



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Objecção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde**

**Bia Moruz Bichara**

Salvador (Bahia)

Agosto, 2017

**FICHA CATALOGRÁFICA**

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Número de Cutter	Bichara, Bia Moruz Objeção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde/ Bia Moruz Bichara. (Salvador, Bahia): BM, BICHARA, 2017
VIII, 48p.	
	Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)
	Professor orientador: Maria de Fátima Diz Fernandez
	Palavras chaves: 1. Aborto. 2. Códigos de Ética. 3. Bioética I. Fernandez, Maria de Fátima Diz. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Objeção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde.
	CDU: _____



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Objecção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde**

**Bia Moruz Bichara**

Professor orientador: **Maria de Fátima Diz Fernandez**

Monografia apresentada ao Componente Curricular MED-B60/2017.1, como pré-requisito parcial à avaliação desse conteúdo curricular da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Salvador (Bahia)  
Agosto, 2017

**Monografia:** *Objeção de consciência em casos de aborto legal: percepção dos profissionais de saúde*, de **Bia Moruz Bichara**.

Professora orientadora: **Maria de Fátima Diz Fernandez**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Camila Vasconcelos de Oliveira**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Mariluce Karla Bomfim de Souza**, Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Lara de Araújo Torreão**, Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no XIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em 23 de Agosto de 2017.

*Liberdade é não ter medo.* (extraído de uma  
entrevista da cantora **Nina Simone**)

Aos Meus Pais, **Célia Moruz** e  
**Carlos Bichara**

## **EQUIPE**

- Bia Moruz Bichara, Estudante de Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: [biabichara@gmail.com](mailto:biabichara@gmail.com);
- Maria de Fátima Diz Fernandez, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Valmir Machado de Melo Filho, Estudante de Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA; e
- Fernanda Anjos Bastos, Estudante de Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e
2. Recursos próprios.

## AGRADECIMENTOS

- À minha orientadora **Maria de Fátima Diz Fernandez**, pela paciência e pelas valiosas contribuições desde o desenvolvimento do projeto até a execução da pesquisa.
- Às professoras **Camila Vasconcelos de Oliveira**, **Lara de Araújo Torreão** e **Mariluce Karla Bomfim de Souza**, membros da Comissão Revisora, pela disponibilidade e apoio.
- A **Valmir Machado de Melo Filho** e **Fernanda Anjos Bastos**, pela participação na aplicação dos questionários, pela motivação que deram para a execução desta pesquisa e pelo companheirismo.
- A **Tais Moruz Bichara**, pela ajuda nas transcrições das entrevistas e principalmente pelo constante e incondicional apoio.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
<b>IV. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>9</b>
IV.1. Desenho de estudo	9
IV.2. Amostra	9
IV.3. Variáveis	9
IV.4. Metodologia	10
IV.5. Análise de dados	11
IV.6. Aspectos Éticos	11
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
V.1. Caracterização do universo	12
V.2. Conhecimento sobre Legislação e Código de Ética	14
V.3. Objeção de consciência	16
V.4. Motivações para a objeção de consciência	20
V.5. Contexto do aborto no Brasil	22
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>27</b>
VI.1. Conhecimento sobre Legislação e Código de Ética	27
VI.2. Objeção de consciência nos casos de aborto legal	30
VI.3. Motivações para objeção de consciência	34
VI.4. Opiniões sobre o contexto do aborto no Brasil	37
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>39</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>40</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>
<b>X. APÊNDICE</b>	<b>43</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico I.</b>	<b>12</b>
Estado civil dos profissionais entrevistados	
<b>Gráfico II.</b>	<b>12</b>
Idade dos profissionais entrevistados em intervalos de anos	
<b>Gráfico III.</b>	<b>13</b>
Religião dos profissionais entrevistados	
<b>Gráfico IV.</b>	<b>13</b>
Tempo de formado dos profissionais entrevistados em anos	
<b>Gráfico V.</b>	<b>14</b>
Conhecimento de entrevistados acerca dos casos de aborto previstos em lei	
<b>Gráfico VI.</b>	<b>15</b>
Conhecimento dos profissionais sobre o que traz a Legislação e Código de Ética acerca do atendimento das mulheres que procuram o aborto legal	
<b>Gráfico VII.</b>	<b>16</b>
Indicação e Realização de aborto legal por profissionais da enfermagem entrevistados	
<b>Gráfico VIII.</b>	<b>17</b>
Indicação e Realização de aborto legal por profissionais da medicina entrevistados	
<b>Gráfico IX.</b>	<b>17</b>
Conhecimento do significado de Objeção de Consciência pelos entrevistados	
<b>Gráfico X.</b>	<b>20</b>
Motivações dos profissionais para a recusa em realizar o aborto nos 3 casos previstos em lei	

## I. Resumo

### **OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA EM CASOS DE ABORTO LEGAL: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Introdução:** Um dos principais empecilhos para o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal no Brasil é hoje a falta de profissionais de saúde que se dispõem a realizar o procedimento. A objeção de consciência é um dispositivo normativo dos códigos de ética que valida a decisão do profissional de não realizar uma determinada ação que venha a ferir os seus princípios morais. Contudo, existem casos em que a objeção de consciência pode interferir diretamente no direito fundamental de outra pessoa, como o acesso da mulher a um serviço de aborto legal. **Objetivo:** Identificar os elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos(as) e enfermeiros(as) em uma maternidade pública. **Métodos:** Estudo de corte transversal, baseado na coleta de dados através de questionário semiestruturado contemplando dados pessoais e questões de opinião aplicado aos profissionais em serviço em uma maternidade pública de Salvador-BA. A análise de dados se dividiu em quantitativa, por métodos tradicionais, e qualitativa, pela técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, classificados em núcleos de sentido. **Resultados:** Foram entrevistados 33 profissionais, sendo 14 médicos(as) e 19 enfermeiros(as). O conhecimento demonstrado pelos entrevistados sobre os temas que cercam o aborto legal foi insatisfatório, sendo que apenas 18,18% souberam citar os três casos de aborto permitidos no Brasil, 36,36% sabiam que a mulher não precisa apresentar documento judicial para realização do aborto legal e somente 9,09% sabiam o significado de objeção de consciência. A taxa de profissionais que praticariam a objeção de consciência variou a depender do motivo do aborto, sendo a porcentagem de médicos que realizariam aborto legal em casos de estupro a mais baixa (28,57%). As motivações dadas pelos profissionais para a utilização da objeção de consciência foram 1) religião, 2) falta de qualificação técnica, 3) opinião pessoal contrária ao aborto, e 4) vontade de preservar um suposto tempo de vida do bebê anencéfalo. **Conclusões:** A desinformação dos profissionais e as justificativas insuficientes dadas para a prática da objeção de consciência funcionam como barreiras para o acesso ao aborto legal no Brasil.

**Palavras-chave:** 1. Aborto. 2. Códigos de Ética. 3. Bioética.

## **II. Objetivos**

### PRINCIPAL

Identificar elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos (as) e enfermeiros (as) em uma maternidade pública.

### SECUNDÁRIOS

- 1) Verificar o nível de informação entre médicos(as) e enfermeiros(as) da maternidade pública acerca do que traz a Legislação e o Código de Ética sobre o tema.
- 2) Avaliar a opinião de médicos(as) e enfermeiros(as) da maternidade pública sobre o contexto do aborto no Brasil.

### III. Fundamentação Teórica

A Consciência, do latim *conscientia*, de *cum-scientia*, que significa literalmente “com o conhecimento”, se enquadra em dois campos semânticos: o epistemológico e o moral. Do ponto de vista epistemológico tem-se que a auto-consciência constitui o maior grau de humanidade, permitindo ao homem a interioridade, a intimidade e a projeção de si mesmo no futuro. Já o papel da consciência moral pode ser entendido como discernimento individual que visa ajustar a razão para o bem ou o dever, ou ainda como coerência interna com seus próprios princípios. Dessa forma, consciência tem a ver com a capacidade de ter uma compreensão pessoal acerca das coisas: entender a si mesmo e julgar de forma autônoma as ações e como direcioná-las em seu contexto social.<sup>[1]</sup> A pesquisa desenvolvida tem sua discussão voltada para o momento em que essa consciência vai de encontro aos deveres públicos.

A objeção de consciência é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral.<sup>[2]</sup> Objeção de consciência é então uma forma de resistência que o profissional oferece ao cumprimento de uma norma que gera conflito com suas próprias convicções. No entanto, existem casos em que a utilização desse dispositivo interfere diretamente no direito fundamental de outra pessoa. É o caso, por exemplo, de quando um médico alocado no serviço público de saúde se recusa a realizar um aborto legal ou um enfermeiro se recusa a prestar os cuidados de enfermagem, obstruindo de forma definitiva o direito dessa mulher à saúde. Caso não exista outro profissional na mesma unidade para substituir imediatamente aquele que se recusa a prestar assistência à mulher, identificamos o que pode ser considerado um conflito entre a responsabilidade profissional e o direito individual, entre diferentes direitos individuais, ou ainda entre direitos individuais e deveres institucionais.<sup>[3]</sup>

Segundo Galli, o direito humano a viver livre de violência inclui o direito a receber um tratamento humanizado nos casos de violência sexual, o que previne a violência institucional através de um atendimento rápido e oportuno, observando o princípio da confidencialidade médica, e o acesso ao aborto legal.<sup>[4]</sup> Considerando esse acesso em seu sentido mais amplo, incluindo todo o processo realizado pelo usuário do momento que sai ao momento que retorna para sua casa e toda sua permanência no serviço de

saúde. Nos casos de violência sexual, portanto, a recusa dos profissionais de saúde em realizar a interrupção da gravidez se constitui em uma violência institucional contra essas mulheres, afetando sua autodeterminação sexual e reprodutiva.<sup>[5]</sup> Savulesco acrescenta que os determinantes do cuidado médico para usuários do serviço público devem ser apenas a lei, a distribuição justa de recursos finitos e o consentimento livre e esclarecido de cada paciente, reforçando que os valores dos médicos não deveriam influenciar o acesso à saúde. Para ele, a objeção de consciência introduz ineficiência e inequidade na saúde pública.<sup>[6]</sup>

Em um estudo de 2004 realizado em serviços de emergência em Ribeirão Preto, São Paulo, Loureiro testou os conhecimentos de médicos sobre aspectos éticos e legais do aborto no Brasil. O trabalho concluiu que apesar de a maioria (70%) dos médicos ter um bom conhecimento geral sobre aborto, 20% não sabe que o aborto é responsável por muitas mortes maternas no Brasil. O baixo conhecimento sobre as leis do aborto revelou-se por conceitos errôneos na aplicação prática do aborto legal e os resultados sugeriram fortemente que muitos médicos não sabem aplicar a lei ou teriam dificuldade para tal.<sup>[7]</sup>

Em 2013 foi publicada uma revisão das pesquisas brasileiras quantitativas e qualitativas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde (em sua maioria médicos e enfermeiros) sobre o aborto induzido publicadas entre 2001 e 2011. As publicações sugerem ampla aprovação dos casos de aborto permitidos por lei e larga rejeição da criminalização em casos de malformações fetais graves. Com relação ao conhecimento das leis que regulam o aborto no Brasil, a maioria das pesquisas verificou um conhecimento adequado dos casos permitidos e proibidos por lei, mas inadequado quanto a quais documentos são exigidos para se abortar em situações de risco de morte para a gestante ou de malformações fetais graves. Também se verificaram conhecimentos inadequados quanto à necessidade de se denunciar a paciente que abortou ilegalmente, bem como a de se registrar a suspeita de aborto ilegal no prontuário médico.<sup>[8]</sup>

Trabalhos anteriores investigaram também as motivações dos profissionais de saúde para utilização da objeção de consciência. Silvia De Zordo em estudo feito em Salvador em 2012 indica que os fatores que mais influenciam a prática clínica e as representações dos ginecologistas-obstetras entrevistados acerca do aborto são: 1) a criminalização do aborto e o medo de serem denunciados; 2) a estigmatização do aborto

por certos grupos religiosos, internalizada pelos próprios médicos; 3) o treinamento em obstetrícia e a falta de uma formação boa no campo da epidemiologia da morbimortalidade materna e do aborto; 4) as representações dos médicos acerca das relações de gênero e do comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo de suas pacientes. Segundo a autora, estes fatores, e em particular os primeiros três, levam muitos ginecologistas a se recusarem a realizar abortos legais.<sup>[9]</sup>

Gilberta Soares pesquisou sobre conflitos de profissionais de saúde frente ao aborto legal na Paraíba e no Distrito Federal em 2003 e concluiu que uma das principais dificuldades encontradas para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar. A autora afirma que isto se dá devido aos seguintes fatores: 1) desconhecimento dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de referência em relação à legislação vigente sobre o aborto legal; 2) temor em relação às complicações judiciais sentido pelos profissionais devido ao receio de serem punidos legalmente e culpabilizados pela realização do aborto mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei; 3) forte influência dos valores ético-religiosos destes profissionais que na maioria das vezes não conseguem desvencilhar a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; e 4) repúdio ao estigma de aborteiros.<sup>[10]</sup>

Os dois estudos convergem em algumas das justificativas encontradas para a utilização da objeção de consciência em casos de aborto legal, como os fatores religiosos dos profissionais de saúde e receio de complicações judiciais - o que perpassa o desconhecimento em relação a legislação vigente. Existem, no entanto, achados divergentes entre os dois estudos, que envolvem a qualidade de formação dos profissionais acerca do tema, o receio de serem estigmatizados como aborteiros e suas representações sobre as relações de gênero e do comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo de suas pacientes.

