

A Irlanda desde a revogação da Oitava Emenda

Ireland since the repeal of the Eighth Amendment

Irlanda desde la derogación de la Octava Enmienda

Cliona Murphy ¹

doi: 10.1590/0102-311X00211119

A Irlanda mudou suas leis antiaborto restritivas em 2018. As recomendações de uma assembleia popular nacional foram fundamentais nessa mudança ¹.

Houve um referendo nacional em maio de 2018. As campanhas pró e contra tiveram lugar através da *hashtag* Repeal the Eighth (Revogue a Oitava – #Repealthe8th). Uma campanha ampla, abrangendo toda a sociedade irlandesa, chamada de *Together for Yes* (“Juntos para o Sim”), incorporou médicos, advogados, pais e avós. O resultado foi uma maioria avassaladora pela revogação, de 67% contra 33%

Os políticos trabalharam intensamente para assegurar que a legislação tramitasse sem sobressaltos nas duas câmaras do Parlamento. Alguns criticaram a velocidade do movimento, que deixou pouco tempo para debater detalhes.

A comunidade médica chamou atenção para questões específicas, como a espera obrigatória de três dias, que não era respaldada por evidências, e cuja inclusão era vista como uma concessão aos grupos mais conservadores. Outras áreas de discussão incluíram o limite de idade gestacional de até 12 semanas (sem restrição para a realização do procedimento) e os critérios para o cálculo desse prazo. Reservadamente, os médicos se preocupavam com o fato de a legislação não mencionar a legalidade ou ilegalidade do feticídio, que é praxe em outros países para a interrupção da gestação por malformação fetal.

A legislação finalmente aprovada e publicada permite a interrupção irrestrita de gestações que ainda não completaram 12 semanas. Há uma espera mandatória de três dias entre a primeira consulta no serviço e a oferta de interrupção clínica ou cirúrgica.

O segundo caso em que a interrupção é permitida por lei é quando o feto apresenta uma anomalia significativa com expectativa de desfecho fatal imediato ou dentro de 28 dias depois do nascimento. Isso tem sido interpretado como a inclusão de casos de trissomias 13 e 18, mas não de trissomia 21, anencefalia ou encefalocele. Há vários anos, a Irlanda fornece testagem pré-natal não invasiva, que é amplamente disponível, mas que envolve um pagamento direto pela paciente. Foi exigido um esclarecimento sobre esse ponto para garantir que o aborto fosse permitido pela nova lei.

O terceiro caso é quando a vida ou a saúde da mulher está em risco por condições clínicas ou risco de suicídio. Nesse caso, não há limite gestacional para a interrupção.

Nos bastidores, o Departamento de Saúde solicitou ao Instituto de Obstetras e Ginecologistas e ao Colégio de Clínicos Gerais (RCGP) que produzissem diretrizes clínicas ^{2,3,4} em linha com a legislação

¹ *Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Dublin, Ireland.*

Correspondência

C. Murphy
*Institute of Obstetricians and Gynaecologists,
Frederick House, Frederick St
S, Dublin / Leinster - Dublin
2, Ireland.
climurphy1@gmail.com*



proposta. O compromisso com o processo foi evidenciado pelo fato de o Departamento ter fornecido apoio administrativo qualificado. Os médicos trabalharam noites e fins de semana para produzir diretrizes apropriadas para a legislação. Houve alguma resistência à produção das diretrizes. Tanto o Instituto quanto o RCGP apresentaram discordâncias internas sobre o mapeamento de evidências e lacunas. Alguns clínicos gerais não queriam prestar serviços de assistência ao aborto, e tinham o direito de recusar, mas eles sustentavam que a atenção primária não era o ambiente indicado para o procedimento.

Enquanto isso, alguns obstetras e ginecologistas achavam que a adoção da nova lei foi rápida demais. Eles diziam que eram necessários financiamento e capacitação específicos e que a conveniência política estava se sobrepondo a uma implementação mais comedida da lei, fase a fase ⁵. Um número significativo de médicos achava que, uma vez aprovada a lei, havia uma obrigação moral e profissional no sentido de tentar prestar os serviços tão logo fosse razoavelmente possível.

O Instituto de Obstetras e Ginecologistas organizou cursos de capacitação em assistência ao aborto e colaborou com os colegas clínicos gerais e outros para produzir as diretrizes. Os médicos se comprometeram individualmente a prestar assistência ao aborto nos seus hospitais. O Health and Safety Executive (HSE) organizou reuniões de grupo para ajudar a produzir folhetos informativos para pacientes e um modelo de assistência para os serviços de aborto.

A colaboração entre profissionais e o HSE resultou em um convite à Organização Mundial da Saúde (OMS) para realizar um curso sobre valores e profissionalismo, para permitir uma discussão sobre questões de consciência em relação à lei.

Ao longo de uma semana, o curso foi frequentado por aproximadamente 200 profissionais, entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Foi um processo importante, que desafiou crenças e mitos tradicionais sobre o aborto.

