



Lavici dos Anjos de Melo Costa
Garbini

Centro Universitário Cesmac. Maceió-
AL, Brasil.

laugarbini@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0377-6608>

Robério Garbini

Centro Universitário Cesmac. Maceió-
AL, Brasil.

roberiogarbini@uol.com

<https://orcid.org/0000-0002-6851-8047>

Carlos Adriano Silva dos
Santos

Centro Universitário Cesmac. Maceió-
AL, Brasil.

carlos_adriano@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8832-0898>

Lívia Helena Gomes de Barros
Brandão

Centro Universitário Cesmac. Maceió-
AL, Brasil.

liviagomesdebarros@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4625-3591>

Mara Cristina Ribeiro

Centro Universitário Cesmac. Maceió-
AL, Brasil.

maracrisribeiro@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6963-8158>

Kevan Guilherme Nóbrega
Barbosa

Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte-MG, Brasil.

kevanguilherme@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9410-7356>

Percepções de alguns profissionais sobre o serviço de aborto legal em Alagoas: o problema da objeção de consciência

Perceptions of some professionals on the legal abortion service in Alagoas: the problem of conscientious objection

Percepciones de algunos profesionales sobre el servicio de aborto legal en Alagoas: el problema de la objeción de conciencia

Resumo: Este artigo discute violações do direito da mulher em realizar o aborto no serviço de abortamento legal quando há objeções de consciência dos obstetras do próprio serviço. Secundariamente busca-se a percepção de um representante judicial, bem como de um representante da ética médica sobre o aborto legal. Foi conduzido uma pesquisa qualitativa envolvendo representantes da medicina (obstetras); da ética médica (conselheiro de classe) e da justiça (procurador da república). Os obstetras entrevistados eram profissionais do serviço de aborto legal do estado de Alagoas. As entrevistas indicam que há lacunas significativas entre o que a normativa legal rege, o que o serviço oferece e aquilo que os médicos efetivamente percebem sobre a prática e o atendimento nos casos de aborto legal. Concluiu-se que a percepção médica esteve mais voltada para a defesa dos próprios valores e visão pessoal sobre o aborto, o que tem gerado conflitos éticos dentro do próprio serviço de aborto legal que atende mulheres vítimas de estupro.

Palavras-chave: Aborto Legal. Delitos Sexuais. Estupro. Bioética. Ética Médica. Violência contra a Mulher.

Abstract: This article discusses violations of women's right to access legal abortion services when obstetricians working in these services invoke conscientious objection. Secondly, it seeks to explore the perceptions of a judicial representative and a representative of medical ethics regarding legal abortion. A qualitative study was conducted involving representatives of medicine (obstetricians), medical ethics (a member of the professional council), and the justice system (a federal prosecutor). The obstetricians interviewed were professionals from the legal abortion service in the state of Alagoas, Brazil. The interviews indicate significant gaps between what is mandated by law, what the service offers, and what physicians actually understand about the practice and care provided in cases of legal abortion. It was concluded that physicians' perceptions were more oriented toward defending their own values and personal views on abortion, which has generated ethical conflicts within the very legal abortion service that attends women who are victims of rape.

Keywords: Abortion, Legal. Sex Offenses. Rape. Bioethics. Ethics, Medical. Violence Against Women.

Resumen: Este artículo discute las violaciones al derecho de la mujer a realizarse un aborto en servicios legalmente constituidos cuando existen objeciones de conciencia por parte de los propios médicos gineco-obstetras del servicio. Como objetivo secundario, se buscó la percepción respecto al aborto legal de un representante del poder judicial, y de un representante en temas de ética médica. Se llevó a cabo una investigación cualitativa que involucró a representantes de la orden médica (gineco-obstetras), de la ética médica (consejero de clase) y de la justicia (procurador de la república). Los gineco-obstetras entrevistados eran profesionales vinculados al servicio de aborto legal del estado de Alagoas. Las entrevistas revelaron que existen brechas significativas entre lo que establece la normativa legal, lo que el servicio ofrece y lo que los médicos perciben que se brinda en la práctica de forma efectiva; y la atención final en los casos de aborto legal. Se concluye que la percepción médica estuvo más orientada a la defensa de sus propios valores y visiones personales acerca del aborto, situación que ha generado conflictos éticos dentro del mismo servicio de aborto legal destinado a atender a mujeres víctimas de violación.

