

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ PRÓ-REITORIA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO EM BIOÉTICA**

**ROGER WILLIAM MORAES MENDES**

**OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO  
AO ABORTO LEGAL EM MINAS GERAIS**

**Pouso alegre**

**2020**

Roger William Moraes Mendes

**OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO AO  
ABORTO LEGAL EM MINAS GERAIS.**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Área de pesquisa: Bioética

Orientador: Prof. Dr. Augusto Castelli Von Atzingen

Pouso Alegre – MG

2020

## FICHA CATALOGRÁFICA

Mendes, Roger William Moraes.

Objeção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais / Roger William Moraes Mendes - Pouso Alegre, 2020. 86 f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, UNIVAS, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Castelli Von Atzingen

1. Bioética. 2. Objeção de consciência. 3. Aborto legal. 4. Assistência às vítimas de violência sexual.

CDD - 179

## CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada "OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL EM MINAS GERAIS" foi defendida, em 12 de junho de 2020, por ROGER WILLIAM MORAES MENDES, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98014424, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Augusto Castelli von Atzingen  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Orientador



Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho  
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Examinador



Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Examinador

## **Dedico este trabalho**

A Jesus, que transformou minha vida, meu porto seguro, a quem me entrego, para ser moldado do jeito que Ele achar mais conveniente...

A minha esposa, Renata, minha companheira em tudo, que deu apoio incondicional neste trabalho e em todas as batalhas de minha vida, mulher que amo e que caminha comigo nesta vida passageira.

Aos meus filhos, Tati e Roginho, que são estímulo para estar sempre evoluindo e almejando mais, tentando ser exemplo, para se tornarem pessoas melhores neste mundo tão cheio de desigualdades.

Aos meus pais, João e Terezinha e aos meus avós, Gerson e Terezinha (in memoriam), base de tudo e eternamente no meu coração... e a toda minha família...

A todos os Amigos que fiz pela vida, que graças a Deus não são poucos, que me privo de citar nomes, para não deixar nenhum para traz, mas que sabem que estão em meu coração, em meus pensamentos e em minhas orações sempre.

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Prof. Dr. Augusto Castelli Von Atzingen, por quem tenho muita admiração e comungo dos mesmos ideais, agradeço pela disponibilidade, amizade e que me acolheu da qualificação à defesa.

Ao Prof. Dr. Antonio Marcos Coldibelli Francisco, por estimular meus pensamentos, ensinamentos e orientação em grande parte de minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Vitor da Silva e a todos os professores e professoras do Mestrado de Bioética, pelos momentos maravilhosos de grandes reflexões bioéticas e conhecimentos passados de forma incondicional.

A Carla Benedita da Silva Tostes, acadêmica de medicina, que tanto contribuiu nesta pesquisa, com sua capacidade brilhante e disponibilidade infinita.

Aos colegas do Mestrado de Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVAS pelas nossas discussões, aflições e companheirismo nos aprendizados, que pudemos desfrutar juntos.

“O ignorante afirma, o sábio duvida, o  
sensato reflete” (Aristóteles)

“Toda vez que você se encontrar do lado da  
maioria, é hora de parar e refletir” (Mark Twain)

## RESUMO

No Brasil o aborto é crime, tendo como exceções pelo Código Penal, quando há risco à vida da gestante, gestação proveniente de estupro e nos casos de anencefalia. A assistência à violência sexual é obrigatória e integral, prevista por lei, desde 2013. A objeção de consciência, resguarda a(o) médica(o) em situações contrárias a seus princípios, podendo se negar a realizar procedimento que não seja de seu acordo. O estudo teve como objetivos verificar a existência e os motivos da objeção de consciência, na atenção integral da saúde à vítima de violência sexual. E conhecer a estrutura de atendimento das instituições credenciadas na rede de atenção à vítima de violência sexual no Estado pela portaria da SES/MG. A abordagem foi descritiva e analítica; feito contato com as(os) coordenadoras(es) das 87 maternidades credenciadas ao atendimento às vítimas de violência sexual no Estado de Minas Gerais, pela SES/MG, com 49 serviços incluídos na pesquisa. Foi verificado que 68,6% das maternidades credenciadas ao atendimento à vítima de violência sexual, na integralidade, não possuem estrutura física adequada a este tipo de atendimento, que 11,4% não contam com médicas(os) no serviço e 30% não receberam capacitação para esta modalidade de atenção. Averiguou-se que 85,7% destas instituições já se depararam com pacientes desejando realizar o aborto legal, mas 81,8% delas não resolveram a solicitação. Foi apurado 60,6% de presença de objeção de consciência de toda equipe médica, sendo o principal motivo o religioso (31,3%), seguido do ético (23,8%). O trabalho evidencia que o sistema de assistência no Estado de Minas Gerais não está preparado para o atendimento integral às vítimas de violência sexual, principalmente no quesito resolução do aborto legal, sendo a objeção de consciência o maior obstáculo, por isto a relevância do trabalho. Espera-se com o resultado da pesquisa, que a bioética, crie espaços de diálogos e debates dentro do estado de Minas Gerais e da Federação Brasileira, para que favoreçam reflexões e ações adequadas sobre o aborto legal. Que as pacientes sejam acolhidas em sua integralidade e o profissional médico respeitado, se sua posição é a objeção de consciência. Talvez uma rede de referência e contra referência funcionante seja solução para amenizar problema tão sério e evidente.

**PALAVRAS CHAVE: 1.Bioética 2.Aborto Legal 3.Objeção de Consciência 4.Assistência às vítimas de violência sexual**



## **ABSTRACT**

In Brazil, abortion is a crime, with exceptions by the Penal Code when there is a risk to the life of the pregnant woman, pregnancy resulting from rape and in cases of anencephaly. Assistance to sexual violence is mandatory and integral, provided by law, since 2013. The conscientious objection protects the doctor in situations contrary to her principles, and may refuse to perform a procedure that is not her agreement. The study aimed to verify the influence of conscientious objection on the effectiveness of comprehensive care for victims of sexual violence in the state of Minas Gerais. The approach was descriptive and analytical; contact was made with the coordinators (s) of the 87 maternity hospitals accredited to assist victims of sexual violence in the State of Minas Gerais, by SES / MG, with 49 services included in the survey. It was found that 68.6% of the maternities accredited to provide care to the victim of sexual violence in its entirety do not have an adequate physical structure for this type of care, that 11.4% do not have doctors in the service and 30% do not received training for this type of care. It was found that 85.7% of these institutions have already encountered patients wishing to have a legal abortion, but 81.8% of them have not resolved the request. 60.6% of the presence of conscientious objection was found in the entire medical team, the main reason being religious (31.3%), followed by ethical (23.8%). The work shows that the assistance system in the State of Minas Gerais is not prepared for comprehensive care for victims of sexual violence, especially in terms of resolving legal abortion, with conscientious objection being the biggest obstacle, which is why the work is relevant. It is expected that the result of the research, that bioethics, will create spaces for dialogues and debates within the state of Minas Gerais and the Brazilian Federation, so that they favor reflections and appropriate actions on legal abortion. May the patients be welcomed in their entirety and the medical professional respected if their position is the conscientious objection. Perhaps a functioning reference and counter-reference network is the solution to alleviate such a serious and evident problem.

**KEY WORDS: 1. Bioethics 2. Legal abortion 3. Consciousness Objection 4. Assistance to victims of sexual violence**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil....	pág. 20
<b>Tabela 02</b> – Serviços disponíveis .....	pág. 47
<b>Tabela 03</b> – Estruturas disponíveis .....	pág. 47

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Estrutura e Serviços.....pág. 45
- Gráfico 2** – Situações de atendimento à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada ou anencefalia, com desejo de interromper a gestação.....pág. 46
- Gráfico 3** – Objeção de consciência de toda equipe na realização de aborto legal, segundo coordenador de maternidade credenciada pela SES/MG.....pág. 47
- Gráfico 4** – Desfecho das demandas positivas de desejo de abortamento legal em vítimas de violência sexual nas maternidades credenciadas pelas SES/MG.....pág. 48
- Gráfico 5** – Motivos da objeção de consciência das(os) médicas(os) plantonistas das maternidades credenciadas.....pág. 48

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BO - Boletim de Ocorrência

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CIB-SUS/MG - Comissão Intergestores Bipartite Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais

CEAHVIS - Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

DST - Doença sexualmente transmissível FDA - Food and Drug

Administration

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GM - Gabinete do Ministério

GM/MS - Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão SAPSVS - Serviço

de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual SES/MG -

Secretaria do Estado de Saúde

SES/MG - Secretaria do Estado de Saúde de Minas

Gerais SUS - Sistema Único de Saúde SISLOG - Sistema

de controle logístico

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1.1 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL</b>	17
<b>1.1.1 Aborto</b>	17
<b>1.1.2 Aspectos históricos</b>	18
<b>1.1.3 Epidemiologia</b>	19
<b>1.1.4 Desencadeantes do Aborto</b>	21
<b>1.1.5 Consequências do Aborto</b>	22
<b>1.1.6 Métodos recomendados para Interrupção da Gestação</b>	23
<b>1.2 VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	24
<b>1.2.1 Contextualização</b>	24
<b>1.2.2 Cultura do estupro</b>	25
<b>1.2.3 Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06)</b>	25
<b>1.2.4 Resolução da SES/MG (nº 4.590, de 09 de dezembro de 2014)</b>	26
<b>1.3 ACOLHIMENTO/SEGUIMENTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	28
<b>1.4 LEGISLAÇÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	30
<b>1.5 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	32
<b>1.6 ESTIGMATIZAÇÃO DO ABORTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	36
<b>1.7 BIOÉTICA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	37
<b>2. OBJETIVOS</b>	40
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	40
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	40
<b>3. JUSTIFICATIVA</b>	41
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	42
<b>4.1 Delineamento do estudo</b>	42
<b>4.2 Dimensionamento amostral</b>	42
<b>4.3 Metodologia</b>	42
<b>4.4 Critérios de inclusão</b>	42
<b>4.5 Critérios de não inclusão</b>	43

<b>4.6 Critérios de exclusão</b>	43
<b>4.7 Instrumento de pesquisa</b>	43
<b>4.8 Procedimento para coleta de dados</b>	44
<b>4.9 Análise estatística dos dados obtidos na pesquisa</b>	45
<b>5. RESULTADOS</b>	46
<b>6. DISCUSSÃO</b>	51
<b>7. CONCLUSÃO</b>	65
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	67
<b>9. ANEXOS</b>	72
<b>9.1 Anexo 1 - INSTRUMENTO</b>	72
<b>9.2 Anexo 2 – TCLE</b>	74
<b>9.3 Anexo 3 - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS</b>	76
<b>9.4 Anexo 4 - Instituições da RESOLUÇÃO SES/MG Nº 4.590</b>	77
<b>9.5 Anexo 5 - PARECER CEP</b>	83

## 1. INTRODUÇÃO

O abortamento, grave problema de saúde pública, está presente no cenário brasileiro, e é tema gerador de várias discussões, tanto pela defesa de sua legalização quanto pela manutenção, parcial ou irrestrita, de sua proibição.<sup>1</sup> Em que pese o fato da formação acadêmica dos profissionais da área da saúde incluir diversas abordagens sobre o assunto, as influências de questões éticas, morais, socioeconômicas, políticas, culturais e religiosas acabam por trazer dificuldades ao seu enfrentamento. Como tema discutido no campo da chamada “bioética das situações persistentes”, o abortamento proporciona reflexões acerca da autonomia da mulher sobre seu corpo, da visão do profissional de saúde diante de tais decisões, além das implicações ético-políticas para o campo da saúde pública.<sup>2</sup>

Segundo critérios da Organização Mundial da Saúde adotado pelo Brasil, o abortamento caracteriza-se pela interrupção da gravidez até a 20ª semana, desde que o produto da concepção – o próprio aborto – tenha peso inferior a 500 gramas. São variadas as causas que desencadeiam o abortamento “natural”, as quais, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas. No entanto, inúmeras gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, incluindo casos em que a gravidez decorre de violência sexual.<sup>3</sup>

No Brasil, o Código Penal<sup>4</sup> enquadra o estupro como crime contra a liberdade sexual (artigo 213), com a finalidade de proteger a dignidade sexual da vítima. Nos últimos anos, o atendimento às vítimas de violência sexual tem merecido atenção dos setores político, social e judicial. Tais mobilizações resultaram na criação de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, assim como de instrumentos legais, como a Lei Maria da Penha,<sup>5</sup> que possibilita o atendimento mais humanizado a essas mulheres.

Na tentativa de garantir os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, definidos em acordos internacionais e firmados na legislação nacional vigente, o Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, editou em 1999 a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”<sup>6</sup>, a fim de assegurar o direito à interrupção da gestação legal por meio do SUS.

Sabe-se que a objeção de consciência tem previsão em vários atos normativos ou códigos profissionais, consubstanciados pela Constituição Federal, com o escopo de resguardar o indivíduo em situações contrárias a seus princípios morais. No entanto, tal direito não é absoluto quando há prejuízo à saúde de outras pessoas.<sup>7</sup> Desse modo, o direito à objeção de consciência encontra limites, não sendo possível aos profissionais invocá-lo nas situações consideradas de urgência, quais sejam: risco de morte da gestante; abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro profissional que o faça; possibilidade da mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional, e complicações decorrentes de abortamento inseguro.<sup>6</sup>

É oportuno mencionar que, segundo afirmam Godoi e Garrafa,<sup>8</sup> o artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH),<sup>9</sup> atrela o princípio da não discriminação e não estigmatização ao princípio da dignidade da pessoa humana, aos direitos fundamentais e às liberdades individuais, motivo pelo qual ninguém deverá sofrer qualquer constrangimento ou ser diminuído, em razão do que quer que faça ou escolha, sob pena de ter retirada sua dignidade. Embora aqui não se esteja a equiparar, ou mesmo comparar, o suposto sofrimento da mulher que aborta e do profissional que o executa, cabe destacar que todos aqueles envolvidos no abortamento, mesmo legal, parecem estar vulneráveis a diferentes processos de estigmatização e discriminação.

Cabe ressaltar, que um dos escopos do Ministério da Saúde é justamente buscar promover a atenção qualificada e humanizada às mulheres em situação de abortamento, e entre os princípios basilares para a concretização desse objetivo, encontram-se a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, sendo assegurado à vítima o acesso à assistência integral em saúde.<sup>3</sup> Para o profissional, a atenção humanizada implica uma conduta na qual deve abstrair suas convicções morais, culturais, religiosas, bem como outros aspectos que possam influir no atendimento à paciente, ou seja, sua atitude deve ser norteadas, acima de tudo, pela imparcialidade (justiça).

A bioética principialista, segundo a qual é preciso respeitar a autonomia da mulher no que se refere à sua vida e ao seu corpo, almejar seu bem integralmente, maximizando-o e minorando o dano (beneficência), e evitar qualquer prejuízo que lhe cause sofrimento (não maleficência). Para Faúndes e Barzelatto,<sup>10</sup> os princípios da não maleficência e da beneficência implicam vários desencadeamentos, entre os quais o repúdio a qualquer



restrição de acesso aos serviços de abortamento e a atos burocráticos que o tornem inacessível à paciente.

Em contrapartida precisa-se definir vida, pois como é citado que deve-se respeitar a autonomia da mulher no que se refere à sua vida e ao seu corpo, é necessário olhar do outro lado o conceito que está sendo gerado em seu útero e que merece respeito, pois não se trata de um prolongamento de seu corpo, mas sim um ser vivo, dependente do organismo da gestante para crescer, mas munido de carga genética diferente da dela, com cromossomos diferentes, tipo sanguíneo distinto, individualidade diferente da mãe, e que após o nascimento pode não necessitar da mesma para sobreviver, pois pode ser criado por pessoa diferente da que a gerou.

Em reforço, mencionar a necessidade de melhoria das políticas públicas destinadas à promoção de discussões sobre o difícil e delicado problema do aborto legal. Tais debates e espaços de reflexão bioética, deverão favorecer a mudança de assistência por parte dos serviços, de modo que, ao lidar com situações de mulheres que desejam e necessitam realizar o aborto legal, que os profissionais possam enfrentar menor desconforto e constrangimento em realizar o abortamento, ou serem respeitados e terem seu direito concedido quando não o fazem por objeção de consciência.

As várias discussões em torno da legalização ou não do aborto são importantes e devem ter seu espaço, por isto torna-se necessário incrementar reflexões e investimentos governamentais, para criar centros de acolhimento às vítimas de violência sexual, com equipe multiprofissional, atendimento diferenciado e reservado, mantendo a discrição e privacidade, trazendo assim uma verdadeira assistência e humanização neste atendimento, deixando de ser teórico e retórico para ser verdadeiramente assistencial integral.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

### 1.1.1 Aborto

“O abortamento é a expulsão de feto pesando menos de 500 g ou com menos de 20 semanas de gestação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1976; Fédération Internationale de Gynécologie et d’Obstétrique [FIGO], 1976), podendo ser espontâneo ou provocado.”<sup>11</sup>

Entre os assuntos médico-legais ligados ao ensinamento e prática obstétrica, o aborto sofreu adaptações significativas, permitindo a prática legalmente voluntária no ocidente, como na Inglaterra, EUA e maioria dos países desenvolvidos.<sup>11</sup>

O abortamento é uma adversidade da saúde pública brasileira e gera argumentos tanto pela defesa da legalização, quanto por manter, mesmo que parcial, sua proibição.<sup>1</sup>

Em que pese o fato de a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde incluir diversas abordagens sobre o assunto, as influências de questões éticas, morais, socioeconômicas, políticas, culturais e religiosas acabam por trazer dificuldades ao seu enfrentamento. Como tema discutido no campo da chamada “bioética das situações persistentes”<sup>3</sup>, o abortamento proporciona reflexões acerca da autonomia da mulher sobre seu corpo, da visão do profissional de saúde diante de tais decisões, além das implicações ético-políticas para o campo da saúde pública.

Segundo critério da Organização Mundial da Saúde adotado pelo Brasil,<sup>2</sup> o abortamento caracteriza-se pela interrupção da gravidez até a 20ª semana, desde que o produto da concepção – o próprio aborto – tenha peso inferior a 500 gramas.

