Objeção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais

Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais state

Roger William Moraes Mendes[1], Antonio Marcos Coldibelli Francisco[2], Carla Benedita da Silva Tostes[1], Júlia dos Reis[3], Augusto Castelli Von Atzingen[2]

Descritores

Bioética; Aborto legal; Violência sexual; Aborto induzido; Instituições de assistência ambulatorial

Keywords

Bioethics; Legal abortion; Sexual violence; Induced abortion; Ambulatory care facilities

1. Faculdade de Medicina de Itajubá, Itajubá, MG, Brasil.
2. Departamento de Bioética, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, Brasil.
3. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital de Clínicas de Itajubá, Itajubá, MG, Brasil.

Submetido
08/09/2020

Aceito
19/10/2020

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Roger William Moraes Mendes
Faculdade de Medicina de Itajubá
Avenida Rennó Júnior, 368, São Vicente, 37502-138, Itajubá, MG, Brasil.
roger.mendes@fmit.edu.br

Como citar?
Mendes RW, Francisco AM, Tostes CB, Reis J, Atzingen AC. Objeção de consciência na dinâmica do atendimento ao aborto legal em Minas Gerais. Femina. 2020;48(11):646-53.

Este trabalho é a versão em língua portuguesa do artigo "Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais State" publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(11):746-51.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi verificar a existência da objeção de consciência na atenção integral à saúde das vítimas de violência sexual, bem como conhecer a estrutura de atendimento das instituições credenciadas na rede de atenção à vítima de violência sexual no Estado de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e analítico, com proposta de coleta de dados das instituições credenciadas ao atendimento às vítimas de violência sexual no estado. O instrumento foi entregue aos(às) coordenadores(a) desses serviços. **Resultados:** Verificou-se que 11% dos serviços não possuem médicos e 31% não fornecem treinamento para esse tipo de atendimento. Foi revelado que 85% dessas instituições já encontraram pacientes que desejam fazer o aborto legal, mas 83% delas não tiveram seu pedido atendido. Houve 60% da presença de objeção de consciência por parte de toda a equipe médica, sendo o principal motivo religioso (57%). **Conclusão:** O sistema de assistência no Estado 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. Faz-se necessária uma rede de referência e contrarreferência funcionante para amenizar esse problema tão sério e evidente. Espera-se que o resultado da pesquisa crie espaços de diálogo dentro do Estado que favoreçam ações adequadas sobre o aborto legal e respeitem o profissional médico se houver objeção de consciência.

ABSTRACT

Objective: *The aim of this study was to verify the existence of conscientious objection to comprehensive health care for the victim of sexual violence, as well as to understand the service structure of institutions authorized in the health care system for victims of sexual violence in the state of Minas Gerais.* **Methods:** *This is a quantitative, cross-sectional, descriptive, and analytical field study aiming to collect data from institutions authorized to assist victims of sexual violence in the state. The instrument was handed in to the coordinators of these services.* **Results:** *It was found that 11% have no physician in service and that 31% had no training for this type of care. It was revealed that 85% of these institutions have already encountered patients wishing to have a legal abortion, but 83% of them have not had their request granted. There was a 60% presence of conscientious objection by the entire medical team, the main reason being religious (57%).* **Conclusion:** *The assistance system is not prepared for comprehensive care for victims of sexual violence, especially in terms of legal abortions, with conscientious objection being the main obstacle. A functional referral and counter-referral system is needed to alleviate such a serious and evident problem. It is hoped that the research results will promote dialogues in the state that favor appropriate actions on legal abortion, and respect the medical professional, in case of conscientious objection.*

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.[1] 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", 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.[2]

Segundo critério 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.[3]

No Brasil, o Código Penal[4] 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,[5] 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",[6] a fim de assegurar o direito à interrupção da gestação legal por meio do Sistema Único de Saúde (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.[7] 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 de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional; e complicações decorrentes de abortamento inseguro.[8]