Rozeli Porto conclui em Portugal em 2008 que o Estatuto de Objeto de Consciência parece ter se libertado do abrigo do espírito religioso em favor de um espírito capitalista. Segundo a autora, nas representações das profissionais de saúde entrevistadas, são as tensões entre o público e o privado em função do lucro o que motiva e desvia alguns desses sujeitos do objetivo de suas profissões. Poucos médicos, segundo as representações dos profissionais que participaram da pesquisa, reconhecem

a aflição da paciente e a tratam como um ser humano. A objeção de consciência se torna poder simbólico nas mãos dos profissionais de saúde que exercitam esse protocolo por razões legais, éticas, morais, promíscuas e religiosas. E nessas relações de gênero e poder, alguns profissionais ao invocarem o estatuto de objetores demonstram não respeitar o direito reprodutivo das mulheres negando-lhes, na prática, o direito imputado a partir das novas leis do aborto em Portugal.<sup>[11]</sup>

Depois de estudar os elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto por parte dos profissionais de saúde, cabe discutir a viabilidade da utilização desse artifício no Brasil. Nesse sentido, Débora Diniz conclui que o direito à objeção de consciência não é absoluto, e sua solicitação deve resultar da acomodação entre direitos e valores razoáveis para uma sociedade justa, com danos mínimos para a mulher que busca atendimento médico.<sup>[2]</sup> Savulescu pondera que a porcentagem de profissionais que alegam objeção de consciência também pode inviabilizar sua utilização. Quando poucos dos obstetras de um local se recusam a realizar o aborto legal, a objeção de consciência poderia ser tolerada, assim como em epidemias, quando poderia se tolerar que poucos dos infectologistas não aceitassem trabalhar para não por em risco à própria saúde. No entanto, a partir do momento em que a objeção de consciência comprometa a qualidade, eficiência ou o acesso equânime ao serviço de saúde, ela não seria mais tolerada.<sup>[6]</sup>

Deve-se, portanto, considerar a possibilidade de que o direito à saúde e o direito à atenção sanitária não se vejam limitados ou dificultados por uma objeção de consciência mal compreendida, podendo chegar a ser usada inadequadamente como forma de evitar ou encobrir as responsabilidades profissionais, ou como uma forma disfarçada de discriminação ou o uso por profissionais, para seu próprio interesse, determinando como resultado um sério abuso dos direitos fundamentais dos indivíduos, interferindo assim com a saúde da população.<sup>[12]</sup>



## **IV. Materiais e Métodos**

### **IV.1. Desenho de estudo**

Estudo de corte transversal, baseado na coleta de dados através de um questionário original semiestruturado (Apêndice I).

### **IV.2. Amostra**

O estudo foi realizado com médicos (as) e enfermeiros (as) que atuam em uma maternidade pública de Salvador-BA, entre maio e junho de 2016. A equipe consistiu de três entrevistadores treinados que aplicaram os questionários em dupla ou em trio.

Foram incluídos todos os médicos (as) e enfermeiros (as) em serviço nos plantões visitados que concordaram em participar da pesquisa, totalizando 33 profissionais de saúde, sendo 14 da categoria médica e 19 da enfermagem. Para preservar a identidade dos entrevistados e manter o sigilo, a maternidade não foi revelada e foram utilizados nomes fictícios para cada profissional que teve sua fala citada em algum momento no trabalho.

### **IV.3. Variáveis**

Os dados coletados se dividem em variáveis:

#### Contínuas:

- Idade
- Tempo de exercício profissional
- Tempo de exercício profissional na maternidade
- Jornada de trabalho diária

Catagóricas:

- Sexo
- Categoria profissional
- Especialidade profissional
- Instituição de graduação
- Pós-graduação
- Naturalidade
- Estado civil
- Religião
- Conhecimento sobre a legislação que regula o aborto
- Conhecimento sobre o Código de Ética profissional em relação à objeção de consciência
- Opção pela objeção de consciência em casos de risco de vida materno, feto anencéfalo e estupro
- Elementos motivadores utilizados para justificar o uso da objeção de consciência

#### **IV.4. Metodologia**

Foi utilizado o método de questionário semiestruturado (Apêndice I) para obtenção de dados referentes à prática da objeção de consciência em casos de aborto legal, de modo a apontar suas possíveis motivações.

Os questionários foram aplicados em entrevistas presenciais durante todos os dias de plantões em uma maternidade pública de Salvador-BA, as entrevistas foram gravadas e os dados foram registrados em planilha impressa, posteriormente tabulados e digitalizados para análise.

#### **IV.5. Análise de dados**

A análise dos dados quantitativos foi feita por métodos de estatística descritiva, com determinação de medidas de tendência central e prevalências.

Os dados qualitativos apreendidos na fala dos entrevistados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, classificados em núcleos de sentido. Esta técnica permite caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

A realização da análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Na primeira realizou-se leitura flutuante, formulação de hipóteses, organização do material e recorte do texto em unidades comparáveis de categorização (para análise temática) e de codificação (para registro dos dados). Na segunda etapa, as percepções dos profissionais de saúde foram classificadas a partir das categorias realizadas na etapa anterior e, por último, na terceira, foram feitas as análises e articulações com os referenciais teóricos do estudo.<sup>[13]</sup>

A definição de categorias envolveu conjuntamente dados coletados dos profissionais da medicina e da enfermagem e a unidade de registro escolhida foi o tema, por ser a mais adequada e mais frequentemente utilizada para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores e de crenças.<sup>[13]</sup>

#### **IV.6. Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia, obedecendo a Resolução 466/12. Parecer número 711.857, emitido no dia 07 de julho de 2014 (Apêndice II). As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III), possibilitando aos entrevistados a recusa ou a interrupção do questionário a qualquer momento, com o anonimato e a confidencialidade das respostas assegurados.

## V. Resultados

### V.1. Caracterização do universo

Foram entrevistados 33 profissionais de saúde, sendo 14 (42,42%) da categoria médica e 19 (57,58%) da enfermagem. A maioria dos profissionais entrevistados eram do sexo feminino (84,85%) e tinham pelo menos um filho (87,88%). Em relação ao estado civil, 19 (57,58%) eram casados ou em união estável, 8 (24,24%) eram solteiros, 4 (12,12%) separados e 2 (6,06%) viúvos (Gráfico 1).

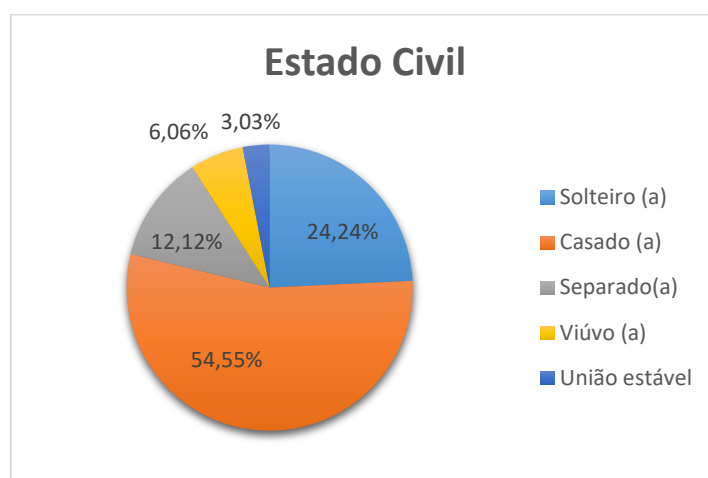


Gráfico 1: Estado civil dos profissionais entrevistados

A média de idade dos entrevistados foi 44,30 anos e a mediana 43 anos. As idades dos profissionais entrevistados variaram entre 25 e 67 anos, sendo que o intervalo mais frequente foi entre 40 e 49 anos. (Gráfico 2).

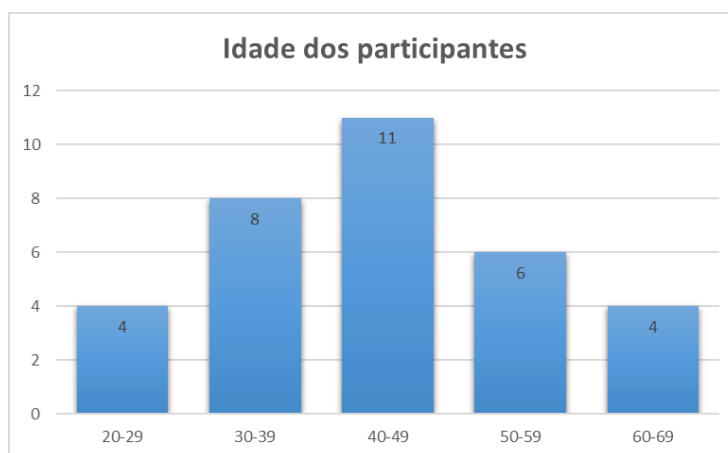


Gráfico 2: Idade dos profissionais entrevistados em intervalos de anos

Quanto à religião, 15 (45,45%) se disseram católicos, 7 (21,21%) espíritas, 3 (9,09%) espiritualistas, 2 (6,06%) evangélicos, 1 cristão, 1 batista, 1 mulçumano e 3 não tinham religião (Gráfico 3).

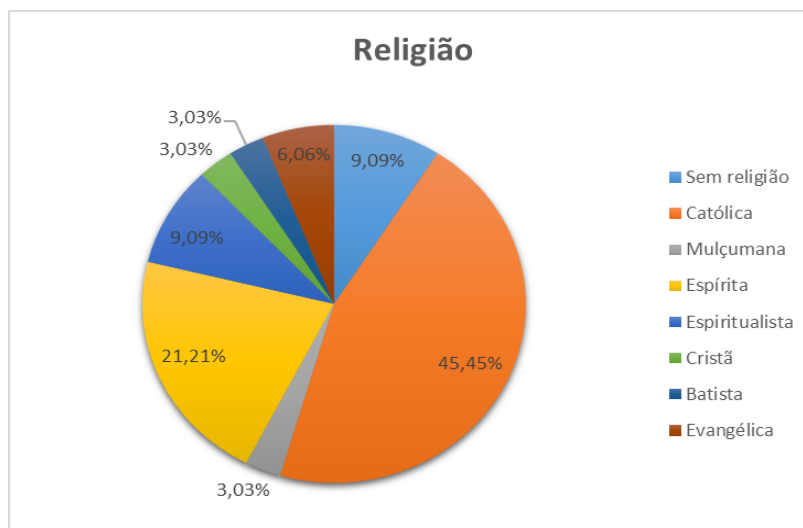


Gráfico 3: Religião dos profissionais entrevistados

A especialidade mais comum entre os médicos e enfermeiros entrevistados foi Ginecologia e Obstetrícia (13; 39,39%), 8 (24,24%) eram Pediatras, sendo que 5 (15,15%) eram também Neonatologistas, 2 (6,06%) eram Anestesiologistas e outros 2 não tinham especialização. Outras especialidades citadas foram Medicina/Enfermagem do Trabalho, Clínica Médica Cirúrgica, UTI, Emergência e Saúde Pública.

