

Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção

Beatriz Galli

Edlaine C. Gomes

Leila Adesse

Abstract:

Mesmo nos casos em que o aborto não é punível pela lei, como nos casos de gravidez decorrente de estupro, existem dificuldades para o alcance da interrupção legal da gestação nos serviços de saúde. A recusa dos profissionais de saúde pode ser um fator que impede o acesso ao aborto legal. O objetivo deste artigo é apresentar as primeiras reflexões a cerca dos resultados de um estudo exploratório sobre os argumentos evocados na recusa à prática da assistência, por profissionais da medicina, que atuam em serviço de referência para casos de violência sexual. Partiu-se da premissa que a prática da objeção de consciência pode ser explícita, que se traduz na forma de recusa em prestar o atendimento aos casos previstos em lei ou implícita, na forma de demora ou negligência na atenção ao abortamento. Com vistas a lançar um foco de luz sobre valores e representações subjacentes ao discurso da “Objeção de consciência”, considera-se relevante compreender o discurso sobre a prática (ou recusa) em relação à realização do aborto em um serviço de referência a partir de suas dimensões sócio-culturais e os valores individuais.

Palavras-chave: violência sexual, direitos humanos, objeção de consciência, aborto legal, ética médica

No Brasil, o Código Penal permite a realização de aborto em duas circunstâncias, conforme estabelece o Artigo 128, I e II: em casos em que a vida da gestante está ameaçada e não há outro meio de salvá-la; ou em situações de gravidez decorrentes de estupro (com consentimento da gestante ou, se incapaz, de representante legal da mesma). No entanto, o procedimento é amplamente praticado em todo o país, principalmente por meios não apropriados que podem acarretar danos à saúde e provocar a morte da mulher. Com o intuito de regulamentar o Artigo 128 do Código Penal, o Ministério da Saúde lançou duas Normas Técnicas complementares que apresentam diretrizes relativas à gravidez decorrente de violência sexual e atenção pós-abortamento: Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”¹ e Norma Técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”².

As estatísticas em alguns países demonstram que as leis restritivas não diminuem a sua incidência e, ao contrário, aumentam a morbi-mortalidade de mulheres, jovens e adolescentes devido ao abortamento inseguro. Por outro lado, em certos países que modificaram recentemente a sua legislação em relação ao aborto, houve um declínio dramático das taxas de mortalidade materna por aborto inseguro.

No âmbito internacional, existem precedentes e recomendações internacionais em relação ao dever dos Estados em garantir os direitos humanos das mulheres, quando há um contexto de legislação restritiva em relação ao aborto, como o caso do Brasil. O Comitê de Direitos Humanos da ONU estabeleceu que “o respeito à vida das mulheres inclui o dever dos Estados de adotarem medidas para evitar que elas recorram a abortos inseguros e clandestinos que ponham em risco a sua vida e a sua saúde, especialmente quando se tratar de mulheres pobres e afro-descendentes”. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) da Organização das Nações Unidas (ONU) - em sua Recomendação Geral no. 24 - expressou

que negligenciar o acesso a serviços de saúde que somente as mulheres necessitam é uma forma de discriminação contra as mulheres: *“Outras barreiras ao acesso das mulheres a uma assistência de saúde apropriada incluem as leis que criminalizam procedimentos médicos que somente as mulheres necessitam e que punem as mulheres que se submetem a tais procedimentos”*; e dispõe que *“quando possível, a legislação que criminaliza o aborto deveria ser reformada para remover provisões punitivas impostas às mulheres que submetem-se ao aborto.”*³⁴

Vale ressaltar que a atenção ao abortamento deve ser uma atenção técnica, adequada, segura e humanizada. Isso inclui o dever dos profissionais de saúde de respeito a privacidade e a confidencialidade da clientela que recorre aos serviços nos casos de violência sexual ou em casos de complicações derivadas de aborto realizado em condições de risco.

O Código Penal⁵, na seção IV “Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos”, penaliza aquele que viola o segredo profissional. De acordo com o Artigo 154, é crime: *“revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”*. Em situações extremas podem ocorrer denúncias à polícia contra as mulheres que estão sendo atendidas nos serviços de saúde, com violação do dever de sigilo profissional⁶. Sob esta perspectiva, tal revelação é antiética e criminosa, em especial, porque pode ensejar procedimento criminal contra a mulher. Sendo assim, a legislação garante à mulher o direito à privacidade diante de abortamento natural ou provocado, uma vez que o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, por estar diante de um segredo médico.