A interrupção da gravidez não é um desfecho desejável e deveria ser assegurado que uma gestação aconteça apenas quando a mulher ou o casal deseja ter filho(s), sendo produto de uma relação consentida e desejada.<sup>12</sup>

A partir da revolução sexual iniciada na década de 1960, verifica-se uma tendência mundial à liberação do aborto e da nova posição que a mulher assume na sociedade ocidental. Até 1986, 36 países apresentavam leis que permitiam a sua

realização por fatores sociais, médicos ou mesmo sem razões específicas. Em 1996, 10 anos depois, mais dez países desenvolvidos e nove em desenvolvimento acabaram com as restrições ao aborto.<sup>13</sup>

O aborto resultante de estupro, também chamado de sentimental, é admitido por lei desde 1940, se realizado por médica(o), com prévia solicitação da gestante ou, se incapaz, de seu representante legal. Se comprovada a violência sexual, pela(o) própria(o) médica(o) que está assistindo a vítima, não há exigência legal de anuência do Ministério Público ou de autoridade policial, não sendo necessária autorização judicial nem apresentação de boletim de ocorrência. A dispensa de autorização judicial é decorrente da norma não incriminadora, e conseqüentemente, não há condenação judicial pelo estupro. Nestes casos, o médico é o único árbitro, por isso, deve certificar de forma minuciosa de que houve o abuso sexual, tomando por base os indícios que estiverem a seu alcance, caso se decida pela realização do aborto. Nos casos em que surgirem dúvidas se a gestação originou de violência sexual, a(o) médica(o) pode, por objeção de consciência e livre exercício de sua autonomia, se negar a realizar o procedimento do aborto de acordo com o disposto no Capítulo II, inciso IX, do Código de Ética Médica. Esse dispositivo permite a(o) médica(o) “recusar se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Neste tipo de situação, a mulher deve ser encaminhada a outra(o) profissional que concorde com a realização ato médico do aborto, pois é seu direito previsto na legislação vigente no Brasil.<sup>14</sup> Nestes casos, muitos hospitais públicos já implantaram o serviço de abortamento lícito e seguro para as mulheres que sofrem violência sexual e engravidam, nos termos das normas editadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes).<sup>15</sup>

### **1.1.2 Aspectos históricos**

O ato abortivo foi criminalizado pelo Estado ocidental em meados do século XIX, e posteriormente passou por lentidão no século XX em muitos países. Esse movimento acompanhou a translocação governamental de adoção de um modelo capitalista, nomeado por Foucault em 1999 como biopolítica, onde o corpo coletivo tem foco de controle populacional pelo Estado.<sup>16,17</sup> George Martine (2005) traz a magnitude da transição

demográfica, do crescimento populacional, do interesse acadêmico pelo assunto e da criação em 1969 do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), incumbido da redução da fecundidade em países não desenvolvidos através de “programas de população” e políticas de “planejamento familiar”. No Brasil, esta estratégia sofreu resistência e a pauta ganhou características menos intervencionistas e mais formativas, com o intuito de produzir questionamentos sobre a temática. No âmbito mundial, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, registra o enfrentamento dessas políticas controladoras.<sup>16</sup>

É fato que a característica colonial está atrelada a biografia da América Latina presente nas influências econômicas e culturais, inclusive na dominação dos corpos e vidas das mulheres. De fato, ao se propor no Brasil a utilização da crítica como ferramenta de autodeterminação, é ignorar a história nacional que não embasa tal utopia mediante tantas desigualdades econômicas, de classe, gênero, orientação sexual e outras. Isso gera discussões morais e judiciais, a saber nas deliberações sobre o aborto no país.<sup>16</sup>

### **1.1.3 Epidemiologia**

A maioria das fertilizações são naturalmente abortadas no primeiro mês, em torno de 10% das identificadas em até 12 semanas, o que equivale a 80% da totalidade de abortamentos.<sup>11,18</sup>

Em 2010, relata-se 287.000 mortes maternas em todo o mundo. Segundo informações, de 2013, da Organização Mundial da Saúde (OMS), as estimativas foram de 22 milhões de abortos arriscados no mundo por ano, a saber, 98% em países em desenvolvimento, com 47 mil mortes decorrentes de complicações de procedimentos clandestinos.<sup>16,19</sup>

A mortalidade materna é uma questão problemática a nível mundial e pela dimensão a Organização das Nações Unidas (ONU) incorporou na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a redução em 75% até 2015. Entretanto, na maioria dos países essa meta não foi alcançada.<sup>16</sup> Especificamente o Brasil tinha como meta uma razão de morte materna (RMM) similar ou menor que 35 óbitos por 100 mil nascidos

vivos até 2015, porém em 2011 teve valor de 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos, segundo o Departamento de Informática do SUS de 2012.<sup>16,20,21</sup>

No Brasil a ocorrência de abortos é expressiva, embora não haja dados exatos. Tal subnotificação se dá porque muitas mulheres nessa situação não buscam o serviço de saúde.<sup>15</sup> Sabe-se que está entre as cinco causas relevantes de morte materna e relacionada a cerca de 5% do total desses óbitos.<sup>16,21,22</sup> A partir de 1990 as taxas de mortalidade materna reduziram de 140 a cada 100 mil nascidos vivos deste ano para 75/100 mil em 2007.<sup>22</sup> Em 2008, a OMS estimou em torno de 13% das mortes maternas no mundo relacionadas a aborto.<sup>21</sup> E em 2016, a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) apresentou 416 mil abortos provocados por mulheres moradoras de zona urbana no ano de 2015.<sup>23</sup>

Dados de 2009 pertencentes ao Ministério da Saúde trouxeram o perfil de mulheres que abortam, assim como as consequências do procedimento para a saúde pública e a necessidade de abordar a temática mediante ao medo de exposição e criminalização.<sup>22</sup> Estudos no país revelam que a prática é comum entre mulheres de todas as classes sociais, cujo predomínio aumenta com a idade, não ser da raça branca, residir em área urbana e ter mais de um filho.<sup>23</sup>

Em algumas cidades, como Salvador, o aborto induzido ainda é a principal causa de óbito materno, incluindo mulheres jovens com idade entre 15 a 24 anos, negras e habitante de áreas metropolitanas periféricas.<sup>22</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, os óbitos de mulheres em idade fértil segundo região na categoria CID-10, disponibilizados pelo DATASUS no período de 2013 a 2017, o número de óbitos é pequeno, conforme dados apresentados na tabela 1.

**Tabela 1:** Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil

	2013		2014		2015		2016		2017	
Categoria CID-10:004 aborto p/razoes medicas e legais	Nordeste	1		0	Nordeste	1	Sudeste	1	Norte	1
					Sudeste	1				
					Centro-oeste	1				
Total:		1		0		3		1		1

Capítulo CID-10: XV. Gravidez parto e puerpério	Norte Nordeste Sudeste	4 3 2	Norte Nordeste	2 1	Norte Nordeste Sudeste Sul	1 3 4 1	Nordeste Sudeste	2 2	Norte Sudeste Sul Centro- oeste	1 2 1 1
Grupo CID-10: Gravidez que termina em aborto										
Categoria CID-10: 007 Falha de tentativa de aborto										
Morte grav/puerp: Durante a gravidez, parto ou aborto										
Total		9		3		9		4		5

#### 1.1.4 Desencadeantes do Aborto

Os fatores de risco para abortamento precoce incluem história de perda anterior e idade materna avançada: 9 a 17% para 20 a 30 anos, 20% para 35 anos, 40% para 40 anos e 80% para 45 anos.<sup>11</sup> Qualquer doença materna grave, traumatismo ou intoxicação, além de inúmeras infecções, podem levar ao abortamento.

Em 1980 o abortamento clínico foi fomentado pelo conhecimento do fármaco mifepristona, um anti progesterônico de efeitos colaterais reduzidos. Entretanto, pela limitação de acesso ao medicamento, criou-se protocolos de emprego apenas do misoprostol, opção viável ao aborto cirúrgico. Trata-se de uma prostaglandina que age no amadurecimento do colo e tem efeito uterotônico intenso. Entretanto pode provocar dor abdominal, náuseas, cansaço, dor mamária e demasiado sangramento vaginal, além de poder não ser eficaz na interrupção da gestação, reter remanescentes ovulares e cursar com hemorragia e infecção.<sup>11</sup>

O aborto medicinal com Mifepristona e Misoprostol, é feito na maior parte dos países Europeus. Apenas na França já foram realizados cerca de 1.000.000 de abortos com Mifepristona e Misoprostol desde 1992 e não ocorreu nenhuma morte.<sup>24</sup>

Até janeiro 2009, cerca de 1.000.000 de mulheres nos Estados Unidos e mais de 2 milhões de mulheres na Europa usaram Mifepristona e Misoprostol para induzir um aborto, e ocorreram 5 mortes associadas ao uso de Mifepristona no aborto medicinal. Quatro das mortes foram devidas a sepse. Em 2005, o FDA publicou um documento de saúde pública acerca do uso de Mifepristona e Misoprostol no aborto medicinal, afirmando a ocorrência de sepse ser muito rara (aproximadamente 1 em cada 100.000). Outras publicações citando a hipótese de morte associada a um aborto medicinal inferior a 1 em 100.000.<sup>24</sup>

O aborto espontâneo é uma ocorrência relativamente comum associada à gravidez, ocorrendo em aproximadamente 15 em cada 100 gravidezes. A taxa de mortalidade associada ao aborto espontâneo nos Estados Unidos é inferior a 1 morte por cada 100.000 abortos espontâneos. Esta taxa de mortalidade não é muito diferente da taxa de mortalidade associada ao aborto medicinal.<sup>24</sup>

O abortamento cirúrgico é confiável: apresenta 0,5% de taxa de complicação na técnica no 1<sup>o</sup> trimestre e 1% no 2<sup>o</sup> trimestre; mortalidade é baixa com 0,6:100.000 casos e tem relação estreita com o tempo de gravidez, sendo de 0,1 e 8,9 para 100.000 para 8 semanas ou menos e 21 semanas respectivamente.<sup>11</sup>

São variadas as causas que desencadeiam o abortamento “natural”, as quais, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas. No entanto, inúmeras gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, incluindo casos em que a gravidez decorre de violência sexual.

A alta incidência do aborto inseguro no Brasil tem relação com o uso de misoprostol ofertado clandestinamente, e reforçou a mudança epidemiológica dessa condição em 1990. Tal situação caracterizou redução de morte materna e aumento de hospitalizações por hemorragias.<sup>23</sup>

### **1.1.5 Consequências do Aborto**

Nas situações de aborto incompleto, o tratamento expectante é contraindicado e recomenda-se o esvaziamento cirúrgico por aspiração a vácuo. Quando há realização de

aborto em condições técnicas inadequadas pode-se evoluir com abortamento infectado. Em casos de retenção do feto morto há risco de distúrbios de coagulação.<sup>11</sup>

A utilização do misoprostol no Brasil provocou mudanças no processo abortivo no que se refere a segurança e quantidade de internações.<sup>22</sup> No entanto, metade das mulheres que ocasionam o aborto não utilizam medicamentos, o fazem em situação de clandestinidade e ilegalidade, em condições precárias e insalubres, essencialmente as de nível educacional insuficiente.<sup>21,22</sup> Deste modo, há muitos danos físicos e emocionais decorrentes de complicações do procedimento.<sup>22</sup> Quando morte, essa ocorre por hemorragia, hipertensão, sepse ou tromboembolismo.<sup>21</sup>

A baixa disponibilidade de profissionais treinados, utilização de meios inadequados, a falta de misoprostol, comportamento adverso dos provedores, a não discussão do assunto, técnico e moral, compõem o quadro das dificuldades do aborto seguro no país.<sup>25</sup> Há referência de qualidade questionável, discriminação, maus tratos e denúncia contra mulheres que praticaram o aborto, caracterizando o perfil da assistência brasileira nessa problemática.

#### **1.1.6 Métodos recomendados para Interrupção da Gestação**

De acordo com o protocolo atual da FEBRASGO, de 2018, a interrupção da gestação no primeiro trimestre pode ser realizada com métodos cirúrgicos ou métodos medicamentosos. O método cirúrgico recomendado pela OMS e pela FIGO é a aspiração à vácuo, manual ou elétrica. Recomenda-se o aborto com medicamentos utilizando a combinação de mifepristone seguida de misoprostol.<sup>26</sup> Como mifepristone não está disponível em no Brasil, utilizar apenas o misoprostol, em doses repetidas, embora a sua efetividade seja menor.

Se a gestação se encontra antes de 12 semanas, o procedimento deve ser iniciado com administração de misoprostol, em dose de 800 mcg, por via vaginal ou sublingual, repetindo-se a intervalos de cada três horas, por um máximo de três vezes. O misoprostol pode ser administrado pela própria mulher, em seu lar, sem precisar retornar ao serviço de saúde para receber esse tratamento.<sup>27</sup> Se não tiver efeito, pode ser repetido o mesmo esquema depois de 24 horas.<sup>28</sup>



Se a gestação estiver acima de 12 semanas, e como no Brasil só dispomos de misoprostol, administrar 400 mcg por via vaginal, sublingual ou bucal, a cada 3 horas até a expulsão do produto.<sup>28</sup> Não é preciso marcar retorno de rotina depois de um aborto realizado com uso de misoprostol, mas a paciente precisa ser informada que deve retornar ao serviço, imediatamente, em caso de sangramento abundante ou persistente, se continuar com dor após o esvaziamento uterino ou se apresentar febre. Todos esses sintomas são sugestivos de retenção de restos que requerem evacuação com aspiração ou curetagem.<sup>29</sup>

## **1.2 VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **1.2.1 Contextualização**

O pressuposto da OMS em 2013, é de que 35% das mulheres no mundo já passaram por algum tipo de violência sexual. Em torno de 120 milhões de meninas com idade até 16 anos, foram coagidas a ter relações ou atos sexuais em algum instante de suas vidas. Entre os agressores, a UNICEF, 2014, relata como os mais frequentes maridos ou ex-maridos, companheiros ou ex-companheiros, namorados ou ex-namorados, familiares próximos, como irmãos, primos, cunhados, padrastos, vizinhos ou amigos da família. Além disso, vítimas de tráfico humano com finalidade sexual são em grande maioria meninas, segundo a ONU.<sup>30</sup>

No Brasil, têm-se o nordeste como líder em casos de estupro contra a mulher e o Rio Grande do Norte com os índices mais elevados.<sup>30,31</sup> A saber, em 2015, uma mulher brasileira foi vítima de estupro a cada onze minutos, e a estimativa ficou entre 129,9 mil e 454,6 mil estupros nesse período.<sup>30</sup>

A adoção do aborto inseguro por dificuldade de acesso ao procedimento e pela criminalização da prática corrobora para possível letalidade. Mesmo com a redução das taxas de mortalidade materna no Brasil por essa condição, há um número razoável de procura por hospitais por intercorrências decorrentes da prática.<sup>22</sup>

O estupro é o crime com maior taxa de subnotificação no mundo. Tal fato ocorre principalmente em serviços de saúde, onde uma mulher procura o Sistema Único de

Saúde (SUS) a cada quatro minutos por agravos de violência sexual. Esse dado justifica a necessidade de refletir sobre o acolhimento e seguimento dessas vítimas.<sup>30</sup>

### **1.2.2 Cultura do estupro**

Dados do Datafolha, 2015, mostram que por volta de 33% dos brasileiros, de ambos sexos, aceita que “mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”, o que fortalece o dado de 85% das mulheres terem receio de sofrer violência sexual. Isso corrobora com estupros coletivos ou corretivos e trotes universitários com viés sexual.<sup>30</sup>

O Código Penal nacional compreende o estupro como crime contra a liberdade sexual (art 123), destinado a amparar a dignidade sexual da vítima.<sup>30</sup>

### **1.2.3 Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06)**

Nos últimos anos, o atendimento às vítimas de violência sexual tem merecido atenção dos setores político, social e judicial. Tais mobilizações resultaram na criação de serviços de assistência a mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, assim como de instrumentos legais, como a Lei Maria da Penha<sup>4</sup> que possibilita o atendimento mais humanizado a essas mulheres.

Foi instituída em 2006, alterou o sistema judiciário e instituições de saúde no país. Implantou-se políticas públicas para mulheres em conjuntura de violência, criou normas e padrões de atendimento, afinou a legislação, estimulou a criação de redes de serviços, incentivou projetos educativos e culturais focados na prevenção, ampliou o acesso das mulheres aos serviços judiciário, de segurança e de saúde pública. Como consequência, as maternidades públicas foram estimuladas pelos estados a implantar programas de acolhimento às vítimas de estupro.<sup>17</sup> Um exemplo é o Programa de Atenção às Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), o qual segue um protocolo multidisciplinar com seguimento ambulatorial, controla medicações de profilaxia de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) virais e não virais e de anticoncepção de emergência, mediação de notificação compulsória, registros e atualização de protocolos. Cabe ao PAVAS também aprovar as

solicitações de aborto por vítimas de violência, prestar apoio psicológico e social e proporcionar o procedimento dentro das instalações da Maternidade Santa Catarina.<sup>30</sup>

Uma vítima de violência sexual que almeja interromper a gestação pode ter como obstáculos no processo, questões geográficas, institucionais ou de consciência dos profissionais consultados. Sabe-se pouco sobre o verdadeiro acesso e viabilidade às mulheres.<sup>32</sup>

#### **1.2.4 Resolução da SES/MG (nº 4.590, de 09 de dezembro de 2014)**

O Estado de Minas Gerais, por Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.012, de 09 de Dezembro de 2014, aprova a regulamentação do funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual (SAPSVS), pelos estabelecimentos de saúde qualificados como referências na Região de Saúde, no âmbito do SUS, com várias providências, como, atendimento obrigatório e integral (Lei Federal nº 12.845, de 1º de agosto de 2013); diretrizes para o atendimento (Decreto Federal nº 7.958, de 13 de março de 2013); criação do Comitê Estadual de Gestão do Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual – CEAHVIS (Decreto Estadual nº 46.242, de 15 de maio de 2013); Justificação e Autorização para o procedimento de Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, pelo SUS (Portaria GM/MS nº 1.508, de 1º de setembro de 2005); ainda sobre a interrupção voluntária da gestação, nos crimes de “Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável [adolescente]” (Recomendação nº 01/2014 – PFDC); dispõe as regras e as diretrizes técnicas do MS relacionadas ao atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde.<sup>33</sup>

Dentro do que foi citado no parágrafo anterior, é assinada a RESOLUÇÃO SES/MG nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014, que regulamenta e aprova a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.012 de funcionamento do SAPSVS, pelos estabelecimentos de saúde qualificados como referências na Região de Saúde, no âmbito do SUS no Estado de Minas Gerais, e além de dispor várias providências, especifica outras, como, atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do

SUS (Decreto Federal nº 7.958/2013); atendimento integral e obrigatório em todos os hospitais credenciados, integrantes da rede SUS (Lei Federal nº 12.845, de 1º de agosto de 2013); instituições credenciadas ficam qualificadas para atendimento, emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.<sup>33</sup>