Palabras clave: Aborto legal. Delitos sexuales. Violación. Bioética. Ética médica. Violencia contra la mujer.

Introdução

Segundo critérios adotados pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, abortamento é definido como a interrupção de gestação até 20 ou 22 semanas ou fetos com peso abaixo de 500g (Brasil, 2011a). Do ponto de vista médico legal e jurídico, abortamento é a interrupção da gestação em qualquer fase da mesma, não havendo limite de idade gestacional, e pode se estender até próximo ao parto (Pereira, 2019). Conceitualmente o aborto corresponde a um ser incompatível com a vida, enquanto o abortamento é o processo de retirada do conceito. No corrente texto trataremos estas denominações como sinônimas, entretanto ressalva-se que são teoricamente distintas.

A prática do aborto é proibida no Brasil, no entanto, diante das lutas das mulheres por autonomia e direitos e do contexto histórico de grandes guerras e de inúmeras gestações indesejadas, fruto de violência por soldados inimigos, o aborto resultante de estupro e por outras situações específicas passou a ser excluído de penalidade (Greco, 2011).

O Código Penal Brasileiro isenta de punição a prática do aborto em casos que gerem risco de morte materna, ou gestações que resultem de estupro (Artigo 128, incisos I e II), desde que haja desejo da vítima em interromper a gestação (Brasil, 1940). Além destes casos, a partir de 2012 também se tornou autorizado o aborto em gestações de anencéfalos, decisão relatada pelo Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental-54 (STF, 2012). A literatura

médica tem descrito essa previsão legal de isentar a punição como: aborto legal, abortamento legal ou ainda de interrupção legal da gestação. Aqui no presente texto, ficaremos com a denominação mais difundida, o “aborto legal”.

Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (ABSP, 2019), foram registradas 66.041 queixas de estupro no Brasil no ano de 2018, sendo 81,8% vítimas do sexo feminino e 53,8% tinham menos de 13 anos de idade. Apesar da alta incidência de estupro no Brasil, poucos são os hospitais capazes de ofertar um serviço qualificado de aborto legal (Zordo, 2012).

Neste sentido, dois marcos foram lançados pelo MS para garantir o direito à interrupção da gestação. Primeiro, o lançamento da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” de 1999, atualmente na sua terceira edição de 2012 (Brasil, 2012). O segundo marco foi a Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento” de 2005, atualmente na segunda edição de 2011 (Brasil, 2011a).

Em 2005 houve a regulamentação do aborto legal por meio da Portaria nº 1.508 do MS, com diretrizes importantes, estando entre elas a desobrigação de comunicado aos órgãos policiais para que fosse realizado o aborto, além de determinar o cumprimento de Termo de Relato Circunstanciado, de Responsabilidade e de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pela vítima, além do Parecer Técnico atestado pelos próprios médicos (Brasil, 2005).

O jurista Campello (2009) refere este fato como uma norma infralegal. Após a terceira edição da Norma Técnica do MS de 2012 iniciaram-se a criação de hospitais referenciados para o atendimento às vítimas de violência sexual com abordagem de equipe multidisciplinar, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e de gravidez, além de facilitação de acesso a órgãos judiciais competentes.