Segundo o Código de Ética Médica, é direito do médico *“recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.”* Em vários sistemas jurídicos há disposições legais que protegem o direito dos profissionais de saúde de não procederem a práticas de saúde contra as quais eles alegam ter objeção de consciência. O Código de Ética Médica prevê no Artigo 7º, que o médico deve exercer a profissão com autonomia, não devendo ser obrigado a prestar serviços a quem não deseje, salvo em certas circunstâncias: em casos ausência de outro profissional, em casos de urgência, ou quando a sua negativa possa trazer danos para a paciente.

Neste sentido, o Ministério da Saúde determina que não cabe alegação de objeção de consciência nos seguintes casos: *“a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro (a) médico que o faça (a) e quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do (a) médico (a); c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência”*.⁷

Os profissionais de saúde, em geral, e os obstetras e ginecologistas, em particular, freqüentemente são ambivalentes a respeito do abortamento, porque têm que enfrentar valores profissionais e morais conflitantes, em especial, aqueles que atuam nos serviços de referência em violência sexual⁸⁹. Somado a isto, a falta de conhecimento prévio destes profissionais sobre os Direitos Humanos e os limites existentes ao uso da objeção de consciência¹⁰¹¹ pode levar a uma postura acusatória ou negligente nas situações de abortamento que chegam aos serviços. As orientações pessoais (éticas, morais e religiosas) dos profissionais que atuam no atendimento constituem outra barreira à implementação da atenção às vítimas de violência sexual e agravos resultantes, dentre estes, a gravidez.¹²

Estudo exploratório sobre a prática da objeção de consciência em serviço de referência

A experiência de Ipas Brasil em diferentes projetos realizados, especialmente na Região Norte do país, mostra que os serviços de referência encontram-se em diferentes estágios de implementação da atenção às vítimas de violência sexual¹³. Isso se reflete, por exemplo, na existência ou não de espaço físico para o atendimento e na forma como as usuárias são acolhidas. A implementação da atenção está ancorada em uma estrutura mais ampla, caracterizada pela organização e eficácia dos programas efetivados.

Alem disso, a pesquisa realizada pela organização não-governamental Católicas pelo Direito de Decidir, no ano de 2005 em 56 hospitais e maternidades, concluiu que a condição de ilegalidade do aborto no país influi negativamente no atendimento aos casos de aborto previstos em lei e contribui para a falta de registro disponível e padronizado sobre o atendimento prestado. A pesquisa apontou a existência de 37 serviços de atenção à violência sexual e aborto legal em funcionamento no país.

A realização do presente estudo se inscreve em uma necessidade de produção de diagnósticos sobre: deveres ético-profissionais e institucionais; qualidade da atenção ao abortamento; e o processo de implementação de políticas públicas, segundo os parâmetros legais vigentes no Brasil. Em um marco mais amplo, está inserido no contexto político atual de reflexão sobre o impacto das restrições legais ao aborto para a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes, esperando-se que possa servir de subsídio para as iniciativas em curso pela reforma da lei vigente.

A objeção de consciência é um tema polêmico no debate sobre atendimento aos casos de aborto previsto em lei e atenção pós-abortamento. Esse tema é crítico para o processo da efetiva implementação dos serviços de referência para atenção à violência sexual e garantia dos direitos humanos das mulheres, jovens e adolescentes, como prevêm as Normas Técnicas do Ministério da Saúde. Estão em jogo questões que remetem a valores morais, religiosos e éticos, heterogêneos e muitas vezes contrastantes.

O estudo realizado pela equipe do Ipas Brasil em um serviço de referência da região Sudeste do Brasil - no período de Março a Julho de 2006 -, teve como objetivo principal mapear representações sobre a prática do aborto previsto em lei e a atenção nas complicações derivadas em casos de abortamento incompleto entre profissionais de medicina. Em seus objetivos específicos, o estudo pretendeu: 1) perceber de que maneira a objeção de consciência vem sendo acionada como argumento na recusa ou no descaso na atenção ao aborto legal ou em casos de complicações derivadas de abortos inseguros ou incompletos; 2) identificar as principais dificuldades e barreiras colocadas para o acesso das mulheres à atenção de qualidade nos casos de complicações de abortos inseguros/incompletos e nos casos de aborto previsto em lei; e 3) verificar em que medida tais dificuldades e barreiras representam violações de direitos humanos das mulheres que recorrem aos serviços para a interrupção legal da gravidez.