Dentro dos critérios estabelecidos por esta Resolução (RESOLUÇÃO SES/MG nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014), para credenciar e definir as instituições como serviço qualificado para oferecer atendimento às vítimas de violência sexual, os municípios do Estado de Minas Gerais com maior nº de habitantes, municípios sede de Região de Saúde, municípios que recebem incentivo federal para ações relacionadas ao combate e prevenção a DST/Aids, municípios que possuam Centro Viva Vida, municípios que possuam unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais, municípios que possuem maternidades do sistema estadual no atendimento à gestante de alto risco e instituições que compõem a rede cegonha estadual. A Resolução ainda cita que na eleição dos critérios foram observados os níveis de assistência e os diferentes profissionais que atuarão em cada unidade de atendimento, segundo normas técnicas e protocolos adotados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça.<sup>33</sup>

Ainda dentro da Resolução SES/MG nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014, referindo às competências, compete à SES/MG disponibilizar os antirretrovirais de acordo com preconização e fornecimento do MS; disponibilizar as sorologias para sífilis, anti-HIV e hepatites do tipo B (HBSAg) e C (anti-HCV) fornecidas pelo MS de acordo com o cadastro no SISLOG; articular e promover a capacitação dos profissionais da saúde dos hospitais de referência de acordo com o decreto federal e decreto Estadual. Compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir atendimento nos hospitais de referência; garantir a distribuição de anticoncepção de emergência fornecida pelo MS e disponibilizado pelo SES/MG; garantir fornecimento de vacina contra hepatite B; garantir o fornecimento de imunoglobulina humana anti-hepatite B; garantir fornecimento dos medicamentos para DST's, conforme a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. E completando, as competências às instituições referências para o atendimento às vítimas de violência sexual, o acolhimento; atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa

humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito; informação prévia à paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; realização de anamnese e preenchimento de prontuário; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do MS; exames laboratoriais necessários; preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências; orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.<sup>33</sup>

### **1.3 ACOLHIMENTO/SEGUIMENTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Em 1999 foi lançada a norma técnica de Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes que despertava e normatizava a formação dos serviços. Mesmo assim há diversas dificuldades para obter acolhimento em situações de abortamento. Já em 2005 e 2011, a norma sofreu atualização e passou a desobrigar a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal (IML) por mulheres que desejam interromper a gravidez em situações de violência sexual; torna-se necessário apenas o consentimento escrito da mulher.<sup>32</sup>

A priori, vítimas de estupro não necessitam apresentar BO em atendimento hospitalar, porém nessas situações, os profissionais sondam a veracidade de tal ato. O processo é então demorado, burocrático e a vítima precisa relatar o acontecido. Por conseguinte, a circunstância pode ser interpretada como violência institucional e de gênero.<sup>30</sup>

A lentidão no emprego do abortamento não é justificada somente pela burocracia. Há procedimentos de avaliação da paciente que incluem exame de sangue, ultrassonografia, exame médico e relato da mesma para comparação por outros

profissionais.<sup>30</sup> É preciso haver conexão de causalidade entre os exames clínico, sangue, ultrassonografia e a data da violência, para evitar equívocos e “confirmar a fala”. Arelado a isso, têm-se ainda, o descrédito e a responsabilização da mulher pelo estupro.<sup>17</sup>

Diante do bloqueio da gravidez por estupro, a ultrassonografia é um desafio por atrelar um aspecto visual ao feto e conseqüentemente interferir nos valores subjetivos e interpretações do estado gestacional das gestantes e dos profissionais. Farias et al (2011) cita oportunamente que, movimentos favoráveis a não realização do aborto utilizam dessas imagens e implicam no acesso aos casos previstos por lei, assim como na avaliação de assistente social como da psicologia.<sup>17</sup>

Constatou-se duas condições que dificultam o funcionamento dos serviços de aborto legal. Primeiramente, há número reduzido de profissionais disponíveis para realizar o procedimento. Em segundo lugar, é preciso capacitar a equipe no que tange legislação e garantias dos direitos em saúde sexual e reprodutiva. Ademais, não há espaços específicos para atendimento e a internação isolada de puérperas e recém-nascidos.<sup>32</sup>

O relato da vítima deveria ter credibilidade e excluir a possibilidade da mesma produzir provas contra si mesma. No entanto, na realidade, há divergência entre os objetivos dos serviços de saúde e justiça criminal.<sup>30</sup>

Até 2012 existiam no Brasil 65 serviços habilitados a atender casos de abortamento previstos em lei, distribuídos em 26 estados.<sup>34</sup> Hoje, só Minas Gerais possui 87 serviços credenciados pela SES/MG, para o atendimento integral à vítima de violência sexual. Segundo documento do Ministério da Saúde,<sup>35</sup> a Portaria MS/GM 1.508/2005 determinou que o BO deixasse de ser exigido para o acesso aos serviços oferecidos pelo programa. Um efeito prático desejado por essa norma é minimizar o constrangimento e a dificuldade que muitas mulheres enfrentam para realizar o procedimento. Cumpre notar, também, que a dispensa do BO não implica que a vítima não deva ser orientada pela(o) profissional de saúde a tomar as providências legais cabíveis, a fim de punir seu agressor, mas, caso não o faça, não pode ter seu direito cerceado.

A Lei 12.845/2011,<sup>34</sup> dispõe sobre a assistência obrigatória e integral a pessoas em situação de violência sexual. Essa lei prevê, em seu artigo 1º, que a rede hospitalar do

SUS deve atender às vítimas de violência sexual de forma absoluta, emergencial e com equipe multiprofissional, a fim de controlar e tratar as consequências físicas e psíquicas decorrentes da violência sofrida, abrangendo, entre diversos serviços, a prática de profilaxia da gravidez e, se for o caso, o abortamento. Em que pese as críticas por parte de certos grupos da sociedade<sup>36</sup> quanto à regulamentação desse ato normativo,<sup>6</sup> o programa representa um avanço do cuidado humanizado e dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual. Infelizmente o que se vê na prática está muito distante destas teorias.

#### **1.4 LEGISLAÇÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Análises jurídicas atrelam ao estigma do aborto, associado a alegações morais e religiosas, uma limitação e protelação em considerar argumentos da saúde pública sobre os desdobramentos do aborto inseguro.<sup>25</sup>

O Aborto é criminalizado no Brasil desde 1830, legalmente pelo Código Criminal do Império, (art. 128, incisos I e II)<sup>5</sup>, e somente em 1940 institui-se exceções: casos decorrentes de estupro e situações de risco de morte materna. Foi incorporado em 2012, pelo Supremo Tribunal Federal, os casos de gestação com fetos anencefálicos, sem necessidade de autorização judicial.<sup>16,22,23,32,37</sup>

Posteriormente em 2015 e 2016, o Senado Federal operou audiências públicas, decorrente da Sugestão Legislativa (SUG) número 15 de 2014. Estas citam à instrução da proposta de legalização do aborto, pelo SUS, no tempo de até 12 semanas. Recusas e aceite por senadores, apoiadores virtuais, manifestações contrárias e favoráveis marcaram o desenrolar dessa pauta. A quinta, e até o momento a última audiência, datada de abril de 2016, ainda não apresentou posição do relator.<sup>16</sup>

O Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu parâmetros referentes à interrupção da gestação de anencéfalo por meio da Resolução n.1989 de 10 de maio de 2012. Enquadram-se “duas fotografias, identificadas e datadas, uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência de calota craniana e de parênquima cerebral identificável; laudo assinado por 2 médicas(os), capacitadas(os) para tal diagnóstico”.<sup>32</sup>

Nos casos de interrupção da gestação por risco de vida, não é necessário interpretar que a mulher esteja à beira da morte, visto que é possível a realização do abortamento para prevenir situação futura que exponha a perigo a vida da gestante, incluindo aqui doenças que confirmem alta taxa de mortalidade materna, que existiam antes da gravidez. Este tipo de decisão em interromper uma gestação é sempre extremamente difícil, onde a maior parte das médicas(os) evitam tomá-la. Diante da gestante, na consulta pré natal, deve-se verificar se a mesma é portadora de doença crônica avançada e grave, que pode piorar na gestação, que estão entre elas: gravidez ectópica; mola hidatiforme; neoplasia maligna que necessita de tratamento cirúrgico, radioterapia e/ou quimioterapia; insuficiência cardíaca congestiva classe funcional III-IV com doença cardíaca congênita ou adquirida com hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica refratária a tratamento; hipertensão arterial crônica grave e com evidência de dano orgânico; lesão neurológica grave que piore com a gestação; lúpus eritematoso com dano renal grave refratário a tratamento; diabetes mellitus avançada com dano orgânico; insuficiência respiratória grave demonstrada por existência de pressão de oxigênio maior que 50 mmHg e saturação sanguínea de oxigênio maior de 85%; ou ainda qualquer outra patologia que coloque em grave risco de vida a mulher grávida ou provoque risco permanente à sua saúde, fundamentado em evidências de um comitê médico. Cabe nessas situações, exclusivamente, a mulher decidir pela interrupção da gravidez, após ser informada da sua real situação. Este tipo de aborto não requer intervenção do poder judiciário, se tratando de uma decisão médica com a participação da gestante. É recomendável que duas(dois) médicas(os), diferentes daquela(e) que irá praticar o ato do aborto, atestem, por escrito, a condição de risco da gestante que justifique a interrupção e também um termo de consentimento livre e esclarecido por parte da paciente, mostrando que está ciente de seus riscos e concordando com a decisão.<sup>29</sup>

No Brasil, o aborto é crime, previsto no Código Penal, Título I (“Dos crimes contra a pessoa”), Capítulo I (“Dos crimes contra a vida”), da Parte Especial. Essa legislação protege a vida do feto, sem fazer distinção entre embrião, óvulo fecundado e feto. O feto não é considerado pessoa perante o direito civil, mas sua existência fundamenta normas penais que, pelo princípio do direito à vida, o protegem. A interrupção voluntária de gestação, que implique morte do embrião ou feto, independentemente do estágio de desenvolvimento em que se encontre a gestação, é considerada legalmente como aborto. O aborto legal no Brasil, é liberado em 3 condições,



duas delas previstas no art. 128 e incisos do Código Penal e outra em um julgamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF): Aborto necessário ou terapêutico (previsto no art. 128, I): se não houver outro meio de salvar a vida da gestante, o médico que pratica o aborto não é punido; aborto sentimental ou humanitário (descrito no art. 128, II): regulamenta a prática do aborto nos casos em que a gravidez resulta de estupro; e a interrupção de gestação de fetos anencéfalos, que é a terceira e mais recente forma de aborto permitida no país desde que o Supremo Tribunal Federal julgou procedente a ADPF n. 54. Qualquer outra forma de aborto no Brasil é considerada crime, tipificado nos artigos 124 e 126 do Código Penal.<sup>14</sup>

### **1.5 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Dilemas sobre saúde reprodutiva, tal como interrupção da gestação, contracepção, são as mais elencadas na prática médica. Sabe-se que a objeção de consciência tem previsão em vários atos normativos ou códigos profissionais consubstanciados pela Constituição Federal, com o escopo de resguardar a integridade moral, social, religiosa e ética do indivíduo em situações contrárias a seus princípios morais. Este direito é certificado pelo Pacto Internacional acerca dos Direitos Civis e Políticos, respaldado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos.<sup>38</sup>

A objeção de consciência é um direito garantido pela liberdade individual. O direito de não ser obrigado a realizar quaisquer procedimentos em que possam ser violadas convicções de foro íntimo precisa ser reconhecido como legítimo, afora por encargos legais compulsórios. A objeção de consciência e a não realização de um procedimento médico, não pode violar o direito da paciente, logo é obrigação ética enviá-la a outro profissional.<sup>14</sup>

A objeção de consciência se define pela possibilidade de recusar realizar certo procedimento legal, recorrendo ao imperativo de sua consciência. Entre as justificativas éticas admitidas nos apelos à objeção de consciência, a mais significativa é o respeito à integridade moral do indivíduo.<sup>14</sup>

Em medicina, o reconhecimento da objeção de consciência se baseia no princípio da tolerância à diversidade moral. Esse princípio dispõe que precisa ser considerada a

visão moral de outros indivíduos e que as crenças éticas não podem ser impostas, porém é questionável a razoabilidade deste no que se refere a padrões estabelecidos.<sup>14</sup>

Mesmo que a objeção de consciência autorize a(o) médica(o) se negar realizar algum procedimento, não é autorizada(o) legalmente dispensar o termo de consentimento livre e esclarecido. É claro perceber, que a objeção de consciência não é aceita se padrões éticos não forem seguidos. Mesmo quando se refere a práticas estabelecidas pela ética médica, a objeção baseada na consciência tem peso moral relevante. Todavia, a dignidade e o bem estar também têm limites, como por exemplo, a autonomia da(o) paciente, e não se aceita que médicas(os) tenham maior ou menor livre permissão para se isentar do cuidado da(o) paciente. Nesta linha, Chervenak e McCullough<sup>23</sup>, descrevem argumentos éticos em casos de interrupção da gestação e apontam que a(o) médica(o) tem obrigação ética de informar adequadamente a paciente e encaminhá-la, em tempo, para outro profissional, mesmo que ela(e) apresente objeção de consciência à realização do aborto.<sup>14</sup>

Princípios éticos de beneficência e autonomia são os quesitos que devem embasar o encaminhamento da paciente. Baseando-se na beneficência, há compromisso de agir sempre em busca de atendimento específico que melhor atenda à necessidade da paciente. Respeitando este princípio de beneficência, o encaminhamento direto deve ser feito, se uma paciente opta pela interrupção da gravidez por estupro ou malformação fetal letal e a(o) médica(o) assistente manifeste objeção de consciência para realizar o processo. A obrigação ética da busca de atendimento em serviço referenciado especializado para a complexidade do procedimento é primordial. O encaminhamento deve ser feito de maneira direta quando a(o) médica(o) assistente se julgar inapta(o) para atender especificamente a esse tipo de caso. Esse encaminhamento médico é associado a comunicação direta com a(o) médica(o) ou serviço referenciado, para que a paciente receba todo o atendimento necessário em tempo hábil para a resolução de seu problema, assegurando assim o dever médico de que a paciente receba o cuidado médico adequado. A(o) médica(o) tem o direito à objeção de consciência, mas não tem o direito de negar encaminhamento adequado.<sup>14</sup>

Baseado no princípio da autonomia, em países onde o aborto é legal, a interrupção de gravidez normal em mulher saudável é permitida. Nos locais em que o aborto de gravidez normal em mulher saudável é legalmente permitido, devem ser respeitadas a escolha pessoal e as crenças de cada mulher. Não existe a obrigação ética de assegurar o

encaminhamento direto nesses casos, mas ele é permissível. Nos países em que a interrupção da gestação é permitida e não é ilegal, a(o) médica(o) precisa se preocupar com a proteção da paciente no que diz respeito a possíveis danos à sua fertilidade, à sua saúde ou mesmo à sua vida, por isso, é aconselhável que oriente a paciente buscar organizações de cuidados à saúde que efetuem o aborto de forma segura e adequada.<sup>14</sup>

Nos casos de aborto legal, a(o) médica(o) não pode ser punida(o) pela lei, salvo no caso de risco de morte imediato para mãe, exigir por qualquer forma, que a médica(o) pratique o aborto contrário à sua convicção. Também o Código de Ética Médica, diz ser direito do médico, recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. Nessa situação, cabe ao diretor técnico da instituição encontrar, entre as(os) médicas(os) do corpo clínico, uma(um) que possa realizar o procedimento sem se sentir afetada(o) no preceito do artigo citado. Portanto, o aborto em caso de estupro não é considerado crime, nem para a gestante, nem para a(o) médica(o), nem para qualquer pessoa que participe, sendo dispensável a comunicação da violência à autoridade policial, o processo penal ou a sentença condenatória. Também não é exigida qualquer intervenção judicial para autorizar o procedimento, nem mesmo exigir boletim de ocorrência. Basta a convicção médica e a confiança na paciente, registrando em prontuário e respeitando o regimento da unidade hospitalar.<sup>39,40</sup>

No entanto, há conflitos à medida que tal direito impede o acesso da(o) paciente à abordagem médica necessária. Torna-se então, não absoluto, quando há prejuízo à saúde de outras pessoas.<sup>41</sup> Não há abono de imposição de crenças quaisquer mediante necessidade de prestação de serviços garantidos por lei.<sup>38</sup> Desse modo, o direito à objeção de consciência encontra limites, não sendo possível aos profissionais invocá-lo nas situações consideradas de urgência, quais sejam: risco de morte da gestante; abortamento juridicamente permitido; ausência de outro(a) profissional que o faça; possibilidade da mulher de sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão da(o) profissional, e complicações decorrentes de abortamento inseguro.<sup>42</sup>

Dados revelados em estudo de Camargo e colaboradores,<sup>43</sup> se observou que as(os) profissionais de saúde têm pouco conhecimento sobre a utilização da objeção de consciência no contexto do aborto legal no Brasil. Verificou-se, também, que o vínculo entre objeção de consciência e aborto legal é escassamente abordado pelos autores acadêmicos, e que esses, quando o fazem, estabelecem sua conexão apenas com os

códigos de ética profissionais, em particular das áreas de enfermagem e medicina. Ademais, os autores do estudo sugerem a inserção do termo “objeção de consciência” como descritor controlado, a fim de ampliar as investigações sobre o tema.