O gráfico 4 mostra o tempo de formado dos profissionais divididos em intervalos de anos, mostrando que a maioria (69,70%) dos entrevistados tinham menos de 20 anos de formados.

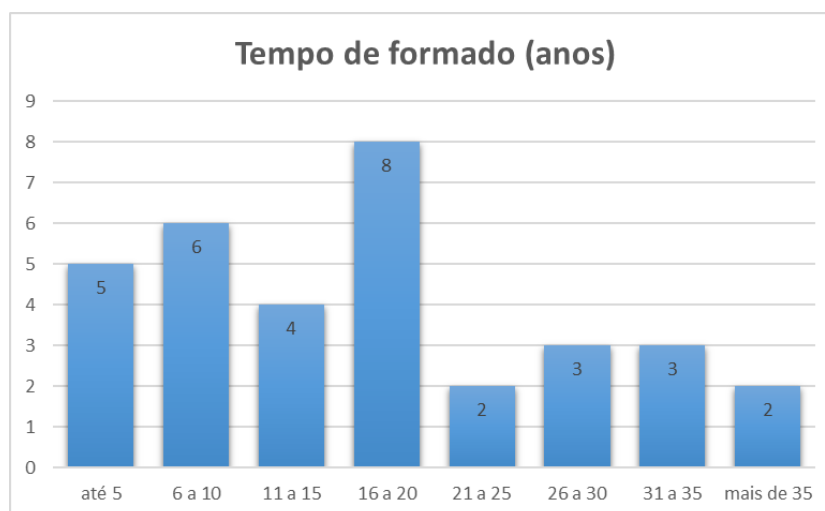


Gráfico 4: Tempo de formado dos profissionais entrevistados em anos

## V.2. Conhecimento sobre Legislação e Código de Ética

Durante a entrevista, os profissionais de saúde da maternidade pública foram indagados sobre quais são os casos de aborto legalizados no Brasil, com o objetivo de testar os conhecimentos daqueles com maior probabilidade de atender uma mulher que busque o aborto legal. Dos 33 entrevistados, apenas 6 (18,18%) citaram todos os três casos previstos em lei, sendo destes 5 enfermeiros (as) e apenas um médico. Dos casos de aborto legal, o mais citado pelos profissionais foi o estupro (30 vezes; 90,91%), seguido do caso de feto anencéfalo (20 vezes; 60,61%) e de risco de vida para a mãe (10 vezes; 30,30%). Quando os entrevistados falaram casos de má formação e não citaram anencefalia, essa resposta não foi considerada válida, no entanto, as respostas dos profissionais que demonstraram dúvida sobre a legalidade dos casos citados foram consideradas. Ao separar as categorias profissionais, percebe-se que enfermeiros(as) foram os que mais citaram os casos de estupro (94,74% versus 85,71%) e risco de vida para a mãe (42,11% versus 14,29%), enquanto médicos(as) foram os que mais lebraram dos casos de feto anencéfalo (71,43% versus 52,63%) (Gráfico 5).

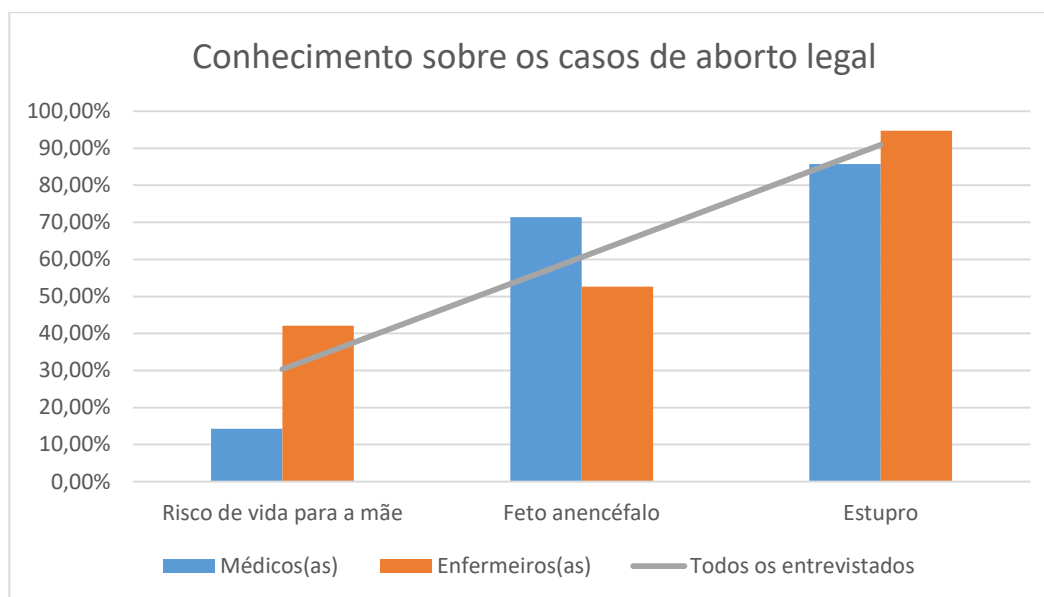


Gráfico 5: Conhecimento de entrevistados acerca dos casos de aborto previstos em lei

Quando perguntados sobre a necessidade da mulher que procura o aborto legal em uma unidade hospitalar ou maternidade apresentar algum documento da justiça, 12 profissionais (36,36%) afirmaram corretamente que tal exigência não existia, 4 (12,12%) admitiram não saber a resposta e a maioria dos profissionais (17; 51,52%) acreditavam ser necessário documento da justiça (Gráfico 6). Entre os documentos

citados erroneamente como necessários estavam “Boletim de ocorrência”, “Solicitação do Ministério Público”, “Queixa crime”, “Relatório médico”, “Comunicado da justiça”, “Autorização do juiz” e “Parecer médico”.

Com relação à objeção de consciência e ao conhecimento sobre o Código de Ética profissional, os entrevistados foram questionados se poderiam se negar a realizar o aborto legal e o que o Código de Ética da sua profissão trazia sobre o tema. Respostas consideradas corretas foram aquelas em que o entrevistado disse que a negação poderia ocorrer excetuadas as situações de ausência de outro profissional, casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. As respostas em que não constavam estas ressalvas foram consideradas parcialmente corretas e aqueles que não citaram a possibilidade de negação em realizar o aborto foram consideradas erradas. Nesse contexto, apenas 4 profissionais (12,12%) responderam corretamente, 8 (24,24%) estavam parcialmente corretos e a maioria (21; 63,64%) não tinham conhecimento sobre o que trazia o Código de Ética da sua profissão a respeito do tema (Gráfico 6).

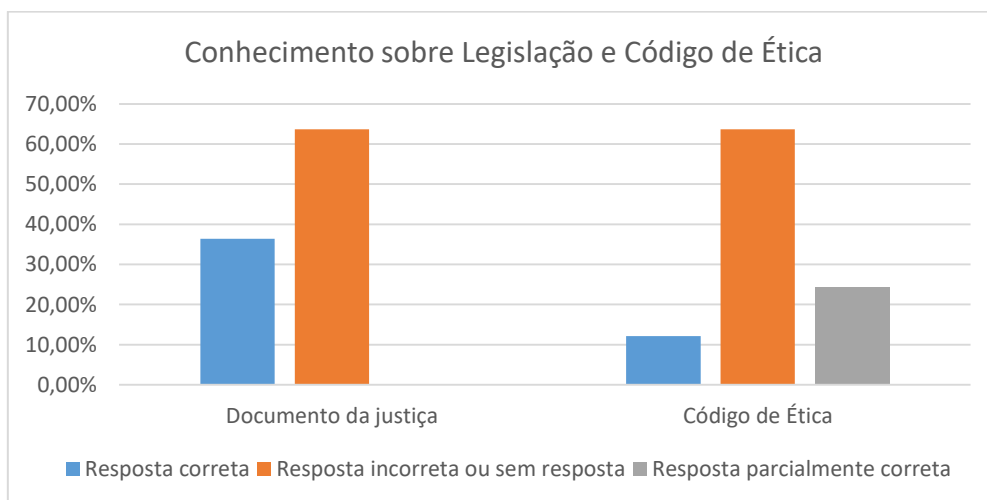


Gráfico 6: Conhecimento dos profissionais sobre o que traz a Legislação e Código de Ética acerca do atendimento das mulheres que procuram o aborto legal

### V.3. Objeção de consciência

Na entrevista, perguntou-se aos profissionais de saúde se indicariam ou realizariam aborto em cada uma das três situações em que o procedimento é legalizado no Brasil. A indicação de e decisão sobre realizar ou não o aborto variou entre os três casos. Do total de 33 entrevistados, 30 (90,91%) indicariam o aborto nos casos de risco de vida para a mãe, 26 (78,79%) nos casos de feto anencéfalo e 24 (72,73%) nos casos de estupro. Alguns dos profissionais que indicaram o procedimento, afirmaram que não o realizariam, sendo que 21 (63,64%) realizariam o aborto nos casos de risco de vida para a mãe, 19 (57,58%) nos casos de anencefalia e apenas 15 (45,45%) nos casos de estupro.

Ao comparar os resultados entre as duas categorias profissionais, percebe-se que o gap entre o número de entrevistados que indicam aborto e aqueles que de fato realizam o procedimento é maior entre médicos(as) do que entre enfermeiros(as), principalmente para os casos de estupro. Entre os profissionais da enfermagem, 89,47% indicavam e 68,42% realizavam aborto em casos de risco de vida para a mãe, 73,68% indicavam e 63,16% realizavam aborto em casos de feto anencéfalo e 68,42% indicavam e 57,89% realizavam aborto em casos de estupro (Gráfico 7). Dos(as) médicos(as), 92,86% indicavam e 57,14% realizavam aborto em casos de risco de vida para a mãe, 85,71% indicavam e 50,00% realizavam aborto em casos de feto anencéfalo e 78,57% indicavam e apenas 28,57% realizavam aborto nos casos de estupro (Gráfico 8).