A norma técnica reitera a Portaria 1.508 do MS e deixava claro que não se podia duvidar da palavra da vítima, bastando que ela se autodeclarasse violentada para ser acolhida, atendida e elegível para realização de aborto, caso assim desejasse (Brasil, 2012). Esta norma impulsionou a discussão no Congresso Nacional e deu origem à Lei do Minuto Seguinte de nº 12.845 de 1º de agosto de 2013 (Brasil, 2013). Foram criados 68 serviços referenciados pelo SUS para o atendimento às vítimas de violência sexual, no entanto, após estudo realizado entre os anos de 2013 e 2015 por

Madeiro e Diniz (2016), os pesquisadores concluíram que apenas 37 realizavam de fato o aborto legal.

Em 2013, o MS por meio da Portaria nº 1.020 institui que cada Unidade da Federação deverá pactuar, seja na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei (Brasil, 2013).

Apesar de avanços, ainda existem muitos conflitos éticos que criam barreiras a efetividade no serviço de aborto legal ofertado para mulheres vítimas de violência sexual no Brasil. Há um embate entre o direito do médico em se negar a fazê-lo, levando em conta seus sentimentos, percepções e objeção de consciência e o direito de a mulher ser atendida no serviço de saúde para realizar o aborto previsto em lei (Madeiro, 2016). Segundo a norma técnica do MS de 2012, os médicos têm direito individual de objeção de consciência à prática do aborto, ao mesmo tempo em que esta regulamenta que o serviço deve ofertar o atendimento em tempo hábil à vítima por outro profissional em caso de objeção. O direito à objeção de consciência não é reconhecido na falta de outro médico para atender à mulher, se houver risco de morte para a mulher, se a omissão do atendimento puder causar danos a ela e no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratar de casos de urgência. (Brasil, 2012; Madeiro, 2016).

Perante o exposto, o presente estudo teve como objetivo discutir o conflito ético situado entre as situações de violações do direito da mulher em realizar o aborto no serviço de abortamento legal e as objeções de consciência dos obstetras do próprio serviço. Como cenário temos o serviço de abortamento legal para mulheres vítimas de estupro, incluindo médicos obstetras atuantes no único serviço de referência do SUS no estado de Alagoas para realização de aborto legal. Buscou-se identificar as experiências vividas por esses profissionais da saúde no que diz respeito ao treinamento profissional para atuação neste tipo de serviço, objeção de consciência e ao serviço prestado à vítima de violência sexual que optar pelo aborto no estado. Além disso, também introduzimos o olhar de um representante da ética médica, por meio do Conselho de Ética Médica, bem como a posição de um dos representantes da justiça pública, por meio do Ministério Público (MP). É importante salientar que, apesar da importância da discussão bioética sobre os diversos casos do aborto, o presente

artigo se restringe aos casos de interrupção por estupro, enfocando particularmente neste aspecto para discutir os conflitos relacionados à objeção de consciência.

Método

Trata-se de uma pesquisa de método qualitativo, realizada entre os meses de janeiro a abril de 2019, após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de uma Instituição de Ensino Superior (CAAE: 02388918.6.0000.0039). O cenário de coleta de dados envolveu três diferentes localidades, incluindo: a) um hospital maternidade do estado de Alagoas, que presta atendimento ao SUS para vítimas de violência sexual; b) sede do Conselho Regional de Medicina de Alagoas (CREMAL); e, c) sede do Ministério Público Federal (MPF).

No hospital foram incluídos participantes médicos obstetras que, durante o período da pesquisa, integravam o serviço referenciado de interrupção legal da gestação no estado. A escolha do hospital como local-chave para pesquisa recaiu pelo fato de ser o único serviço referenciado no estado para realização de aborto legal, contando com um quantitativo de 26 obstetras, que se dividiam semanalmente em sete equipes sob o regime de plantão. No CREMAL foi incluído um conselheiro representante da ética médica no estado, enquanto no MPF foi incluído um participante procurador da república, abrangendo a percepção jurídico-legal sobre o tema.

