

Legalidade e ética entre obstetras do serviço de aborto legal em Alagoas no atendimento às vítimas de estupro

Legality and ethics among obstetricians of the legal abortion service in Alagoas during the care for rape victims

Robério Garbini¹, Lavici dos Anjos de Melo Costa Garbini¹, Mara Cristina Ribeiro¹, Sonia Maria Soares Ferreira¹, Diego Figueiredo Nóbrega¹, Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa¹

Descritores

Aborto induzido; Delitos sexuais; Ética; Estupro; Obstetrícia

Keywords

Abortion induced; Sex offenses; Ethics; Rape; Obstetrics

Submetido

10/08/2020

Aceito

13/09/2021

1. Centro Universitário Cesmac, Maceió, AL, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa
Rua Prof. Ângelo Neto, 51, Farol,
57051-530, Maceió, AL, Brasil
kevan.barbosa@cesmac.edu.br

Como citar:

Garbini R, Garbini LA, Ribeiro MC, Ferreira SM, Nóbrega DF, Barbosa KG. Legalidade e ética entre obstetras do serviço de aborto legal em Alagoas no atendimento às vítimas de estupro. Femina. 2021;49(10):622-30.

RESUMO

Objetivo: Determinar o perfil ético profissional dos obstetras do serviço de aborto legal no estado de Alagoas (Brasil) e delinear um protocolo e fluxograma para auxiliar no atendimento de mulheres estupradas. **Métodos:** Realizamos um estudo observacional-transversal, prospectivo e descritivo, incluindo todos os 26 obstetras do serviço de aborto legal. Na fase 1, investigaram-se o conhecimento legal e a posição ética, enquanto na fase 2 foram construídos um protocolo e um fluxograma para guiar o serviço nos casos de aborto legal. **Resultados:** Na fase 1, identificamos que a maioria dos obstetras não conhecia os aspectos legais sobre o aborto, não se sentiam confortáveis em estar no serviço e apontaram várias limitações no funcionamento dele. Na fase 2, foram desenvolvidos um protocolo e um fluxograma aplicados aos casos em que uma mulher estuprada deseja abortar por métodos legais. **Conclusão:** O perfil dos obstetras do serviço de aborto legal é insuficiente para lidar com a complexidade do aborto no estado. O protocolo e o fluxograma delineados tiveram o propósito de ajudar o serviço de aborto legal do estado a lidar com esse problema público/social.

ABSTRACT

Objective: To determine the professional ethical profile of obstetricians from the legal abortion service in Alagoas state (Brazil) and to design a protocol and flowchart to help the attendance of raped woman. **Methods:** We performed an observational-sectional, prospective and descriptive study including all 26 obstetricians from the legal abortion service. Phase 1 investigated the legal knowledge and ethical position, while phase 2 was the construction of a protocol and flowchart to guide the service in cases of legal abortion. **Results:** In the phase 1 we identified that most obstetrician did not know the legal aspects about abortion; did not feel comfortable to be in the service and they pointed out several limitations of how service works. Phase 2 of the study was the development of a protocol and flowchart applied to the cases which a raped woman wants to abort by legal methods. **Conclusion:** The profile of obstetrician from the legal abortion service is insufficient to deal with the complexity of abort in the state. The protocol designed have the purpose to help the state legal abortion service to deal with this public/social problem.

INTRODUÇÃO

Estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.⁽¹⁾ Caso o estupro resulte em gravidez, a legislação brasileira permite que a mulher opte pela interrupção da gestação ou possa assumir o recém-nascido e, em terceiro caso, possa encaminhar o bebê para adoção.⁽²⁾ Em 2018, ocorreram 66.041 casos de estupro no Brasil, uma média de 180 por dia no país; 55,8% das vítimas possuíam até 13 anos de idade.⁽³⁾

A legislação da prática da interrupção da gravidez é divergente entre os países; no Brasil, é considerada crime, tipificado desde 1940 no Código Penal Brasileiro, constante nos artigos 124 a 128, gerando pena com detenção de um a três anos se provocada pela gestante ou com seu consentimento.⁽⁴⁾ Quando provocado por terceiros, a pena passa a ser reclusão de três a dez anos, caso não haja consentimento da gestante, e de um a quatro anos, caso haja consentimento dela.⁽⁴⁾ A Suprema Corte de outros países como Estados Unidos e Canadá permite a prática do aborto sem que se infrinjam as leis desses países, obviamente com algum grau de regulamentação. O aborto no Brasil é somente não punido judicialmente em três casos: 1) risco materno; 2) em caso de estupro, em acordo com o Código Penal; 3) em nascimento de bebês anencéfalos, a partir da decisão de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF-54), de 2012.⁽⁵⁾

De acordo com a medicina, o abortamento é definido como o nascimento de um feto com peso inferior a 500 g ou antes de 20 a 22 semanas completas, incompatível com a possibilidade de vida.^(2,6) Fetos abortados acima desses valores citados ou com estatura superior a 25 cm devem ser incluídos como vida perdida, devendo ser preenchida a Declaração de Óbito.⁽⁷⁾ A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) tratam o abortamento como um processo em que o produto final da gestação gera um ser com menos de 16,5 cm.⁽⁸⁾

Conceitualmente, há de se fazer uma distinção entre abortamento e aborto, sendo abortamento o processo de interrupção da gravidez e aborto o produto que sai do ventre da mulher, entretanto a própria justiça brasileira aplica o termo “aborto” em todas as oportunidades, além de não conferir no Código Penal qualquer regulamentação para o limite gestacional.⁽⁹⁾ Utilizaremos de agora em diante a denominação de aborto como sinônimo de abortamento, que está mais consagrada na literatura médica, jurídica e científica.