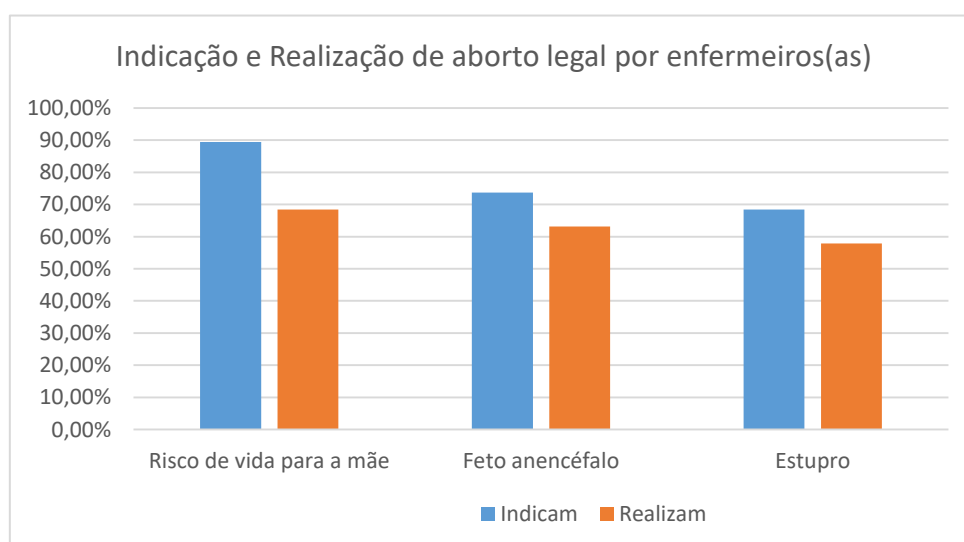


Gráfico 7: Indicação e Realização de aborto legal por profissionais da enfermagem entrevistados



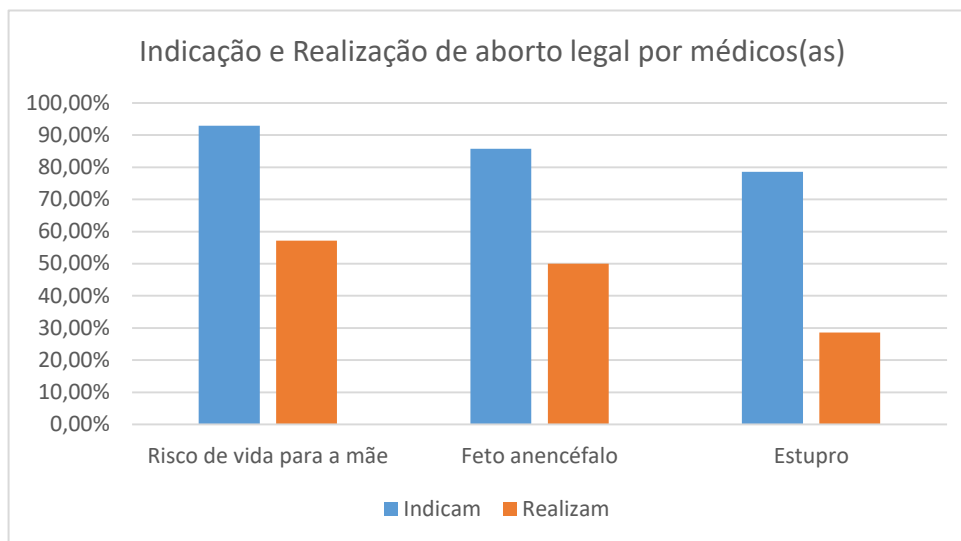


Gráfico 8: Indicação e Realização de aborto legal por profissionais da medicina entrevistados

Apesar de muitos dos entrevistados afirmarem que se negariam a realizar o aborto legal, quando perguntados sobre o que entendiam como objeção de consciência, 75,76% (25 profissionais) não sabiam o que significava o termo, 15,15% (5 profissionais) tinham alguma noção do conceito, mas não o dominavam, e apenas 3 dos entrevistados (9,09%) realmente tinham conhecimento sobre o termo. Analisando separadamente as categorias profissionais, 73,68% dos(as) enfermeiros(as) não sabiam, 21,05% sabiam parcialmente e 1 enfermeiro (5,26%) realmente conhecia o significado de objeção de consciência. Entre os(as) médicos(as), 78,57% não sabiam, 7,14% parcialmente e 14,28% entendiam o significado do termo.

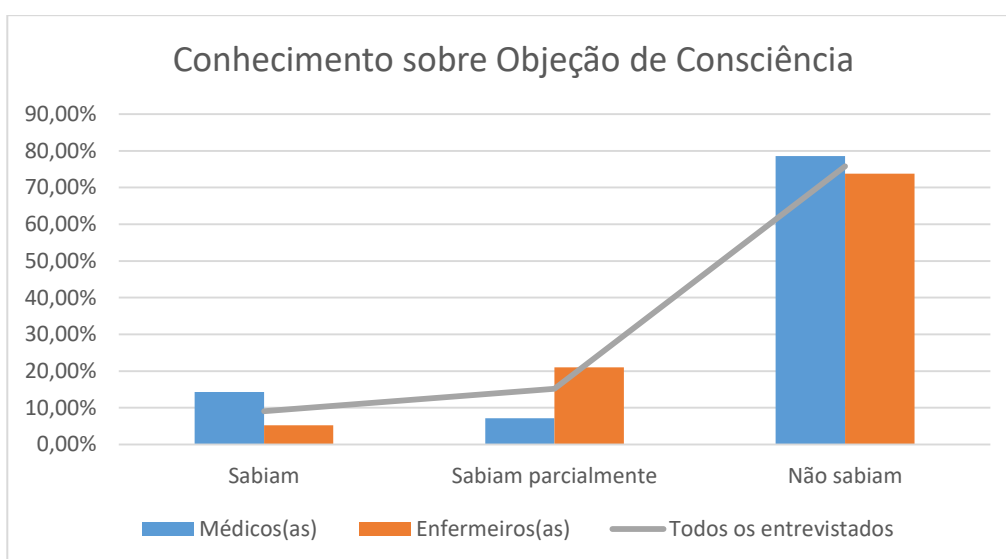


Gráfico 9: Conhecimento do significado de Objeção de Consciência pelos entrevistados

Os critérios utilizados para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre o termo objeção de consciência foram definidos após a leitura de todas as respostas. Para considerar que o participante realmente compreendia a objeção de consciência, ele deveria demonstrar mínima noção do que é e conhecimento sobre as condições de aplicação. Como exemplo de resposta coerente e completa temos abaixo a fala de Eduardo.

“Objeção de consciência, não só nesse caso, mas também em tantos outros que nós temos na saúde, é quando existe um fato para realização de um procedimento ou a realização de algum ato que é contra as minhas próprias crenças, por exemplo, no caso do aborto que envolve muito uma questão religiosa, né, a realização do aborto para muitos, inclusive para a minha própria religião, é algo que é condenado, é proibido, pelo fator religioso, então assim eu enquanto praticante muçulmano tenho que me opor quanto a isso, porque isso fere as minhas próprias crenças, porque isso vai da individualidade de cada ser humano, pelo princípio de liberdade também, mas isso não se torna, por exemplo, uma desculpa, ou um artifício para não prestar assistência. Se só tiver eu e eu naquele momento para prestar assistência para aquela pessoa que estiver correndo o risco, eu não vou poder fechar meus olhos e utilizar da objeção de consciência como alguns colegas fazem.” (Eduardo).

Alguns participantes demonstraram conhecimento parcial sobre o significado do termo, na maioria das vezes deduzindo esse significado no momento da entrevista. Consideramos essas respostas parcialmente corretas, já que esses profissionais ao menos tinham noção que a objeção de consciência existia, mesmo não conhecendo o termo. Temos como exemplo de resposta parcialmente correta a de Paula, transcrita abaixo.

“Bom, eu acredito que seja a questão mesmo da negação, não sei se eu estou errada, mas acredito que seja a negação de você assistir a mulher que precisa fazer o abortamento, abortamento de anencéfalo... eu acredito que seja isso, não sei se estou certa ou estou errada porque com esses termos eu nunca li nada parecido.” (Paula).

Na maioria dos casos, os entrevistados não tinham nenhuma noção sobre o significado de objeção de consciência. Tanto aqueles que afirmaram não saber, quanto aqueles que deram explicações incoerentes, foram avaliados por não saber o que é objeção de consciência. Segue um exemplo de resposta incoerente, dada por Bruna.

“Objeção de consciência é ausência de consciência. É não querer ter consciência, anestesia. É isso? [...] Mas eu acho que esse termo também pode ter várias facetas aí dentro, não é? Você pode não querer, simplesmente, eu não quero saber. Então é a negação. Tipo a mesma coisa, você descobriu que tem lá um pé que torceu ou que feriu, sem ter como olhar. Você vai negar, você quer negar que seu pé está torcido, porque você calça o sapato e vai trabalhar. Você sabe que alguém que você conhece está com uma doença grave e você... Tem uma parte da negação, a psicologia explica muito bem, você nega aquelas coisas que você, às vezes você tá na sua crise de estresse, aí a partir do momento até que você entenda, tem um monte de coisa. Acho que é isso mesmo, objeção é negar. É quase isso, tem mais coisa, eu não sou psicóloga, mas pelo conhecimento da causa...” (Bruna).

#### V.4. Motivações para a objeção de consciência

Os profissionais que afirmaram não realizar aborto em algum dos três casos legais foram indagados o porquê dessa recusa. As respostas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo e alocadas em núcleos de sentido. Dos 12 profissionais que não realizariam aborto em casos de risco de vida para a mãe, 4 (33,33%) alegaram falta de qualificação técnica para a realização do procedimento, 3 (25%) afirmaram se negar pelo fato de serem contra o aborto, 3 (25%) usaram religião como justificativa e 2 (16,67%) não conseguiram expressar um motivo para a recusa em realizar o aborto (Gráfico 10).

Entre os 14 entrevistados que não realizariam aborto em casos de feto anencéfalo, 4 (28,57%) alegaram falta de qualificação técnica, 2 (14,28%) não fariam por serem contra o aborto, 4 (28,57%) envolveram sua religião na justificativa, 2 (14,28%) não realizariam o aborto para preservar o possível tempo de vida que um bebê anencéfalo poderia ter e 2 (14,28%) não conseguiram expressar nenhum motivo.

Para os casos de aborto por estupro, 18 profissionais entrevistados se negariam a participar do procedimento, destes, 4 (22,22%) alegaram falta de qualificação técnica, outros 4 (22,22%) não participariam por serem contra o aborto, 6 (33,33%) utilizaram sua religião como justificativa e 4 não conseguiram expressar um motivo para a recusa em realizar aborto em casos de estupro.

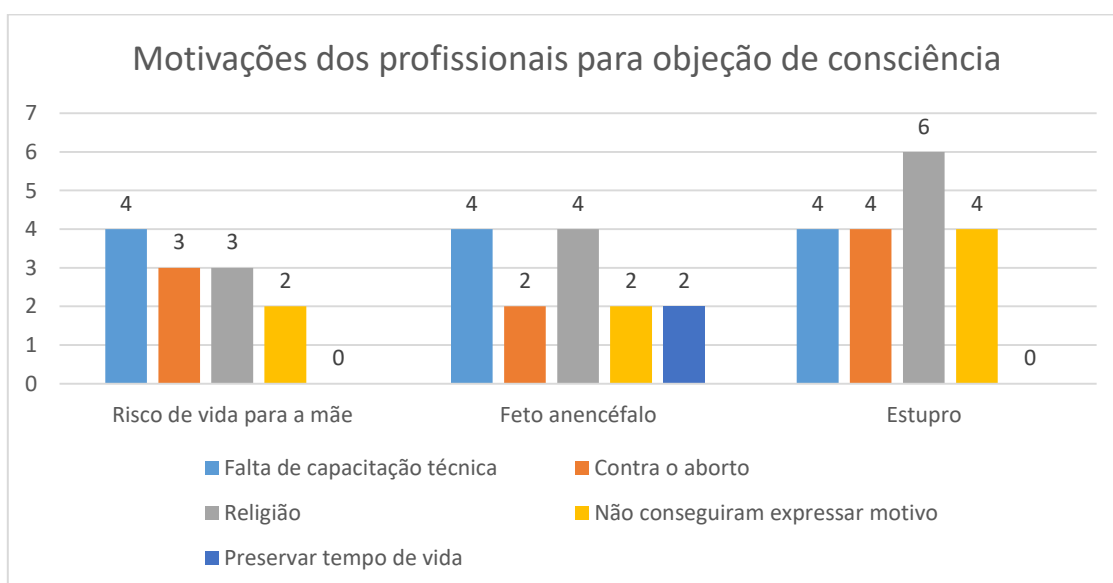


Gráfico 10: Motivações dos profissionais para a recusa em realizar o aborto nos 3 casos previstos em lei

Todos os 4 profissionais que alegaram falta de qualificação técnica como justificativa para não realização do aborto nos três casos previstos em lei eram médicos(as), sendo 3 pediatras e neonatologistas e 1 anestesista. Dois dos profissionais que usaram a religião como justificativa, também citaram a consciência em suas falas. O trecho da fala de Paula sobre a sua negação em realizar o aborto de fetos anencéfalos está representado abaixo.

“Mas, assim, é complicado. É o que você faz, você sabe que de acordo com a lei é correto, de acordo com a sistemática da unidade é o que tem que ser feito, mas eu não vou dizer a você que não mexe comigo a questão de você induzir. De uma maneira ou de outra, é inviável, a gente sabe que é inviável, é inviável, mas mesmo assim tem toda a questão da sua, da sua consciência, entendeu?” (Paula).