Do total de 26 médicos, realizou-se a técnica de coleta por meio da utilização da entrevista semiestruturada com sete destes. A definição dos participantes para ingressar no estudo respeitou a escolha de pelo menos um médico representante de cada equipe dos sete plantões semanais. Foi adotado o critério de amostragem por saturação, que indica a interrupção de inclusão de novos participantes quando o pesquisador detecta repetições recorrentes de conteúdo das falas (Fontanella, 2008). A abordagem dos participantes da pesquisa ocorreu individualmente, na própria instituição de saúde, durante o horário de trabalho, garantindo-se o cuidado para que os serviços de saúde se mantivessem sem interrupções. As perguntas abordaram os seguintes temas: existência de capacitação para o atendimento; limite gestacional para o aborto; boletim de ocorrência; ética e legalidade no aborto.

Os entrevistados foram previamente apresentados aos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, deram seus depoimentos em entrevistas gravadas em mídia digital para posterior

processamento e análise. Utilizou-se a metodologia proposta por Bardin (1977) de análise de conteúdo, na modalidade temática. Como indicado por Ribeiro (2012), primeiro foi realizada a transcrição das falas oriundas das entrevistas; após leitura flutuante iniciou-se a codificação dos discursos a partir da decomposição dessas falas em temas; e, em seguida, os resultados brutos foram ressignificados a partir de interpretações e inferências pertinentes ao contexto e fundamentação teórica do estudo.

Com intenção de assegurar o anonimato dos participantes, estes foram identificados com códigos formados pela letra M em referência à categoria “médico”, CM em referência ao representante do Conselho de Medicina e PR para se referir ao Procurador da República. As falas que permitiam algum tipo de identificação do entrevistado, devido ao teor específico, não foram citadas no item resultados, sendo suprimidas e arquivadas pelos pesquisadores, respeitando e garantindo o sigilo dos participantes.

Resultados e Discussão

Ao todo fizeram parte do estudo nove participantes, sete médicos obstetras plantonistas de uma maternidade referenciada do SUS, um representante do CRM e um representante do MPF. A idade média dos participantes entrevistados foi de 45 anos e todos os profissionais médicos entrevistados possuíam título de especialização em ginecologia e obstetrícia. Quanto à religião, dois eram seguidores do espiritismo e sete se disseram católicos.

Quatro categorias de análise foram destacadas a partir dos conteúdos compartilhados pelos participantes: “Treinamento para o aborto legal”, “Limite de interrupção da gestação”, “Aceitação do médico em realizar o aborto legal em vítimas de estupro” e “Segurança legal e jurídica do médico”, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis categóricas analisadas no discurso dos participantes entrevistados

Categorias
1. Treinamento para realização do aborto legal em vítimas de estupro.
2. Limite de interrupção da gestação.
3. Aceitação do médico em realizar o aborto legal em vítimas de estupro.
4. Segurança legal e jurídica.

Treinamento para realização do aborto legal em vítimas de estupro

A primeira categoria abordou o treinamento para o aborto legal entre os médicos entrevistados. Todos eles se declararam despreparados para esse tipo de atendimento do ponto de vista emocional e psicológico, negando qualquer treinamento prévio, o que os levam a se sentirem aptos a esse atendimento:

“Pra aborto legal não, pelo menos quando eu entrei não tive” (M2);

“Nenhum (risos)... eu não recebi nenhum treinamento (...) se teve, não estou sabendo” (M4);

“Eu não recebi nenhum treinamento dentro do serviço (...) para mim não houve comunicação alguma” (M5);

“Não, não teve nenhum treinamento (...) foi uma coisa imposta, né? (...) é legal, então a gente tinha que fazer (...) antes chegava a ordem do juiz, né? Agora não! Assim, não teve nada, nenhuma reunião” (M6).

Segundo os entrevistados acima, a maternidade funcionava como referência de alto risco e repentinamente, começou a receber vítimas de violência sexual. Os plantonistas não foram previamente comunicados ou abordados sobre o tema. Eles se diziam não treinados e não questionados sobre o assunto, o que aponta para falhas na comunicação durante a abertura do serviço.