O modelo de assistência

O modelo de assistência permitia que mulheres acessassem a interrupção da gravidez nos serviços na comunidade, sem o limite de 9 semanas ⁶. O aborto clínico pode ser realizado pelo clínico geral depois de transcorridos os três dias e com a gestação verificada como sendo de menos de 9 semanas.

Em nível nacional, existe um Disque-Informação com aconselhamento imparcial ⁷. A partir do telefonema, a mulher é encaminhada para o serviço mais próximo e mais apropriado. Isso evita que a paciente seja atendida (e recusada) por um médico com objeção de consciência em relação ao aborto. Quando a paciente precisa de um exame de imagem, é encaminhada para um serviço de ultrassom.

Quando a gestão já ultrapassou 9 semanas, o clínico geral encaminha a paciente para a maternidade local, onde é programada a interrupção clínica ou cirúrgica. Eventuais complicações como sangramento ou suspeita de gravidez ectópica ou casos mais complexos também são tratadas nos hospitais.

Problemas

Houve algumas manifestações em frente aos consultórios dos clínicos gerais, mas não foram respaldadas pela opinião pública em geral.

Um grupo anti-escolha montou um *website* falso para simular o *website* nacional. Essa manobra enganou algumas mulheres, fazendo com que procurassem laboratórios de ultrassom (onde exames foram realizados por pessoal sem formação médica) e recebessem propaganda antiaborto e ataques verbais. Esse *website* foi desativado rapidamente pelas autoridades.

Aparentemente, houve casos de vazamento da identidade de algumas mulheres que fizeram abortos, e houve protestos em frente a alguns hospitais. O governo respondeu, declarando que tais atitudes eram inaceitáveis. A legislação prevê zonas de exclusão em torno das clínicas e dos serviços de aborto.

O modelo de assistência deixa claro que o serviço será prestado no sistema público e de forma integrada. Isso significa que as mulheres não podem ser discriminadas. Também protege contra a estigmatização dos prestadores ou clínicas. O conhecimento da experiência de outros países ajuda os serviços irlandeses a informar o modelo de assistência.

Serviços na comunidade

A capacitação comunitária dos clínicos gerais foi realizada com afinco por um grupo voluntário dedicado chamado de “Start” (*Southern Taskforce on Abortion and Reproductive Topics*, ou Força Tarefa do Sul para Questões de Aborto e Reprodutivas). Esses voluntários viajaram pelo país, explicando os protocolos e procedimentos administrativos e incentivando os médicos a se inscreverem no serviço. A adesão pelos clínicos gerais foi facilitada por financiamento do governo.

Objeção de consciência

Um profissional de saúde relatou que preferiu ter a opção de não encaminhar as pacientes para outros provedores. Segundo argumentavam, o encaminhamento para outros significaria a participação inadvertida deles próprios no aborto.

Em alguns hospitais, os maqueiros se recusaram a trazer as pacientes de volta do centro cirúrgico para o quarto. Alguns médicos pressionaram pela liberdade de consciência, sugerindo que os integrantes da categoria não eram obrigados pela lei, caso a julgassem antiética. Essas opiniões são consideradas periféricas, não refletindo a opinião da classe médica como um todo.

Dentro dos hospitais

Embora o público achasse que a batalha pela liberdade de escolha estivesse vencida, nos hospitais uma corrente de resistência estava sempre perto de emergir. Os médicos que faziam objeção de consciência achavam que tinham o direito de recusar atendimento às pacientes internadas durante seu plantão. E alguns técnicos de ultrassom queriam ter o direito de se recusar a realizar os exames.

Problemas específicos surgiram com a programação dos centros cirúrgicos, devido à participação escassa de enfermeiros em função de crenças religiosas. Nesses casos, o pessoal administrativo do centro cirúrgico se oferecia para substituir a enfermagem, quando necessário.

Em questões de consciência, ficava claro para muitos que havia uma defasagem entre o resultado do referendo e a capacidade e desejo de alguns de prestar assistência ao aborto.

Oito meses depois, menos da metade dos hospitais designados está provendo todas as alternativas legalmente disponíveis.

A administração hospitalar não tem assumido a responsabilidade nesses casos, permitindo que persista a falta de assistência e obrigando as mulheres a procurar atendimento em outros serviços. Nas maternidades maiores, ginecologistas comprometidos a cumprir com a nova legislação têm sido nomeados para supervisionar o serviço.

Os desdobramentos positivos incluem os relatos de satisfação das enfermeiras e parteiras, ao conseguirem prestar assistência integral com continuidade. As pacientes estão extremamente gratas pela mudança na legislação. Algumas mulheres ainda precisam viajar para poder interromper a gravidez quando o feto apresenta uma condição que provavelmente levará a uma deficiência, mas não à morte (nesse caso, a lei não prevê a interrupção).