## V.5. Contexto do aborto no Brasil

Quando questionados se entendiam o aborto no Brasil como uma questão de saúde pública, 32 dos 33 entrevistados (96,97%) responderam que sim. Nas falas de muitos dos entrevistados se percebe o impacto de trabalhar em uma maternidade em que são atendidas muitas mulheres que começaram o aborto fora do serviço. Escutamos vários relatos de casos presenciados pelos entrevistados de mulheres que chegam à maternidade com complicações de abortos feitos de forma insegura. Eduardo traz uma fala mais detalhada nesse sentido, em que cita a proporção de 0,6 esvaziamentos uterinos acontecendo na maternidade para cada parto normal, estatística reforçada pela fala de Taís.

“Hoje na maternidade, nós temos um quadro de quase, deixa só me lembrar aqui para lhe dar o dado correto, hoje estamos na proporção de que para cada parto normal temos 0,6 procedimentos de esvaziamento uterino relacionado ao aborto. Então está quase um pra um se você pensar, e isso onera tanto o sistema público de saúde, como também a própria qualidade de saúde, que muitas delas chegam aqui em quadros sangrantes por terem realizado um procedimento de uma forma ilegal e insegura. Nunca tivemos um caso de óbito aqui devido a nossa baixa complexidade, somos uma maternidade baixo risco, então nós não temos UTI, então os casos mais graves acabam sendo encaminhados para outras unidades de alto risco que possuem uma UTI materna para receber essas mulheres, que acabam vindo a óbito nessas outras unidades por conta disso. Então assim, a gente observa que a taxa de mortalidade é alta, morbidade muito grande. Vemos mulheres muito novas adentrando na maternidade em que você olha o histórico obstétrico dela e contém muitos abortos relacionados a partos e procedimentos por falta de um planejamento familiar seguro, uma falta da própria orientação sexual e reprodutiva, tanto nas escolas, quanto nas famílias, uma própria falta de oferta de serviços de saúde. Algumas já estão decididas a abortar, realizam o aborto inseguro, nas suas casas ou com amigas ou com familiares, indicações que hoje você comprar um misoprostol é muito fácil, na internet você compra com a maior facilidade, você vai em algumas farmácias e você também consegue, também com muita facilidade e usa de maneira inadequada, com superdosagem, ou às vezes usa comprimidos falsificados.” (Eduardo).

“É só a gente observar as estatísticas. Por exemplo, eu recebo todos os meses as estatísticas da maternidade, e tem meses que o número de partos normais bate quase com o número de abortos.” (Taís).

Outra entrevistada também comenta sobre a quantidade de mulheres recebidas em situação de aborto na unidade e acrescenta que o risco do aborto clandestino era ainda pior no passado, quando não existia tanto acesso às medicações abortivas. A noção de facilidade de acesso a estas medicações, e a mudança no padrão dos métodos de aborto ilegal também estava presente na fala de outros profissionais.

“A gente aqui trabalha na unidade que tem enfermarias que são para aborto que não para, não para, não para, não para, não para. Sobre o risco, adolescentes de 12, 13 anos, então hoje é uma questão muito séria, pessoas se colocando em risco o tempo todo. E olha que já melhorou um pouco a questão do risco, não é mais tão artesanal como já foi antigamente, que as mulheres chegavam aqui bem mais graves, mas ainda assim é uma demanda muito grande que a gente tem que se comprometer.” (Janaína).

A grande maioria dos entrevistados percebiam o impacto do aborto na saúde das mulheres, e a única entrevistada que disse não entender o aborto como uma questão de saúde pública ao longo da fala parece se contradizer. A solução que ela apresenta para a questão do aborto no Brasil, que ela reconhece ser um problema, é uma solução de âmbito público. Ou seja, ela acredita que a educação é uma forma de diminuir a quantidade de abortos e reduzir o ônus do sistema de saúde associado a isso.

“Rapaz, o que na verdade, o que eu acho que falta para as pessoas é conscientização. Eu estava falando há poucos instantes, infelizmente no nosso país é uma vergonha o tripé saúde, educação e segurança. [...] Então assim, eu acho que a partir do momento que as pessoas tiverem mais educação vai levar a maior consciência e com isso a gente vai evitar muitos casos de aborto. Porque se você evita o problema, você não vai ter futuramente um problema para se preocupar, você evitou que acontecesse. Então eu acho que é mais essa questão mesmo de educação, tudo na verdade é a educação.” (Paula).

Em seguida, foi questionado aos profissionais se, na opinião deles, a descriminalização do aborto poderia contribuir para a redução da taxa de mortalidade das mulheres. Apesar de 96,97% entenderem o aborto como uma questão de saúde pública, apenas 54,55% (18 profissionais) acham que a descriminalização do aborto

reduziria a mortalidade da mulher. Outros 12 profissionais (36,36%) acham que a mortalidade não reduziria, 2 (6,06%) acham que reduziria em parte e 1 profissional (3,03%) não soube opinar sobre essa questão. Ao separar as categorias, tem-se que menos enfermeiros (as) do que médicos (as) acreditam que a descriminalização do aborto reduziria a mortalidade da mulher (42,11% versus 71,42%)

Nas falas dos profissionais que acham que a descriminalização do aborto seria positiva, percebe-se o reconhecimento de que o aborto feito ilegalmente na maioria das vezes é inseguro, quando a mulher não tem condições de pagar pelo procedimento numa clínica privada que faça o aborto clandestinamente, mas com maior segurança. Muitos profissionais trazem que a população mais prejudicada pela criminalização do aborto no Brasil são então as mulheres pobres, como fala Carla no trecho abaixo.

“Não tenho dúvida disso, eu não tenho dúvida. Porque é a parcela pobre da população que faz os abortos ilegais que é o que mais leva a mortalidade. Porque as pessoas que tem nível de escolaridade e condições econômicas fazem em locais seguros. Então dificilmente tem um caso de levar a óbito. Então eu não tenho dúvida disso aí.” (Carla).

Outra ideia presente nas falas desses profissionais foi a de que a criminalização não é eficaz em reduzir o número de abortos realizados e, portanto, só contribuiria para aumentar a quantidade de abortos que são feitos sem segurança, das mais variadas formas. A fala de Danilo além de ilustrar essa ideia, acrescenta que a mulher precisa ter direito pelo seu corpo, uma afirmação pouco citada dentre todos os entrevistados.

“Com certeza. O aborto sempre existiu e vai continuar existindo, entendeu? Se aqui criminaliza eu acho que piora a situação, porque quem tem dinheiro e vai nas suas clínicas, faz seu aborto lindo e maravilhoso, quem não tem que vai usar o misoprostol, que vai sangrar, que vai expelir, vai usar objetos perfuro-cortantes, usar outras coisas que vão levar a infecção. Então com certeza a descriminalização, e outra coisa, eu falo, quem não quer, quem não acredita e que tem a sua crença, não faça. Quem é espírita e que condena, quem é católico, protestante, umbandista, o que for que condene, não faça, agora quem não for que dê o direito, porque eu acho que a mulher tem que ter o direito sobre o seu corpo, entendeu. Eu sei que o melhor seria prevenir e tudo, mas a gente sabe que gravidez acontece mesmo usando anticoncepcional, mesmo usando camisinha, então eu acho que tem que ter. Claro que esse lugar



não é só ficar fazendo o aborto, legalizar e ficar fazendo, mas ficar orientando né, o que não pode ser feito, quais os riscos, e o que deve ser feito.” (Danilo).

Ainda sobre os profissionais que acham positiva a descriminalização do aborto, Janaína fala da relevância que tem o medo de estar cometendo um crime na escolha das mulheres em procurar atendimento em um serviço de saúde. Ela comenta que muitas vezes a questão da ilegalidade é mais relevante que a opinião da família sobre o aborto, já que mulheres que já contaram para os familiares hesitam em buscar atendimento.

“Hoje os casos mais graves que a gente vê são aqueles abortamentos escondidos, mais artesanais, ou que a mulher acha até que não está tendo repercussão nenhuma e daqui a pouco está com uma infecção e chega aqui já grave por conta de estar com medo, as vezes até chega aqui com a família, mas ela tem medo de estar cometendo um crime. [...]” (Janaína).

As colocações dos entrevistados que disseram não achar que a descriminalização do aborto ajudaria a reduzir as taxas de mortalidade da mulher foram mais heterogêneas, sendo que muitas das respostas foram inespecíficas e não trouxeram argumentos claros, como nos exemplos abaixo.

“Depende da situação né. Se tiver normal, se não tiver nenhum risco ou problema. Não tem problema não, então eu acho que não, não tem não.” (Cora).

“A mortalidade. Eu acho que não, porque ainda tem muito ainda fazendo isso. Eu acredito que não.” (Célia)

A ideia comum que estava presente em algumas falas foi a de que os riscos de um aborto realizado clandestinamente seriam comparáveis com os do aborto realizado legalmente em serviços de saúde, representada nas falas abaixo.

“Hoje em dia toda mulher pode comprar Cytotek ou ir em uma clínica especializada, então acho que não iria influenciar.” (Marina).

“Acho que não reduziria não viu, porque o aborto sempre é uma complicação, mesmo dentro de uma maternidade, pode complicar né, sangrar, morrer, morrer mesmo por causa do aborto, eu acho que não deveria não, os riscos são os mesmos, mesmo se deixasse elas todas virem para uma unidade de

saúde, e pode complicar. Eu acho que um aborto é sempre um aborto. ”  
(Rebeca).

Taís e alguns outros entrevistados afirmam também temer que com a descriminalização do aborto no Brasil, ocorresse uma espécie de banalização do procedimento.

“Eu tenho muito medo de se tornar uma prática de método contraceptivo. Então eu hoje tive uma relação desprotegida, no outro dia, já sei que é legal, eu vou lá e pratico o aborto porque é legalizado. É uma questão minha, eu tenho medo assim, eu vejo aqui na prática uma questão socioeconômica muito atrelada. [...]” (Taís).

## **VI. Discussão**

### **VI.1. Conhecimento sobre Legislação e Código de Ética**

O Código Penal brasileiro considera crime provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque, sendo a pena prevista para a gestante detenção de um a três anos. Quando o aborto é provocado por terceiro a pena para este é reclusão de três a dez anos se não houve consentimento da gestante ou de um a quatro anos se houve consentimento. As penas para aborto provocado por terceiro são ainda aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se lhe sobrevém a morte.<sup>[14]</sup>

Finalmente, e mais relevante para esse estudo, o Código Penal brasileiro não pune o aborto realizado por médico em dois casos: aborto necessário (se não há outro meio de salvar a vida da gestante) e aborto no caso de gravidez resultante de estupro. Adicionalmente, o Supremo Tribunal Federal considerou constitucional a antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencéfalo, por não caracterizar o aborto tipificado no Código Penal. Com base nesse parecer o Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1.989, de maio de 2012, resolve que na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.<sup>[15]</sup>

A respeito do conhecimento dos profissionais de saúde sobre as leis que regulam o aborto no Brasil, o presente estudo apresentou resultados discordantes aos da literatura. Enquanto esse estudo mostrou que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) da maternidade pública de Salvador-BA mostraram conhecimento insatisfatório sobre os três casos de aborto permitidos no país, a maioria das pesquisas anteriormente desenvolvidas no Brasil revelou um conhecimento adequado por parte dos profissionais de saúde. Diferenças entre os serviços estudados e a metodologia utilizada podem ter contribuído para essa discordância, além de que a maioria dos estudos da literatura foram realizados antes das últimas atualizações nas regras do aborto legal no Brasil.

Risco de vida para a mãe foi o caso de aborto legal menos lembrado pelos participantes do presente estudo (14,29% dos médicos e 42,11% dos enfermeiros). Para médicos trabalhando em uma maternidade, é insatisfatório que menos de 15% saibam que podem realizar aborto em gestantes com risco de morte. Esse achado é ainda mais grave quando se considera que o abortamento nesse caso é uma indicação médica e muitas vezes precisa ser realizado em curto intervalo de tempo.