Foram realizadas onze entrevistas semi-estruturadas com médicos atuantes em serviço de referência em violência sexual. A opção por essa técnica teve por base sua adequação aos objetivos propostos e à dificuldade em se abordar o tema tratado em serviços que, a princípio, são destinados a prestar assistência aos casos de violência sexual, incluindo a realização da interrupção legal da gravidez decorrente de estupro. A entrevista semi-estruturada – com perguntas abertas e fechadas - permitiu que os entrevistados abordassem os temas sem que estivessem atrelados, necessariamente, às questões formuladas¹⁴. Com as entrevistas semi-estruturadas buscou-se: levantar o perfil do entrevistado (profissional, religioso e social); identificar representações sobre a prática do aborto; mapear argumentos que sustentam a recusa em realizar o aborto legal; e, resgatar possíveis eventos e situações em que houve recusa à realização do aborto legal verificando em que medida os direitos humanos das mulheres que recorreram aos serviços de referência foram respeitados.

Aborto Legal e Direitos Humanos

Mesmo em países em que o aborto é legalizado, pesquisas indicam que ainda existem barreiras para o acesso ao aborto seguro, devido a vários fatores, entre os quais, a recusa dos profissionais de prestar atendimento alegando objeção de consciência¹⁵. Os direitos humanos das mulheres à liberdade e à segurança, englobam o acesso pleno aos serviços de atenção a violência sexual que incluam o acesso a interrupção legal da gestação. No entanto, é notória a falta de acesso aos serviços, mesmo nos casos previstos em lei, situação que implica na busca de serviços clandestinos, que colocam a saúde e a vida das mulheres em risco. Por outro lado, considerando que o aborto incompleto representa um risco de vida para a mulher, o exercício dos

seus direitos humanos à vida, à segurança e à saúde, deve incluir o acesso rápido e oportuno a serviços de saúde em que o atendimento seja eficiente¹⁶.

Pesquisas anteriores realizadas pelo Ipas Brasil revelaram a ênfase, nas falas dos profissionais de saúde entrevistados, na provável falta de veracidade do fato narrado pelas mulheres que buscam o serviço de saúde, e também no seu receio de sofrer penalidades, o que também revela desconhecimento do marco legal vigente¹⁷. Há serviços de saúde nos quais a interrupção legal da gestação ainda é realizada somente através da apresentação do Boletim de Ocorrência, mesmo que este documento não seja exigido como pré-requisito ao atendimento segundo as Normas Técnicas do Ministério da Saúde e o Código Penal.

A desconfiança em relação à veracidade da declaração da mulher que busca o abortamento é apenas uma das barreiras à atenção e proteção dos direitos previstos em lei. A Norma Técnica afirma que *“o objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça”*¹⁸. É neste sentido que é importante avaliar a influência de valores na prática médica diante dos casos de interrupção legal da gestação, inserindo a problemática no âmbito da qualidade da atenção, dos deveres ético-profissionais e institucionais correlatos, no âmbito das políticas públicas e da garantia de direitos humanos pelo setor saúde.

Análise dos resultados do estudo

A prática da objeção de consciência é, em geral, fundamentada em direito individual do profissional de saúde. Há, contudo, pouco debate a esse respeito que contemple a abordagem de direitos humanos. Como direito humano relacionado à consciência pessoal ou espiritual, o direito à objeção de consciência não pode ser alegado por instituições, como hospitais, por não possuírem a dimensão individual e espiritual da personalidade humana, protegida pelos direitos humanos.¹⁹ Existem duas diretrizes básicas para a atenção: é um dever do médico indicar outro profissional que preste a assistência, caso tenha objeção de consciência; e é obrigação da instituição de saúde garantir o acesso aos serviços de atenção ao abortamento (nos casos de aborto permitido por lei e em casos de emergência por aborto incompleto)²⁰.