É oportuno mencionar que o artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos[9] atrela o princípio da não discriminação e da não estigmatização ao princípio da dignidade da pessoa humana, 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 não haja como comparar o suposto sofrimento da mulher que passa pelo aborto com o 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.[8]

Portanto, o objetivo deste estudo é verificar a existência e os motivos da objeção de consciência na atenção integral à saúde das vítimas de violência sexual, com gravidez indesejada e com desejo de interrupção da gestação, no estado de Minas Gerais. Também se objetiva conhecer a estrutura de atendimento das instituições credenciadas na rede de atenção à vítima de violência sexual, verificar a frequência de objeção de consciência nesses serviços e identificar como a unidade procede em relação a esse problema na resolução do aborto legal e na atenção integral à mulher vítima de violência sexual.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo de caráter quantitativo, transversal, descritivo e analítico. O estudo foi realizado nos anos de 2018 e 2019 a partir do levantamento de instituições credenciadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para atendimento às vítimas de violência sexual no estado (87 instituições). Em seguida, todos os coordenadores desses serviços foram contatados por meio de ligações, *e-mails* ou de aplicativo telefônico (WhatsApp) e convidados a participar do estudo, porém, dos 87 coordenadores, apenas 49 aceitaram participar da pesquisa. Em seguida, os participantes receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) juntamente com o instrumento da pesquisa, por *e-mail* ou *link*, de acordo com a preferência do participante.

As questões do instrumento de pesquisa tiveram como objetivo verificar se as instituições possuem ambiente reservado e exclusivo para atendimento às vítimas de violência sexual, exames específicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), anticoncepção de emergência, capacitação, humanização e acolhimento e atendimento por equipe multiprofissional. Além do aspecto estrutural, questionou-se sobre a ocorrência de casos de vítimas de violência sexual, com

gravidez indesejada e com desejo de interromper a gravidez, bem como sobre a presença ou ausência de motivos para a objeção de consciência da equipe e qual a conduta a ser tomada nessa situação. Os dados obtidos foram alocados em uma planilha, utilizando *software* específico (Microsoft Office – Excel®), e posteriormente analisados estatisticamente segundo os testes de Qui-quadrado e de Yates e a estatística descritiva.

A elaboração do Instrumento de Pesquisa respeitou os preceitos da Resolução nº 466/2012 – Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 3.584.672.

RESULTADOS

Do total das 87 instituições credenciadas, 49 responderam à solicitação em participar do estudo. Das 49 instituições que retornaram, 14 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. Dessa forma, 35 hospitais foram avaliados no presente estudo. Não foram incluídas as 38 instituições que não atenderam às solicitações por telefone, *e-mail* ou aplicativo telefônico (WhatsApp), por não respeitarem os critérios de inclusão da pesquisa.

A tabela 1 apresenta os resultados referentes à primeira questão do instrumento, relacionada à disponibilidade de serviços e estrutura das maternidades credenciadas para atendimento a vítimas de violência sexual, pela SES/MG.

Quando questionados sobre a 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 essa circunstância, ao passo que 14,30% marcaram não, conforme demonstra a figura 1.

Tabela 1. Serviços e estrutura disponíveis nos hospitais de Minas Gerais

Serviços e estrutura	Sim (%)	Não (%)
Psicólogo(a)	28 (80,00)	7 (20,00)
Médico(a)	31 (88,58)	4 (11,42)
Enfermeiro(a)	29 (82,86)	6 (17,14)
Assistente social	30 (85,71)	5 (14,29)
Ambiente reservado	11 (31,43)	24 (68,57)
Exames complementares	30 (85,71)	5 (14,29)
Capacitação da equipe	24 (68,57)	11 (31,43)

Sobre a objeção de consciência (Figura 2), na realização de aborto legal, de toda a equipe médica, 60,60% dos(as) coordenadores(as) das maternidades credenciadas ao atendimento de vítima de violência sexual pela SES/MG responderam que há objeção de consciência nessa conjunção e 39,40% responderam que não há.