Apesar da criação das Normas Técnicas (Brasil 2005; Brasil 2012), pouco se sabe sobre o impacto das mesmas na atuação dos profissionais de saúde no Brasil. Para Moraes (2008), a dificuldade para realizar o aborto legal no Brasil acontece também por preconceito e despreparo dos profissionais da saúde, portanto, a falta de treinamento pode contribuir para a ineficiência dos serviços. Para melhor funcionamento, as equipes de saúde precisam ser treinadas e, a princípio, devem-se contratar médicos que não possuam objeção de consciência para lidar com o aborto legal (Diniz, 2011; Moraes, 2008).

Limite de interrupção de gestação

O limite para interrupção da gestação foi outro tema abordado entre os participantes e apenas dois médicos demonstraram conhecer que o Código Penal Brasileiro não determina o limite de semanas para realização do aborto:

“Não tem uma idade limite não! Já teve aborto tardio. Já teve trabalho de parto prematuro que já era mais avançado (...)” (M2).

“Se é aborto, vai até 20 semanas” (M3).

“Eu não sabia nem que não tinha limite. Eu pensava que era igual aos outros abortos...” (M4).

“Qualquer idade gestacional, ele chega lá, fala que foi vítima de estupro e tem direito legal” (M5).

Um dos médicos entrevistados expressou a angústia por realizar um procedimento cuja própria consciência considera problemática:

“Eu acho que é importante a gente saber esse limite. Já consigo escutar batimentos fetais. Ter que tirar aquela vida ali dentro, entendeu? Eu fico péssima, a ponto de me sentir mal. É muito angustiante!” (M1).

Questionados, os representantes do Conselho de Ética e do MPF, manifestaram o dilema ao tratarem do limite gestacional de idade para o aborto:

. “A gente considera o que é considerado lá fora. Abaixo de 12 semanas é o que é considerado como a possibilidade do abortamento. Agora a lei não determinou isso!” (CM).

“O Código Penal não estabelece um limite de idade gestacional pra que isso possa ser realizado, né? Evidentemente que não pratica o que tem se verificado é que isso se dá logo no início da gestação” (PR).

Observa-se uma carência de critérios e definição clara sobre a temática, o que deixa os profissionais envolvidos em uma situação desconfortável. O deontólogo Pereira (2019), expõe dois conceitos diferentes sobre o aborto: para a medicina, o aborto seria a interrupção da gestação até 20 semanas ou 500g de peso fetal; para a medicina legal, o aborto seria a interrupção da gestação em qualquer uma das fases, inclusive nas gestações próximas ao termo. Isso explicaria sentenças judiciais determinando interrupções de gestações mesmo em fases avançadas. Essa afirmativa está corroborada em uma cartilha do MS de 2011, a qual discorre que, para fins jurídicos, utiliza-se o conceito médico-jurídico de interrupção gestacional, podendo, portanto, ser determinado por um juiz a interrupção em qualquer tempo da gestação (Brasil, 2011b).

Pode-se então perceber pelo exposto que há falta de conhecimento sobre o tema por parte dos profissionais envolvidos no processo, além de ampla desconexão entre os setores – medicina, conselho de ética e justiça. Pela falta de amparo na lei, fica a critério da justiça a determinação de cada caso sempre que o tempo de gestação exceder 20 semanas, o que tem causado tanto a insegurança jurídica de médicos no serviço referenciado quanto a insegurança das próprias pacientes.

Aceitação de médico em realizar aborto legal em vítimas de estupro

A abordagem dessa segunda categoria foi marcante, uma vez que muitos médicos que compõem o serviço de referência de aborto previsto em lei se recusam a realizar o serviço, o que indica uma situação de vulneração e violação sistemática de direitos de mulheres no local:

“Olhe, acho que tudo tem que ter o aspecto legal e jurídico pra essa condição. Eu realmente, por conflito pessoal e religioso, me nego a fazer, pode qualquer juiz mandar me prender, eu prefiro não fazer” (M1).