Faúndes em estudo publicado em 2004, encontrou que quase 90% dos médicos entrevistados sabiam que a lei brasileira não pune aborto em caso de risco de vida para a mãe. No entanto o questionário utilizado apresentava alternativas com possíveis casos de aborto legal para os participantes escolherem.<sup>[16]</sup> Loureiro, também em 2004, encontrou uma porcentagem ainda maior de profissionais que responderam corretamente o caso de risco de vida para mãe (96,5%), no entanto o questionário utilizava questões estilo verdadeiro ou falso, o que pode ter levado os participantes a lembrarem mais facilmente daquilo que sabiam parcialmente, deduzir a resposta correta ou acertar por acaso, mesmo sem o conhecimento.<sup>[7]</sup> Em estudo mais recente (2007), Faúnes pesquisou as variações nas respostas dos profissionais entre 2003 e 2005, e encontrou redução na porcentagem daqueles que conheciam a legalidade do aborto por risco de vida da mãe, que foi de 89,3 para 82,9, ainda muito superior a encontrada no presente estudo.<sup>[17]</sup>

Nos estudos de Faúnes e Loureiro<sup>[7, 16]</sup> a porcentagem de entrevistados que reconheciam o aborto em gestação resultada de estupro como legal foi a mesma (93%), dado compatível com o encontrado no presente estudo (90,91%). Tanto na literatura como em nossos resultados, a taxa de informação sobre a legalidade do aborto nos casos de estupro se manteve alta. Os profissionais da enfermagem responderam corretamente em maior porcentagem que médicos(as), mas a diferença não foi notória (94,74% versus 85,71%).

Outros trabalhos mediram o conhecimento geral sobre leis que regulam o aborto e encontraram resultados menos contrastantes com os do presente estudo. Goldman observou em 2005 que apenas 48% dos profissionais demonstraram conhecer corretamente as leis do aborto<sup>[18]</sup> e Faúnes em 2007 obteve resultado de 60%.<sup>[19]</sup>

A maioria dos estudos cobrindo esse tema na literatura foram realizados antes das últimas atualizações envolvendo aborto em casos de feto anencéfalo. No presente

estudo, 60,60% de todos os entrevistados citaram este caso em sua resposta, sendo ele o único em que os profissionais da medicina se saíram melhor que os da enfermagem (71,43% versus 52,63%). Isso pode ser explicado pela anencefalia ser um diagnóstico médico e pelo questionário aplicado consistir de perguntas abertas. Alguns profissionais da enfermagem responderam casos de má-formação (o que não foi considerado correto), ainda assim, mais da metade dos(as) enfermeiros(as) responderam corretamente.

Agora em relação ao conhecimento normativo, sobre uma possível necessidade de documento judicial para realização de aborto legal, nossos achados coincidiram com os dados da literatura, apontando para baixos índices de informação. Independentemente das variações de normas entre as épocas estudadas em cada pesquisa, a porcentagem de profissionais com esse conhecimento sempre se manteve baixa. No presente estudo 36,36% sabiam que a mulher não precisava apresentar documento judicial, outros trabalhos encontraram taxas ainda mais baixas. <sup>[7, 8,19, 20]</sup>

A principal consequência dessa falta de informação é a diminuição do acesso ao aborto legal, principalmente, para os casos de gravidez resultante de estupro. Os profissionais entrevistados citaram diversos documentos que exigiriam para a mulher que chega procurando o aborto, como Boletim de ocorrência ou Autorização judicial. Se a maioria dos profissionais de saúde trabalhando em uma maternidade não sabem que não é necessário documento judicial, é natural que muitas mulheres nessa situação também não o saibam. A busca pelos mais diversos documentos exigidos para o atendimento pode atrasar ou até inviabilizar a realização do aborto legal.

## VI.2. Objeção de consciência nos casos de aborto legal

Existem duas interpretações opostas sobre a objeção de consciência. A primeira é a *tese da incompatibilidade*, em que a objeção de consciência, em algumas situações, como a realização do aborto legal em um serviço público de referência, deve ser proibida, pois viola a responsabilidade médica fundamental de assistir as pacientes em suas necessidades de saúde.<sup>[6]</sup> Para Savulescu os valores morais das pessoas tem diferentes papéis nas esferas pública e privada, assim, um médico deve ter o direito de professar privadamente sua religião ou suas crenças filosóficas, mas deve se manter neutro quando representa o Estado em um serviço público de saúde. Nessa lógica, a recusa da assistência pode ser considerada discriminatória, imoral ou ilegal, a depender das motivações e consequências de seu ato para a saúde da mulher.<sup>[6]</sup>

No outro extremo está a *tese da integridade*, que entende a objeção de consciência como um direito absoluto e individual de todos direta ou indiretamente envolvidos na assistência a saúde. Essa tese pressupõe que há sobreposição dos papéis de profissional da saúde e agente moral, mas estabelece que, antes de ser um médico a serviço da neutralidade do Estado, o indivíduo seria membro de uma comunidade moral que determina seus deveres de consciência, inclusive os limites entre o certo e o errado para o exercício da medicina.<sup>[2]</sup> Defensores desta tese tentam estabelecer parâmetros mínimos que regulem a utilização da objeção de consciência, que é o que faz o Código de Ética Médica, que reconhece o direito, mas impõe restrições a seu exercício.<sup>[21]</sup>

No Capítulo I, item VII, o Código de Ética Médica afirma que “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.<sup>[21]</sup> Enquanto este texto esclarece algumas situações em que a objeção de consciência não pode ser aplicada, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem apenas cita a possibilidade de negação no artigo 28 que comenta sobre o aborto: “nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo”.<sup>[22]</sup>

Os resultados do presente estudo mostraram que a maioria (63,64%) dos profissionais não tinham conhecimento sobre a existência dessa possibilidade em seus códigos de ética, e quando perguntados diretamente sobre o termo objeção de

consciência o percentual dos profissionais que não sabiam o significado ainda subiu para 75,76%. Quando considerados apenas os entrevistados que realmente sabiam o que trazia o código de ética (12,12%) e que conseguiram definir corretamente objeção de consciência (9,09%) os números são ainda mais restritos. Contraditoriamente, quando perguntados se realizariam aborto em cada caso permitido no Brasil, de 36,36% a 54,55% afirmaram que se negariam a realizar o aborto. Essa incompatibilidade reforça a hipótese de que muitos profissionais utilizam ou utilizariam a objeção de consciência nos casos de aborto legal sem conhecer os limites de sua aplicação ou sem ao menos saber que esse recurso é respaldado por seu código de ética.

Os resultados também mostraram que a maioria dos profissionais indica o aborto nos casos permitidos no Brasil, principalmente nos casos de risco de vida para a mãe (90,91%), mas também para feto anencéfalo (78,79%) e gravidez resultante de estupro (72,73%). Existem poucos dados para comparação desse resultado na literatura, porém, numa pesquisa publicada em 2002 sobre o perfil ético dos pesquisadores em genética, a porcentagem de profissionais que indicavam o aborto era menor, 40% em casos de risco de vida para a mãe e 49% para fetos anencéfalos.<sup>[23]</sup> Os números mais baixos provavelmente devem-se ao fato de os profissionais entrevistados não lidarem diretamente com o atendimento dessas mulheres, associado ao período em que a pesquisa foi realizada. Os estudos mais atuais, apesar de não perguntarem diretamente se os profissionais indicariam aborto em cada caso, mostram que a maioria aprova as situações de aborto permitidas em lei e ainda apoia a inclusão de outros casos, como malformações fetais graves.<sup>[7, 8]</sup>

Ao comparar o número de profissionais que indicaria aborto em cada caso com aqueles que realizariam esse aborto percebemos um gap significativo, que é sempre maior para os profissionais da medicina do que para os da enfermagem, e que varia com o motivo que ocasionou a interrupção da gravidez.

As pesquisas anteriores realizadas com os(as) enfermeiros(as) no Brasil indentificaram maior oposição ao abrandamento das restrições legais para o aborto e algumas opiniões contrárias às possibilidades já existentes.<sup>[20, 24, 25]</sup> Dentre estes estudos, no entanto, nenhum teve metodologia quantitativa, então não é possível comparar proporções de opiniões contrárias ou favoráveis. O que se pôde demonstrar foi uma necessidade dos profissionais da enfermagem em aceitar a participação nos casos de

aborto legal e certa acomodação frente à tomada de decisões de outros profissionais, aparentemente aceitando condutas sem questionar.<sup>[24]</sup> Este achado pode explicar o menor gap entre indicação e realização do aborto, quando comparado aos(as) médicos(as), considerando que a literatura demonstrou que membros da equipe de enfermagem sujeitavam-se a condutas que poderiam ferir seus valores e crenças sem analisar alternativas para determinadas situações, como no caso da participação no aborto legal.<sup>[24]</sup>

A variação encontrada na aceitação em realizar o aborto legal a depender do motivo que ocasionou a interrupção da gravidez é compatível com achados de estudos anteriores. O motivo da mulher abortar parece ser importante para o significado atribuído pelo profissional, mesmo considerando somente os casos de aborto permitidos em lei.<sup>[10]</sup> No aborto por risco de vida da mãe, 68,42% dos enfermeiros e 57,14% dos médicos entrevistados concordariam em participar do procedimento, sendo este o caso em que as maiores taxas foram encontradas. Como possível justificativa para esse achado, a interrupção da gravidez nesse caso parte de uma indicação médica e não da vontade da mulher, estando o poder de decisão deslocado para o profissional, amenizando seu sentimento em relação ao aborto. Somado a isso, existe o peso do princípio de “salvar vidas” para os profissionais de saúde, que pode funcionar como uma barganha de escolha entre a mulher e o feto.<sup>[10]</sup>

O segundo caso em que mais profissionais participariam do aborto foi o de feto anencéfalo (63,16% dos enfermeiros e 50,00% dos médicos). A maior aceitação neste caso pode ser explicada pelo não ferimento do princípio de “salvar vidas” na decisão, já que, segundo o CFM, a antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencéfalo não caracteriza o aborto presente no Código Penal, pois não há vida.<sup>[15]</sup> Cabe acrescentar que parte dos profissionais entrevistados não tinham essa visão, e encheravam possibilidade de vida no feto anencéfalo.

Apenas 57,89% dos enfermeiros e 28,57% dos médicos entrevistados aceitariam realizar interrupção de uma gestação resultante de estupro. Esse baixo número de profissionais, especialmente de médicos, pode estar relacionando com diversos fatores além dos já citados. Um estudo sobre aspectos biopsicossociais da violência sexual, publicado em 2000, mostrou que a forma com que os profissionais lidam com o aborto em casos de estupro muitas vezes expressa o descrédito à palavra da mulher e



desconfiança quanto à sua responsabilidade no estupro.<sup>[26]</sup> Esta pesquisa, assim como o presente estudo, também encontraram um sentimento de indignação com a violência e uma expectativa de que a mulher fosse capaz de superar o sofrimento e tivesse o filho, podendo depois encaminhá-lo para adoção.

Em geral, a porcentagem de profissionais de saúde na maternidade pública que realizariam aborto legal foi baixa, principalmente a porcentagem de médicos que realizariam interrupção de gravidez resultante de estupro. Esse achado demonstra a relevância da pesquisa em demonstrar que a utilização da objeção de consciência pode interferir no acesso da mulher ao aborto legal, quando menos de 30% dos médicos trabalhando em uma maternidade com grande volume de atendimentos na capital do estado aceitaria realizar aborto em mulher vítima de estupro.

### **VI.3. Motivações para objeção de consciência**

O objetivo principal do presente estudo foi identificar elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte dos profissionais de saúde. As falas dos entrevistados mostraram que dentre os motivos estavam a falta de qualificação técnica para a realização do procedimento, opinião pessoal contrária ao aborto, religião e vontade de preservar um suposto tempo de vida do bebê anencéfalo. Os resultados encontrados apresentam compatibilidade com outros estudos que analisaram o tema.<sup>[9, 10]</sup> Estes trabalhos trouxeram também como motivações o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação à legislação vigente sobre o aborto legal e o temor em relação às complicações judiciais sentido pelos profissionais devido ao receio de serem punidos legalmente e culpabilizados pela realização do aborto mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei. O presente estudo detectou esse desconhecimento em outras partes do questionário, mas pela estrutura e organização das perguntas, não deu margem para que esse fator aparecesse como motivação para a objeção de consciência.