Apesar de ser reconhecido em lei que a mulher vítima de estupro pode realizar o aborto, há um embate ético quando o médico de um serviço de referência ao aborto legal se recusa a realizar tal procedimento, baseando-se no artigo 7º do capítulo I do Código de Ética Médica (CEM), que prevê: “o médico deve exercer a profissão

com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis aos pacientes”, e também no artigo 9º, que prevê ao médico a objeção de consciência: “recusar a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Entretanto, o artigo 15, no seu capítulo III, afirma que é vedado ao médico: “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”.

A questão se acentua pelo fato de que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.508, exige apenas o consentimento da mulher para a realização do aborto, haja vista que o próprio Código Penal não impõe a necessidade de notificação à polícia para a prática do aborto legal, o que, por vezes, gera insegurança nos médicos obstetras que realizam procedimento de aborto legal nos serviços referenciados de cada estado.^(2,10,11)

Os serviços de aborto legais deveriam possuir em seu quadro profissionais médicos que não possuam objeção de consciência para a prática do aborto, uma vez que questões éticas podem dificultar o processo de trabalho em um serviço que realiza abortos cotidianamente.⁽²⁾ Entretanto, nem todos os estados estão prontamente preparados e capacitados para ofertar esse tipo de serviço, apresentando, por vezes, a ausência de pessoal capacitado, protocolos e fluxogramas de atendimento.

A presente investigação parte de uma problemática profissional: o serviço de aborto legal em Alagoas precisa de uma reestruturação de acordo com a Coordenação do Serviço. Dessa forma, dividimos nossa pesquisa em duas fases, primeiramente objetivando conhecer o perfil do médico obstetra do serviço quanto a legalidade, ética e qualidade do serviço para o atendimento às mulheres com relato de estupro e desejo de aborto. Num segundo momento, pautados nos resultados da primeira fase, sugerimos um protocolo e um fluxograma de atendimento para auxiliar na reestruturação do serviço de aborto legal no estado de Alagoas.

MÉTODOS

A presente pesquisa é caracterizada como observacional-seccional, prospectiva e descritiva. Os dados referem-se ao intervalo entre janeiro de 2019 e março de 2019. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer de nº 3.007.016 (CAAE: 02388918.6.0000.0039).

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública do estado de Alagoas, correspondente a uma unidade complementar assistencial, que realiza atendimentos de alta e média complexidade e é referência estadual para gestantes de alto risco. A referida maternidade, durante a realização da pesquisa, prestava assistência à pessoa vítima de violência sexual, sendo a referência no estado para a execução de procedimentos de abortos em mulheres

que desejem realizar tal procedimento, motivo pelo qual se optou por realizar a pesquisa nessa instituição.

O serviço de atendimento às vítimas de violência sexual foi implementado há cerca de cinco anos no estado e os obstetras que já compunham o quadro oficial da maternidade foram requisitados a participarem do serviço, sendo realizados alguns seminários sobre uso de medicamentos, exames e o fluxograma de atendimento no serviço.

Os participantes da pesquisa foram todos os médicos obstetras plantonistas do serviço de referência ao atendimento às vítimas de violência sexual do estado de Alagoas. Ao todo, 26 médicos foram incluídos na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador em uma sala reservada. Utilizou-se como instrumento de coleta das informações um questionário estruturado com questões sociodemográficas, conhecimento legal e ético dos profissionais participantes da pesquisa, bem como relacionadas ao serviço de atendimento. Inicialmente o pesquisador explicou o propósito da pesquisa e, em seguida, entregou o questionário, sendo informado ao participante que ele não poderia acessar quaisquer meios de informações para responder às questões. O pesquisador explicou os procedimentos éticos e formais do estudo e, logo após a entrega do questionário, se ausentou da sala para que o pesquisado se sentisse mais confortável em responder às questões. A participação no estudo foi concedida mediante a livre escolha do médico, mediante a leitura, assinatura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O pesquisador responsável pelo estudo entregou uma cópia ao entrevistado e arquivou outra cópia.

O desenvolvimento do questionário foi baseado em estudos prévios da literatura, sendo composto por quatro itens: informações gerais, conhecimento legal, posição ética e questões relacionadas ao serviço.⁽¹²⁻¹⁵⁾ No título do questionário havia informações de identificação do sujeito para fins de organização interna dos dados, incluindo o número da ficha, o ano/mês da coleta, bem como as instruções para resposta. O primeiro item incluía “*informações gerais*”, abrangendo a caracterização social, demográfica, profissional e religiosa dos participantes. O segundo item serviu para aferir o conhecimento legal sobre algumas questões sobre aborto no Brasil. O terceiro item englobou a posição ética do médico em relação às questões de cunho ético-prático e, por fim, o quarto item envolveu questões relacionadas ao serviço da maternidade.