O Ministério da Saúde definiu diretrizes para abordagem de mulheres vítimas de violência sexual e aborto legal. Estas normatizam que médicas(os) possuem, individualmente, o direito de objeção de consciência ao exercício abortivo, desde que haja outro médico para prestar atendimento, se não houver risco de dano ou morte. No Brasil, essa situação pode representar uma dificuldade na demanda de mulheres que querem interromper a gestação, visto subordinação de ser em serviço público.<sup>25</sup>

Há situações de ignorância quanto à normativa a despeito da não culpabilidade por realizar o abortamento em mulher por prenhez oriunda de uma violência sexual. Entretanto, existem também as(os) médicas(os) que tem ciência e mesmo assim repulsam proceder com o aborto pela desconfiança da veracidade da situação de fecundação. Relata-se discurso de desconforto por parte de profissionais médicas(os) em participar da realização do ato. Sabe-se também na descrição de Farias e Cavalcanti 2012, que assistentes sociais prestaram acompanhamento de mulheres nessa situação pela garantia legal. Desta maneira, uma vítima de estupro que engravidou pode deparar com repulsão no ambiente hospitalar decorrente do antagonismo entre a norma penal e a premissa da liberdade ética das(os) profissionais.<sup>30</sup>

O compromisso de consciência é contraditório à objeção de consciência e tem potencial de transpor as barreiras culturais e religiosas no enfrentamento do aborto. Deve haver alegação médica, nos casos de recusa, associada a encaminhamento da gestante para outro profissional.<sup>25</sup>

De acordo com a Constituição brasileira, a objeção de consciência ao aborto, refere se à recusa por parte das(os) profissionais de saúde ou de hospitais à prática do aborto, independentemente da licitude do ato. Neste entendimento, é reservado o direito de objeção de consciência, tanto por parte das médicas(os) como dos hospitais a se negarem realizar a prática do aborto por motivos morais, não caracterizando discriminação pelo exercício desse direito. Nos casos de abortos necessários, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, a recusa acarreta o crime de omissão de socorro, previsto no art. 128, I, e 135, do Código Penal Brasileiro. Nos Estados Unidos,

encontra-se reconhecido esse direito, em nível federal, pela Health Programs Extension Act de 1993 e, na França, pela Lei 75, de 1975, relativa à interrupção da gravidez e que regula a cláusula de consciência dos profissionais de saúde.<sup>44</sup>

A autonomia de consciência fundamenta a objeção de consciência pela independência de crença e pensamento, assim como da liberdade de expressão da mesma, assegurada pela Constituição Brasileira (5º, IV, VI, CF).<sup>44</sup>

No Brasil, a garantia jurídica da objeção de consciência é outorgada pela constituição. Essa questão foi adotada por democratas, grupos religiosos e pacifistas, baseados no fundo a liberdade de crença religiosa durante a Assembléia Nacional Constituinte (1987/ 1988).<sup>44</sup>

A objeção de consciência incita aperfeiçoamento do sistema político e jurídico, visto a necessidade de o cumprimento jurídico ser reivindicada pontualmente a liberdade de consciência garantida pelo Estado Democrático.<sup>44</sup>

## **1.6 ESTIGMATIZAÇÃO DO ABORTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

O estigma concerne à forma de como as pessoas percebem outras e o tocante de comportamento de repulsa percebido em terceiros pode prejudicar cuidados de saúde. No caso do aborto, tem por base a transgressão do feminino, o descontentamento sexual e reprodutivo. Tal circunstância engloba mulheres que abortam, profissionais da saúde que assistem, acompanhantes e simpatizantes. Há silêncio, desconforto e consequências emocionais.<sup>25</sup>

Especificamente no caso de profissionais de saúde que executam o aborto, mesmo ancorado pela lei, há consideração de desqualificação, ilegitimidade, desvio de conduta, “trabalho sujo” e famigerados por moral duvidosa. Isso justifica a postura de objeter por temer uma estigmatização pessoal, discriminação ou assédio. Em contrapartida, há os que acatam seu dever ético de prestar esse serviço específico.<sup>25</sup>

## 1.7 BIOÉTICA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O aborto é tema contestado na bioética e encontra dificuldade em ser confrontado por argumentos polêmicos, pelo caráter espetacularizado e pelo aparelhamento destinados à disputas políticas e institucionais, permeado por debates morais e disputa de pertencimento institucional da questão.

A discussão bioética mais evidente na temática do aborto gira em torno do contraste entre princípios de sacralidade da vida, com argumentos religiosos e laicos, e autonomia da mulher. Floresce então, no campo da bioética, os questionamentos sobre a moral como justificativa do ato, as bases para a discussão legislativa, a tratativa como dilema moral e se é de cunho do Estado a designação do que é do aspecto moral.<sup>16</sup>

A Ética, para Aristóteles, precisa de flexibilidade e atuar no campo da práxis e transparecer o que é. Para Tomás de Aquino, o princípio conecta-se a primazia, que segue uma ordem cronológica, espacial, axiológica ou ontológica. Os princípios são categóricos e retirados da conduta moral. No entendimento de Immanuel Kant, o conhecimento por princípios permite, por conceitos, o individual no Universo. John Stuart Mill colabora na perspectiva e defende a necessidade dos princípios para guiar a moralidade dos atos.<sup>45</sup>

A ideia original de V. R. Potter foi criar uma nova disciplina, a Bioética, que permitisse reunir o âmbito dos fatos e dos valores, o domínio das ciências e das humanidades, a fim de buscar saídas, ou ao menos caminhos, que pudessem servir de guia no complexo labirinto formado pela sociedade contemporânea, produto da fusão entre a revolução científica e a industrial.<sup>46</sup>

Reivindicava-se uma “terceira cultura”, na qual a ciência e as humanidades pudessem convergir para responder às novas interrogações suscitadas pela aplicação das novas tecnologias. O próprio criador da bioética a definiu como uma ponte entre as duas culturas, afirmando que a “humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o ‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida”.<sup>47</sup>

Na obra de Potter, “Bioética: Ponte para o Futuro”, a intenção era contribuir para o futuro da espécie humana por promover a formação de uma nova disciplina, a disciplina da “bioética”. Se existem “duas culturas” que parecem incapazes de dialogarem entre si - a ciência e as humanidades - podemos construir uma “ponte para o futuro” por edificar a disciplina da bioética como uma ponte entre as duas culturas.

Como ramificação da ética, a bioética segue a condição inter e transdisciplinar com contribuição de áreas biomédicas, humanas e sociais, filosofia, medicina, biologia, direito, antropologia, sociologia, teologia e outras. Mediante conflitos morais relacionados à ética da vida, a bioética lança mão dos princípios para nortear as discussões.<sup>45</sup>

Os quatro princípios: respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, propostos em 1979 por Tom Beauchamp e James Childress, são orientações para direcionar profissionais nas relações com pacientes e em estudos biomédicos. Esses princípios norteiam a tomada de decisão moral.<sup>45</sup>

A bioética tem funções normativas de condição da atitude ética e teórica, crítica e analítica. Mesmo assim, não apresenta soluções concretas pelas diversidades morais envolvidas em cada circunstância. Ela abre espaço para discussão digna, multilateral e baseado em opiniões e culturas distintas.<sup>45</sup>

Uma visão distorcida se fundamenta na herança ocidental de que decisões morais dependem de princípios. Em geral, no Ocidente cada sujeito constrói princípios para si e julga outras pessoas a partir deles, de forma que toda decisão, para ser considerada correta, deve se submeter ao mesmo conjunto de princípios para si e julga outras pessoas a partir deles, de forma que toda decisão, para ser considerada correta, deve se submeter ao mesmo conjunto de princípios criados pela subjetividade e arbitrariedade de alguns que possuem a pretensão da verdade e/ou detêm poder de decisão.<sup>45</sup>

Grupos contrários à legalização do aborto trazem ideias como “defesa da vida”, “defesa da família” assim como adjetivos aversivos aos não concordantes, como “assassinos” e caracterizam como “criminosas” as mulheres que realizam o aborto e de “vítimas indefesas” os fetos. Alegam que o aborto “mata” o feto e promove sequelas físicas e psicológicas na mulher, além de ser antinatural. Estes ainda, utilizam também de

argumentos científicos, do campo dos Direitos Humanos e da distinção do ente corpo da mulher e embrião para confrontar o princípio da autonomia.<sup>16</sup>

Por outro lado, a defesa em prol do aborto legal ressalta a capacidade de autodefinição e carência de respeito à autonomia feminina em prol da cidadania, dignidade e validação de uma sociedade democrática. Neste último caso, é a garantia de igualdade de gênero, visto que tange apenas o corpo feminino e as mais prejudicadas são mulheres desprovidas de métodos seguros para interromper a gestação. Destaca-se também o aborto como problemática de saúde pública e o fato de que a proibição não intimida a prática e ainda, por sequelas, implica gastos para o SUS.<sup>16</sup>

A comunidade internacional interpela a favor da redução da mortalidade materna por abortamento inseguro, pelo desdobramento pós aborto e pela arguição legislativa quanto à criminalidade deste ato.<sup>25</sup>

Em alguns países como a Austrália, onde os direitos são mais valorizados, as mulheres sentem-se com autonomia e competência para decidirem se realizam ou não a interrupção de uma gestação, expressando assim que o aborto pode ter uma expressão positiva se a decisão foi vivenciada por elas.<sup>25</sup>

A questão do aborto é extremamente polêmica, carregando argumentos que se manifestam plenos de emotividade. Ao mesmo tempo em que o feto é classificado como ser autônomo, possuidor de vida própria, que precisa ser tutelado pela sociedade, tem seus anexos desenvolvidos como estruturas, que necessitam apenas do abrigo do ventre materno para crescimento e desenvolvimento, é também parte do organismo da mulher, que tem direito à livre disposição de seu corpo. Dentro desta polêmica, a escolha por realizar ou não o aborto, é questão de consciência da gestante e da(o) médica(o) que irá realizar o procedimento, respeitando as questões éticas e morais que envolvem o tema e das normas legais em vigor no país.<sup>14</sup>



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar a existência e os motivos da objeção de consciência, na atenção integral da saúde à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada, com desejo de interrupção da gestação, no estado de Minas Gerais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer a estrutura de atendimento das instituições credenciadas na rede de atenção à vítima de violência sexual no Estado pela portaria da SES/MG.
- Verificar a frequência de objeção de consciência nos serviços da rede de atenção do Estado de Minas Gerais.
- Identificar como a unidade procede frente a objeção de consciência de seus membros, na resolução do aborto legal, na atenção integral à mulher vítima de violência sexual.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Devido o pesquisador trabalhar na área temática da pesquisa, a escassez de informações na literatura, preocupação com a assistência integral da mulher nos casos de interrupção de gravidez prevista em lei e preocupação com o direito médico à objeção de consciência, levaram ao desenvolvimento deste trabalho.

## **4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de campo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e analítico.

### **4.2 Cenário do Estudo**

O estudo tem proposta de ser realizado colhendo dados das instituições credenciadas pela SES/MG ao atendimento às vítimas de violência sexual em Minas Gerais.

O instrumento entregue às(aos) médica(o)s coordenadora(es) das maternidades credenciadas em todo Estado de Minas Gerais.

### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

Médicas(os) coordenadoras(es) das instituições cadastradas para atendimento às vítimas de violência sexual na integralidade, no estado de Minas Gerais, pela SES.

### **4.4 Critérios de inclusão**

Como critério de inclusão na pesquisa, foi decidido inserir as instituições do Estado de Minas Gerais que são credenciadas para o atendimento integral às vítimas de violência sexual, pela Resolução SES/MG nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014, e que respondessem a solicitação, concordando com a participação na pesquisa ao responder ao instrumento da mesma e ao TCLE.

#### **4.5 Critérios de não inclusão**

Como critérios de não inclusão, as instituições que não respeitarem aos critérios de inclusão, como não responder às solicitações por ligações telefônicas ou e-mails ou aplicativo específico (WhatsApp). Também não seriam incluídas as instituições que não retornassem a Carta de Autorização para coleta de dados e o TCLE.

#### **4.6 Critérios de exclusão**

Como critérios de exclusão, as instituições que não possuam serviço de maternidade para dar a assistência obstétrica adequada e/ou as instituições que desconhecem ser credenciadas pela SES/MG para o atendimento integral às vítimas de violência sexual. Seriam também excluídos os serviços que a qualquer momento decidam não responder corretamente o instrumento ou a Carta de Solicitação de Autorização para Coleta de dados ou o TCLE.

#### **4.7 Instrumento de pesquisa**

Mediante necessidade de verificar a logística, assim como os serviços oferecidos pelas instituições credenciadas pela SES/MG a atender integralmente as vítimas de violência sexual e também a resolutividade, ou não, frente a possível objeção de consciência da equipe, criou-se um questionário com 5 perguntas estruturadas, específicas e objetivas, para colher informações agrupadas e analisadas de maneira estatística. O instrumento elaborado obedecendo os preceitos da resolução 466/12.

A primeira pergunta consta com verificação se as instituições possuem ambiente reservado e exclusivo para atendimento às vítimas de violência sexual, exames específicos para este tipo de atendimento, prevenção de DST, anticoncepção de emergência, capacitação, humanização e acolhimento no atendimento, e se dispõem de equipe multiprofissional com médicas(os), psicólogas(os), enfermeiras(os) e assistente(s) social(ais).

Na segunda pergunta questionado se as unidades já se depararam com pacientes vítimas de violência sexual, com gravidez indesejada, desejando interromper a gestação.

A terceira questão indagando, se no serviço a(o) coordenadora(or) conta com objeção de consciência de toda sua equipe, na realização de aborto legal. E na sequência, os serviços que apresentam objeção de toda equipe, como resolvem o problema.

Ao finalizar o instrumento, a quarta questão apresenta alternativas para verificar os motivos de objeção de consciência das(os) médicas(os) plantonista(s) das respectivas maternidades na realização de aborto legal.

#### **4.8 Procedimento para coleta de dados**

Foi realizada, no ano de 2018, no mês de outubro, pesquisa documental da legislação e normas da rede de assistência integral às vítimas de violência sexual pela SES/MG, na qual foi levantada a relação das instituições credenciadas na SES/MG no atendimento às vítimas de violência sexual, pela Resolução nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014. Foi verificado que, no Estado, 87 instituições são cadastradas para a realização de tal atendimento (ANEXO 4).

No período de outubro de 2018 a junho de 2019, executada a revisão de literatura para a elaboração da pesquisa. Foram consultadas as bases PubMed, Lilacs e Scielo, utilizando as Palavras Chaves: Bioética, Aborto Legal, Objeção de Consciência e Assistência às Vítimas de Violência Sexual.

A elaboração do Instrumento de Pesquisa da pesquisa foi respeitando os preceitos da Resolução 466/12 - Ética Pesquisa em Seres Humanos, do MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 3.584.672 (ANEXO 5).

A bioética foi seguida no estudo, respeitando a autonomia do participante, através da permissão para participação da pesquisa, de maneira livre e espontânea, após assinatura da Carta de Solicitação de Autorização para Coleta de dados (ANEXO 3) e TCLE (ANEXO 2).

O anonimato das informações, privacidade e a proteção dos participantes do estudo, foram asseguradas e previstas nos procedimentos, garantindo que as informações obtidas não foram utilizadas, evitando prejuízo de qualquer natureza.

Considera-se que o estudo possa ser divulgado em seus resultados, através de publicações de artigos em revistas científicas e participação em eventos científicos.

#### **4.8.1 Relação de receptividade para inclusão**

Contactou-se por telefone e e-mail, entre agosto a outubro de 2019, todos os responsáveis pelas 87 instituições do sistema estadual de atendimento à vítima de violência sexual de Minas Gerais, a fim de fazer um levantamento da estruturação da rede de atendimento integral à vítima de violência sexual, prevista na lei e programa do Estado de Minas Gerais.

#### **4.8.2 Aplicação do instrumento de pesquisa**

O instrumento foi disponibilizado, no período de outubro a dezembro de 2019, tanto por e-mail quanto por aplicativo específico (WhatsApp) para que as(os) coordenadoras(es) previamente contactadas(os), cientes e de acordo em participar da pesquisa pudessem responder (ANEXO 1). O TCLE (ANEXO 2) compõe o instrumento, o qual consta como obrigatório selecionar a ciência do mesmo para finalizar a participação.

#### **4.9 Análise estatística dos dados obtidos na pesquisa**

Os dados obtidos foram alocados em uma planilha, utilizando software específico (Microsoft Office - Excel ®) e posteriormente analisados estatisticamente segundo o teste Qui-quadrado de tabela LxC, juntamente com a análise de resíduo para tabelas de dupla entrada, e também utilizado o teste Qui-quadrado de aderência com amostras esperadas iguais para valores totais, de forma que em casos de respostas binárias foi utilizado a correção de Yates.

## 5. RESULTADOS

O estudo foi realizado com instituições credenciadas pela SES/MG, de acordo com a Resolução nº 4.590, de 09 de Dezembro de 2014, para realizar o atendimento às vítimas de violência sexual em Minas Gerais. No estado, 87 instituições são cadastradas para a realização de tal atendimento, sendo estas discriminadas no ANEXO 4. Todos os coordenadores dos serviços que constam na relação da SES/MG (n=87) foram contatados, sendo esta a amostra da pesquisa.

Do total das 87 instituições credenciadas, 49 responderam à solicitação em participar do estudo. Das 49 instituições que retornaram, 14 delas foram excluídas da análise, por informarem não possuir serviço de maternidade na instituição e/ou não saberem que são credenciadas pela SES/MG para o atendimento integral às vítimas de violência sexual.

Não foram incluídas as 38 instituições que não responderam às solicitações por ligações telefônicas, e-mails ou aplicativo telefônico (WhatsApp), pois estas não respeitaram aos critérios de inclusão da pesquisa.

Foram então entrevistadas(os), 33 médica(o)s coordenadora(es)s destas instituições, sendo que todas(os) as(os) integrantes da pesquisa concordaram e assinaram a Carta de Solicitação de Autorização para Coleta de dados (ANEXO 3) e o TCLE (ANEXO 2), respeitando os preceitos da Resolução 466/12 - Ética Pesquisa em Seres Humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 3.584.672 (ANEXO 5).

As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados referentes à primeira pergunta do instrumento, quanto à disponibilidade de serviços e estrutura das maternidades credenciadas para atendimento às vítimas de violência sexual, pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG).

**Tabela 2 – Serviços disponíveis**

<b>Análise de Resíduos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Psicólogo	1.9403	-1.9403
Médico	3.1506	-3.1506
Enfermeiro	1.9159	-1.9159
Sexólogo	-9.3552	9.3552
Assistente social	2.6389	-2.6389
<b>Nível Alfa 0.05</b>	<b>1.96</b>	
<b>Nível Alfa 0.01</b>	<b>2.576</b>	

Segundo o teste de análise de resíduo, o médico e o assistente social são os que mais estão disponíveis nas unidades, já o sexólogo é o menos disponível nos serviços, com 99% de confiabilidade.

**Tabela 3 – Estruturas disponíveis**

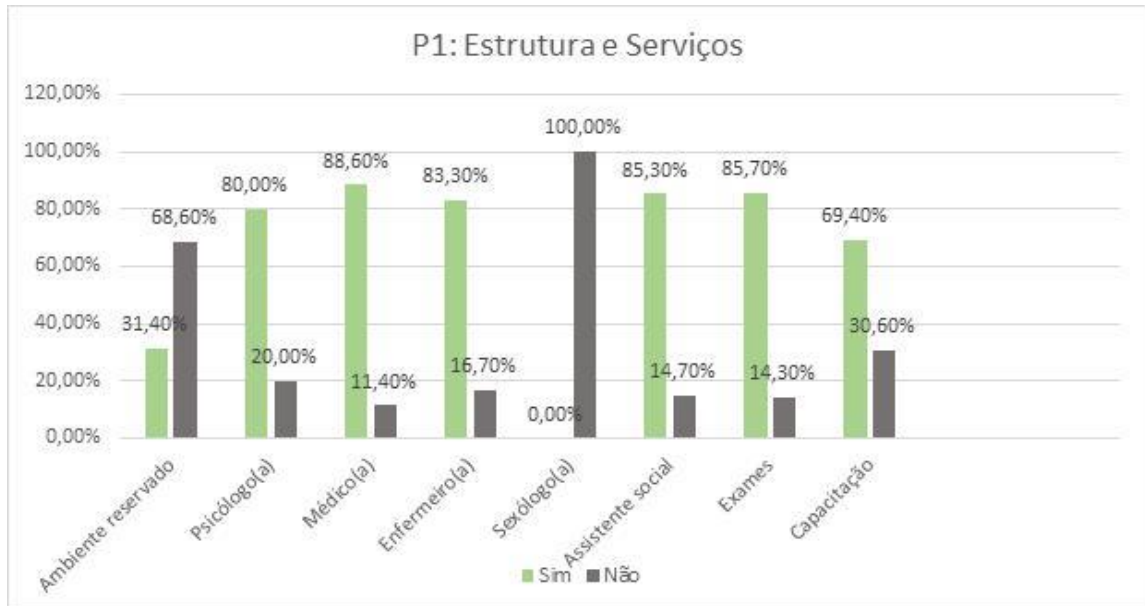
<b>Análise de Resíduos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Ambiente Reservado	-4.5985	4.5985
Exames	3.4971	-3.4971
Capacitação	1.0937	-1.0937
<b>Nível Alfa 0.05</b>	<b>1.96</b>	
<b>Nível Alfa 0.01</b>	<b>2.576</b>	

Segundo o teste de resíduo, estruturalmente pode-se afirmar que o ambiente reservado é o menos disponível nas unidades, de forma significativa, e os exames complementares específicos são os mais disponíveis, de forma significativa com 99% de confiabilidade.