Em geral, o motivo mais citado foi a religião, seguido pela alegação de falta de capacidade técnica para realizar o aborto. Todos os entrevistados que fizeram esta alegação foram médicos(as) sendo três pediatras neonatologistas e um anestesista. Pesquisas anteriores mostraram que a taxa de médicos com conhecimento técnico sobre o aborto variou entre 30 e 70%.<sup>[7, 18]</sup> Teoricamente, médicos generalistas deveriam ser capazes de realizar um aborto, mas mesmo que não se sintam aptos, esse motivo não se encaixaria nas justificativas aceitáveis para a objeção de consciência, estando em falta o ferimento a integridade do profissional.

Os motivos relatados pelos entrevistados para a utilização da objeção de consciência variaram entre os casos de aborto previstos em lei. No caso de risco de vida para a mãe, a falta de qualificação técnica foi o motivo mais citado, no aborto de feto anencéfalo este motivo teve a mesma prevalência da religião, enquanto no caso de estupro, a religião foi isoladamente o motivo mais citado. Vale ressaltar que ter uma opinião contrária ao aborto também foi uma motivação mais citada nos casos de mulheres vítimas de estupro. Pode-se então inferir que quando esses profissionais utilizam a objeção de consciência, eles não estão considerando apenas a realização do

aborto, mas também o julgamento que fazem da mulher e dos motivos que a levaram a abortar.

Outros indícios que suportam essa hipótese estão presentes em trabalhos anteriores como o publicado por Faúndes em 2004 sobre conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Os resultados mostraram que 40% dos médicos ajudaria uma cliente que consulta por gravidez não desejada e solicita aborto (a ajuda consistiria principalmente em encaminhar a paciente), embora menos de 2% declarou que faria o aborto. Entretanto, nos casos em que a própria mulher (médica) ou a parceira do homem (médico) viu-se na situação de uma gravidez absolutamente indesejada, a porcentagem que praticou o aborto foi de 77,6 e 79,9, respectivamente.<sup>[16]</sup> Percebe-se que o comportamento desses profissionais vai além de uma questão ética, moral ou religiosa, e se baseia muitas vezes na conveniência.

Quando os códigos de ética adotam a *tese da integridade* da objeção de consciência, os sentidos de uma crença e o quanto eles determinam a integridade moral do profissional não precisam ser questionados para autorizar ou não uma recusa de assistência por objeção de consciência. Na prática, assume-se como suficiente a sinceridade do profissional quanto ao seu sofrimento em participar do aborto legal e assim, crenças religiosas e opiniões pessoais contrárias ao aborto prevalecem como fundamentos legítimos e razoáveis para a recusa de assistência à mulher. Diniz argumenta que a aposta na sinceridade moral do objeitor não é suficiente para subsumir direitos fundamentais e absolutos das mulheres à integridade moral do médico. Nesse sentido, uma nova tese enfatiza a centralidade que o critério da relevância da crença deve ter para o modelo de atendimento ao aborto legal no Brasil, sendo intitulada de *tese da justificativa*.<sup>[2]</sup>

Nesta tese o direito à objeção de consciência não constitui passe livre para a recusa de assistência, e as razões morais pelas quais um profissional de saúde se recusa a atender uma mulher devem ser avaliadas pelo Estado. A motivação precisa ser, portanto, relevante, estar relacionada à integridade moral do indivíduo e ser razoável para o marco dos direitos humanos, devendo o profissional objeitor justificar a solicitação de recusa de assistência à unidade de saúde, que irá avaliar sua relevância.<sup>[2]</sup>

A objeção de consciência é um dispositivo normativo dos códigos profissionais que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral, mas que não deve ser confundida com um direito absoluto, independente de qualquer premissa.<sup>[2]</sup> Ela deve ser aplicada com cautela, nos casos em que a integridade do profissional realmente esteja em risco, e não apenas quando lhe convém não realizar algum procedimento. A objeção de consciência mal compreendida pode ser usada para evitar responsabilidades profissionais, ou como uma forma de discriminação da mulher que procura o aborto legal.

#### **VI.4. Opiniões sobre o contexto do aborto no Brasil**

Quase que unanimemente, os entrevistados afirmaram entender o aborto no Brasil como uma questão de saúde pública, trazendo em suas falas a experiência de trabalhar em uma maternidade em que diariamente chegam mulheres que começaram o aborto de forma clandestina, algumas vezes em quadros graves. Os entrevistados também comentaram que a situação que estas mulheres chegam nos serviços mudou, principalmente pelo aumento do uso do misoprostol no lugar dos métodos abortivos mais artesanais. O uso desse medicamento oferece menos riscos às mulheres que abortam clandestinamente, fato presente na fala dos entrevistados e na literatura.

A venda do misoprostol era permitida no Brasil entre 1985 e 1991 para o tratamento de úlceras gastroduodenais. Esse medicamento é um análogo sintético da prostaglandina E1, e como todas as prostaglandinas, possui também uma ação estimulante sobre a musculatura uterina, promovendo sua contração, razão pela qual vem sendo utilizado na indução do parto e do aborto. O período em que era vendido nas farmácias foi suficiente para a divulgação do medicamento como um método abortivo eficiente, mais barato que as clínicas privadas e com menores riscos à saúde da mulher. Antes disso, os métodos disponíveis para o aborto clandestino fora das clínicas privadas eram chás, ervas, sondas, objetos perfurantes e líquidos caústicos. Nessa época, referências a medicamentos eram raras nos estudos (menos de 15% das mulheres em situação de aborto nos hospitais públicos), enquanto em meados dos anos 1990, um estudo com mulheres hospitalizadas em situação de aborto encontrou que 76,1% delas conheciam o misoprostol ou um medicamento para abortar de cujo nome não se recordavam.<sup>[27]</sup>

Um estudo realizado no Brasil enquanto o misoprostol ainda era vendido nas farmácias correlacionou o volume anual de vendas desse medicamento, o número de internações por indução de aborto e a mortalidade materna por aborto induzido. Apesar de a venda do misoprostol ter triplicado durante o período da pesquisa, os resultados sugerem que não houve aumento no número absoluto de atendimentos pós-aborto, mas houve uma queda na morbimortalidade associada. O estudo sugere que o misoprostol permitiu tão somente uma mudança de métodos, isto é, não provocou uma epidemia de aborto no Brasil, mas o tornou mais seguro. No entanto, o aumento progressivo do uso do misoprostol como medicamento abortivo, levou pesquisadores a questionarem sua

associação com desfechos fetais negativos e hoje já existe um consenso na literatura de que quando não é suficiente para induzir o aborto, o misoprostol aumenta a chance de má-formação fetal, mostrando que este não é um método isento de riscos, principalmente se usado de forma inadequada e fora de serviços de saúde.<sup>[27]</sup>

O presente estudo também avaliou a opinião dos profissionais a respeito da descriminalização do aborto no Brasil e encontrou que 54,55% acham que esta medida reduziria a taxa de mortalidade das mulheres. Apesar de bem menos expressiva que a porcentagem dos entrevistados que afirmou compreender o aborto no Brasil como sendo uma questão de saúde pública (96,97%), o resultado indica que a maioria dos profissionais se mostra favorável ao abrandamento das restrições legais ao aborto.

Pesquisas anteriores realizadas com médicos (as) no Brasil já sugeriam que a maioria era favorável à permissão dos casos de aborto previstos em lei e ainda à ampliação das possibilidades.<sup>[7, 16, 17, 18, 19, 28]</sup> Trabalhos realizados com enfermeiros (as) identificaram maior oposição ao abrandamento das restrições legais e algumas opiniões contrárias às possibilidades atualmente existentes.<sup>[24, 25]</sup> Os achados do presente estudo corroboram com os resultados descritos na literatura, já que 71,42% dos profissionais da categoria médica acreditavam que a descriminalização contribuiria para redução da mortalidade, enquanto apenas 42,11% dos profissionais da enfermagem compartilhavam desta ideia.

Apesar de não ter sido opinião de todos os profissionais entrevistados, os resultados das principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam a tese de que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde da mulher, não impede a prática e perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres, que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.<sup>[27]</sup>

## VII. Conclusões

Em geral, os profissionais mostraram conhecimento insatisfatório sobre o que trazem a Legislação e o Código de Ética de suas profissões a respeito do aborto legal e da objeção de consciência. A principal consequência dessa falta de informação é a criação de barreiras que diminuem o acesso da mulher ao aborto legal, como a cobrança de documentos judiciais desnecessários e a própria recusa em realizar o aborto.

A porcentagem de médicos(as) e enfermeiros(as) trabalhando na maternidade pública que se negam a realizar o aborto legal foi alta, e os motivos citados para essa recusa foram religião, falta de qualificação técnica para a realização do procedimento, opinião pessoal contrária ao aborto e vontade de preservar um suposto tempo de vida do bebê anencéfalo. A variação das respostas a depender do que levou a mulher a abortar mostra que quando esses profissionais utilizam a objeção de consciência, eles não estão considerando apenas a realização do aborto, mas também o julgamento que fazem da mulher e dos motivos que a levaram a abortar. Por isso, não é suficiente confiar na sinceridade do sofrimento dos objetores para negar à mulher o direito a tomar decisões sobre os seu próprio corpo. A motivação do profissional precisa ser relevante, estar relacionada à sua integridade moral e ser razoável para o marco dos direitos humanos, devendo o objetor justificar a solicitação de recusa de assistência à unidade de saúde, que irá avaliar sua relevância.

Apesar de não dominarem os aspectos éticos e legais em relação ao aborto, os entrevistados afirmaram entender o aborto no Brasil como uma questão de saúde pública por perceberem na prática seu impacto na saúde da mulher. Os resultados das principais pesquisas sobre aborto no país comprovam a tese de que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde da mulher, não impede a prática e perpetua a desigualdade social, sendo que o risco imposto pela ilegalidade é vivido principalmente pelas mulheres pobres, que não tem acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

## VIII. Summary

### CONSCIENTIOUS OBJECTION TO LEGAL ABORTION: THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

**Introduction:** One of the main barriers to women's access to legal abortion in Brazil today is the lack of health professionals who are willing to perform the procedure. Conscientious objection is a normative device of Ethics Codes that validates a professional's decision not to perform certain procedures. However, there are cases where conscientious objection may interfere directly with the fundamental right of another person, such as a woman's access to legal abortion. **Objective:** To identify the motivational elements for use of conscientious objection to legal abortion by physicians and nurses in a public maternity. **Methods:** A cross-sectional study, based on a semi-structured questionnaire, including personal and opinion-related data applied to the professionals in service at a public maternity in Salvador-BA. Data analysis was divided in quantitative, by traditional methods, and qualitative, using content analysis in the thematic modality and classification by meanings. **Results:** A total of 33 professionals were interviewed, of whom 14 were physicians and 19 were nurses. The knowledge about legal abortion demonstrated by the interviewees was unsatisfactory. Only 18.18% were able to cite the three cases in which abortion is permitted in Brazil, 36.36% knew that the women don't need to present any judicial document to access legal abortion and only 9.09% knew the meaning of conscientious objection. The percentage of professionals who would use conscientious objection varied depending on the reason for the abortion, and the percentage of physicians who performed legal abortion in cases of rape was the smallest (28.57%). The professionals' motivations for using conscientious objection were 1) religion, 2) lack of technical qualification, 3) personal opinion against abortion and 4) desire to preserve a so-called life time of the anencephalic fetus. **Conclusions:** The lack of information among the professionals and the insufficient justifications given to use conscientious objection are barriers to legal abortion access in Brazil.