Outro participante declarou:

“A gente não tem preparo psicológico pra isso. É um direito da paciente, mas envolve outras coisas. A minha envolve religião, mas aí como não é obrigado o médico, pela objeção de consciência (...) eu não estou questionando o direito dela, mas é complicado pra mim!” (M3).

Alguns médicos acreditavam que, mesmo atuando no serviço de aborto legal, estavam legalmente amparados no que diz respeito à negação para a realização do aborto legal em vítimas de estupro:

“(...) Eu não aceito bem isso aí não, mas como pela lei tem que fazer, né? Aí a gente fica naquela, os médicos geralmente não fazem” (M4).

“Eu não faço aborto em idade nenhuma (...) é um direito legal que eu tenho. Ainda bem que isso ainda existe, esse respeito à opção de credo do médico” (M5).

Uma das médicas, que erroneamente condiciona a realização do aborto ao boletim de ocorrência, compartilhou acerca de sua condição de fé:

“A situação é muito delicada. Duas vidas! Particularmente quando há boletim de ocorrência feito, eu faço o procedimento porque fico imaginando a situação dessa mulher em gestar um filho indesejado e também dessa criança, por ter grande chance de sofrer rejeição (...) (pausa prolongada, respiração profunda)... mas, sofro (respira) e peço sempre perdão a Deus”(M7).

O princípio descrito no artigo VI do Capítulo I do Código de Ética Médica – CEM (2019), fundamenta as afirmações no que se refere ao cuidado que o médico deve ter com o paciente: “VI –O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.”

Está previsto no CEM, no capítulo “Direito dos Médicos”, em seu artigo IX: “Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.” (Código de Ética Médica, 2019). A própria Constituição Federal Brasileira em seu artigo 5º, inciso VI, afirma que é “inviolável a liberdade de consciência e de crença” [...].

No entanto, é importante ponderar que, em nenhum desses casos, o médico estará habilitado a exigir tipo de Boletim de Ocorrência ou impor qualquer tipo de obstáculo às mulheres que procuram o serviço de aborto legal.

Moraes (2012) afirma que a liberdade de consciência tem caráter supralegal, dando ao indivíduo a liberdade de ser contrário a qualquer norma legal que possa contrariar suas convicções. Ainda assim, apesar das salvaguardas individuais, em nenhum caso há justificativa para a violação sistemática e coletiva do direito das mulheres a serviços de saúde para aborto previsto em lei.

E, como estamos tratando de um serviço de referência de aborto legal, o ato médico de recusa é ainda mais grave, tendo em vista que a mulher já se encontra em situação de extrema vulnerabilidade. Há, portanto, uma evidente necessidade de política estruturadora e formativa dos serviços de aborto legal no Brasil.

Segurança legal e jurídica

Essa temática foi introduzida a partir de um fator específico, a Portaria de nº 1.508/2005 do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, a qual desobriga a comunicação às autoridades policiais, para que a mesma possa ser submetida ao aborto legal em caso de estupro. Os médicos do serviço de referência demonstraram desconhecer tal portaria, indicando novamente um cenário de insegurança legal e jurídica para as pacientes.

“A gente não tem conhecimento até onde começa a lei, até onde começa uma normativa do ministério por imposição de situações e de pesquisa diante de quem ouve o paciente e não a classe. Eu tenho que ter isso na mão de um juiz determinando e ele descrevendo a história, com devidas comprovações (...) boletim de ocorrência, tudo certinho para que o médico realmente dê ciência de que é um fato de verdade” (M1).

Outro médico pontuou o mesmo desconhecimento:

“Estou por fora dessa normativa. Eu acho falha essa questão de não ter a paciente passado por um BO. Porque o que vai acontecer é que vão ter várias mulheres que vão querer causar um aborto sem ser vítima de estupro” (M2).