As razões alegadas para a não realização da interrupção legal da gestação estão baseadas em uma diversidade de argumentos, tais como motivos de foro íntimo, religiosas, éticas e “de consciência”, o que leva à conclusão que existe uma prática institucionalizada da objeção de consciência pelos profissionais daquele serviço de referência. A tolerância à recusa de prestar assistência, na maioria das vezes esta fundamentada em valores e questões individuais dos profissionais do serviço de referência. Esta prática evidencia a existência de barreiras para o acesso ao serviço de interrupção da gestação previsto em lei, ou o chamado aborto legal. Sobre os problemas encontrados no atendimento ao aborto previsto em lei, os profissionais dizem que:

“...o que mais acontece nesses casos de aborto legal, para a gente, e a parte, não só da religião, mas da consciência mesmo, da certeza, da certeza não, mas digo da incerteza de você estar fazendo um procedimento que, na verdade, você não está salvando nenhuma vida, você não está, vamos dizer, buscando, você está buscando melhorar para a paciente”. (Entrevista 1)

* Segundo o Ministério da Saúde, estimativas sobre o número de abortos indicam haver ocorrência anual de 1.443.350 abortamentos. Estas estimativas atribuem em torno de 85% das internações por aborto no Sistema Único de Saúde (SUS) as complicações derivadas de abortos provocados ou clandestinos. Nas regiões mais pobres do país, a dificuldade do acesso das mulheres à informação e serviços de saúde de planejamento familiar pode ser a causa de elevado número de gravidezes indesejadas, que podem resultar na prática de abortamentos inseguros com risco de vida para as mulheres. O abortamento nestas circunstâncias está entre as principais causas de mortalidade materna no país. Entretanto, aquele realizado por profissionais treinados e em condições sanitárias seguras não representa riscos para a saúde e a vida das mulheres. Nos países desenvolvidos, a possibilidade de uma mulher morrer devido às complicações derivadas da prática de aborto é de 1 (uma) em 100.000 (cem mil) procedimentos, ou seja, é menor do que o risco de morrer na gravidez e no parto.

Em situações de gravidez decorrente de estupro o quadro se complexifica devido, em especial, à inter-relação valor da vida e prática médica. Mesmo conhecendo as orientações legais grande parte dos profissionais não realiza os procedimentos. Porto²¹ observa que há uma resistência dos profissionais à legislação correspondente ao abortamento em decorrência de gravidez por estupro, diferentemente dos casos de abortamento de anencéfalo, que não identificam como sendo uma vida. A seguinte fala é sugestiva:

“Na verdade, acho que o médico objetiva muito isto: salvar a vida de alguém, então quando você se vê diante de uma situação que você não vai salvar uma vida e você só vai tirar uma outra vida, é uma coisa muito complicada, acho que é isso que acaba, sobre isso que recai a nossa consciência.” (médica, serviço de referência)

“Eu não gosto muito de fazer aborto, interromper a gravidez não, mesmo que tenha sido de (...) se eu, como estou dizendo, pelo código de ética, se eu for o único e me obrigarem a fazer, parece que, não é assim que funciona? Ai eu faria, mas se eu puder não fazer, eu não faço”. (Entrevista 7)

Os argumentos dos entrevistados são expressos a partir de narrativa descritiva de suas próprias práticas, ou, ainda, a partir dos relatos sobre a postura de seus colegas de serviço. Diferentes motivos são elencados: não se sentir à vontade para fazer o aborto; ter respeito pela vida do feto (ser um feto vivo); ser contra o aborto; acreditar que o feto tem alma desde a concepção; objeção de consciência garantida pelo Código de Ética Médica; não admitir o aborto; ter conflitos pessoais; ser uma questão legal; ser uma questão religiosa; não ter sido preparado em sua formação profissional; e por ser uma questão “de consciência”.

O estudo aponta para um dado revelador: dos 40 médicos que trabalham no serviço de referência pesquisado apenas 2 profissionais – duas mulheres - realizam o procedimento de interrupção legal da gestação. Esta situação leva à ocorrência de casos em que as mulheres saem do serviço sem obter o aborto legal ou há a protelação do procedimento que não é realizado no mesmo dia. Este cenário indica a existência de violações dos direitos humanos de quem recorre ao serviço, tais como: o direito à saúde, o direito à não-discriminação no acesso à saúde, direito à auto-determinação reprodutiva, direito à liberdade e segurança pessoal, como demonstram os relatos a seguir:

“Eu vi há um mês aqui. O médico falou que não ia fazer porque não fazia. O anestesista não fazia anestesia. A mulher já estava na sala. Sete anos, e temos essas duas pessoas. Que objeção de consciência é essa, não é?” (Entrevista 8).