**Keywords:** 1. Abortion. 2. Codes of Ethics. 3. Bioethics.



## IX. Referências

1. Garrido G. Conciencia y objeción de conciencia. *Persona y Bioética*. 2012;16(1):32-42.
2. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(5):981-985.
3. Giffin KCosta S. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 1999: 337-355.
4. Galli B. Violência sexual, gravidez indesejada e acesso ao aborto legal: uma abordagem de direitos humanos e igualdade de gênero. *Ciências saúde coletiva*. 2005;17(7):1755-1763.
5. Farias RCavalcanti L. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1755-1763.
6. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006;332(7536):294-297.
7. Loureiro D, Vieira E. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004;20(3):679-688.
8. Cacique D, Passini Junior R, Osis M. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(3):916-936.
9. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1745-1754.
10. Soares G. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:S399-S406.
11. Porto R. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Rev Estud Fem*. 2008;16(2):661-666.
12. Vega Araya E. La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioethica*. 2011;17(1):123-131.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. 1st ed. [Lisboa]: Edições 70; 2008.
14. Brasil. Código penal brasileiro. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

15. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União 14 maio 2012;Seção 1. p. 308-9.
16. Faúndes A, Duarte G, Andalaft Neto J, Olivatto A, Simoneti R. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004;26(2):89-96.
17. Faúndes A, Duarte G, Osis M, Andalaft Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29(4).
18. Goldman L, García S, Díaz J, Yam E. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reproductive Health*. 2005;2(1).
19. Faúndes A, Simoneti R, Duarte G, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007;10(1):6-18.
20. Lunardi V, Simões A. (Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal. *R Enferm UEFJ*. 2004;12:173-178.
21. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Brasília; 2010. p. 4.
22. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1993.
23. Salzano F, Shüler-Faccini L. Perfil ético dos pesquisadores em genética. *Bioética*. 2002;10(1):13-29.
24. Lopes da Silva J. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2010;14(4):19-24.
25. Silva E, Trevisan D, Lorenzini E, Pruss A, Strapasson M, Bonilha A. Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: percepção de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2015;5(3).
26. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. 2000;22:9-12.
27. Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga K. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(4):939-942.
28. Corrêa M, Guilam M. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(10):2141-2149.

## X. Apêndice

### XI.1. Apêndice I: Roteiro de entrevista para médicos(as) e enfermeiros(as)

Entrevista n°:

Data: / /

Horário de Início :

Horário de Término:

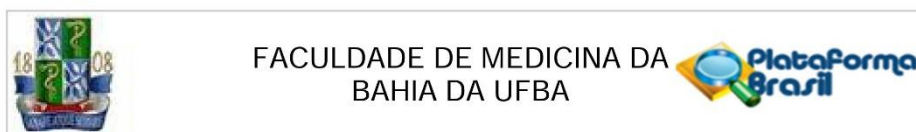
#### 1. DADOS PESSOAIS:

- a) Código do Participante:
- b) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- c) Idade:        anos
- d) Naturalidade:
- e) Estado Civil: ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) separado(a) ( ) viúvo(a)
- f) Filhos: ( ) não ( ) sim
- g) Religião:
- h) Categoria Profissional:
- i) Especialidade Profissional:
- j) Instituição na qual se graduou:
- k) Tempo de formado (a):
- l) Curso e Pós-graduação: ( ) não ( ) sim       Qual (is):
- m) Jornada de trabalho diária:
- n) Tempo de trabalho na MTB:

#### 2. QUESTÕES:

- a) Você sabe em que situações o aborto é permitido/legal no Brasil?
- b) Você poderia citá-las?
- c) Para a mulher realizar o aborto nas Unidades hospitalares/maternidades ela precisa levar algum documento da justiça?
- d) Qual seria este documento?
- e) O(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) pode se negar a atender esta mulher?
- f) Você sabe o que o Código de Ética da sua profissão traz a respeito desta temática?
- g) Você poderia descrever com suas palavras?
- h) Você indica/realiza aborto legal em casos de risco de vida para a mãe? ( ) indico e realizo ( ) indico e não realizo ( ) não indico e não realizo       Por quê?
- i) Você indica/realiza aborto legal em casos de feto anencéfalo? ( ) indico e realizo ( ) indico e não realizo ( ) não indico e não realizo       Por quê?
- j) Você indica/realiza aborto legal em casos de estupro? ( ) indico e realizo ( ) indico e não realizo ( ) não indico e não realizo       Por quê?
- k) Você entende o aborto no Brasil como uma questão de Saúde Pública?
- l) Você poderia justificar a sua resposta?
- m) Você acredita que a descriminalização do aborto poderá contribuir para a redução das taxas de mortalidade da mulher?
- n) O que você entende por objeção de consciência?

## XI.1. Apêndice II: Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Objeção de consciência em casos de aborto legal

**Pesquisador:** Maria de Fátima Diz Fernandez

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32603614.7.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

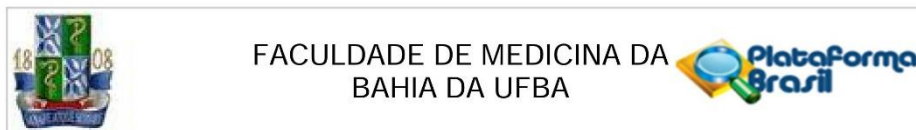
**Número do Parecer:** 711.857

**Data da Relatoria:** 07/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

Um dos principais empecilhos para o acesso das mulheres ao serviço de aborto legal no Brasil é hoje a falta de profissionais de saúde que se dispõem a realizar o procedimento. Quando um médico alocado no serviço público de saúde se recusa a realizar um aborto legal ou um enfermeiro se recusa a prestar os cuidados de enfermagem, obstruindo de forma definitiva o direito dessa mulher à saúde, a consciência desse profissional vai de encontro a seus deveres públicos. Associado a isso, a objeção de consciência é ainda frequentemente mal compreendida ou mal utilizada, encobrindo discriminação ou o medo de complicações jurídicas pela realização do aborto previsto em lei. Estudos apontam possíveis justificativas para sua utilização, a exemplo da influência das crenças religiosas destes profissionais que na maioria das vezes não conseguem desvencilhar a prática profissional de suas concepções e valores pessoais. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo de estudo identificar os elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos(as) e enfermeiros(as) em uma maternidade pública. Trata-se de um estudo de corte transversal, baseado na coleta de dados através de um questionário semi-estruturado contemplando dados pessoais e questões de opinião que será aplicado aos profissionais em serviço. Fundamenta-se, portanto, na identificação de elementos motivadores para prática de objeção de consciência e sua legitimidade frente aos casos de aborto legal, desvelando o nível de informação dos profissionais acerca do que traz a

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 711.857

Legislação e o Código de Ética. Considerando o aborto como uma questão de saúde pública e entendendo que o direito à saúde e à atenção sanitária precisa ser garantido, faz-se necessário o amplo diálogo sobre a objeção de consciência praticada por estes profissionais sejam por razões legais, éticas, morais e religiosas.

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

##### **PRINCIPAL**

Identificar elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos(as) e enfermeiros(as) da Maternidade Tsylla Balbino.

##### **SECUNDÁRIOS**

1. Rever os conceitos de objeção de consciência
2. Verificar a prevalência da alegação de objeção de consciência em casos de aborto legal entre médicos(as) e enfermeiros(as) da Maternidade Tsylla Balbino

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

Na formulação deste projeto fora observado que um dos riscos envolvidos pode ser a quebra do sigilo dos participantes. No entanto, os pesquisadores garantem o anonimato do indivíduo pesquisado através da identificação por códigos e a confidencialidade será salvaguardada através do arquivamento, por cinco anos, dos dados obtidos no final da pesquisa sob a responsabilidade do pesquisador principal.

Outro risco envolvido pode ser o constrangimento durante a entrevista, que será minimizado com a abordagem individual na aplicação do instrumento em uma pequena sala de reuniões da maternidade Tsylla Balbino.

No que se refere à possibilidade do participante desencadear problemas emocionais durante a entrevista, será assegurada a suspensão imediata da coleta de informações, e em caso, mais contundente, o mesmo será encaminhado ao serviço de psicologia da própria instituição.

Os resultados obtidos do presente estudo podem beneficiar os profissionais da maternidade, à medida que fazem uma reflexão acerca das suas práticas, com possibilidades de mudanças para um fazer pautado nos preceitos técnicos, ético e legais, levando a refletir e considerar a possibilidade de que o direito à saúde e o direito à atenção sanitária não se vejam limitados ou dificultados por uma objeção de consciência mal compreendida.

Os resultados podem ainda, servir para melhorar a formação humanística dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), trazendo o aborto como uma questão de saúde pública.

<b>Endereço:</b> Largo do Terreiro de Jesus, s/n	<b>CEP:</b> 40.026-010
<b>Bairro:</b> PELOURINHO	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3283-5564	<b>Fax:</b> (71)3283-5567
	<b>E-mail:</b> cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA  
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 711.857

Podem contribuir, também, na acessibilidade das mulheres que buscam as emergências hospitalares, nestas circunstâncias, possibilitando um atendimento mais justo e com menos risco à sua saúde. A participação na pesquisa, no entanto, não propiciará benefícios financeiros, tendo em vista que se dará de forma voluntária. Como a coleta será feita nos dias dos plantões dos referidos profissionais não haverá necessidade de ressarcimento com despesas de transporte e/ou alimentação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de temática muito relevante para a saúde pública.

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

Apresenta carta de anuência da instituição a ser pesquisada.

Folha de rosto adequada.

TCLE adequado, garantindo sigilo privacidade. Também oferece liberdade de retirada de consentimento e apresenta os devidos enderços do Pesquisador e CEP.

**Recomendações:**

Recomendamos um preparo cuidadoso do estudante, que realizará a entrevista, para a abordagem dos profissionais com neutralidade.

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

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA  
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 711.857

SALVADOR, 07 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**

**Liliane Elze Falcão Lins Kusterer**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



## XI.1. Apêndice III: Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de forma voluntária, cujo título é “Objeção de consciência em casos de aborto legal - uma pesquisa de opinião com profissionais de saúde” e tem como autoria as pesquisadoras Maria de Fátima Diz Fernandez e Bia Moruz Bichara. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo, e antes de assiná-lo, peço que leia atentamente cada item deste documento e sinta-se a vontade para questionar o que julgar necessário.

O objetivo do estudo é identificar elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos (as) e enfermeiros (as) da maternidade Tsylla Balbino.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Será feita uma entrevista individual, em local reservado e essa conversa será gravada, onde terá um código, portanto seu nome não será usado, conhecido ou mencionado. Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas de forma anônima e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados pelo pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após este tempo serão destruídos.

A sua participação é voluntária, e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Caso participe, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem algum prejuízo. Também será lhe garantido o direito de, durante as entrevistas, recusar a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer desconforto ou sentimentos desagradáveis. Em qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar esclarecimento com a pesquisadora Fátima Diz através do número 3286 5574 ou diretamente na Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para Identificação de elementos motivadores para a prática de objeção de consciência para o aborto legal por parte de médicos(as) e enfermeiros(as) da Maternidade Tsylla Balbino, corroborando para que os profissionais de saúde desta maternidade possam aprimorar a sua atuação no atendimento as mulheres, vindo a beneficiar, inclusive, a sociedade. Pretendemos, portanto, apresentar os resultados da pesquisa para a equipe em forma de seminários, pôsteres e os mesmos serão publicados em periódicos científicos.

Durante a entrevista pode ser que você se sinta constrangido em responder algumas perguntas e isto, talvez, lhe traga algum tipo de desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir para encerrar a entrevista.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vidas, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser esclarecida em qualquer momento. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o comitê de ética, ou com a pesquisadora responsável, nos endereços abaixo.

<b>CEP - Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>Pesquisadora Responsável:</b>	<b>Pesquisadora/Colaboradora:</b>
Endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3283-5577	<b>Profa. Maria de Fátima Diz Fernandez</b> Endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3286-5574	<b>Bia Moruz Bichara</b> Endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3286-5574

Caso você concorde em participar da pesquisa, assine esse termo de consentimento.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Nome completo do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador (a)