

# O papel da Medicina na proteção de vulneráveis: entre violência sexual e objeção de consciência

Marcos Felipe Silva de Sá<sup>1</sup>

**H**á situações que não podem e não devem ser esquecidas. Há situações que precisam ser sempre lembradas, no intuito de não repetirmos os erros e de buscarmos ser melhores enquanto pessoas, profissionais e cidadãos.

Foi amplamente divulgado pela mídia, em agosto p. p., o caso de uma criança, na região Sudeste do país, de 10 anos de idade, que engravidou do tio, que dela abusava desde que ela tinha 6 anos de idade. Uma criança que vivia na companhia dos avós e que nada podia dizer sobre os estupros sofridos, sob pena de perder aqueles que a criavam. Se dissesse alguma coisa, ele [o tio] mataria seu avô. Foram quatro anos de violência e silêncio. Quatro anos de uma infância roubada, até que o sintoma de uma dor abdominal fez sua avó levá-la ao hospital e ali foi revelada a gravidez. O que fazer?

No Brasil, o aborto é permitido, pelo ordenamento jurídico, quando não restar outro meio de salvar a vida da gestante, quando a gravidez resultar de estupro e quando ocorrer gravidez de feto anencefálico – três hipóteses em que não há necessidade de pedido judicial –, mas, mesmo assim, uma ordem para a interrupção da gravidez foi expedida pelo juiz da Vara da Infância e da Juventude local depois de um pedido do Ministério Público. No entanto, o hospital, centro credenciado para a prestação de assistência ao aborto previsto em lei, da região onde morava a criança não cumpriu o determinado na sentença, alegando “questões técnicas”.

---

1. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

#### **Conflito de interesses:**

Nada a declarar.

#### **Autor correspondente**

Marcos Felipe Silva de Sá  
Av. Bandeirantes, 3.900, Monte Alegre,  
14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil.  
marcosfelipe@fmrp.usp.br

Este trabalho é a versão em língua portuguesa do editorial “The role of Medicine in protecting the vulnerable: between sexual violence and conscientious objection” publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(11):687-9.

Rapidamente, essa criança e sua avó foram levadas para outra referência, desta vez na região Nordeste, e finalmente, em meio a grande tumulto provocado por correntes *pro life* e *pro choice*, o aborto foi realizado pelas mãos de um competente e dedicado profissional.

Como médico, não tenho conhecimento para analisar questões jurídicas, mas restou claro que, nesse caso, o Judiciário se fez presente e, rapidamente, atuou na garantia da dignidade da vida, atentando para um princípio basilar do Estatuto da Criança e do Adolescente, que é o seu melhor interesse, e protegendo o direito à saúde como bem-estar físico e psíquico.

Enquanto algumas vozes defendiam que a gravidez deveria ser levada adiante, como que por uma “obrigação moral” de uma criança mesmo tendo sido ela abusada e estuprada, outras assumiam posição contrária, defendendo sua vida em sentido mais amplo: a vida biológica e biográfica daquela menina que chorava agarrada a um urso de pelúcia, cheia de medo e de dor; medo e dor que jamais seriam compreendidos por policiais, juízes, promotores, médicos, familiares e toda uma população enfurecida.

Vale aqui lembrar os ensinamentos de juristas estudiosos dessa causa: “A gravidez na infância, por si só, já configuraria a violação de um direito da criança. A imposição de se levar essa gravidez adiante não seria mais uma violação aos seus direitos [...]?” Estamos falando da gravidez de “uma menina de dez anos, violentada por alguém de quem se espera cuidado e proteção”.<sup>(1)</sup>

Mas, e a Medicina?

As razões levantadas pelo centro de referência da região Sudeste para não realizar o aborto foram no sentido de que seguiram as orientações do Ministério da Saúde, que permite o abortamento humanizado quando a mulher está com até 22 semanas de gestação e o feto pesa até 500 gramas. A lei não estabelece esses limites. No caso, o feto excedia em 37 os 500 gramas previstos. Por essa diferença, o primeiro centro de referência procurado descumpriu a ordem judicial. A Medicina, afinal, é uma ciência exata? Até que ponto um único argumento como esse pode servir para a tomada de decisões médicas? Uma vez permitido o aborto em casos específicos, previstos em lei, deve-se perquirir se centros de atendimento credenciados para essa finalidade estão cumprindo o seu papel.

Em artigo publicado na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), intitulado “*Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais State*”,<sup>(2)</sup> os autores desnudam, com muita clareza, as imperfeições do programa criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para dar assistência a pacientes para a realização de abortamentos previstos em lei e que envolvem situações tão complexas como o caso em discussão. No referido trabalho, foram levantados dados de instituições

credenciadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para atendimento às vítimas de violência sexual naquele estado (87 instituições). Segundo os resultados apresentados, verificou-se que, apesar de serem serviços credenciados com tal finalidade, 11% deles não possuem médicos para o atendimento ao aborto legal e 31% não fornecem treinamento específico para esse tipo de atendimento. Cerca de 83% das pacientes desejosas de fazer aborto legal que procuraram esses serviços não tiveram seu pedido atendido. Das razões alegadas para a não realização do aborto, a principal delas foi a objeção de consciência religiosa por parte de médicos servidores da instituição (57%).

A questão da interrupção da gestação prevista em lei é uma situação não resolvida no Brasil. Para onde essas gestantes devem ser encaminhadas e quem deve atendê-las são questões sem respostas até os dias de hoje, pois alguns hospitais se negam a efetuar os referidos atendimentos e muitos profissionais alegam objeção de consciência para não se comprometerem a executar a interrupção da gestação. Ora, como credenciar médicos que exercerão objeção de consciência em serviços que se voltam, justamente, ao atendimento de mulheres vitimadas pela violência sexual e buscam o abortamento? Sendo um profissional do SUS e não estando no exercício de atividades em clínica privada, é-lhe possível tal objeção? Esse modelo de contratação não estaria viabilizando o descumprimento de uma determinação legal por via transversa?