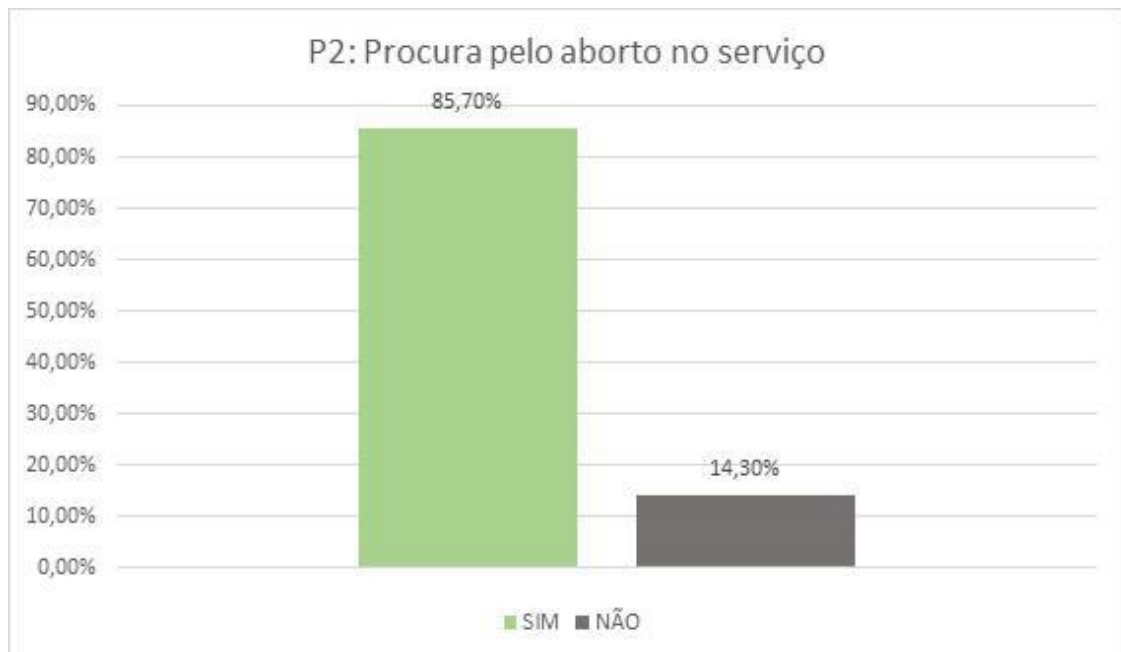
O gráfico 1 representa os resultados obtidos na pesquisa, identificando percentualmente, os serviços e estruturação disponíveis, demonstrados nas tabelas 2 e 3 nas instituições credenciadas pela SES/MG ao atendimento às vítimas de violência sexual.

Quando questionados sobre situação de atendimento à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada ou anencefalia, desejando interromper a gestação, 85,70% responderam que já se depararam com tal circunstância, ao passo que 14,30% marcaram não, conforme gráfico 2; estatisticamente significativa com  $p < 0.00001$  e Qui (yates) = 16.457 para análises de respostas binárias.





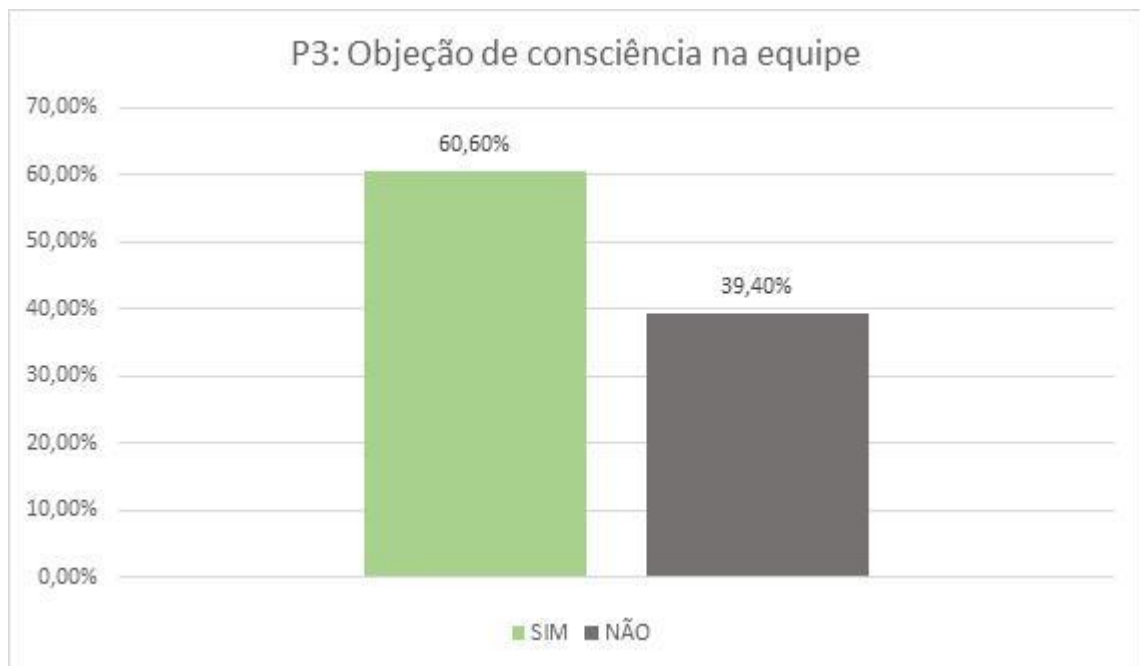
**Gráfico 1: Representação gráfica dos serviços e estruturas disponíveis demonstrados nas tabelas 2 e 3.**



**Gráfico 2: Situações de atendimento à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada ou anencefalia, com desejo de interromper a gestação.**

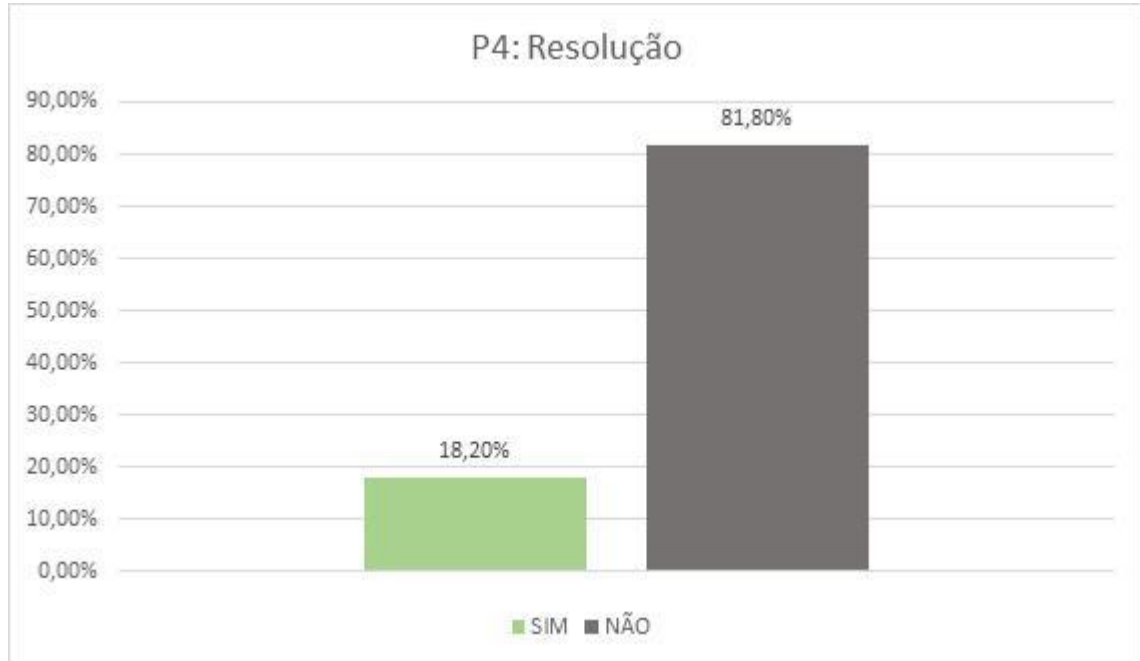
Sobre a objeção de consciência (gráfico 3), na realização de aborto legal, de toda a equipe, 60,60% das(os) coordenadoras(es) das maternidades credenciadas ao

atendimento de vítimas de violência sexual pela SES/MG responderam que há objeção de consciência nessa conjunção, e 39,40% responderam que não. Mesmo não havendo significância estatística com  $p = 0,0817$ , este dado trata apenas de identificação da objeção de consciência e direcionamento para responder à pergunta 4, representada no gráfico 3, que demonstra a sequência do dado analisado.



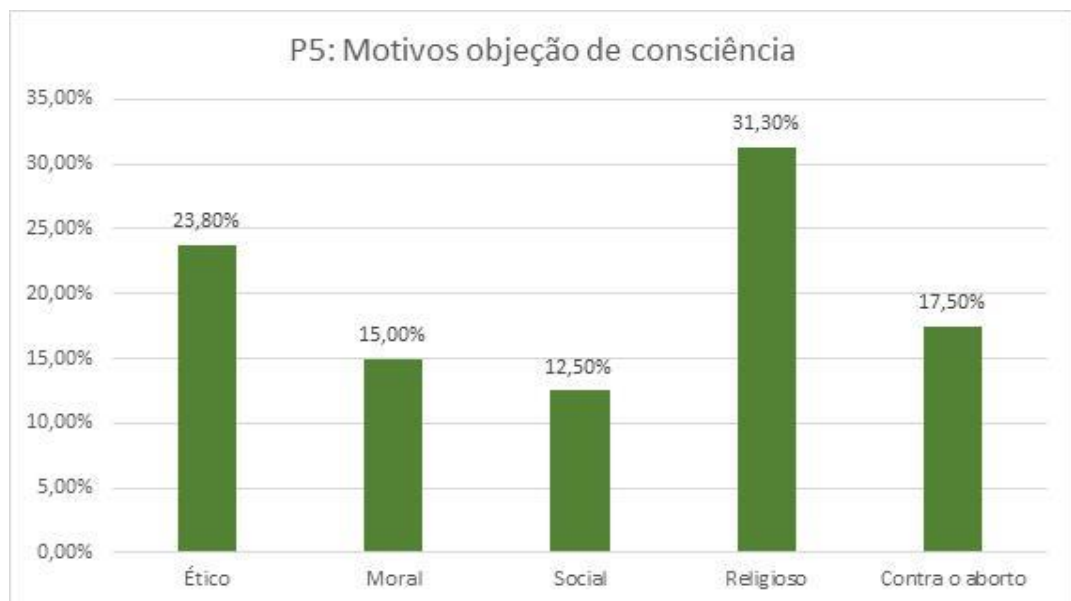
**Gráfico 3: Objecção de consciência de toda equipe na realização de aborto legal segundo coordenador de maternidade credenciada pela SES/MG.**

O gráfico 4 apresenta o percentual referente à resolução ou não, somente dos que afirmaram já ter tido demanda de desejo de abortamento legal em atendimento de vítima de violência sexual. Dos 18,20 % que responderam “sim”, inclui-se a realização do ato médico do aborto; já os 81,80% que não resolveram, foram tomadas medidas de encaminhar o problema para ser resolvido pela administração do hospital, ou para hospital referenciado, ou ainda orientar a própria paciente procurar outro serviço. O dado é significativo com  $p=0,0056$  e Qui (yates) = 7.682 para análises binominais.



**Gráfico 4: Desfecho das demandas positivas de desejo de abortamento legal em vítimas de violência sexual nas maternidades credenciadas pela SES/MG.**

Os motivos da objeção de consciência das(os) médicas(os) plantonista(s) nas maternidades credenciadas para atendimento de vítima de violência sexual da SES/MG, apontados, foram significativos ( $p= 0,058$ ), 23,80% ético, 15% moral, 12,50% social, 31,30% religioso e 17,50% contra o aborto sempre, conforme o gráfico 5.



**Gráfico 5: Motivos da objeção de consciência das(os) médicas(os) plantonistas das maternidades credenciadas.**

## 6. DISCUSSÃO

Como o objetivo da pesquisa é verificar a existência e os motivos da objeção de consciência na atenção integral da saúde às vítimas de violência sexual no Estado de Minas Gerais, os resultados obtidos nos permitiram identificar e analisar estatisticamente; cabendo neste momento discutir sobre a estruturação da rede e quais os serviços preconizados na lei estão sendo praticados em cada unidade de referência do Estado, dentro do que a portaria da SES/MG preconiza.

Pelos dados encontrados na SES/MG, foram identificados 87 serviços credenciados ao atendimento às vítimas de violência sexual, sendo que 14 deles foram excluídos da pesquisa, não entrando estatisticamente no resultado e não tendo respondido ao instrumento de coleta de dados, por não possuírem maternidade e não prestar este tipo de atendimento, ou seja, 16,09% do total das instituições credenciadas foram excluídas da análise. Este é um dado relevante que merece ser debatido, pois são mais 16,09% dos hospitais ou municípios que são credenciados, mas não prestam o serviço que foram habilitados.<sup>33</sup>

Pelas tabelas 2 e 3, consegue-se perceber a deficiência e desestruturação que é essencial no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual em Minas Gerais. Os resultados apontam que os serviços não cumprem o básico, que seria ambiente reservado, exclusivo para este tipo de atendimento, sigiloso, privativo e humanizado. Estas mulheres chegam em maternidades que recebem pacientes em trabalho de parto, com suas famílias e acompanhantes, na maioria das vezes com recepções lotadas e sem preparo algum para o atendimento à mulheres fragilizadas e vitimizadas.<sup>32</sup>

Se somarmos o número de instituições que não possuem estrutura adequada para o atendimento à estas pacientes (68,60%), as que foram excluídas da análise (16,09%), chegamos a 84,69% que não estão estruturadas para atender as vítimas de violência sexual em sua integralidade, no Estado. Ainda dentro destes resultados, é possível verificar que 11,4% dos serviços não possuem médicas(os) e 16,7% nem enfermeiras(os), que seria o mínimo esperado em uma unidade de atendimento às vítimas de violência sexual.<sup>33</sup>

Analisando os serviços prestados, 14,7% deles não possuem exames específicos, prevenção de DST e anticoncepção de emergência, que também são condições básicas e primordiais dentro da Resolução SES/MG N° 4.590, de 09 de dezembro de 2014, para o atendimento às vítimas de violência sexual. Além disso os serviços precisam estar em constante atualização, com capacitação, humanização e acolhimento a estas mulheres, sendo que 30,6% deles negaram este tipo de educação continuada.

A falta de estruturação e de serviços específicos, verificadas na coleta de dados das instituições de Minas Gerais, corrobora com a literatura, que constata as dificuldades no funcionamento dos serviços de aborto legal, com falta de capacitação das equipes e escassez de espaços específicos para atendimento e internação isolada.<sup>32</sup>

Dos serviços de Minas Gerais pesquisados e credenciados ao atendimento às vítimas de violência sexual, 85,7% deles (gráfico 2) já se depararam em situações de atendimento, com mulheres que procuraram o serviço para interromper a gestação de forma legal, seja por violência sexual ou por anencefalia, ou seja, o problema é comum e o direito da mulher sendo violado, como previsto em lei, nos casos de estupro, anencefalia e situações de risco de morte materna, sendo nas três situações, sem necessidade de autorização judicial.<sup>37</sup>

Analisando os serviços de Minas Gerais que são credenciados para o atendimento às vítimas de violência sexual na integralidade, incluindo realizar o aborto legal, foram pesquisadas as instituições para verificar se há objeção de consciência de toda equipe. Este questionamento foi inserido no instrumento, pois se houver objeção integral da equipe, o aborto legal não será realizado; e o resultado identificou que 60,6% delas apresentaram objeção de consciência de toda equipe (gráfico 3), ou seja, nestes serviços o problema da paciente não é, e provavelmente não será resolvido. A relevância deste item no trabalho é de grande importância, pois evidencia que mais da metade dos serviços credenciados não realizam o ato médico do aborto legal, por possuir objeção de consciência para este procedimento, em toda equipe. Este fato entra em concordância com os trabalhos publicados, que o Brasil conta com número reduzido de profissionais disponíveis para realizar o procedimento.<sup>32</sup> Nota-se claramente com isto, o conflito entre a(o) médica(o) que tem o direito de não realizar o ato do aborto e a mulher que tem direito ao aborto legal. Identificar este índice, em nível nacional, é essencial para criar focos de discussão política, para uma real assistência integral à mulher.

A pesquisa procurou verificar como as(os) coordenadoras(es) das maternidades credenciadas agem quando há objeção de toda equipe na realização do aborto legal. Para isto foi necessário identificar as maternidades onde a objeção de consciência é fator comum em toda equipe, ou seja, nos hospitais onde toda equipe tem objeção de consciência na realização do aborto legal e o problema da paciente não é resolvido. Se além do resultado obtido de 60,60% de serviços que apresentam objeção de consciência integral da equipe (gráfico 3), somar os 16,09% dos hospitais que foram excluídos da pesquisa, chega à estatística de 76,69% dos serviços que não resolvem um problema que deve ser resguardado por lei.