As falas sempre seguem demonstrando um cenário de desconfiança por parte dos médicos em relação às pacientes:

“Complicado, porque de um lado a gente tem sempre que acreditar na palavra da paciente; por outro lado, vão ter pessoas que vão se aproveitar disso para fazer o aborto sem ter ocorrido realmente o fato (...) acho que todo mundo tem esse receio” (M3).

Outras falas demonstram como médicos que atuam no serviço estudado justificam a violação do direito das pacientes a partir de sua visão moral de mundo:

“Qualquer pessoa pode desejar fazer o aborto, chegar à maternidade, dizer que foi estupro e não precisa comprovar que foi estupro. O médico faria o aborto e esse aborto seria dito legal. Isso me gera uma insegurança em termos de serviço” (M5).

Os relatos acima correspondem ao que a autora Diniz (2014) comenta como sendo o inquérito pela verdade do estupro ao qual muitos médicos de um serviço de aborto legal realizam. A autora explica:

No caso do aborto legal, a prática do inquérito investiga a verdade do acontecimento da violência e produz os sentidos para a definição da subjetividade da mulher como vítima. Em geral, não há flagrante da cena do estupro – é preciso acreditar no que diz a mulher que se apresenta como vítima e testemunha de sua própria violência (Diniz, 2014, p. 293).

Conforme explica a passagem acima, não basta para parte dos médicos a narrativa da mulher, pois, ao extrapolarem suas funções clínicas, confundindo-se a si mesmos também como juízes, buscam, inadvertidamente, estabelecer um nexo-causal, da ocorrência do estupro até a gravidez indesejada para atender as mulheres. A autora citada anteriormente verificou em seu estudo que determinados médicos realizam o aborto apenas a partir de uma avaliação do comportamento da vítima, ou seja, ela precisa aparentar que de fato foi estuprada. No presente estudo também percebemos este mesmo fenômeno:

“A gente tem que botar o perfil e se ela não vier com o boletim, eu questiono a veracidade do fato! Até o perfil dessa mulher é diferente daquela que chega pra você contando uma história segura, daquela que realmente foi violentada. O perfil dela é diferente. Ela é chorosa, ela é arredia, ela é instrospecta, ela se sente sensível” (M1).

A fala do conselheiro de ética, enfatizando a boletim de ocorrência para “resguardar” o médico, reproduz a falta de conhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil:

“(…) Nós continuamos dizendo para o médico que é importante que, mesmo que a mulher, passando pelo constrangimento do boletim de ocorrência, você está respaldado quando ela passa pelo boletim. O médico que responde, porque é ele quem faz o procedimento. Nós tentamos resolver no Brasil a legalização do aborto via um protocolo que não tem valor legal [...] porque a bandeira agora que penso que a gente precisa ter preocupação, é a que a gente possa resguardar não é mais nem a mulher, é o médico” (CM).

Nos últimos anos, o MS editou a Portaria nº 2.282 de 2020 (Brasil, 2020), que entre outras determinações, obrigava ao médico ou demais membros da equipe/serviço a comunicar às autoridades policiais sempre que estiverem diante de uma mulher com relato de estupro. Em setembro de mesmo ano, a Portaria foi revogada e substituída pela nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que desobriga a comunicação policial anteriormente indicada, embora mantivesse parte importante do texto inicial. Recentemente, o MS publicou a Portaria nº 13 de 2023, que revogou inúmeras portarias consideradas contrárias às diretrizes do SUS, incluindo a portaria nº 2.561 de 2020. Essas continuadas alterações refletem o quadro de instabilidade e insegurança que permeia o debate aqui estudado.