A objeção de consciência, prevista no Código de Ética Médica, é um direito do médico que se nega a realizar procedimento ou atendimento que não sejam condizentes com suas convicções religiosas, éticas, sociais, morais e outras. Assim, a mulher grávida em decorrência de estupro muitas vezes não recebe a assistência adequada e recorre a clínicas clandestinas para realizar a interrupção da gravidez, expondo-se a riscos que podem ser fatais, ou então segue com a gestação, embora não desejada.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes, visando contribuir para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo. A Norma Técnica emitida pelo MS em 2005 estabelece: “Com relação ao aborto, o Governo brasileiro é signatário de documentos de Conferências das Nações Unidas que o consideram grave problema de saúde pública (Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994) e recomendam que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro, isto é, que traz riscos para a vida

e a saúde da mulher (Plano de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995). Nesse sentido, é necessário garantir a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sejam atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando assim o risco de adoecimento e morte”.<sup>(3)</sup>

Visando atingir esses objetivos, serviços de referência foram credenciados pelo SUS para dar essa assistência às pacientes vitimizadas, amparadas pelo Estado, aqui representado pelas instituições prestadoras da assistência. Entretanto, a questão da objeção de consciência parece não ter sido devidamente levada em consideração pelo SUS ao credenciar um serviço cuja premissa seria garantir a realização do aborto previsto em lei, com qualidade e segurança, e que, portanto, deveria ter na sua equipe profissionais médicos não objetores. No trabalho mencionado, os autores relatam que, nos serviços credenciados avaliados, essa razão foi a principal causa de recusa para a não assistência às pacientes. Ora, mesmo assim, caso fossem objetores, seria dever do profissional acolher, esclarecer e encaminhar as pacientes para serviços onde o procedimento seria efetivamente realizado ou então garantir a sua assistência por outro(a) profissional da instituição. Nesse sentido, faz-se mister alertar o profissional objetor que realiza o atendimento dessas pacientes, assim como em todas as demais situações médicas, para que se abstraia das convicções motivadoras de sua objeção de consciência e norteie suas condutas e atitudes para benefício dos doentes, mas nunca para prejuízo deles ou com propósitos escusos, conforme rezam os bons princípios da medicina hipocrática.

A relação médico-paciente deixou de ser verticalizada e vem sendo construída pelo diálogo. “Claro que o médico também é sujeito dessa relação jurídica, mas seu papel é o de colaborar com o sujeito principal, e não o tratar como um objeto de direitos. Não podemos nos esquecer que vivemos em uma sociedade pluralista, com correntes culturais diversas, e o juízo crítico aos valores humanos merece ser observado”.<sup>(4)</sup>

É necessário que o SUS reveja a forma de credenciamento de centros de referência dessa natureza e leve esses aspectos em consideração, seja na seleção de pessoal, seja na escolha das instituições que albergarão os serviços, priorizando aquelas que têm sinergismo com os propósitos do programa, sob pena de se configurar verdadeira violência obstétrica por omissão.

O relato sobre os Centros de Referência de Minas Gerais publicado na RBGO representa apenas a “ponta do iceberg” de um problema muito mais extenso e complexo. Credenciar serviços de referência sem o devido

cuidado com o preparo das instituições credenciadas, utilizando critérios políticos para repartir os recursos do SUS, não solucionará o problema e não resultará na melhoria do sistema. As mulheres brasileiras continuarão desassistidas na maior parte das vezes. Medidas recentemente propostas, contidas na Portaria MS nº 2.561, de 23 de setembro de 2020,<sup>(5)</sup> como comunicar o fato à autoridade policial responsável, preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial ou aos peritos oficiais e incluir o anestesista na equipe de saúde multiprofissional, são apenas medidas distratoras para mudar o foco do problema e dificultar a atuação dos profissionais da saúde verdadeiramente envolvidos com essas questões. Melhor seria valorizar as instituições já credenciadas que cumprem adequadamente sua missão, de forma segura, profissional e, sobretudo, humanizada.

Em tempos exigentes, em que extremismos de direita e de esquerda ganham espaço, é preciso cautela para que nós, profissionais da Medicina, não tomemos decisões baseadas unicamente em nossas pré-compreensões e concepções morais. Deve sempre prevalecer o juramento hipocrático feito por ocasião das formaturas dos médicos: “Não permitirei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político ou posição social se interponham entre o meu dever e o meu doente”. No caso das mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, a promoção do conhecimento técnico científico aliado à sensibilização dos profissionais de saúde e o credenciamento de instituições verdadeiramente engajadas nessa causa são as melhores opções do SUS para elevar a qualidade do atendimento e dar solução definitiva para esse reconhecidamente grave problema de saúde pública no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Lima TMM, Sá MFF. Gravidez na infância e na adolescência. In: Lima TMM, Sá MFF, editores. Ensaio sobre a infância e a adolescência. 2ª ed. Belo Horizonte: Arraes; 2019. p. 15-26.
2. Mendes RWM, Francisco AMC, Tostes CBS, Reis J, Atzingen AC. Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais State. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(11):746-51.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento das lesões decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Oct 14]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)
4. Sá MFF, Naves BTO. Bioética e biodireito. 5ª ed. Indaiatuba: Foco; 2021. In press.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União [Internet]*, 2020 Sep 24 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>