“(...) como ninguém no plantão, tem pessoas no hospital que fazem, mas como ninguém no plantão se sente, vamos dizer, à vontade para fazer. Então, não foi realizado nesse plantão”. (Entrevista 1)

“Quando chega um caso, geralmente são as mesmas pessoas que fazem”. (Entrevista 9)

Outro dado bastante revelador das possíveis barreiras existentes ao acesso ao aborto legal é a forma como o fluxo de atendimento se organiza. A equipe médica não tem contato direto com a vítima de violência sexual que busca o serviço para interromper a gravidez. Sendo assim a mulher ou jovem que busca o serviço não encontra qualidade no acolhimento, conforme montra o seguinte relato:

“Então a gente, na verdade, não é que se esconde, mas a gente não vê, não conversa com a paciente para dizer para ela, mas a gente sabe que elas ficam

extremamente chateadas de ficar mais um dia aqui, esperar mais um dia, o médico não vai fazer, então é ruim para elas também, isso aí eu tenho certeza”. (Entrevista 1)

“Sim, até mesmo no nosso plantão a gente atende indicação, quer dizer, já teve paciente internada que precisava, que era caso de indicação de aborto legal e a gente acabou, como ninguém no plantão, tem pessoas no hospital que fazem, mas como ninguém no plantão se sente e (...) então não foi realizado nesse plantão”. (Entrevista 1)

Conforme as diretrizes previstas na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, o atendimento, aos casos de violência sexual, é prioritário e a recusa de atendimento pelos profissionais pode ser caracterizada, ética e legalmente como omissão, sendo passível de responsabilização civil e criminal.

Apesar da recorrência da recusa à realização do abortamento previsto em lei, em geral, há o reconhecimento do direito de escolha da mulher da parte dos profissionais da medicina entrevistados. Da mesma forma, existe uma concordância em relação à mulher vítima de violência sexual ter acesso à interrupção legal da gestação. Porém, tais considerações não significam que haja a concordância individual dos profissionais em realizar o procedimento, mesmo trabalhando em um serviço de referência:

“Existem situações em que eu não gostaria de estar na pele daquelas mulheres e ter que decidir se faria ou não um aborto, porque acho que são muito difíceis (...) Então assim, acho que são situações de vida muito complicadas, extremas, que as pessoas não tem o direito de escolha (...)o estupro, você parte do princípio que foi uma gravidez forçada, não desejada e tal, uma violência, e a mulher tem o direito. A mulher que engravida, não é o homem que engravida, então ela tem o direito de ter ou não aquele filho. Agora da mulher, da doença, da mãe que não pode levar adiante. Lógico, entre mãe e filho você sempre vai optar pela mãe! (Entrevista 5).

“Ah, acho que concordo, porque não é uma gravidez desejada, concordo”. (Entrevista 7)

No entanto, o fato de a lei penal permitir o aborto em caso de estupro, não constitui para grande parte dos profissionais um dever legal de realizar o procedimento, e de garantir o direito ao aborto legal para as mulheres, conforme demonstram os relatos a seguir:

“Em caso de estupro, não só eu, mas vou falar só por mim, a gente ainda tem uma certa resistência neste sentido. Por mais que sejam casos comprovadamente de gravidez fruto de estupro tem alguns casos que são duvidosos, mas mesmo sendo uma coisa comprovada a gente ainda tem uma certa recorrência, até por questões religiosas mesmo também, não só, mas também”. (Entrevista 1)

As falas dos profissionais dos serviços evidenciam um paradoxo que se manifesta na necessidade de visibilizar a existência desses serviços e um conseqüente receio de banalização da demanda. Esses argumentos se traduzem na afirmação de alguns profissionais acerca da existência de casos “não confiáveis”. Há uma tensão entre o exercício médico e a veracidade ou autenticidade da demanda. O que pode ser ilustrado na afirmação recorrente de que se o serviço for divulgado “toda mulher vai vir dizendo que foi estuprada”. A desconfiança em relação à

veracidade da declaração da mulher que busca o abortamento é apenas uma das barreiras à atenção e proteção dos direitos previstos em lei.