O questionário inicial foi aferido quanto à adequação das perguntas por dois obstetras especialistas na temática e dois professores com experiência em pesquisa científica.

As variáveis sociodemográficas foram: bairro de moradia, sexo, idade, estado civil, especialidades médicas, religião, religiosidade (muito, moderado, um pouco) e etnia declarada. As variáveis sobre o conhecimento legal dos médicos obstetras incluíram as perguntas:

“No Brasil, em quais casos o aborto é considerado legal?”; “O médico pode se negar a realizar aborto legal?”; “Qual instrumento dispõe sobre a possibilidade de o médico realizar ou não o aborto legal?”.

As variáveis relativas ao posicionamento ético do médico foram: *“Você considera ético que o médico explique à vítima de violência sexual as razões pelas quais ele se nega a realizar o aborto legal?”; “Você considera que o médico tem obrigação de explicar à vítima de violência sexual as possibilidades de procedimentos de aborto legal?”; “Caso você se negue a realizar aborto legal em uma vítima de violência sexual, você considera que deve encaminhar a paciente a alguém que o faça?”; “Você concorda que mulheres possam realizar o aborto nos casos em que elas aleguem ser vítimas de violência sexual?”; “Você enfrentou algum dilema ético relacionado ao aborto na sua profissão?”; “Você se considera apto(a) para lidar com casos de violência sexual?”.*

As variáveis relacionadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual foram: *“O serviço está preparado para receber mulheres vítimas de violência sexual e que queiram realizar o aborto?”; “Como você avaliaria a qualidade do atendimento às vítimas de violência sexual?”; “Caso haja deficiência no serviço, o que poderia ser melhorado?”.*

O protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual no estado de Alagoas foi construído após a equipe de pesquisa realizar o estudo quantitativo e analisar e discutir os dados. Nessa fase do estudo, houve discussões com o coordenador de obstetrícia da maternidade (incluindo o serviço de atendimento à vítima de violência sexual e aborto legal), com a direção geral e médica da maternidade e com a Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (Sesau) via Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (RAVVS).

Utilizamos como base para a estruturação do protocolo a Norma Técnica do Ministério da Saúde, bem como alguns modelos já implementados em outras localidades, além do conhecimento interno de funcionamento do serviço na maternidade.^(2,16-18) Paralelamente ao protocolo, estruturamos um fluxograma de atendimento para auxiliar na dinâmica da prestação do serviço nos casos em que as mulheres com relato de estupro desejarem realizar aborto.

Todos os dados da pesquisa foram inicialmente tabulados no programa Microsoft Office Excel e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, version 20.0). Foram calculados os percentuais e as frequências absolutas de cada variável. Foram utilizados os programas Microsoft PowerPoint, Paint e Microsoft Word combinados para desenhar melhor o fluxograma.

RESULTADOS

Fase 1: Etapa quantitativa

Na tabela 1, temos a descrição das características gerais da amostra. Ressalta-se o amplo percentual de obste-

tras do sexo feminino, religião católica, além do equilíbrio percentual da etnia branca e parda. Todos possuem religiosidade e têm residência médica.

A figura 1 evidencia que 10 (38,5%) dos médicos obstetras consideram que apenas nos casos de estupro a prática do aborto legal pode ser realizada. Apenas 5 (19,2%) identificaram corretamente os três casos em que a legislação brasileira permite a realização da prática do aborto. A figura 2 expõe o conhecimento dos médicos relacionado à regulamentação da recusa de realização do aborto legal pelo médico. Grande parte dos participantes (n = 16; 61,5%) acredita

Tabela 1. Características dos médicos obstetras do serviço de referência à prática de aborto legal (n = 26)

Variáveis	n (%)
Total	26 (100,0)
Sexo	
Feminino	22 (84,6)
Masculino	4 (15,4)
Estado civil	
Casado	11 (42,3)
Separado	8 (30,8)
Solteiro	4 (19,2)
União estável	2 (15,4)
Viúvo	1 (3,8)
Raça declarada	
Parda	13 (50,0)
Branca	12 (46,2)
Preta	1 (3,8)
Possui religião?	
Sim	26 (100,0)
Não	– (–)
Religião	
Católica	22 (84,6)
Espírita	2 (7,7)
Não registrada	2 (7,7)
Especialização/residência?	
Sim	26 (100,0)
Não	– (–)
Especialidade/residência?	
Ginecologia/obstetrícia	23 (88,5)
Ginecologia/obstetrícia/anestesiologia	1 (3,8)
Ginecologia/obstetrícia/clínica médica	1 (3,8)
Ginecologia/obstetrícia/colposcopia	1 (3,8)

ser o CEM o regulamentador dessa prática. Ainda relacionado à parte legal da prática do aborto, todos os obstetras consideraram que o médico pode se negar a realizar a prática dentro do serviço de referência, e a religião foi a principal justificativa para a recusa (n = 15; 57,7%).