A figura 3 mostra o percentual referente à realização ou não do aborto nos serviços que já tiveram demanda de pacientes que desejavam a realização do aborto legal (tanto nos casos de violência sexual como nos casos de anencefalia). O aborto foi realizado em 5 serviços (16,67%), enquanto 25 hospitais (83,33%) não realizaram o procedimento. Os serviços que não o fizeram encaminharam o problema para ser resolvido pela administração do hospital, ou para hospital referenciado, ou orientaram a paciente a procurar outro serviço por

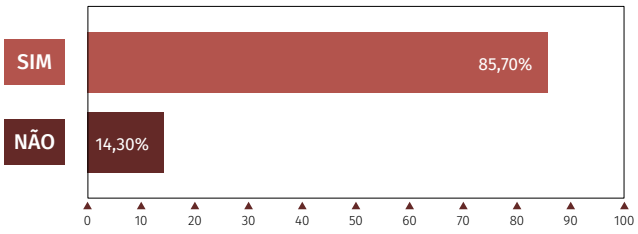

Figura 1. Situações de atendimento à vítima de violência sexual (com gravidez indesejada) ou de gestação com feto anencefálico, com desejo de interromper a gestação

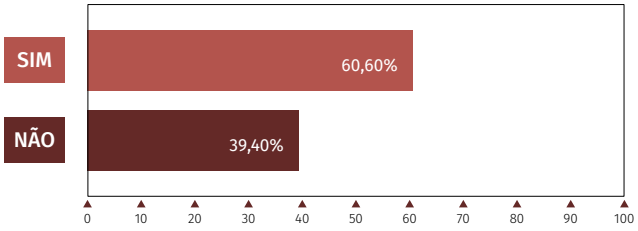

Figura 2. Objeção de consciência de toda a equipe na realização de aborto legal

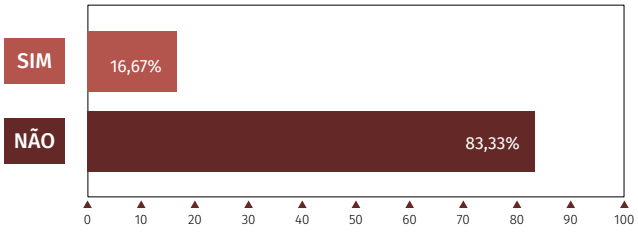

Figura 3. Desfecho das demandas positivas de desejo de abortamento legal em vítimas de violência sexual nas maternidades credenciadas pela SES/MG

meios próprios. Tal dado é significativo, com p = 0,0056 e Qui-quadrado (Yates) = 7.682 para análises binárias.

A tabela 2 mostra os motivos mencionados para a objeção de consciência. Apenas as instituições que apresentaram objeção de consciência por parte de toda a equipe (21 serviços) responderam a essa questão. Observe que, nessa questão, os responsáveis pelos serviços podem marcar mais de um motivo para objeção.

Tabela 2. Motivo da objeção de consciência

Motivo da objeção de consciência	Sim n (%)	Não n (%)
Religioso	12 (57,14)	9 (42,86)
Ético	11 (52,38)	10 (47,62)
Moral	7 (33,33)	14 (66,67)
Social	6 (28,57)	15 (71,43)
Contra o aborto sempre	8 (38,10)	13 (61,90)

DISCUSSÃO

Pelos dados encontrados na SES/MG, foram identificados 87 serviços credenciados ao atendimento às vítimas de violência sexual; 14 deles foram excluídos da pesquisa por não possuírem maternidade e não prestarem esse tipo de atendimento. Portanto, 16,09% do total das instituições credenciadas foram excluídas da análise. Esse é um dado relevante que merece ser debatido, pois são 16,09% dos hospitais ou municípios que são credenciados, mas não prestam o serviço a que foram habilitados.[10]