As Normas Técnicas do Ministério da Saúde afirmam que o serviço de saúde não pode ser confundido com a polícia e justiça, seu objetivo é garantir o exercício do direito à saúde. É neste sentido que é importante avaliar a influência de valores religiosos e outros na prática médica diante dos casos de abortamento e aborto inseguro, inserindo esta problemática no âmbito da qualidade da atenção, dos deveres ético-profissionais e institucionais correlatos, e no âmbito das políticas públicas do setor saúde.

O cenário pesquisado pode revelar a existência, no serviço de referência pesquisado, de uma cultura de tolerância à recusa dos ginecologistas-obstetras em realizar a interrupção legal da gravidez. Pode-se concluir que também indica descumprimento do marco legal vigente, incluindo o disposto nas Normas Técnicas do Ministério da Saúde que regulamentam a assistência à violência sexual e a humanização na atenção ao abortamento, bem como os tratados internacionais de direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário.

A assistência humanizada e o respeito aos direitos humanos na atenção ao abortamento enfrenta obstáculos inscritos em dinâmicas de relações de poder desiguais, perpetradas e reproduzidas por um ideário que reproduz e reforça as diferenças de gênero. Nesse contexto, a atenção ao abortamento, e a implementação dos programas de interrupção legal da gestação para casos de violência sexual, encontram resistências em crenças profundamente arraigadas na prática profissional que reproduzem as desigualdades de gênero.

Na análise das falas dos profissionais entrevistados nota-se a existência de uma tolerância tácita à recusa de prestar assistência, fundamentada na objeção de consciência, gerando dificuldades de acesso aos serviços de interrupção legal da gestação. O fato de haver somente dois profissionais no serviço de referência evidencia a dificuldade do acesso para quem busca o serviço, comprometendo a sua eficiência, a qualidade e a equidade na prestação da assistência.

A partir do marco dos direitos humanos, pode-se concluir que aqueles profissionais de saúde no serviço de referência são funcionários públicos e representam o Estado. Sendo assim, têm o dever de prestar assistência independentemente de seus valores pessoais, em prol do interesse público. Este aspecto inclui o dever do profissional de saúde, que tenha objeção de consciência, de: informar às mulheres sobre o seu direito de interromper a gravidez resultante de estupro; indicar outro profissional que realize o procedimento; além da obrigação legal, em última instância, da instituição de saúde de garantir o acesso para as mulheres vítimas de violência sexual aos serviços de aborto legal. Além disso, a instituição de saúde é responsável por garantir o acesso e atender a demanda existente por serviços de atenção à violência sexual que incluam a interrupção legal da gestação.

A prática da objeção de consciência nos serviços de referência deve ser tolerada somente se houver profissionais em número suficiente para atender satisfatoriamente à demanda por este tipo de atendimento. A objeção de consciência, por outro lado, não se justifica no atendimento imediato à violência sexual, existindo um dever ético-legal de se prestar assistência. A recusa em atender aos casos de interrupção legal não pode ser sistemática e de forma continuada como vem ocorrendo, sob pena de omissão do Estado em garantir os Direitos Humanos das mulheres, jovens e adolescentes em situação de violência sexual. A falta de profissionais que atendam à demanda, por vários anos seguidos, produz impacto negativo para a qualidade, eficiência e equidade no acesso à assistência. O cenário pesquisado revela uma situação de negação de direitos e violência institucional com a possibilidade de acarretar danos irreparáveis para a saúde física e mental das mulheres, jovens e adolescentes que buscam os serviços de referência, que estão sendo impedidas de exercerem um direito previsto em lei.

Diante desse fato, ou seja, da recusa dos profissionais médicos em realizar o abortamento previsto em lei, os serviços de referência buscam estratégias para enfrentar o problema. Geralmente, existem equipes de referência dentro dos serviços, que se formam por profissionais sensibilizados ao tema. São pessoas que já possuem disposição individual em relação aos temas e ao atendimento dos casos de violência sexual, abortamento previsto em lei ou atenção pós-abortamento. Em outra direção, o caso do serviço de Belém (Pará) – iniciado em 1997 - é

exemplar. O serviço está em estágio avançado de implementação, relativamente estruturado e consolidado. Recentemente, a estratégia local foi organizar e realizar concurso público específico para o trabalho no serviço. Constava no edital que a realização do aborto previsto em lei é um dever dos profissionais do serviço de referência, não cabendo, portanto, a alegação posterior de objeção de consciência dos candidatos que fossem efetivados.