A posição ética dos médicos está descrita na tabela 2. Ressaltamos o fato de 11 (42,4%) médicos obstetras não serem a favor da prática do aborto em casos de estupro; além disso, 17 (65,4%) participantes não se consideram aptos a trabalhar no serviço. Os resultados referentes à qualidade do serviço mostraram que 15 (57,7%) consideravam o serviço ruim, 10 (38,5%), intermediário e apenas 1 (3,8%), bom. Ao serem questionados sobre em quais aspectos o serviço poderia ser melhorado, os médicos afirmaram diversos fatores, sendo computadas as principais citações, que foram necessidade de equipe mais capacitada/treinada (21 citações) e local mais apropriado para atendimento (16 citações).

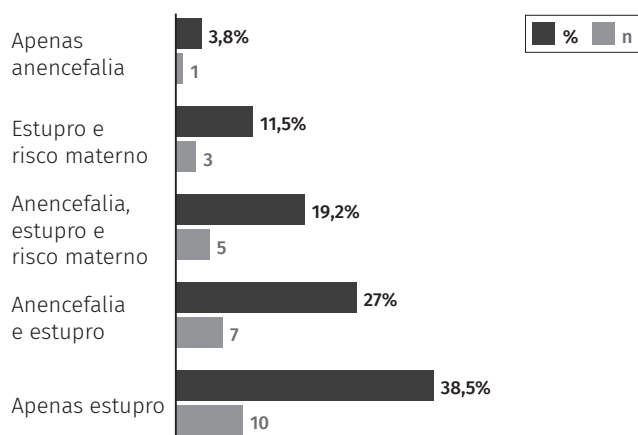


Figura 1. Conhecimento dos obstetras quanto à legalidade do aborto (n = 26)

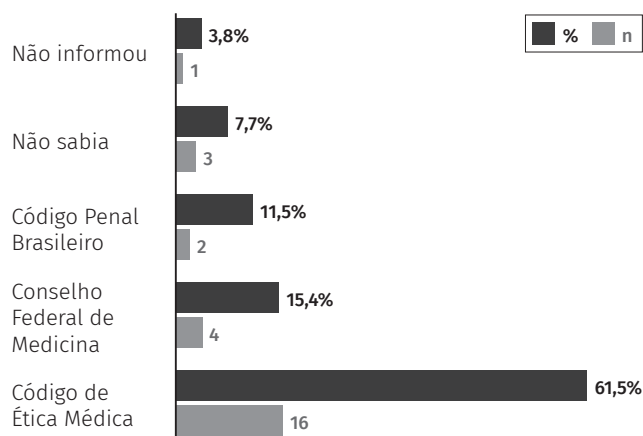


Figura 2. Conhecimento dos obstetras quanto ao órgão que regulamenta a possibilidade de realização do aborto legal (n = 26)

Tabela 2. Descrição da posição ética dos médicos obstetras quanto à prática do aborto legal (n = 26)

Variáveis	n (%)
Você considera ético que o médico explique à vítima de violência sexual as razões pelas quais ele se nega a realizar o aborto legal?	
Sim	25 (96,2)
Não	1 (3,8)
Você considera que o médico tem obrigação de explicar à vítima de violência sexual as possibilidades de procedimentos de aborto legal?	
Sim	22 (84,6)
Não	4 (15,4)
Caso você se negue a realizar aborto legal em uma vítima de violência sexual, você considera que deve encaminhar a paciente a alguém que o faça?	
Sim	23 (88,5)
Não	3 (11,5)
Você concorda que mulheres possam realizar o aborto nos casos em que elas aleguem ser vítimas de violência sexual?	
Sim	14 (53,8)
Não	11 (42,3)
Não sei	1 (3,8)
Você enfrentou algum dilema ético relacionado ao aborto na sua profissão?	
Sim	15 (57,7)
Não	11 (42,3)
Você se considera apto para lidar com casos de violência sexual?	
Sim	9 (34,6)
Não	17 (65,4)

Fase 2: Etapa do protocolo

Após análise dos dados quantitativos anteriores, seguimos com a estruturação do protocolo inicial experimental. Houve discussão com a equipe da direção do serviço de violência sexual na maternidade para verificar a aplicabilidade do protocolo. Após os ajustes finais, chegamos ao protocolo final descrito como apêndice no quadro 1. Após a estruturação do protocolo, a equipe de pesquisa confeccionou um fluxograma para auxiliar a aplicação do protocolo, constante na figura 3.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou todos os médicos obstetras do serviço de referência à prática do aborto legal no estado brasileiro de Alagoas. Além disso, descreveu um protocolo de atendimento às vítimas com relato de gravidez por estupro e desejo de realizar o abortamento por vias legais. Inicialmente determinamos as caracte-

rísticas ético-legais e relativas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual. A partir do cenário e do perfil profissional levantado, foi desenvolvido um protocolo de atendimento, bem como um fluxograma para orientar o serviço.