Embora o HSE tenha se comprometido a alocar recursos para esse novo serviço, até o momento os recursos não foram liberados, o que vem provocando tensão entre os gestores dos hospitais e o HSE e o Departamento de Saúde.

Relações com outros países

Os colegas do Reino Unido foram extremamente prestativos, capacitando os instrutores, dando conselhos e viajando para os cursos de capacitação. O Instituto de Obstetras e Ginecologistas colaborou com o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas na programação de capacitação continuada. Os ginecologistas se juntaram à Sociedade Britânica de Assistência ao Aborto para se associarem a outros provedores de aborto.

A experiência irlandesa prova que o aborto clínico pode ser implementado na comunidade, apesar de não haver uma história de assistência ao aborto. Um número pequeno de provedores conscientes

é necessário para iniciar a implementação. Com o tempo, os profissionais de saúde tornam-se mais confortáveis com o processo, e cresce o número deles disposto a aderir à assistência.

Assim como em outros países, a cultura é difícil de mudar. Alguns prestadores relataram ter ouvido juízos de valores contra pacientes. Algumas parteiras expressaram surpresa, quando alguma mulher que interrompia a gravidez devido a uma anomalia fetal quisesse ou precisasse de aconselhamento ao luto. Entre os médicos, predominava a ideia de que as interrupções precoces eram “abortos sociais”.

Na realidade, muitas das primeiras clínicas que prestavam essa assistência foram utilizadas por mulheres com condições clínicas que tornavam a gravidez insegura ou perigosa, e deveriam ter tido apoio melhor, com acesso à contracepção.

Embora as barreiras legislativas tenham sido eliminadas de maneira geral, permanecem barreiras ao acesso devido à objeção de consciência e a questões geográficas. Mais esforços são necessários para atender as necessidades das mulheres marginalizadas.

O governo pretende prover contracepção gratuita. Foi organizado um grupo de trabalho, que já fez contato com os diversos atores. Ainda é necessária mais conscientização de médicos, enfermeiros e parteiras.

Conclusões

A fase de implementação da interrupção da gravidez na Irlanda não tem sido isenta de desafios. Foi fundamental para o sucesso, o compromisso dos líderes políticos, do Departamento de Saúde e do pessoal médico e administrativo do Health Service Executive.

A dedicação profissional dos clínicos gerais na comunidade tem sido uma enorme fonte de inspiração.

Desde a implementação, houve poucos casos cirúrgicos realizados nos hospitais, menos até do que previsto. A maioria dos casos com menos de 12 semanas é realizada antes das 9 semanas na comunidade. A exigência dos três dias é vista como um atraso indevido e uma barreira para as mulheres.

Provaram-se falsos os alertas de que haveria uma avalanche de pedidos e que a classe médica não conseguira lidar com a demanda.

Um pacote de contracepção mais abrangente seria ideal, e é necessária capacitação continuada, desde as faculdades de medicina até os médicos supervisores, para que as mulheres recebam uma assistência holística com respeito, independente das crenças pessoais dos profissionais.

Informação adicional

ORCID: Cliona Murphy (0000-0001-5928-8350).

Referências

1. Final report of the recommendations of the Citizens assembly on the Eighth Amendment. <https://www.citizensassembly.ie/en/The-Eighth-Amendment-of-the-Constitution/Final-Report-on-the-Eighth-Amendment-of-the-Constitution/Final-Report-incl-Appendix-A-D.pdf> (acessado em Jun/2017).
2. Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Interim clinical guidance. Termination of pregnancy under 12 weeks. <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2018/12/FINAL-INTERIM-CLINICAL-GUIDANCE-TOP-12WEEKS.pdf> (acessado em Dez/2018).
3. Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Interim clinical guidance pathway for managing fatal fetal anomalies or life threatening conditions diagnosed during pregnancy. <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2019/01/IQG-TOPFA-PATHWAY-FINAL-180119.pdf> (acessado em Jan/2019).
4. Institute of Obstetricians and Gynaecologists. Risk to life or health of pregnant woman in relation to termination of pregnancy. <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2019/05/FINAL-DRAFT-TOP-GUIDANCE-RISK-TO-LIFE-OR-HEALTH-OF-A-PREGNANT-WOMAN-220519-FOR-CIRCULATION.pdf> (acessado em Mai/2019).
5. Cullen P. "More haste, less care in Minister's rush to start abortion services". The Irish Times 2019; 8 Jan. <https://www.irishtimes.com/news/health/more-haste-less-care-in-minister-s-rush-to-start-abortion-services-1.3750374>.
6. Health Service Executive. Model Of care for the termination of pregnancy service. <https://www.hse.ie/eng/about/who/gmscontracts/termination-of-pregnancy-draft-contract/> (acessado em Mai/2019)
7. Health Service Executive. Unplanned pregnancy. <http://www.myoptions.ie> (acessado em Mai/2019).

Recebido em 30/Out/2019

Aprovado em 11/Nov/2019