Pela tabela 1, consegue-se perceber a deficiência e a desestruturação 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 esse tipo de atendimento, sigiloso, privativo e humanizado. Essas mulheres chegam a 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 a mulheres fragilizadas e vitimizadas.[11] Ainda relativamente a esses resultados, é possível verificar que 11,42% dos serviços não têm médicos(as) e 17,14% não têm nem enfermeiros(as), que seria o mínimo esperado em uma unidade de atendimento às vítimas de violência sexual.[12]

Analisando os serviços prestados, 14,29% deles não possuem exames específicos, prevenção de DSTs e anticoncepção de emergência, que também são condições básicas e primordiais, segundo a Resolução SES/MG nº 4.590, de 9 de dezembro de 2014,[13] para o atendimento às vítimas de violência sexual. Além disso, os serviços precisam estar em constante atualização, com capacitação, humanização e acolhimento a essas mulheres, no entanto 31,43% deles negaram esse tipo de educação continuada.

Dos serviços de Minas Gerais pesquisados e credenciados ao atendimento às vítimas de violência sexual, 85,70% deles (Figura 1) já se depararam com situações de atendimento a mulheres que procuraram o serviço para interromper a gestação de forma legalizada, seja por violência sexual ou por anencefalia. Ou seja, a questão do aborto legal é comum e é direito da mulher, como previsto em lei, nos casos de estupro, anencefalia e situações de risco de morte materna, e nas três situações não há necessidade de autorização judicial.[14]

Foi identificado que 21 (60,60%) das instituições pesquisadas apresentaram objeção de consciência de toda a equipe (Figura 2), ou seja, nesses serviços o problema da paciente não é resolvido, e provavelmente não será. Essa questão 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 a esse procedimento por toda a equipe. Esse fato entra em concordância com os trabalhos publicados, que relatam que o Brasil conta com número reduzido de profissionais disponíveis para realizar o procedimento.[15] Com isso, nota-se claramente o conflito entre o(a) médico(a), que tem o direito de não realizar o ato do aborto, e a mulher, que tem o direito ao aborto legal. Identificar esse índice, em nível nacional, é essencial para criar focos de discussão política, para uma real assistência integral à mulher. Se, além do resultado obtido de 21 serviços que apresentam objeção de consciência integral de toda a equipe (Figura 2), forem somados os 14 hospitais que não prestam o atendimento às vítimas de violência sexual (apesar de credenciados pela SES/MG para a realização do serviço), chega-se à seguinte estatística: 35 dos 49 serviços avaliados (71,42%) não resolvem o problema do aborto legal, apesar de este 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, 16,67% dos(as) coordenadores(as) das maternidades credenciadas responderam que, quando se depararam com mulheres optando pelo aborto legal, realizaram o ato médico do aborto, mas, em contrapartida, 83,33% deles(as) não efetuaram o desejo das pacientes, ou seja, 83,33% dessas mulheres foram privadas da realização do procedimento que buscaram e que deveria ser coberto pela lei (Figura 3). Quando, por objeção de consciência de toda a equipe, os(as) coordenadores(as) encaminharam o problema para ser resolvido pela administração do hospital ou para outro serviço credenciado, previamente

combinado, ou explicaram para a paciente que não têm médicos(as) que realizam o aborto legal na instituição, deixaram as pacientes sem encaminhamento e sem solução para seu problema. A pesquisa ratifica a literatura sobre o assunto, em que essa situação pode representar dificuldade na demanda de mulheres que querem interromper a gestação.[16] Independentemente da condição que leva o(a) profissional a se tornar objetor(a) de consciência, ele(a) precisa ser respeitado(a) em sua decisão, por estar dentro do seu direito médico de recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.[17]