As características gerais da amostra revelaram que o perfil dos médicos obstetras é predominantemente do sexo feminino e católico. A religião é reconhecidamente um fator que compartilha princípios de manutenção da vida, considerando-a a partir do momento da fecundação. Nos últimos anos, acirrou-se o entrave com o movimento feminista, que alega que a mulher tem o direito e liberdade total sobre o seu corpo, constituindo o aborto uma prática necessária; por outro lado, o movimento religioso, defensor da vida, julga ser inaceitável a prática do aborto desde os primeiros momentos de fecundação do óvulo.⁽¹⁹⁾

Curiosamente, os médicos obstetras que compunham o quadro oficial do estado no serviço de abortamento legal não conheciam plenamente a legislação. Esse dado é preocupante, pois evidencia um despreparo da equipe para lidar com uma questão bastante delicada. Nosso achado é discrepante, comparando-se ao de um estudo nacional que já em 2004 verificou, entre ginecologistas e obstetras brasileiros, que cerca de 90% da amostra respondeu corretamente ao quesito sobre a legalidade do aborto.⁽²⁰⁾ É preciso recordar que em apenas três casos está prevista a prática do aborto: estupro, risco de morte materna e anencefalia fetal.

Na figura 2, os obstetras acertaram ao afirmar que o CEM prevê que o médico não realize determinados procedimentos por objeção de consciência.⁽¹⁰⁾ Percebemos, pelo CEM, que, apesar de existir certa liberdade do médico em realizar determinados procedimentos, nos casos de inexistência de outro médico para atender à paciente e também nos casos de urgência, o médico não pode se negar ao atendimento. No caso do serviço de aborto legal do presente estudo, a situação é ainda mais crítica, pois, em geral, há apenas um médico no plantão. A religião foi o principal motivo de recusa pautado na objeção de consciência, e ironicamente quase metade (42,4%) dos médicos do serviço de referência ao aborto legal se diz contra a prática do aborto por estupro. Esse dado é contraditório, haja vista tratar-se de um serviço de referência do sistema público de saúde brasileiro, onde o Estado é laico e as questões religiosas não são justificáveis para a alegação de objeção de consciência por parte da equipe. Somado a isso, mais da metade dos médicos não se dizem aptos para prestar o serviço ofertado.

A explicação para esse cenário dada pelo coordenador do serviço é que, a partir do momento em que o hospital passou a ofertar o serviço de aborto legal, foram utilizados para compor a equipe os mesmos recursos humanos médicos que compunham o serviço regular de obstetrícia. Esses profissionais não foram convocados voluntariamente para o serviço. Savulescu

Quadro 1. Protocolo de atendimento às vítimas com relato de estupro e desejo de abortamento

Título	Protocolo Médico de Atendimento às Mulheres com Relato de Estupro que Desejem Realizar Abortamento
Objetivo	Orientar e capacitar os médicos obstetras responsáveis pelo atendimento de aborto legal em Alagoas para um melhor atendimento à mulher vítima de violência sexual.
Justificativa	Após pesquisa realizada com os médicos obstetras do serviço de referência para realização do aborto legal em Alagoas, viu-se a necessidade de estruturação de um protocolo para melhor atendimento às vítimas de violência sexual e melhor preparo e apoio aos médicos que integram o serviço, além de melhorias do próprio serviço. Constatou-se ausência de normas, rotina e indicadores precisos para o atendimento. O presente protocolo é, portanto, um guia para o atendimento à vítima mulher que deseje realizar abortamento devido a estupro.
A legalidade brasileira sobre o aborto	Na legislação brasileira, existem apenas três possibilidades legais de não punição para a prática do abortamento induzido: a) Anencefalia (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, ADPF-54 de 2012); b) Estupro (Código Penal Brasileiro, Art. 128, de 1940); c) Risco de Morte Materna (Código Penal Brasileiro, Art. 128, de 1940). A regulamentação do serviço de aborto legal aconteceu apenas em 1999, sendo atualizada em 2005 e 2011.
