companheiro	69,6	63,9	67,2
S / companheiro	30,4	36,1	32,8
(n)	(494)	(790)	(436)
Método			
Anticoncepcional			
com MAC	28,7	28,1	30,8
sem MAC	71,3	71,9	69,2
(n)	(471)	(770)	(413)

Tabela 10 - Distribuição percentual das mulheres quanto a antecedentes de gravidez, parto e aborto, segundo a comercialização do Misoprostol

	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Gravidez			
1	24,3	28,0	26,9
2	25,9	21,9	23,4
≥ 3	49,8	50,2	49,7
(n)	(498)	(805)	(435)
Parto			
0	30,3	33,4	34,5
1	26,3	25,3	25,3
2	19,7	18,5	17,7
≥ 3	23,7	22,7	22,5
(n)	(498)	805)	435)
Aborto			
0	73,5	75,0	74,3
1	16,5	16,1	17,7
≥ 2	10,0	8,8	8,0
(n)	(498)	(805)	(435)

O percentual de abortos de primeiro trimestre foi de 68,8 entre 01/87 a 12/88; 77,8 no período de 01/89 a 07/91; e de 75,1 entre 08/91 a 12/92. As diferenças foram altamente significativas (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição percentual de mulheres quanto à idade gestacional, segundo a comercialização do Misoprostol

Idade Gestacional	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
< 9	24,5	32,6	28,7
10 -13	44,1	45,2	46,4
14 -17	18,4	15,2	18,9
> 18	13,0	7,1	6,0
(n)	(440)	(693)	(366)
p < 0,001			

Observamos diferenças altamente significativas no percentual de abortos provocados e espontâneos durante os três períodos em estudo. De janeiro de 1987 a dezembro de 1988, o percentual de abortos provocados foi de 30,4, atingindo 43% nos últimos dois períodos da avaliação (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao tipo de aborto, segundo a comercialização do Misoprostol

Tipo de Aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Seguramente provocado	8,7	17,1	15,8
Provav./ possív./ provocado	21,7	26,8	27,3
Não Provocado	69,6	56,1	56,9
(n)	(494)	(779)	(436)
p < 0,0001			

As complicações do aborto apresentaram aumento significativo de seus percentuais após as restrições de comercialização do Misoprostol, sendo este aumento significativo para a ocorrência de complicação infecciosa e hemorrágica (tabela 13).

Também observou-se aumento não-significativo na ocorrência de complicação maior e geral após julho de 1991. O percentual de complicação traumática foi máximo no primeiro período do estudo, porém, devido ao pequeno número de casos, não foi possível a aplicação do Teste Qui-Quadrado.

Tabela 13 - Distribuição percentual das mulheres quanto às complicações do aborto segundo a comercialização do Misoprostol

Complicações	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Infecciosas*			
sim	57,4	51,4	61,3
não	42,6	48,6	38,7
(n)	(479)	(751)	(341)
Hemorragica**			
sim	56,3	53,9	69,1
não	43,7	46,1	30,9
(n)	(410)	(661)	(346)
Traumática +			
sim	1,4	0,5	0,2
não	98,6	99,5	99,8
(n)	(497)	(810)	(445)
Maior•			
sim	53,4	50,5	55,7
não	46,6	49,5	44,3
(n)	(481)	(778)	(325)
Geral			
sim	88,7	88,7	92,5
não	11,3	11,3	7,5
(n)	(471)	(745)	(385)
* p < 0,01	+ Teste Qui-Quadrado inaplicável		
** p < 0,0001	• excluídos cinco óbitos		

Ocorreram 9,7 abortos para cada 100 partos atendidos no CAISM no primeiro e último período do estudo. Entre janeiro de 1989 e julho de 1991, quando as vendas do Misoprostol foram máximas, observou-se que para cada 100 partos foram atendidas 11,6 mulheres com aborto. Neste período intermediário também observou-se maior frequência de abortos provocados, porém, sem significância estatística (tabela 14).

Tabela 14 - Razão de internações por aborto sobre o total de partos, segundo a comercialização do Misoprostol

Tipo de aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Provocado	0,9	2,0	1,5
Provav./possiv./ provocado	2,1	3,1	2,6
Espontâneo	6,8	6,6	5,5
Total	9,7	11,6	9,7
No. de partos	5.213	6.839	4.537

No período de janeiro de 1989 a julho de 1991 também houve um número maior de abortos para cada 100 internações ginecológicas, e o aborto provocado neste período foi maior que nos outros, mas também não apresentando variações estatisticamente significantes (tabela 15).

Tipo de aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Provocado	1,6	3,2	2,3
Provav./possiv./ provocado	3,7	5,0	4,1
Espontâneo	12,0	10,7	8,5
Total	17,3	18,9	14,9
Internações ginecológicas	2.924	4.204	2.938

CONCLUSÕES

- A grande maioria das mulheres internadas por aborto eram jovens, brancas, multíparas, 1/4 delas com aborto anterior, não utilizavam anticoncepcionais e declaravam viver em união conjugal. A maioria das gestações abortadas eram de primeiro trimestre.
- O percentual de complicações foi elevado, com variações significativas ao longo dos anos de estudo, sendo que, após as restrições à comercialização do Misoprostol, observou-se aumento na incidência das complicações infecciosas e hemorrágicas.
- Notou-se que o percentual de abortos provocados foi máximo no período de maior comercialização do Misoprostol, sendo mínimo no período, de 01/87 a 12/88, quando as vendas do Misoprostol foram baixas.
- O aborto provocado associou-se mais freqüentemente a complicações, porém os abortos classificados como espontâneos apresentaram um elevado percentual de complicações.
- O aborto em modelo de regressão associou-se significativamente à ocorrência da complicação hemorrágica, à cor não branca, à ausência de companheiro estável e ao ano de internação. A ocorrência de qualquer complicação associou-se diretamente ao número de partos anteriores.
- A razão internações por aborto sobre o total de partos foi maior no período de maior comercialização do Misoprostol.
- A razão internações por aborto sobre o total de internações por outras causas ginecológicas diminuiu após as restrições à comercialização do Misoprostol.

Equipe da CEPIA

Diretoria:

Helena Simões Bocayuva Cunha

Jacqueline Pitanguy

Leila Linhares Barsted

Corpo Técnico/Pesquisadores:

Jaqueline Hermann - historiadora

Luciana Sarmiento Garbayo - médica

Maria Cecília de Mello e Souza - psicóloga

Corpo Administrativo:

Adilson Alberto Damião - auxiliar de escritório

Márcia Valéria Lemos Marinho - secretária

Marina Gomes Damião- secretária

Marilza Rodrigues de Paiva - contadora

Sandra - bibliotecária/arquivista

Vera Mendes Gonçalves - assessora

Este relatório foi elaborado por Jacqueline Pitanguy e Luciana Sarmiento Garbayo, com o apoio da fundação Mac Arthur.

Transcrição e digitação do texto - Márcia Valéria Lemos Marinho

Revisão ortográfica: Carlos e Vera Mendes Gonçalves

Produção Gráfica: Marcus Moraes

- ① Penal Code - conditions
- ② had access to legal abortion.
- ③ Movement to change situation.
decriminalize ①
Subst ② - wanting to
pass reform through parliament
- ④ Emphasis on legal abortion -
try up to remove obstacles?