Verificando o desfecho da solicitação das mulheres, que optaram pela realização do aborto legal nas instituições credenciadas de Minas Gerais, respeitando a lei e o desejo de resolver seu problema, 18,2% das(os) coordenadoras(es) das maternidades credenciadas, responderam que quando se depararam com mulheres optando pelo aborto legal, realizaram o ato médico do aborto, mas em contrapartida, 81,8% delas(es) não efetuaram o desejo das pacientes, ou seja, 81,8% destas mulheres foram privadas da realização do procedimento que buscaram e que deveria ser coberto pela lei (gráfico 4). Quando por objeção de consciência de toda equipe, as(os) coordenadoras(es) encaminharam o problema para ser resolvido pela administração do hospital ou para outro serviço credenciado, previamente combinado ou explicaram para a paciente que não possuem médicas(os) que realizam o aborto legal na instituição, deixando as pacientes sem encaminhamento e sem solução para seu problema. A pesquisa ratifica a literatura sobre o assunto, onde essa situação pode representar dificuldade na demanda de mulheres que querem interromper a gestação.<sup>25</sup> Há situações que médicas(os) desconhecem a normativa a despeito da não culpabilidade por realizar o abortamento legal. Entretanto, existem também as(os) que repulsam proceder o ato do aborto pela desconfiança da situação de gravidez ou desconforto neste tipo de procedimento.<sup>30</sup> Independente da condição que leva a(o) profissional se tornar objetora(or) de consciência, precisa ser respeitada em sua decisão, por estar dentro do seu direito médico de recusar-se realizar atos médicos, que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.<sup>48</sup>

A falta de estruturação e de serviços específicos, identificados na pesquisa (tabelas 2 e 3), somada à objeção de consciência de toda equipe (gráfico 3), e a não realização do

aborto legal (gráfico 4), vão na contramão do que está disposto na Lei 12.845/2011,<sup>33</sup> que discorre sobre a assistência obrigatória e integral à pessoas em situação de violência sexual. Como citado anteriormente neste mesmo trabalho, essa lei prevê, em seu artigo 1º, que a rede hospitalar do SUS deve atender às vítimas de violência sexual de forma absoluta, emergencial e com equipe multiprofissional, entre diversos serviços, se for o caso, o abortamento legal. Este tipo de programa representa um avanço no cuidado humanizado e nos direitos das mulheres vítimas de violência sexual,<sup>6</sup> mas o que foi verificado na pesquisa, em termos estatísticos, é que a prática ainda está distante do preconizado na lei.

Como já transcrito no texto, a objeção de consciência é um direito médico, em se opor realizar procedimento ou atendimento que não condizem com suas convicções moral, ética, social ou religiosa.<sup>48</sup> Nesta ótica, a pesquisa identifica dentre os itens mais relevantes, o quesito religião prevalece dentre os vários motivos que médicas(os) são objetoras(es) de consciência, como evidenciado no gráfico 5. Entre os vários motivos que levam as(os) médicas(os) serem objetoras(es) de consciência na realização do aborto legal, a literatura cita o estigma social<sup>25</sup> como o maior obstáculo à realização deste procedimento, mesmo onde o ato médico do aborto é previsto em lei com políticas, resoluções e protocolos para o seu atendimento. Estas limitações esbarram nas ambiguidades e inseguranças dos profissionais na tradução prática da lei, seja por sentirem uma enorme responsabilidade o fato de terem de aplicar os critérios de elegibilidade e evitar possíveis consequências legais; seja por medo de serem rotulados pejorativamente como aborteiros e carregarem o estigma de agentes da morte. Há ainda os que recusam assistência ao abortamento por temerem situações de violência de políticos, população e religiosos que são contra o aborto, estando nesta citação os obstetras americanos e brasileiros. Contrariando a literatura citada,<sup>49</sup> a pesquisa no Estado de Minas Gerais verificou que o motivo mais relevante de objeção de consciência é o religioso (31,3%), seguido do ético (23,8%), em terceira posição as(os) médicas(os) contra o aborto sempre (17,5%), posteriormente o motivo moral (15%) e o social ocupando o último motivo de justificativa dos médicos em serem objetores de consciência na realização do aborto legal (gráfico 5).<sup>25</sup>

Nesta mesma linha, Soares<sup>26</sup> verificou, em seu estudo, que a dificuldade de identificar profissionais de saúde dispostos a atuar em serviços de abortamento legal é um

dos principais obstáculos para a instauração desse tipo de assistência na rede hospitalar. Segundo a autora, tais dificuldades devem-se a diversos fatores, entre eles: o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da legislação vigente sobre aborto legal; a forte influência dos valores ético-religiosos sobre esses profissionais, que na maioria das vezes não conseguem desvincular a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; o repúdio de serem tachados de “aborteiros”. A pesquisa confirma isto, como pode-se analisar no gráfico 5, principalmente a influência ético-religiosa, que juntas, correspondem a 55,1% dos motivos de objeção de consciência na realização do ato profissional do aborto legal em Minas Gerais.

Autores discutem a responsabilidade ético-profissional de gestores e médicas(os) nas omissões de atenção ao aborto legal e seguro. Referem-se, em particular, às(aos) ginecologistas e obstetras, cujas atitudes estigmatizantes, somadas à discriminação social e de gênero, comprometem os cuidados com a saúde feminina.<sup>49</sup>

Ainda dentro do que a literatura sociológica e antropológica tenta mostrar, é que há um quadro nacional que reflete sociologicamente padrões estéticos e morais que podem ser constatados em toda e qualquer pesquisa que trate sobre o tema aborto, violência sexual, dentre outros temas desta ordem.<sup>34</sup> Eles citam em várias obras que a maneira pela qual alguns profissionais de saúde lidam com a questão do aborto - julgando, inquirindo, suspeitando, interferindo, influenciando - demonstram como suas ações e reações estão envoltas por relações de poder, que se manifestam sutilmente através da religião, da moral e por outras formas de preconceitos. A pesquisa verifica estatisticamente e corrobora com estas colocações (gráfico 5), mas analisando outra faceta do prisma, que não se pode deixar de lado, que as(os) profissionais de saúde envolvidas(os) neste imbróglio, são médicas(os) que possuem vida própria e estão sujeitas(os) a serem envolvidas(os) por suas crenças e costumes como qualquer outra pessoa comum, logo tem direito à objeção de consciência em seus atos profissionais.

O Brasil precisa dar mais relevância à objeção de consciência, para que a população e os órgãos públicos tomem ciência sobre as estruturas de saúde que dão amparo a casos específicos, como o aborto legal, prestando assim uma real assistência integral. Na Itália é obrigatório o registro, no conselho profissional, se objetor de consciência ou não, onde cerca de 70% ginecologistas e 50% dos anestesistas se registraram no conselho de medicina como objetores ao abortamento.<sup>38</sup> Muitas(os)



profissionais médicas(os) desconhecem o conceito de “objeitora(or)”, seus direitos e obrigações. Mesmo que médicas(os) sejam objeitoras(es) de consciência no aborto legal, precisam prestar informações sobre tratamentos que consideram censuráveis e tem o dever de encaminhar as pacientes a profissionais não objeitoras(es).<sup>38</sup>

A maioria dos estudos discutem a legalidade ou ilegalidade do aborto induzido, tentando mostrar que isto pouco coíbe a sua prática e traz consequências negativas para a saúde das mulheres, principalmente as pobres, que não têm acesso aos recursos para o aborto seguro.<sup>21</sup> Esta pesquisa não foi focada na legalidade ou não do aborto, mas sim na tentativa de identificar se o Estado de Minas Gerais está preparado, do ponto de vista de estruturação, capacitação dos serviços e acolhimento, para dar atendimento às mulheres que tem o direito ao aborto legal.

No Brasil, pesquisa<sup>22</sup> realizada com mulheres alfabetizadas que moram em área urbana evidenciou que, ao completar 40 anos de idade, uma em cada cinco (20%) já havia realizado o aborto. Desta forma, o número de mulheres que praticam e sofrem as consequências do aborto, é muito maior do que mostram as pesquisas, já que, por sua ilegalidade, muitos casos não são expostos. Acrescentando à questão da ilegalidade, os aspectos culturais e religiosos inibem as mulheres de declararem seus abortamentos, o que contribui para a omissão do aborto como fator desencadeante dos eventos que levaram à morte.<sup>21</sup> Nos últimos anos, algumas medidas foram adotadas no sentido de minimizar os efeitos da subnotificação sobre a prevalência da mortalidade materna obtida por meio dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Entre elas, destaca-se o processo de investigação realizada pelos comitês de prevenção de mortalidade materna, com vistas a identificar a relação entre a causa básica do óbito e uma possível gravidez.<sup>21</sup> Mas contrariando estes dados, se acompanhar os registros do DATASUS, que é a base de dados para estatísticas nacionais, mostra que o número de óbitos decorrentes de abortos são muito pequenos, como mostra a tabela 1, onde no Brasil inteiro, tiveram 10 óbitos em 2013, 3 em 2014, 12 em 2015, 5 em 2016 e 6 em 2017; evidenciando que as estatísticas referidas na maioria dos trabalhos que incitam que o aborto leva a muitas mortes, não é a realidade, sendo que este levantamento considerou todos os óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, incluindo razões médicas e legais; gravidez, parto e puerpério; gravidez que termina em aborto; e falha de tentativa de aborto.

Os serviços hospitalares de referência existentes devem oferecer à mulher grávida pós estupro todo o aporte para que decida ou não pela interrupção da gravidez. Por meio de entrevistas com a paciente, assistentes sociais, psicólogas(os) e médicas(os) podem aferir a idade gestacional com a data do evento do crime sexual. Por outro lado, a mulher que procura o serviço de referência afirmando ter sofrido violação sexual detém credibilidade; de modo que, ao recebê-la, a equipe deve presumir sua veracidade.<sup>30</sup>

Encontra-se aí um dos principais pilares discutidos na pesquisa, a grande maioria dos serviços credenciados no Estado de Minas Gerais não possuem ambiente reservado para o atendimento e acolhimento às mulheres que desejam ser submetidas ao aborto legal. Muitos serviços nem sabem que são credenciados, como citado anteriormente, onde 16,09% deles nem foram incluídos por não possuírem maternidades. No Brasil até 2012 havia 65 serviços credenciados ao aborto legal. A partir de 2015, só em Minas Gerais foram credenciados 87 serviços, teoricamente habilitados ao atendimento integral às vítimas de violência sexual em sua integralidade, logo isto inclui a realização do aborto legal. Quando credenciados, estes 87 serviços no Estado, foram baseados na lei 12.845/2011 que dispõe sobre a assistência obrigatória e integral às pessoas em situação de violência sexual. Essa lei prevê, em seu artigo 1º, que a rede hospitalar do SUS deve atender às vítimas de violência sexual de forma absoluta, emergencial e com equipe multiprofissional, a fim de controlar e tratar as consequências físicas e psíquicas decorrentes da violência sofrida, abrangendo, entre diversos serviços, a prática de profilaxia da gravidez e, se for o caso, o abortamento. Com certeza o programa representa um avanço do cuidado humanizado e garante os direitos das mulheres vítimas de violência sexual. A pesquisa mostra claramente que esta lei não está sendo cumprida, sendo que a tabela 2 deixa claro que muitas das maternidades não possuem estrutura física adequada por não possuírem ambiente reservado e sigiloso, e o gráfico 4, que 81,80% dos abortos legais não são resolvidos como desejo das pacientes.

Dentro das mais importantes normas dos manuais de atendimento às vítimas de violência sexual, está o sigilo e ambiente exclusivo. O Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde,<sup>22</sup> reforça a importância de acolher e não julgar a paciente em quadro de abortamento, seja ele espontâneo, induzido ou provocado. Preconiza também o acolhimento e a orientação, durante e após o aborto, como elementos essenciais à atenção de qualidade e humanizada, à mulher potencialmente vulnerada.

A pesquisa traz resultados significantes neste quesito, revelando que poucos serviços possuem ambiente reservado (tabela 2), exclusivo para este tipo de atendimento.

A intenção da assistência à saúde prestada pelo Estado é garantir o exercício do direito à assistência integral às vítimas de violência sexual, não sendo da competência do profissional o julgamento prematuro da informação por ela prestada, sob pena de agravar as implicações sofridas em razão do ato criminoso. Em estudo realizado com 82 profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, sendo um de cada região do país, Diniz e colaboradores<sup>7</sup> verificaram, nas entrevistas, que a palavra da mulher não era suficiente para configurar a veracidade da violência sofrida. Os autores apontam também, que a maioria dos serviços de abortamento legal estrutura-se de modo a reproduzir a postura de desconfiança dos profissionais de saúde quanto à narrativa da vítima. A pesquisa reforça o despreparo das instituições na discricção neste tipo de atendimento, pois muitos dos serviços de Minas Gerais não possuem ambiente reservado e sigiloso, como está explícito na tabela 2, e também é notória a falta de capacitação da equipe assistencial, onde há pouca oferta nos serviços de educação continuada.

Cabe neste espaço, abrir discussão sobre possível mudança na assistência, principalmente para mulher que deseja realizar o aborto legal e se depara com a objeção de consciência da equipe. Autores de pesquisas sobre tal tema citam que a(o) médica(o) que presta atendimento em serviços credenciados não tem o direito à objeção de consciência neste quesito.<sup>49</sup> Pela OMS e de acordo com o protocolo atual da FEBRASGO, de 2018, a interrupção da gestação no aborto legal pode ser realizada com uso de medicamentos, no caso do Brasil, o misoprostol. O próprio protocolo cita que o misoprostol pode ser administrado pela própria mulher, em seu lar, sem precisar retornar ao serviço de saúde para receber esse tratamento e que se não tiver efeito, pode ser repetido o mesmo esquema depois de 24 horas. Cita também que não é preciso marcar retorno de rotina depois de um aborto realizado com uso de misoprostol, e que a paciente precisa ser informada que deve retornar ao hospital, imediatamente, em caso de sangramento abundante ou persistente, para aí sim completar o esvaziamento uterino, se necessário.<sup>29</sup> Ponto nevrálgico nessa discussão sobre objeção e resolução é a indignação de alguns segmentos, achando que a(o) médica(o) não tem direito a se negar realizar o procedimento médico do aborto legal. As(os) médicas(os), mesmo objetoras(es) de consciência em realizar o aborto, não se negam a atender urgências e emergências

médicas, independente se oriundas de aborto provocado ou não. O que deixa as(os) médicas(os) incomodadas(os), se tornando objetoras(es) é o fato de pensarem e sentirem que estão provocando o aborto, ou melhor, interrompendo uma vida que teria condições totais de sobrevivência; e isto afeta sua convicção interna do que é ético, religioso, social ou moral em sua atividade profissional. Se alterações forem feitas no sistema assistencial brasileiro, seguindo protocolo da FEBRASGO, que é o principal órgão orientador da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, o problema seria resolvido de forma mais amena e bioética, pois a paciente dentro de seus direitos receberia a medicação, faria uso domiciliar e seria atendida sem empecilho algum, se comparecer à maternidade com complicações decorrentes deste ato, que foi a opção decidida por ela e que deve ser coberta pela lei.

Torna-se imprescindível a real identificação dos serviços em nível de país, para verdadeiramente criar espaços adequados, com ambiente reservado, exclusivo para este tipo de atendimento, sigiloso, privativo e humanizado, como é preconizado pelas normas do Estado. A equipe precisa ter médica(o), enfermeira (o), psicóloga (o), assistente social, além de exames, prevenção de DST e anticoncepção de emergência. Além disso os serviços precisam estar em constante atualização, com capacitação, humanização e acolhimento a estas mulheres.<sup>33</sup>

Vários serviços pesquisados em cidades de médio e pequeno porte no Estado de Minas Gerais que ao menos sabem que são credenciadas a este tipo de atendimento, alguns que são pronto atendimentos de urgência e emergência, mas sem serviço de obstetrícia.<sup>33</sup>

Cabe ressaltar, que um dos escopos do Ministério da Saúde é justamente buscar promover a atenção qualificada e humanizada às mulheres em situação de abortamento, e entre os princípios basilares para a concretização desse objetivo encontram-se a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, sendo assegurado à vítima o acesso à assistência integral em saúde.<sup>37</sup> Para o profissional, a atenção humanizada implica uma conduta na qual deve abstrair suas convicções morais, culturais, religiosas, bem como outros aspectos que possam influir no atendimento à paciente; ou seja, sua atitude deve ser norteadada, acima de tudo, pela imparcialidade (justiça). Entra aí a dualidade que necessita ser discutida com intensa profundidade, pois é onde o princípio da justiça é aflorado e evidenciado, tendo de um lado a mulher que necessita do

atendimento da forma mais ética possível, onde seu problema precisa ser resolvido dentro da lei e do outro lado a(o) médica(o) que se nega a realizar tal procedimento por razões de sua natureza, por estarem incompatíveis com suas convicções. Neste caso a bioética precisa ser a balizadora deste ponto divergente, levando a conciliação e sendo a ponte para resolver tal situação, onde os direitos precisam ser protegidos de ambos lados.<sup>47</sup>

Sendo a autonomia o direito de ter as decisões respeitadas, sua falta pode gerar diversos conflitos, principalmente na área biomédica. Para ter autonomia plena, o indivíduo precisa ter condições plenas de escolha. Quando isso não é possível, ações de proteção podem ser necessárias e o profissional de saúde é fundamental para garanti-la.<sup>22</sup> Com o resultado da pesquisa, onde evidencia que 60,60% dos serviços entrevistados de Minas Gerais, não resolvem o problema do aborto legal, por possuírem equipes com 100% de objetoras(es) de consciência neste ato médico, torna-se necessário, em caráter de urgência, haver uma discussão bioética severa e resolutiva para dar fluência nesta questão no Estado. A autonomia precisa ser garantida à mulher que opta pelo aborto legal e para a(o) médica(o) que se nega a realizar tal procedimento.

Dentro da pesquisa realizada, 85,70% dos serviços entrevistados (gráfico 2) já se viram em situações com mulheres desejando realizar o aborto legal. Por razões como estas, a necessidade de ações políticas destinadas à promoção de discussões e ações sobre o difícil e delicado problema do aborto legal. Debates e espaços de reflexão bioética, deverão favorecer mudanças assistenciais por parte das instituições, de modo que, ao lidar com as situações de mulheres que desejam e necessitam realizar o aborto legal, as(os) profissionais possam enfrentar menor desconforto e constrangimento em realizar o abortamento, ou serem respeitadas(os) e terem seu direito concedido quando não o fazem por objeção de consciência.