A ética médica e a prática do aborto legal	No Código de Ética Médica, no seu capítulo “Direito dos Médicos”, em seu artigo IX, onde fala: “É direito do Médico: IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. A objeção de consciência que o Código refere é individual a cada médico, podendo a instituição/serviço de saúde divergir dessa objeção. O serviço tem o dever legal de garantir o atendimento e assistência às vítimas de violência sexual. Cabe ressaltar que o médico do serviço de referência que se opor a atender a vítima baseado nesse argumento deverá encaminhá-la a um profissional do serviço que o faça.
Acolhimento institucional a vítimas de violência sexual	O primeiro contato com a vítima de violência sexual é crucial para um melhor entendimento do caso e para que o direcionamento correto seja feito. A mulher que adentrar a recepção, seja encaminhada ou por demanda espontânea ao Hospital da Mulher, com relato de violência sexual deverá ser encaminhada ao setor de acolhimento do hospital, onde será ouvida e avaliada por uma equipe multiprofissional.
Da solicitação de exames	O médico obstetra deverá solicitar todos os exames para comprovação da idade gestacional e compatibilidade com o relato da vítima. Os exames deverão ser realizados e, no retorno, entregues ao médico para que a paciente seja orientada sobre a conduta a ser realizada. Confirmada a gestação e a compatibilidade entre a data do estupro e o tempo de gestação, a vítima será orientada sobre as opções a partir daí. Três opções serão possíveis: 1. abortamento legal; 2. seguir a gestação com pré-natal; 3. seguir a gestação com doação legal ao fim.
Equipe multiprofissional	Toda mulher que relatar abuso/violência sexual deverá ser ouvida cuidadosamente em sala reservada por uma equipe multiprofissional. Uma anamnese detalhada permitirá conhecer a história do relato, bem como o convívio familiar no qual a mulher está inserida. Isso poderá auxiliar na orientação que a equipe pode fazer à vítima que deseje auxílio para o enfrentamento da violência. A equipe deverá constar minimamente de: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social.
Medicação/ Procedimentos	As medicações e procedimentos utilizados deverão seguir as recomendações do Ministério da Saúde: 1ª opção – aspiração manual intrauterina – AMIU (<12 semanas gestacional). 2ª opção – medicações para abortamento (misoprostol) 3ª opção – curetagem uterina convencional
Menores de 18 anos	Deverá ser seguida a determinação do Ministério da Saúde. A vítima menor de 18 anos deverá estar acompanhada pelos pais ou responsável legal. A autorização para realização do aborto deverá ser consentida pelo responsável, que irá assinar em nome do menor de idade. Caso a adolescente deseje permanecer com a gestação, deverá seguir com o pré-natal, mesmo que a família deseje o aborto. Em casos em que a adolescente deseje abortar e a família se negue a isso, deve-se seguir a via judicial pelo Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude.
Orientação para o boletim de ocorrência (BO)	Na situação atual relativa ao aborto legal no Brasil, a mulher que deseje abortar com relato de estupro não necessita apresentar o BO, entretanto ela deve ser aconselhada pela equipe multiprofissional a realizar tal procedimento, objetivando a um aparato legal tanto para a vítima quanto para a equipe. O BO não é compulsório e nem impeditivo de atendimento, de maneira que a equipe não deve aliciar as mulheres para a realização dele. Deve ser reconhecido que o Ministério da Saúde não obriga a apresentação de BO por parte da vítima. Caso a vítima deseje realizar a denúncia e obter o registro do BO, o encaminhamento preferencial é para um agente policial, que deverá integrar o serviço de referência. Caso ela já tenha prestado queixa em outra delegacia, será desnecessário outro encaminhamento policial.
Da notificação	Deve ser lembrado que a notificação de violência sexual é compulsória, devendo ser preenchida a ficha de notificação do Sistema Nacional de Notificação de Agravos – Sinan (Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011).
A longitudinalidade do atendimento à vítima	O serviço de referência deverá contar com uma equipe especializada em acompanhamento da mulher vítima de violência sexual, de forma que ela possa trabalhar a diminuição do trauma sofrido, havendo também a possibilidade de encaminhamento a outros setores que realizem programas de combate e enfrentamento à violência sexual contra a mulher.