A falta de estruturação e de serviços específicos, identificados na pesquisa (Tabela 1), somada à objeção de consciência de toda a equipe (Figura 2), e a não realização do aborto legal (Figura 3) vão na contramão do que está disposto na Lei nº 12.845/2013,[18] que discorre sobre a assistência obrigatória e integral a 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 as vítimas de violência sexual de forma absoluta, emergencial e com equipe multiprofissional, entre diversos serviços, se for o caso, o abortamento legal. Esse tipo de programa representa um avanço no cuidado humanizado e nos direitos das mulheres vítimas de violência sexual,[6] 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, ou se opor a realizar procedimento ou atendimento que não condizem com suas convicções moral, ética, social ou religiosa, é um direito médico.[19] Nessa ótica, a pesquisa identifica, entre os itens mais relevantes, que o quesito religião prevalece entre os vários motivos pelos quais médicos(as) são objetores(as) de consciência, como evidenciado na tabela 2. Entre os vários motivos que levam os(as) médicos(as) a serem objetores(as) de consciência na realização do aborto legal, a literatura cita o estigma social[20] como o maior obstáculo à realização desse procedimento, mesmo onde o ato médico do aborto é previsto em lei com políticas, resoluções e protocolos para o seu atendimento. Essas limitações esbarram nas ambiguidades e inseguranças dos profissionais na tradução prática da lei, seja por sentirem como 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 nessa citação os obstetras americanos e brasileiros.[20]

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. Mesmo que médicos(as) sejam objetores(as) de consciência no aborto legal, precisam prestar informações sobre tratamentos que consideram censuráveis e têm o dever de encaminhar as pacientes a profissionais não objetores(as).[21]

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; 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.[22] 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 norteada, 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, pois seu problema precisa ser resolvido dentro da lei, e do outro lado o(a) médico(a), que se nega a realizar tal procedimento por razões de natureza particular, isto é, por ser incompatível com suas convicções. Nesse caso, a bioética precisa ser a balizadora desse ponto divergente, levando à conciliação e sendo a ponte para resolver tal situação, pois os direitos precisam ser protegidos de ambos lados.[23]

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-las.[24] Com o resultado da pesquisa, que evidencia que 60,60% dos serviços entrevistados de Minas Gerais possuem equipes com 100% de objetores(as) de consciência ao aborto legal, torna-se necessário, em caráter urgente, haver uma discussão bioética severa e resolutiva para dar fluência nessa questão no Estado. A autonomia precisa ser garantida à mulher que opta pelo aborto legal e para o(a) médico(a) que se nega a realizar tal procedimento.

Conforme a pesquisa realizada, 85,70% dos serviços entrevistados (Figura 1) já se viram em situações com mulheres desejando realizar o aborto legal. Por razões como essa, há necessidade de ações políticas destina-

das 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, os(as) profissionais possam enfrentar menos desconforto e constrangimento em realizar o abortamento ou ser respeitados(as) e ter seu direito concedido quando não o fazem por objeção de consciência.

Mesmo havendo sobreposição de médico(a) e sujeito moral, sabe-se que, antes de ser profissional de saúde que trabalha a serviço do Estado, o indivíduo faz parte de uma comunidade que tem seus preceitos morais, 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.[24,25] Além de ter direito de não realizar procedimentos que julgar errados, o(a) objetor(a) pode também não querer informar a paciente de seus direitos nem a encaminhar a outro(a) profissional. Sob esse ponto de vista, a mulher que tem direito ao aborto ficaria totalmente desassistida e obstruída por justificação moral.[24,25] A identificação minuciosa dos serviços credenciados na resolução do aborto legal e uma íntima relação deles devem ser criadas para uma real rede de referência e contrarreferência 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 essas mulheres.

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 essas razões, é que a bioética não pode ficar estagnada apenas em 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.[8]

É certeza que a bioética constitui e constituirá sempre um espaço propiciador de diálogo entre todos os profissionais envolvidos nesse problema, para que possam discorrer sobre o assunto de forma mais substanciada e consolidada, promovendo atendimento mais adequado ao principal alvo da saúde, que é a paciente, proporcionando-lhe respeito e atendimento integral. E o(a) médico(a), no exercício de sua profissão, deve ser respeitado(a) e seus direitos resguardados se a objeção de consciência na realização do aborto for a sua decisão.