As várias discussões em torno da legalização ou não do aborto são importantes e devem ter seu espaço, mas é preciso incrementar reflexões e investimentos por parte governamental, para criar centros de acolhimento às vítimas de violência sexual, com equipe multiprofissional, atendimento diferenciado e reservado, mantendo a discricção e privacidade, trazendo assim uma verdadeira humanização neste atendimento, deixando de ser teórico e retórico para ser verdadeiramente assistencial integral.<sup>33</sup> É necessário criar estes centros específicos para o problema da violência sexual e do aborto legal no Brasil, saindo assim do papel e entrando verdadeiramente na esfera assistencial. No decorrer da

pesquisa, houve a possibilidade de realizar visita a um centro de acolhimento à mulher nos EUA, o Center for Pregnancy de Orlando, Flórida, em 29/01/2019, onde a Diretora do mesmo, Dra Carmem Carmo (Phd em Christian Psychology) nos recebeu. Importante salientar que este centro de gestante visitado, consiste em um local específico, acolhedor, reservado e sigiloso, para atender mulheres que desejam interromper a gestação. A recepção no Center for Pregnancy de Orlando contou, além da entrevista, com visitação em todo recinto, composto de recepção adequada, 16 salas para entrevista e atendimento, sala de exame médico, sala de ultrassom, sala de reunião comunitária e centro administrativo. São fornecidos gratuitamente, exames como, teste de confirmação de gravidez, ultrassom, acompanhamento médico, enfermagem, psicológico, psicológico espiritual e assistência social. Na entrevista concedida, Dra Carmem referiu que nos EUA cada 4 gestações, uma termina em aborto, ou seja 25%, semelhante à incidência do Brasil. Nos EUA a lei de liberação de interrupção de gestação, de forma voluntária, depende de cada Estado, sendo que em alguns estados pode-se abortar até o termo da gestação, como foi aprovado no Estado de NY desde janeiro de 2019. No Estado da Flórida a lei permite a interrupção voluntária até 25 semanas de gestação. Nos EUA os psicólogos podem se pós graduar em psicologia cristã, especialidade específica para dar apoio espiritual às pacientes, o que não é permitido no ato da mesma profissão no Brasil. Dra Carmem refere que em Orlando-FL, existem 3 clínicas de aborto, liberados por lei, por decisão da mulher, dando a opção de ser medicamentoso, com misoprostol, sendo que a mulher usa em nível domiciliar e posteriormente procura o hospital para certificar se o aborto foi completo ou a opção intervencionista com vácuo aspiração ou curetagem, nas clínicas. O governo concede o direito à mulher de interromper a gestação, por decisão exclusiva da mesma, mas não subsidia financeiramente o procedimento, mas se a mesma desistir da interrupção da gestação, ele dá apoio assistencial com pré natal, assistência médica, enfermagem, psicológica e assistência social, medicações e incentivo à programa de adoção ao recém-nascido. Além disto, coloca a criança em programa de adoção específico e quando completar 18 anos, tem o direito de saber qual sua origem materna, tendo a possibilidade de conhecer a mãe biológica se assim for seu desejo. Dra Carmem afirmou que existem vários centros semelhantes nos EUA.<sup>50</sup> Centros como estes, podem servir de inspiração e modelo para serem implantados no Brasil, sendo solução para acolher mulheres tão vitimizadas e fragilizadas na situação de violência sexual.

As pesquisas realizadas no Brasil apontam que a criminalização do aborto prejudica gravemente a saúde das mulheres. Além de não coibir a prática, contribui para aumentar a desigualdade social, tendo em vista que a maioria das vítimas são mulheres de baixa renda, com escassez de recursos para realizar o procedimento de maneira segura.<sup>22</sup> Frente a isto torna-se necessário discutir procedimentos a serem realizados de forma mais segura, mas estaria assim infringindo a legislação brasileira, que não dá a opção de aborto voluntário no país. Sempre que este assunto é discutido, citam o aborto voluntário nos EUA, mas não esclarecido que o mesmo, como citado anteriormente, não é subsidiado pelo governo e sim pela própria mulher que toma tal decisão. Correntes em defesa do aborto voluntário no Brasil tem a pretensão de que o método seja descriminalizado e o destacam como problema de saúde pública, inserindo no rol de procedimentos resguardados pelo SUS.<sup>16</sup>

Relatos em trabalhos sobre a tese da incompatibilidade<sup>22,49</sup> diz que, em situações como o aborto legal, a objeção de consciência deve ser proibida, pois vai de encontro ao princípio fundamental da medicina de zelar pela saúde dos indivíduos. A grande questão envolve uma pergunta: se o profissional é objetor de consciência em relação ao aborto legal, porque trabalhar em instituição referenciada para atender mulheres que querem abortar legalmente? Dessa forma, o direito dessas mulheres pode ser negado caso não haja outro profissional que o faça valer.<sup>22,49</sup> Importante destacar, contrariando a tese de incompatibilidade, não é avaliado e discutido que, na admissão da(os) profissionais, sejam colocados tais funções. As maternidades contratam obstetras para atendimento de urgência e emergência, mas não colocam explicitamente a resolução do aborto legal e nem a opção de objeção de consciência. Por estas razões, os Conselhos de Medicina e de Enfermagem precisam dar verdadeira importância à objeção de consciência. Os resultados encontrados evidenciam este fato no Estado de Minas Gerais, onde as equipes, em sua maioria, já formadas antes de 2014, quando foram credenciadas as 87 instituições para prestar assistência integral às vítimas de violência sexual, teoricamente aptas e capacitadas a este tipo de atendimento em sua integralidade, mas a análise dos dados identificados foi clara em apontar que 60,60% dos serviços são compostos por 100% de médicas(os) objetoras(es) de consciência na realização médica do aborto. Resultado que deixa clara a realidade e a necessidade, do item objeção de consciência, estar incluso na admissão de profissionais que irão prestar serviços nas maternidades de Minas Gerais.

Já a tese da integridade<sup>22,49</sup> defende outra vertente, colocando a objeção de consciência como direito inviolável. Mesmo havendo sobreposição de médica(o) e sujeito moral, sabe-se que, antes de ser profissional de saúde que trabalha a serviço do Estado, o indivíduo faz parte de comunidade que tem seus preceitos morais, sociais, culturais e religiosos. Por isso, tem toda sua vida e história alicerçadas em deveres de consciência, podendo escolher o que é certo e errado para si no exercício da medicina.<sup>22,49</sup> Além de ter direito de não realizar procedimentos que julgar errados, a(o) objetora(or) pode também não querer informar o paciente de seus direitos nem encaminhá-lo a outra(o) profissional. Sob esse ponto de vista, a mulher que tem direito ao aborto ficaria totalmente desassistida e obstruída por justificção moral.<sup>22,49</sup> A identificação minuciosa dos serviços credenciados na resolução do aborto legal e uma íntima relação destes, deve ser criada para uma real rede de referência e contra referência para pacientes serem atendidas da melhor forma possível, tanto do ponto de vista de humanização como em excelência no seu acolhimento, prestando um verdadeiro atendimento integral a estas mulheres.

Entretanto, conflitos surgem quando a(o) profissional de centro de referência se mostra objetora(or) seletiva(o). Uma vez que a mulher tem direito de interromper a gestação causada por violência sexual, outra tese foi considerada: a justificção.<sup>22,49</sup> Essa tese estabelece que a objeção de consciência seletiva em centro de referência de aborto do SUS deve ser analisada pela instituição, a fim de garantir o direito da(o) médica(o) e a proteção dos seus valores, mas também que mulheres não tenham seus direitos obstruídos. Trata-se de entender que nem toda crença individual deve ser inquestionável em vista de bem básico, como o é a saúde da mulher.<sup>22,49</sup> Por isto a necessidade de uma rede totalmente integralizada e interligada.

O aborto, dentro da bioética, é considerado como situação persistente, parecendo ser assunto muito discutido e consolidado, mas o que se vê na realidade assistencial é um imenso descaso no atendimento das mulheres vítimas de violência sexual; por estas razões é que a bioética não pode ficar estagnada dentro apenas de reflexões, convicções e discursos teóricos e retóricos, enquanto mulheres estão sendo violentadas não só pela situação do aborto legal, mas também pela falta de assistência adequada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Considerando a imensa diversidade e barreiras sobre o direito ao acesso integral da mulher vítima de violência sexual e o direito médico à objeção de consciência no



aborto legal, torna-se necessário refletir e discutir bioeticamente, tentando encontrar uma ponte conciliadora neste conflito, onde a humanização, o acolhimento e a legislação estão sendo desrespeitados.

Divergências à parte, torna-se imprescindível, além da questão de legalização ou não, focar na resolução do problema, pois mulheres estão sendo tolhidas de seus direitos quando a opção do aborto legal é sua decisão. As inflamações nas discussões sobre o assunto são sempre em torno de legalização e raras vezes focadas na resolução do que já está preconizado em lei e não está sendo cumprido. Por estes motivos a Bioética precisa ultrapassar os parâmetros da reflexão e partir urgentemente para a Bioética da ação.

É certeza que a bioética, constitui e constituirá sempre, espaço propiciador de diálogos entre todos os profissionais envolvidos neste problema, para que possa discorrer o assunto de forma mais substanciada e consolidada, promovendo atendimento mais adequado ao principal alvo da saúde, que é a paciente, lhe proporcionando respeito e atendimento integral. E que a(o) médica(o), no exercício de sua profissão, seja respeitada(o) e seus direitos resguardados, se a objeção de consciência na realização do aborto seja sua decisão.

## 7. CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto, conclui-se que a objeção de consciência além de existir, pode interferir de maneira significativa na atenção integral da saúde à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada ou anencefalia, e com desejo de interrupção da gestação, no estado de Minas Gerais. Após verificação da pesquisa é possível afirmar que a situação de receber pacientes com desejo de interrupção legal da gestação é comum, que a objeção de consciência em toda equipe é expressiva, principalmente por influência ético-religiosa.

Agora, conhecendo a estrutura das maternidades credenciadas na rede de atenção às vítimas de violência sexual no Estado pela portaria da SES/MG, pode-se concluir que não estão preparadas para este tipo de atendimento, tanto do ponto de vista estrutural, como em capacitação continuada das equipes.

Foi verificado que as maternidades credenciadas de Minas Gerais, frente a objeção de consciência de seus membros, quando se deparam com mulheres optando pelo aborto legal, não realizaram o ato médico na grande maioria das unidades, desrespeitando o desejo das pacientes, privadas do procedimento que buscaram e que deveria ser amparado pela lei. Como alternativas foram encaminhadas para administração do hospital ou para outro serviço credenciado, ou ainda esclarecidas que o serviço não dispõe de profissionais médicas(os) que realizam o aborto legal na instituição, deixando as pacientes sem solução para seu problema.

Pelos motivos identificados, de falta de estrutura e deficiência de serviços no Estado de Minas Gerais, somados à objeção de consciência na resolução do aborto legal, torna-se necessário discussões na esfera assistencial, incrementando novos modelos de estruturação e atualização de credenciamento pela SES/MG.

Estudos como este, evidenciam que o problema no Brasil não é a criminalização e sim a verdadeira falta de assistência, acrescido à falta de capacitação para dar atendimento às mulheres com o direito ao aborto legal.

Talvez uma rede de referência e contra referência funcionante, seja solução para amenizar problema tão sério, pois na teoria é muito simples resolver, mas na prática este direito não está sendo respeitado.

Divergências à parte, fica claro nos resultados verificados, que trata-se de circunstância primordial focar na resolução do problema, pois mulheres estão sendo tolhidas de seus direitos, quando a opção do aborto legal é sua decisão. As inflamações nas discussões sobre o assunto são sempre em torno de legalização e nunca em cima de resolução do que já está preconizado em lei e não está sendo cumprido. Por estes motivos a Bioética carece ultrapassar os parâmetros da reflexão e partir urgentemente para a Bioética da ação.

O sistema de assistência no Brasil não está preparado para o atendimento integral às vítimas de violência sexual, principalmente no quesito resolução do aborto legal, sendo evidenciado neste trabalho, que a objeção de consciência encontra-se entre os principais empecilhos para tal, por isto a justificativa da pesquisa foi comprovada após aplicação do instrumento aos serviços credenciados para este procedimento.

Finalmente, a expectativa com este trabalho, que o resultado crie espaços de diálogos e debates dentro do estado de Minas Gerais e da Federação brasileira, além das universidades, dentro de suas graduações e pós graduações, para que favoreçam reflexões adequadas sobre o aborto. Que a paciente seja acolhida em sua integralidade e a(o) profissional médica(o) respeitada(o) dentro de sua objeção de consciência, e caso a objeção esteja presente, que o estado crie uma rede de atendimento de referência e contra referência para resolução de situação tão grave.

## 8. REFERÊNCIAS

- [1] Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev. bioét.* 2013;21(3):494-508.
- [2] Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics.* 2003;17(5-6):399-416
- [3] Ministério da Saúde (Brasil). Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília; 2011. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 14).
- [4] Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 dez 1940; 23911:1.
- [5] Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006. Código Penal e a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. 22 ago 2006.
- [6] Ministério da Saúde (Brasil). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília; 2012. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).
- [7] Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. Bioét.* 2015; 23( 2 ):387-399.
- [8] Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saúde Soc.* 2014; 23(1):157-166.
- [9] Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris/Lisboa: Unesco; 2006.
- [10] Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: Em busca de um consenso. Campinas: Komedi; 2004. p. 127.

- [11] Montenegro CAB, de Rezende Filho J. Rezende: *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 975-978.
- [12] Faúndes A, Duarte GA, Andalaft NJ, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 26(2): 89-96.
- [13] Alan Guttmacher Institute. *An overview of clandestine abortion in Latin America*. New York: AGI; 1994.
- [14] Zugaib M, Vieira RP. Zugaib – *Obstetrícia*. Barueri: Manole, 2020. p1317-1354.
- [15] Ministério da Saúde (Brasil). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília; 2012. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).
- [16] Gonçalves L, Dias MC. O debate sobre aborto no Brasil: bioética, biopolítica e a Perspectiva dos Funcionamentos como horizonte de justiça. *Meta XY: Revista Brasileira de Cultura e Políticas em Direitos Humanos*. 2017; 1(2):1-15.
- [17] Silva MCO. A via crucis do corpo: objeção de consciência, aborto e práticas de saúde em uma maternidade potiguar. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11&13th Women's Worlds Congress*. Florianópolis; 2017. p. 1-12.
- [18] Polzin, W. Perspective on the American College of Obstetricians and Gynecologists' Support of Access to Elective Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125: 5-15.
- [19] Duarte NIG, de Moraes LL. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10): 3337-3346.
- [20] Ministério da Saúde – Datasus - Tabnet. Brasília [acesso em 21 abr 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/CO3b.html>.
- [21] Martins EF. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*. 2000-2011;33(1): e00133115.

[22] Muniz I, Lins L, Menezes, MS. Uso de documentário no curso de medicina e a reflexão sobre temas éticos associados ao aborto. Rev. Bioét. 2018;26(4):606-616.

[23] Cardoso B, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. Cad. Saúde Pública. 2020; 36( Suppl 1 ): e00188718.

[24] World Health Organization. Clinical practice handbook for Safe Abortion. 2014; p.26 – 33.

[25] Adesse L, Jannotti CR, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(12): 3819-3832.

[26] Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública. 2013;29(9):1704-1706.

[27] Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad Saúde Pública. 2003;19(2):399 – 406.

[28] Biroli F. Aborto, justiça e autonomia. In: Biroli F, Miguel LF, organizadores. Aborto e democracia. São Paulo: Alameda; 2016. p. 17-46.

[29] FEBRASGO. Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia: Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. 2018;120:10 – 12.

[30] Organização das Nações Unidas. Tráfico Humano. Global Report on Trafficking in Persons. 2016. p 26-38.

[31] SG, Sergio. Preconceito e discriminação: como bases da violência contra a mulher. Psicologia: Ciência e Profissão. 2010;30(3): 556-571.

[32] Pereira MA, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21 (2): 563-572.

[33] Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 4596, de 09 de dezembro de 2014. Estabelece as diretrizes para o Curso de Especialização em Gestão em Saúde, nas modalidades à distância e semipresencial. Diário Oficial da União. 09 dez 2014.

[34] Portal Brasil. SUS vai ampliar até dezembro número hospitais habilitados a fazer abortos legais; 28 jul 14. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/sus-vaiampliar-ate-dezembro-numero-hospitais-habilitados-a-fazer-abortos-legais>.

[35] Andalaft J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina* 2012; 40(6):301-306.

[36] Confederação Nacional dos Bispos do Brasil. CNBB divulga nota sobre a sanção da Lei 12.845/2013; 8 ago 2013. Disponível em: <http://www.cnbb.org.br/imprensa/sala-de-imprensa/notas-e-declaracoes/12541-cnbbdivulga-nota-sobre-a-sancao-da-lei-128452013>.

[37] Carvalho J, Gonçalves DWPO, Carvalho H. A legalização do aborto em casos de anencefalia no Brasil. *Revista do Instituto de Direito Brasileiro*. 2013;2(4):2791-830.

[38] Darze OISP, Barroso Júnior U. Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva durante o ensino médico. *Rev bras educ med*. 2018;42(4).

[39] Marquardt M, Ribas JR. O aborto na legislação brasileira. *Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente*. Barueri, SP. Manole; 2016. p. 787-803.

[40] Código de Ética Médica. Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. São Paulo, 05 de outubro de 1988.

[41] Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* 2006; 332:294-7.

[42] Nunes MDS, Madeiro A, Diniz D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde debate*. 2019; 43( 123 ): 1132-1144.

[43] Camargo MG, Guilhem DB, Lago DMSK et al. Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* 2014; 8(6):1774 – 1781.

[44] Buzanello JC. Objeção de Consciência: uma questão constitucional. *Rev. de Informação Legislativa*. Brasília. 2001; 152 (38): 173-182.

[45] Matsui S, de Oliveira Machado IL, Garrafa V. Contribuição da bioética de intervenção à releitura do conceito de “princípio”. *Revista Bioética*. 2018; 26(4).

[46] Oliveira F, Cardoso KRL, Almeida CAP, Cardoso LR, Gutfilen B. Violence against women: profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *J Forensic Leg Med* 2014; 23:49-54.

[47] Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Prentice-Hall, 1971. p. 7.

[48] Conselho Federal de Medicina. Resolução N°2217. Dispõe sobre o código de ética médica. *Diário Oficial da União*. 27 set 2018.

[49] Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why?. *Theor Med Bioeth*. 2008; (29):187–200.

[50] Mendes RWM. Entrevista com Dra. Carmem Carmo – responsável pelo Center for Pregnancy de Orlando [entrevista de Carmo C]. Orlando, Florida; 29/02/2019.