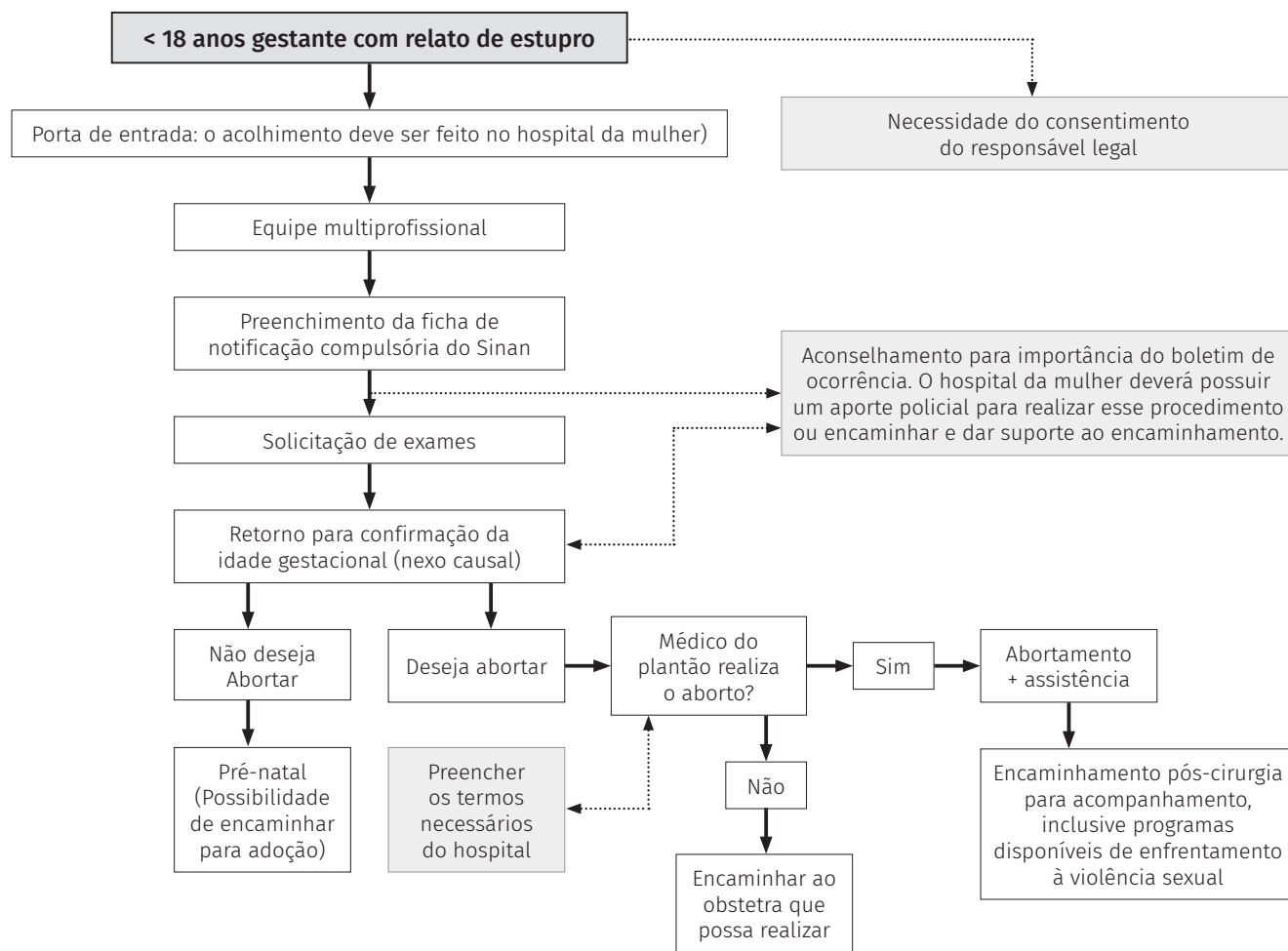


Figura 3. Fluxograma de atendimento às mulheres com relato de estupro que desejem realizar abortamento

(2006)⁽²¹⁾ afirma que, na prática médica moderna, os médicos com objeção de consciência terão pouco espaço de atuação e afirma que indivíduos com valores pessoais muito conflitantes com a medicina não deveriam se tornar médicos.

Ao questionarmos os médicos sobre a autoavaliação da qualidade do serviço, apenas um médico reconheceu o serviço como de boa qualidade. Os obstetras apontaram dois principais entraves no serviço em que atuam: requerimento de uma equipe mais capacitada e necessidade de um local mais apropriado. Madeiro e Diniz (2016),⁽²²⁾ em estudo nacional englobando os serviços de aborto legal no país, também levantaram a mesma limitação do nosso estudo, identificando que uma capacitação continuada melhoraria o acesso das mulheres ao serviço; além disso, a falta de informação dos profissionais sobre a legislação e políticas públicas cria muitas barreiras.

A partir da problemática até aqui traçada, levantamos os pontos mais importantes para a elaboração de um protocolo que auxiliasse nos casos de gestantes com relato de estupro e que desejem realizar o aborto

no serviço do estado. O objetivo e a justificativa traçados foram determinados pelo conhecimento de um dos membros da equipe de pesquisa sobre o serviço, sendo apontada a necessidade de um protocolo-guia para os profissionais no serviço, bem como um fluxograma para melhor visualização dos caminhos a serem seguidos.

O acolhimento e a necessidade de atuação de equipe multiprofissional são fundamentais e foram considerados no nosso protocolo. A pessoa vítima de violência necessita de um lugar reservado e propício para ser escutada, no intuito de entender o motivo que a levou a procurar atendimento, e o acolhimento é apenas a primeira etapa de atendimento, sendo fundamental respeito aos princípios de ética, privacidade, confidencialidade e sigilo.⁽¹⁷⁾ A equipe multiprofissional é fundamental para o recebimento da vítima de violência sexual, sendo preconizada pelo Ministério da Saúde.⁽²⁾ Consideramos uma equipe mínima no nosso protocolo, composta de: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo e assistente social.

A solicitação de exames é importante para aferir a idade gestacional, bem como para estimar se a data do

estupro é compatível com a idade gestacional, por isso foi considerada em nosso protocolo. Aqui temos um dos pontos mais críticos a ser enfrentado pelo médico responsável pelo caso, pois, havendo inconsistência entre os exames e o relato, o médico pode se negar a realizar o procedimento; nesse momento teremos o confronto entre o relato da vítima e a incompatibilidade de idade gestacional baseada no relato. A decisão muitas vezes termina ficando a cargo do coordenador do serviço, que muitas vezes é acionado mesmo não estando de plantão.

Com relação à medicação, no protocolo, recomendou-se seguir as determinações da Norma Técnica do Ministério da Saúde, que determina, como procedimento de escolha até as 12 semanas, a aspiração manual intrauterina (AMIU); a curetagem uterina está indicada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível.⁽²⁾ O uso de medicações seria uma opção alternativa e segura, sobretudo no primeiro trimestre, sendo utilizado o misoprostol.

Utilizamos também as recomendações da Norma Técnica do Ministério da Saúde para o caso de pacientes em menor idade penal (<18 anos).⁽²⁾ Quando a adolescente escolhe manter a gravidez devida a estupro, deve ser acolhida a decisão da menor. A questão ética recai quando a adolescente decide interromper a gestação e a família se nega a aceitar, então deverá ser recorrida a decisão do impasse por via judicial, por meio do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e Juventude.