Passos Futuros

Tendo em vista as dificuldades em lidar com o tema “aborto” faz-se necessário incrementar um processo de discussão que envolva mitos, crenças, valores e direitos entre os profissionais dos serviços de referência. Espera-se aumentar a sensibilização quanto ao direito ao acesso sem barreiras à interrupção legal da gestação, no sentido da melhoria da qualidade na assistência e proteção dos direitos humanos das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual. A experiência institucional neste campo – esse tipo de oficina já foi aplicada por Ipas em outros países com o objetivo de colaborar com a implementação de leis vigentes relativas ao aborto - mostra que a realização de oficinas²², tendo por base metodologia participativa, é uma estratégia eficiente para a sensibilização dos profissionais da medicina em relação ao tema.

Nesses momentos, os participantes são levados a problematizar suas posições com relação ao aborto e a necessidade de provisão de serviços de atenção ao abortamento de qualidade. As oficinas visam, ainda, expandir o conhecimento, compreensão e habilidade dos participantes de aplicar princípios de direitos humanos e éticos às situações que envolvam o aborto. A existência de certos limites à prática da objeção de consciência é um tema central, pois se constitui em uma barreira significativa para o pleno acesso à atenção de qualidade ao abortamento em suas diferentes modalidades.

Espera-se, desta forma, contribuir para uma reflexão sobre a atenção de qualidade ao abortamento, as implicações éticas e os deveres legais concernentes, visando a maior autonomia das mulheres e adolescentes na tomada de decisão sobre questões de saúde sexual e reprodutiva.

Referências

¹ Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005a.

² Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b.

³ Cedaw Committe, General Recommendation no. 24, 1999, Parágrafos 14 e 31c

⁴ CEDAW COMMITTEE, General Recommendation no. 28 par. 10.

⁵ Gomes, F. L. (org.) Código Penal, Código de Processo Penal, Constituição Federal. São Paulo: Editora dos Tribunais, 2001.

⁶ Relatório Mortalidade e Direitos Humanos, as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável, ADVOCACI, 2005 - 267 a 82.

⁷ Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b: p.15

⁸ Faúndes, A., Barzelatto, J. O Drama do Aborto, em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi, 2004.

⁹ Faúndes, A., Duarte, G.A., Neto, J. A., Sousa, Maria H. The closer you are understand: the reaction of brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. Reproductive Health Matters. Vol 12, no. 24, november 2004 (supplement)

¹⁰ Savulescu, J. Conscientious Objection in medicine, BMJ Volume 332, 4 February 2006; 294-297.

-
- ¹¹ Ethical Guidelines on Conscience Objection, 2005, International Federation of Obstetricians and Gynecologists, *Reproductive Health Matters* 2006: 14 (27): 148-149.
- ¹² Ipas Brasil, Gomes, E. C, Natividade, M. Dossiê Violência Sexual: Ipas Brasil. Ipas Brasil, 2006.
- ¹³ IPAS BRASIL. Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Orgs. Cecília de Mello e Souza e Leila Adesse. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.
- ¹⁴ Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ¹⁵ De Bruyn M., Gasman N., Hessini L. Abortion Law Reform in Latina American and the Caribbean. Ipas, 2005 (not published).
- ¹⁶ Dickens B.M; Cook R.J., The scope and limits of conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 71 (2000) 71-77.
- ¹⁷ Ipas Brasil. Barreto, A, Gomes, E. C. Diagnóstico “Atenção integral a pessoas em situação de violência sexual no Norte do Brasil: articulando a saúde e tecendo a rede”. Ipas Brasil: Rio de Janeiro, 2006b.
- ¹⁸ Brasil, Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005^a: p. 42.
- ¹⁹ Dickens B.M; Cook R.J., The scope and limits of conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 71 (2000) 71-77.
- ²⁰ ALAN GUTTMACHER Institute Sharing responsibilities: Women, society and abortion worldwide. New York and Washington D.C., 1999.
- ²¹ PORTO, Roseli. O aborto em destaque: Representações dos profissionais da saúde sobre o aborto seletivo em um hospital público no sul do Brasil. Comunicação apresentada na 27^a. Reunião Brasileira de Antropologia, Goiânia, 2006.
- ²² IPAS. Values Clarification for Abortion Attitude Transformation, a Toolkit for Facilitators. Ipas, 2006.