Considerações finais

A percepção dos médicos obstetras do hospital referência para o aborto legal no SUS, em Alagoas, aponta para desconhecimento de normas e insatisfação em realizar esse tipo de atendimento, sendo inúmeros exemplos de violações dos direitos à saúde da mulher em nome da objeção de consciência. Observa-se também um desconhecimento sobre o tema no que se refere à sua segurança jurídica ou suas repercussões éticas. Diante desses problemas, indica-se a necessidade de formação de um serviço com equipe previamente consultada, em concordância, devidamente treinada e capacitada, com compartilhamento de experiências e dificuldades enfrentadas por seus membros, inclusive com acompanhamento psicológico para a equipe de saúde atuante. A capacitação dos profissionais é uma ferramenta urgente e necessária para a eficácia do serviço às mulheres vítimas de violência sexual que necessitem do abortamento.

Referências

ABSP. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 217 p. 2019 Disponível: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Bardin L. Méthodes et Techniques. In: Bardin L. Analyse de contenu. Editora: Presses Universitaires de France; 1977. p.95-168.

Brasil. Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília, 59 p. 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, 48 p. 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília, 123 p. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1508/GM, de 01 de setembro de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2020 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb  e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde. Anencefalia. Relator Min. Marco Aurélio Mello. Brasília-DF; 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Campello APB. Em defesa da vida. 4. ed. Recife: União dos Juristas Católicos; 2009.

Conselho Federal de Medicina. Código de  tica Médica. Resolução. Resolução n  2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n  2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Rev. Saúde Públ. 2011;45(5):981-985. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000047>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev bio t. 2014;22(2):291-298. Disponível em: scielo.br/j/bioet/a/M8yjpKbPpLNLKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Fontanella BJ, Ricas J, Turato E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):17-27. Disponível em: scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 29 de agosto de 2025.

França GV. Aborto Legal e Aborto Criminoso. In: França GV, Medicina Legal. 9 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. 306 p.

Greco R. Aborto. In: Greco R. Curso de direito penal: parte especial. 6 ed. Niterói: Editora Impetus; 2009. p. 237-266.

Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. Saúde Colet. 2016;21(2):563-572. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Moraes AD. Direito Constitucional. 28 ed. São Paulo: Atlas; 2012. 956p.

Morais LR. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde de mulher. Senatus: cadernos da Secretaria de Informação e Documentação. 2008;6(1):50-58.

Pereira GO. Deontologia Médica. São Paulo: Sarvier; 2019. 310p.

Ribeiro MC. A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado 2012. 243 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Zordo S. Representações e experiências sobre aborto ilegal e legal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(7):1745-1754. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700013>. Acesso em 29 de agosto de 2025.

Conflito de interesses

Não há.

Colaboração

Garbini LAMC participou da redação do artigo desde sua concepção na etapa de projeto de pesquisa, na coleta de dados e aprovou a versão final do trabalho. Garbini R participou da concepção do projeto, na coleta de dados, redação do artigo e aprovação da versão final. Santos CAS participou como coorientador do trabalho, participou da concepção do método, auxiliou na análise e interpretação dos dados, revisão da escrita e aprovação da versão final. Brandão LHGB auxiliou na análise

e interpretação dos dados, revisão da escrita e aprovação da versão final. Ribeiro MC atuou como colaboradora do trabalho, participou da análise e interpretação dos dados, revisão da escrita do artigo e aprovação da versão final. Barbosa KGN atuou como orientador do trabalho, participou na concepção e delineamento do método, auxiliou na interpretação dos dados, revisou a escrita do artigo e aprovou a versão final do trabalho.

Correspondência

K. G. N. Barbosa.

Faculdade de Odontologia da UFMG, Rua Prof. Moacir Gomes de Freitas, 688, Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

kevanguilherme@gmail.com

Recebido em: 24/08/2021. Avaliado em: 23/7/2024. Aprovado em: 27/08/2025.

Editora responsável

Thiago Rocha da Cunha

(<https://orcid.org/0000-0002-6330-2714>)