Com relação à notificação do estupro por parte da vítima, apesar de o Ministério da Saúde não obrigar a necessidade de boletim de ocorrência, incluímos no nosso protocolo o aconselhamento para que a vítima o faça, pois, considerando que o estupro é um crime (Art. 213 na redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009) constante no Código Penal, ele deve ser reportado à autoridade policial para as devidas providências jurídicas.⁽¹⁾ Além disso, nos casos de estupro, é obrigatório o preenchimento da notificação para o Ministério da Saúde via Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Por fim, é considerada no protocolo a necessidade de que a equipe que atende mulheres violentadas sexualmente faça um seguimento ambulatorial por meio de médico, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social. Com isso, será dada uma longitudinalidade do cuidado a essa mulher. Estudo realizado por Nunes e Moraes (2016)⁽²³⁾ ressaltou a importância do apoio multiprofissional a mulheres que engravidaram por conta de estupro, uma vez que muitas delas mostram vivos e intensos sentimentos, misturando-se representações de culpa e de pavor com sentimentos de vergonha, raiva, medo, desespero e nojo.

Devido à magnitude ampla, complexa e diversa da violência, temos que considerar que o presente estudo, apesar de representar um estado, é relativo a uma localidade com características culturais e sociais próprias. Há de se considerar que o cenário em outras regiões,

inclusive do Brasil, pode apresentar-se diferente, devido a contextos religiosos, educacionais e culturais variados.

CONCLUSÃO

Verificou-se que o perfil do médico obstetra do serviço de referência em Alagoas era inadequado para responder às demandas da referência do atendimento, uma vez que nem todos os médicos conheciam plenamente os aspectos ético-legais do aborto, bem como não se consideravam preparados para o atendimento de vítimas de violência sexual. A falta de capacitação e a necessidade de um local mais apropriado para atendimento a vítimas de violência sexual foram questões enumeradas entre os obstetras. Baseado no perfil delineado, foram construídos um protocolo de atendimento e um fluxograma para os casos de mulheres com relato de estupro e desejo de realizar abortamento. O referido protocolo foi elaborado em parceria com a Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Estado de Alagoas, de modo que um novo serviço de atendimento foi estruturado, incluindo um novo espaço físico para o atendimento da mulher, passando-se a utilizar os novos protocolo e fluxograma de atendimento. Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde incorporou a ideia levantada no atual estudo sobre a necessidade de uma equipe profissional com um perfil mais adequado para o serviço de aborto legal, tanto técnico quanto ético-legal.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Camile Lima Cavalcante Wanderley (coordenadora da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual – RAVVS – em Alagoas). Camile trabalha na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (Sesau) e nos auxiliou no desenho e no plano do protocolo/fluxograma, bem como na sua implementação.

REFERÊNCIAS

1. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 [Internet]. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 19 de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009 [cited 2020 Jul 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
3. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [cited 2020 Jul 12];13. Available from: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>
4. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. 1940 [cited 2020 Jul 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
5. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 [Internet]. 2012 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>

6. Vieira EM. [The question of abortion in Brasil]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):103-4. doi: 10.1590/S0100-72032010000300001. Portuguese.
7. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
8. Wiese IR, Saldanha AA. [Induced abortion at the interface of the health and law]. *Saúde Soc.* 2014;23(2):536-47. doi: 10.1590/S0104-12902014000200014. Portuguese.
9. Benfica FS, Vaz M. *Medicina legal.* 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2015.
10. Código de Ética Médica: Código de Processo Ético-profissional: Direitos dos Pacientes [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2017 [cited 2020 May 15]. Available from: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/codigo_etica_2017.pdf
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. 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 [Internet]. 2005 [cited 2020 May 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
12. Combs MP, Antiel RM, Tilburt JC, Mueller PS, Curlin FA. Conscientious refusals to refer: findings from a national physician survey. *J Med Ethics.* 2011;37(7):397-401. doi: 10.1136/jme.2010.041194
13. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med.* 2007;356(6):593-600. doi: 10.1056/NEJMs065316
14. Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, Curlin FA, Lyster AD. Obstetrician-gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstet Gynecol.* 2011;118(4):905-12. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822f12b7
15. Lawrence RE, Curlin FA. Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey. *Acad Med.* 2009;84(9):1276-82. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b18dc5
16. Arruda J, Gomes RS. Fundação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Protocolos de Obstetrícia HUMAP – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Protocolo para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. 2018. Disponível em: www2.ebserh.gov.br/documents/17082/3273413/Protocolo+do+Servi%C3%A7o+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+ao+Aborto+Legal+e+Viol%C3%Aancia+Sexual.pdf/9a52d33c-ee7b-4864-8d0f-7f65e41e9a84
17. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. 2ª ed. Curitiba: Sesa; 2017.
18. Prefeitura do Município de Maringá. Protocolo de proteção à mulher, criança e adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/6f08bbe5351d.pdf>
19. Kalsing VS. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. *Cad Pagu.* 2002;(19):279-314. doi: 10.1590/S0104-83332002000200011
20. Faundes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(2):89-96. doi: 10.1590/S0100-72032004000200002
21. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ.* 2006;332(7536):294-7. doi: 10.1136/bmj.332.7536.294
22. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
23. Nunes MC, Moraes NA. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. *Rev.* 2016;17(2):21-36.