## 9. ANEXOS

### 9.1 Anexo 1 - INSTRUMENTO

1. Ao(à) coordenador(a) chefe de maternidade referência, credenciado ao atendimento de vítima de violência sexual, pela SES/MG. Em seu serviço de urgência à vítima de violência sexual, existem disponíveis:
  - a. Ambiente reservado exclusivo para este tipo de atendimento (sigiloso, privativo e humanizado) → Sim ( ) Não ( )
  - b. Psicóloga(o) → Sim ( ) Não ( )
  - c. Médica(o) → Sim ( ) Não ( )
  - d. Enfermeira(o) → Sim ( ) Não ( )
  - e. Sexóloga(o) → Sim ( ) Não ( )
  - f. Assistente social → Sim ( ) Não ( )
  - g. Exames, prevenção de DST e anticoncepção de emergência → Sim ( ) Não ( )
  - h. Capacitação, Humanização e acolhimento no atendimento → Sim ( ) Não ( )
  - i. Outro (especifique) \_\_\_\_\_
  
- 2) No seu serviço já se deparou com atendimento à vítima de violência sexual, com gravidez indesejada ou anencefalia, desejando interromper a gestação?
  - a. Sim ( )
  - b. Não ( )
  
- 3) No serviço que você coordena há objeção de consciência de toda sua equipe na realização de aborto legal?
  - a. Sim ( )
  - b. Não ( )
  
- 4) Se respondeu SIM na resposta anterior (questão 3), como você resolveu o problema de objeção de consciência dos membros de sua equipe?
  - a. Você como coordenador (a), realizou o ato médico do aborto ( )
  - b. Encaminhou o problema para ser resolvido pela administração do seu hospital ( )
  - c. Encaminhou para hospital referenciado, combinado pela administração do seu hospital ( )
  - d. Explicou à paciente, que em seu hospital não possui médicas(os) que realizam o aborto legal e orientou a procurar um serviço que realize ( )
  
- 5) O motivo da objeção de consciência das(os) médicas(os) plantonista(s) de sua maternidade na realização de aborto legal é (ou são): OBS.: pode marcar mais de uma alternativa.

- a. Ético ( )
- b. Moral ( )
- c. Social ( )
- d. Religioso ( )
- e. Contra o aborto sempre ( )
- f. Outro motivo (qual?) \_\_\_\_\_

## 9.2 Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL e está sendo desenvolvida por mim, Roger William Moraes Mendes, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Marcos Coldibelli Francisco, do Curso de Pós Graduação da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Mestrado em Bioética. O objetivo do estudo é avaliar a influência da objeção de consciência na eficácia da atenção integral da saúde à vítima de violência sexual no estado de Minas Gerais. A finalidade deste trabalho é contribuir para identificar e melhorar o atendimento à vítima de violência sexual no Estado de Minas Gerais. Solicitamos a sua colaboração para contribuir respondendo o instrumento de pesquisa que será enviado por mala direta, com tempo de duração de 10 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não trará possíveis riscos e/ou desconfortos para o participante da pesquisa, bem como medidas a serem tomadas pelo pesquisador para prevenir e/ou minimizar possíveis desconfortos. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Pesquisador(a) responsável:



Mestrando Roger William Moraes Mendes  
RG: M - 3.927.793 / CRMMG - 27.369

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Pouso Alegre, 10 de setembro de 2019

---

Assinatura do participante

---

Hospital,  
cidade

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Roger William Moraes Mendes / [roger.mendes@fmit.edu.br](mailto:roger.mendes@fmit.edu.br) / (35)99180-9596 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) - Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470, Fátima I, Pouso Alegre-MG, CEP:37.550.000, Tel. (35)3449-9232, e-mail: pesquisa@univas.edu.br

### 9.3 Anexo 3 - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Pouso Alegre, 11 de setembro de 2019

Eu, Roger William Moraes Mendes, responsável pelo projeto de Pesquisa de Mestrado em Bioética, o qual pertence ao curso de Pós Graduação da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), venho pelo presente, solicitar autorização do Hospital Regional João Penido. A pesquisa será realizada no setor da Maternidade, para realização de coleta de dados através de instrumento, junto ao coordenador da mesma, no período de Agosto a Setembro de 2019 para o trabalho de pesquisa sob o título OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL, com o objetivo colher dados sobre a assistência integral à vítima de violência sexual no Estado de Minas Gerais. Esta pesquisa está sendo orientada pelo Prof. Dr. Antônio Marcos Coldibelli Francisco.

Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.



Mestrando Roger William Moraes Mendes  
RG: M - 3.927.793 / CRMMG - 27.369

---

Médico do coordenador da Maternidade - Assinatura

---

Nome do Hospital

**9.4 Anexo 4 - Instituições do Sistema Estadual de Atendimento a Vítima de Violência Sexual no Estado de Minas Gerais / RESOLUÇÃO SES/MG Nº 4.590, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2014**

	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
1	Hospital das Clínicas da UFMG	27049	Belo Horizonte	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
2	Hospital Júlia Kubitschek	27022	Belo Horizonte	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
3	Hospital Odilon Behrens	2192896	Belo Horizonte	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
4	Hospital Risoleta Neves	27863	Belo Horizonte	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
5	Maternidade Odete Valadares	26972	Belo Horizonte	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
6	Hospital Público Regional de Betim	2126494	Betim	Betim	Centro
7	Maternidade Publica Municipal	2126508	Betim	Betim	Centro
8	Fund. Assist. Med. E Urg. Maternidade Municipal de Contagem	2191164	Contagem	Contagem	Centro
9	Hospital Municipal de Contagem	2200473	Contagem	Contagem	Centro
10	Hospital Regional Imaculada Conceição	2760843	Guanhães	Guanhães	Centro
11	Hospital Municipal de Ibirité	6892256	Ibirité	Contagem	Centro
12	Hospital Nossa Senhora das Dores de Itabira	2215586	Itabira	Itabira	Centro
13	Itabirito Hospital São Vicente de Paulo	2213982	Itabirito	Ouro Preto	Centro
14	Hospital Margarida	2709848	João Monlevade	João Monlevade	Centro
15	Santa Casa de Ouro Preto	2163829	Ouro Preto	Itabirito/Ouro Preto	Centro
16	Hospital Municipal São Judas Tadeu	2756749	Ribeirão das Neves	BH/Nova Lima/Caeté	Centro

	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
17	Santa Casa de Misericórdia	2117282	Sabará	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
18	Unidade de Pronto Atendimento de São Benedito	2164175	Santa Luzia	BH/Nova Lima/Caeté	Centro
19	Hospital Municipal Monsenhor Flávio Damato	2109867	Sete Lagoas	Sete Lagoas	Centro
20	Irmandade Nossa Senhora das Graças	2206528	Sete Lagoas	Sete Lagoas	Centro
21	Vespasiano UPA 24H - Prefeito Luiz Issa	7031882	Vespasiano	Vespasiano	Centro
22	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	2138875	Barbacena	Barbacena	Centro Sul
23	Hospital Queluz	2136945	Conselheiro Lafaiete	Conselheiro Lafaiete/Congonhas	Centro Sul
24	Hospital Nossa Senhora das Mercês		São João Del Rei	São João Del Rei	Centro Sul
25	Hospital Municipal São Vicente de Paulo	2135124	Capelinha	Minas Novas /Turmalina/Capelinha	Jequitinhonha
26	Santa Casa de Caridade	2135132	Diamantina	Diamantina	Jequitinhonha
27	Hospital Nossa Senhora da Saúde	2761203	Diamantina	Diamantina	Jequitinhonha
28	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	2118513	Caratinga	Caratinga	Leste
29	Hospital Municipal de Governador Valadares	2222043	Gov. Valadares	Gov. Valadares	Leste
30	Hospital Márcio Cunha	2205440	Ipatinga	Ipatinga	Leste
31	Hospital Municipal de Ipatinga	2193310	Ipatinga	Ipatinga	Leste
32	Hospital Vital Brasil	2140217	Timoteo	Cel Fabriciano /Timoteo	Leste
33	Hospital César Leite	2173166	Manhuaçu	Manhuaçu	Leste Sul
34	Irmandade do Hospital Nossa Senhora das Dores	2111640	Ponte Nova	Ponte Nova	Leste Sul

	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
35	Hospital São Sebastião	2099454	Viçosa	Viçosa	Leste Sul
36	Hospital Sao Vicente De Paulo Aracuai	2134276	Araçuaí	Araçuaí	Nordeste
37	Hospital Vale do Jequitinhonha	2139073	Itaobim	Itaobim	Nordeste
38	Hospital e Pronto Socorro Municipal Renato Azeredo	2211262	Nanuque	Nanuque	Nordeste
39	Hospital Ester Faria de Almeida	2139049	Pedra Azul	Pedra Azul	Nordeste
40	Hospital Santa Rosália	2208172	Teófilo Otoni	Teófilo Otoni	Nordeste
41	Hospital Municipal de Paracatu	2100754	Paracatu	Unai	Noroeste
42	Hospital Reg. Antônio Dias - FHEMIG	2726726	Patos de Minas	Patos de Minas	Noroeste
43	Hospital Municipal Dr Joaquim Brochado	2760924	Unaí	Unaí	Noroeste
44	Hospital Municipal de Bocaiúva	2119471	Bocaiúva	Montes Claros/Bocaiúva	Norte
45	Fundação Assistencial Social de Janaúba - FUNDAJAN	2205939	Janaúba	Janaúba / M. Azul	Norte
46	Pronto Atendimento Municipal de Januária	2204355	Januária	Januária	Norte
47	Hospital Universitário - UNIMONTES	2219654	Montes Claros	Montes Claros	Norte
48	Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire	2119528	Pirapora	Pirapora	Norte
49	Unidade Mista Municipal Dr. Bricio de Castro Dourado	2140098	São Francisco	Brasília de Minas / São Francisco	Norte
50	Hospital Santo Antônio	2098369	Taiobeiras	Salinas/Taiobeiras	Norte

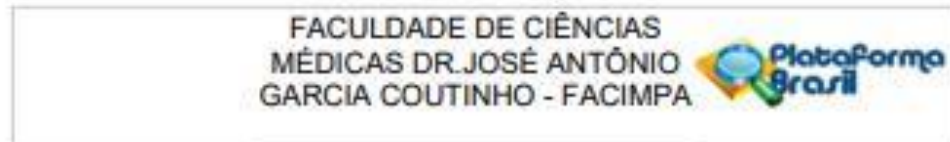


	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
51	Hospital FUNRURAL	2205998	Manga	Manga	Norte
52	UPA Central	2192004	Divinópolis	Divinópolis /Sto Ant.	Oeste
53	Pronto Atendimento Municipal de Formiga	2168650	Formiga	Formiga	Oeste
54	Hospital Manoel Gonçalves	2105780	Itaúna	Itaúna	Oeste
55	Hospital Senhora Aparecida de Luz	2144166	Luz	Luz	Oeste
56	Hospital Nossa Senhora da Conceição	2206064	Pará de Minas	Pará de Minas	Oeste
57	Hospital São Salvador	2122677	Além Paraíba	Além Paraíba	Sudeste
58	Hospital Regional João Penido	2111624	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Sudeste
59	Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira	2208156	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Sudeste
60	Hospital Casa de Caridade Leopoldinense	2122650	Leopoldina	Leopoldina	Sudeste
61	Hospital São Paulo	4042085	Muriaé	Muriaé	Sudeste
62	Hospital Santos Dumont	2796562	Santos Dumont	Santos Dumont	Sudeste
63	Hospital Santa Isabel	2195437	Ubá	Ubá	Sudeste
64	Hospital São João Batista	2760843	Visconde do Rio Branco	Ubá	Sudeste
65	Hospital Universitário Alzira Velano	2171988	Alfenas	Alfenas	Sul
66	Santa Casa de Misericórdia de Guaxupé	2796449	Guaxupé	Guaxupé	Sul
67	Pronto Atendimento Municipal de Andradas	2212552	Andradas	Poços de Caldas	Sul
68	Pronto Socorro Municipal Prefeito Jahir Aparecido Olivotti	2212269	Extrema	Pouso Alegre	Sul

	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
69	Associação Integração Social (Hospital Escola de Itajubá)	2208857	Itajubá	Itajubá	Sul
70	Pronto Atendimento Municipal 24 H	2112140	Lavras	Lavras	Sul
71	Hospital Frei Caetano e Maternidade Santa Tereza	2127695	Paraisópolis	Itajubá	Sul
72	Santa Casa de Passos	2775999	Passos	Passos	Sul
73	Pronto Atendimento Municipal da Policlínica Central	2214733	Poços de Caldas	Poços de Caldas	Sul
74	Hospital Samuel Libânio	2127989	Pouso Alegre	Pouso Alegre	Sul
75	Hospital Antônio Moreira da Costa	2208822	Santa Rita do Sapucaí	Pouso Alegre	Sul
76	Casa de Caridade de São Lourenço	2764814	São Lourenço	São Lourenço/Caxambu	Sul
77	Pronto Atendimento Santa Maria	2147629	São Seb. Paraíso	São Seb. Paraíso	Sul
78	Hospital São Sebastião	2760657	Três Corações	Três Corações	Sul
79	Pronto Socorro Municipal de Três Pontas	2139227	Três Pontas	Três Pontas	Sul
80	Hospital Regional do Sul de Minas	2761041	Varginha	Varginha	Sul
81	Santa Casa de Misericórdia de Araguari	2145960	Araguari	Uberlândia / Araguari	Triângulo do Norte
82	Hospital São José	2200902	Ituiutaba	Ituiutaba	Triângulo do Norte
83	Pronto Socorro Municipal Doutor Carlos Afonso Nunes	2209187	Patrocínio	Patrocínio/Monte Carmelo	Triângulo do Norte
84	Hospital das Clínicas de Uberlândia (UFUB)	2146355	Uberlândia	Uberlândia/ Araguari	Triângulo do Norte
85	Unidade de Pronto Atendimento de Araxá	2165619	Araxá	Araxá	Triângulo do Sul

	<b>Hospital</b>	<b>CNES</b>	<b>Município</b>	<b>Micro</b>	<b>Macro</b>
86	Hospital São Francisco de Assis Hospital Frei Gabriel	2098539	Frutal	Frutal/Iturama	Triângulo do Sul
87	Hospital Escola Faculdade de Medicina Triângulo Mineiro	2206595	Uberaba	Uberaba	Triângulo do Sul

## 9.5 Anexo 5 - PARECER CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA DINÂMICA DO ATENDIMENTO AO ABORTO LEGAL NO BRASIL.

**Pesquisador:** ROGER WILLIAM MORAES MENDES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16591219.0.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.584.672

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico.

O trabalho será quantitativo, sendo que a pesquisa revelará a realidade estatística do que acontece no atendimento à vítima de violência sexual, se é mesmo assegurado o atendimento à esta vítima em sua integralidade, culminando com a realização do aborto legal; e uma reflexão bioética entre a objeção de consciência e o acesso da mulher ao seu direito constitucional.

Identificar nos serviços pesquisados se os mesmos possuem membros com objeção de consciência, pelo próprio coordenador do serviço de urgência destas maternidades.

Saber do coordenador da maternidade como age quando há objeção de consciência pelo membro da equipe que está de plantão e precisa resolver o caso do aborto legal, sendo que seu serviço é credenciado ao atendimento integral à vítima de violência sexual.

Os dados obtidos com as perguntas fechadas dos instrumentos serão tratados estatisticamente.

A pergunta que dará direção para a discussão desse artigo será: a Objeção de consciência interfere na eficácia da realização do aborto legal sul do Estado de Minas Gerais? A problemática concentrará na discussão da objeção de consciência na realização do aborto legal, pelos quais os médicos são inquiridos a realizar.

O Objetivo deste trabalho é avaliar a influência da objeção de consciência na eficácia da atenção

**Endereço:** Avenida Prefeito Tiary Toledo, 470  
**Bairro:** Campus Fátima I **CEP:** 37.554-210  
**UF:** MG **Município:** POUSO ALEGRE  
**Telefone:** (35)3442-0232 **E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Protocolo: 3.584.672

integral da Saúde à vítima de violência sexual no estado de Minas Gerais. O trabalho será quantitativo, sendo que a pesquisa revelará a realidade estatística do que acontece no atendimento à vítima de violência sexual em sua integralidade, culminando com a realização do aborto legal; e possibilitará uma reflexão bioética entre a objeção de consciência e o acesso da mulher ao seu direito constitucional. Espera-se com este trabalho, que o resultado crie espaços de diálogos e debates dentro do estado de Minas Gerais e da Federação brasileira, além das universidades, dentro de suas graduações e pós graduações, para que favoreçam à reflexão adequada sobre o aborto. Que a paciente seja acolhida em sua integralidade e o profissional médico respeitado dentro de sua objeção de consciência. Talvez uma rede de referência e contra referência funcionante seja a solução para amenizar um problema tão sério tão real. O sistema de assistência no Brasil parece não estar preparado para o atendimento integral às vítimas de violência sexual, principalmente no quesito resolução ao aborto legal, por isto a necessidade da realização da pesquisa.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a influência da objeção de consciência na eficácia da atenção integral da saúde à vítima de violência sexual no estado de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Conhecer se os hospitais credenciados na rede de atenção à vítima de violência sexual de MG estão estruturados para o atendimento integral. Conhecer quais os serviços preconizados na lei são prestados à mulher vítima de violência sexual, em cada unidade da rede de referência.

Conhecer a frequência de objeção de consciência nos membros da rede de atenção do Estado de Minas Gerais. Como a unidade procede frente a objeção de consciência de seus membros, na atenção integral à mulher vítima de violência sexual.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador:

Riscos:

Não haverão riscos aos participantes da pesquisa.

Benefícios:

Espera-se com este trabalho, que o resultado crie espaços de diálogos e debates dentro do estado

Endereço: Avenida Prefeito Tupy Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3443-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.186.672

de Minas Gerais e da Federação brasileira, além das universidades, dentro de suas graduações e pós graduações, para que favoreçam à reflexão adequada sobre o aborto. Que a paciente seja acolhida em sua integralidade e o profissional médico respeitado dentro de sua objeção de consciência, mas se ela esteja presente, que o estado crie uma rede de atendimento de referência e contra referência para esta situação. Almeja-se que a bioética constitua espaço propiciador de diálogo entre todos os profissionais envolvidos neste problema, para que possa trazer este assunto de forma mais substancial e consolidada, para o alvo principal da saúde, que é a paciente, seja respeitada e atendida em sua integralidade. E também que o médico, no exercício de sua profissão, seja respeitado e seus direitos resguardados, se a objeção de consciência na realização do aborto seja sua decisão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa muito relevante científico e socialmente. Segue os preceitos da resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1365772.pdf	27/08/2019 18:43:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	COLETADE DADOS.pdf	27/08/2019 18:38:04	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	27/08/2019 18:21:44	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470  
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.554-210  
UF: MG Município: POUSO ALEGRE  
Telefone: (35)3449-0232 E-mail: pesquisa@unives.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.586.672

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2019 18:21:44	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/07/2019 22:43:29	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOROGEROBJECA ODECONSCIENCIA.docx	27/06/2019 17:32:06	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOmestrado.docx	27/06/2019 17:26:58	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAmestrado.docx	27/06/2019 17:23:10	ROGER WILLIAM MORAES MENDES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

POUSO ALEGRE, 18 de Setembro de 2019

Assinado por:  
Ronaldo Júlio Baganha  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tupy Toledo, 470  
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.554-210  
UF: MG Município: POUSO ALEGRE  
Telefone: (35)3449-9232 E-mail: pesquisa@univas.edu.br