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 à saúde das vítimas de violência sexual e com desejo de interrupção da gestação, no estado de Minas Gerais. Após a verificação da pesquisa, é possível afirmar que a situação de receber pacientes com desejo de interrupção legal da gestação é comum e que a objeção de consciência em toda a equipe é expressiva, principalmente por influência ético-religiosa. 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, tornam-se necessárias discussões na esfera assistencial, incrementando novos modelos de estruturação e atualização de credenciamento pela SES/MG. Foi evidenciado que o problema no Brasil não é a criminalização, e sim a verdadeira falta de assistência, acrescida da falta de capacitação para dar atendimento às mulheres com direito ao aborto legal. 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 e atendimento diferenciado e reservado, mantendo a discrição e a privacidade, trazendo, assim, uma verdadeira humanização a esse atendimento, deixando de ser teórico e retórico para ser verdadeiramente assistencial e integral. É necessário criar esses centros específicos para o problema da violência sexual e do aborto legal no Brasil, saindo, assim, do papel e entrando verdadeiramente na esfera assistencial. A expectativa com este trabalho é 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 se favoreçam reflexões adequadas sobre o aborto. Espera-se também que a paciente seja acolhida em sua integralidade, que o(a) profissional médico(a) seja respeitado(a) por sua objeção de consciência e, caso a objeção esteja presente, que o Estado crie uma rede de atendimento de referência e contrarreferência para a resolução de situação tão grave.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores e funcionários do Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, pelos maravilhosos momentos de grandes reflexões bioéticas e informações transmitidas.

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. doi: 10.1590/S1983-80422013000300014
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. doi: 10.1111/1467-8519.00356
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940 dez 31;Seção 1:23911.
5. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006 ago. 8;Seção 1:1.
6. 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
7. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção dos profissionais de saúde sobre o aborto legal. Rev Bioét. 2015;23(2):387-99. doi: 10.1590/1983-80422015232077
8. Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. Saúde Soc. 2014;23(1):157-66. doi: 10.1590/S0104-12902014000100012
9. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: Unesco; 2006.
10. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 4.596, de 9 de dezembro de 2014. Estabelece as diretrizes para o Curso de Especialização em Gestão em Saúde, nas modalidades a distância e semipresencial. Diário Oficial de Minas Gerais, 2014 dez. 20;Cad. 1:24.
11. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil – a national study. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
12. Carvalho J, Gonçalves DWPO, Carvalho H. A legalização do aborto em casos de anencefalia no Brasil. Rev Inst Direito Bras. 2013;2(4):2791-830.
13. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 4.590, de 9 de dezembro de 2014. Regulamenta o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, pelos estabelecimentos de saúde qualificados como referências na Região de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais e dá outras providências [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 10]. Available from: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4590.pdf
14. Ruibal, Alba. A controvérsia constitucional do aborto no Brasil: Inovação na interação entre movimento social e Supremo Tribunal Federal. Revista Direito e Práxis. 2020;11(2):1166-87.
15. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Femina. 2012;40(6):301-6.
16. 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):3819-32. doi: 10.1590/1413-812320152112.07282015
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, 2018 nov. 1; Seção 1:179.
18. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 2013 ago. 2;Seção 1:1.
19. 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):155-64. doi: 10.1590/1981-52712015v42n4rb20180021
20. Marquardt M, Ribas JR. O aborto na legislação brasileira. In: Urbanetz AA, coordenador. Ginecologia e obstetrícia: Febrasgo para o médico residente. Barueri: Manole; 2016. p. 787-803.
21. Gonçalves L, Dias MC. O debate sobre o aborto no Brasil: bioética, biopolítica e a perspectiva dos funcionamentos como horizonte de justiça. METAXY. 2017;1(2):1-15.
22. Silva MCO. A via crucis do corpo: objeção de consciência, aborto e práticas de saúde em uma maternidade potiguar. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress; Florianópolis; 2017. p. 1-12.
23. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliff: Prentice-Hall; 1971.
24. 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):606-16. doi: 10.1590/1983-80422018264279
25. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? Theor Med Bioeth. 2008;29(3):187-200. doi: 10.1007/s11017-008-9076-y