



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

[bioetica@portalmedico.org.br](mailto:bioetica@portalmedico.org.br)

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Braga da Rocha, Wesley; Castro da Silva, Anadely; de Lacerda Leite, Solange Maria;  
Cunha, Thiago

Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal

Revista Bioética, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 387-399

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal

Wesley Braga da Rocha<sup>1</sup>, Anadely Castro da Silva<sup>2</sup>, Solange Maria de Lacerda Leite<sup>3</sup>, Thiago Cunha<sup>4</sup>

## Resumo

Este estudo analisou o conhecimento e a percepção dos aspectos éticos envolvidos no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei, por parte de profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Brasília que não lidam diretamente com os serviços de abortamento legal dessa instituição. Utilizou-se método quantitativo, cujos resultados indicaram desconhecimento por parte desses profissionais quanto ao funcionamento e aos procedimentos necessários ao serviço. Observou-se que as questões de cunho ético, moral, cultural e religioso exercem forte influência sobre a percepção do tema pelos profissionais da saúde que lidam indiretamente com ele. O estudo aponta como principal causa desse quadro a falta de divulgação do Programa associada ao estigma e ao preconceito presentes nessa temática, indicando a necessidade de capacitação ética contínua dos profissionais, como forma de qualificar o atendimento às mulheres que recorrem ao serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.

**Palavras-chave:** Aborto. Aborto legal. Violência sexual. Ética profissional. Bioética.

## Resumen

### Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal

El presente estudio analizó el conocimiento y la percepción de los profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil de Brasilia que no lidan directamente con los servicios de aborto legal en relación a los aspectos éticos involucrados en el Programa de Interrupción de la Gestación Prevista en la Ley. Se utilizó una metodología cuali-cuantitativa, cuyos resultados indicaron un desconocimiento por parte de estos profesionales acerca del funcionamiento y de los procedimientos necesarios para el servicio. Se observó también que ciertas cuestiones de cuño ético, moral, cultural y religioso ejercen una fuerte influencia en la percepción del tema por parte de los profesionales de la salud que lidan directamente con el tema. El estudio señala como principal causa de este cuadro la falta de divulgación del Programa asociada al estigma y el prejuicio implicados en la temática, indicando la necesidad permanente de capacitación ética de los profesionales como forma de brindar calidad a la atención de mujeres que utilizan el Servicio de Referencia para la Interrupción del Embarazo en los Casos Previstos en la Ley.

**Palabras-clave:** Aborto. Aborto legal. Violencia sexual. Ética profesional. Bioética.

## Abstract

### The perception of health professionals regarding legal abortion

The present study examined the knowledge and the perception of health professionals of the “Hospital Materno Infantil de Brasília” (Mother and Child Hospital of Brasilia) that do not deal directly with legal abortion services as the ethical aspects involved in the Programa de Interrupção da Gestação Prevista em Lei [Legal pregnancy interruption Program]. The study used a qualitative-quantitative method for which the results showed ignorance about the service and the procedures necessary for the service on the part of these. It was observed that moral, cultural and religious issues exert strong influence on the perception of the theme by health professionals who deal indirectly with the issue. The study points to the lack Program diffusion associated to the stigma and prejudice involved in the theme as the main causes of this situation, indicating the continuing need for ethical training of professionals in order to qualify the care of women who use the Reference Service for Pregnancy Interruption Where Applicable by Law.

**Keywords:** Abortion. Abortion, legal. Sexual violence. Ethics, professional. Bioethics.

Aprovação CEP Fapecs/SES/DF CAEE 34524414.0.0000.5553

1. **Especialista** wesleyrocha83@gmail.com 2. **Especialista** anadelyc@hotmail.com 3. **Especialista** solangelacerdaleite@hotmail.com – Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 4. **Doutor** caixadothiago@gmail.com – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil; Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

## Correspondência

Anadely Castro da Silva – Quadra 31, lote 34, Setor Leste CEP 72460-310. Gama/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

É cediço que o abortamento, grave problema de saúde pública, está presente no cenário brasileiro, e é tema gerador de várias discussões, tanto pela defesa de sua legalização quanto pela manutenção, parcial ou irrestrita, de sua proibição<sup>1</sup>. Em que pese o fato de a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde incluir diversas abordagens sobre o assunto, as influências de questões éticas, morais, socioeconômicas, políticas, culturais e religiosas acabam por trazer dificuldades ao seu enfrentamento. Como tema discutido no campo da chamada “bioética das situações persistentes”<sup>2</sup>, o abortamento proporciona reflexões acerca da autonomia da mulher sobre seu corpo, da visão do profissional de saúde diante de tais decisões, além das implicações ético-políticas para o campo da saúde pública.

Embora a palavra “aborto” seja comumente utilizada para indicar interrupção da gravidez, do ponto de vista técnico, há que diferenciá-la de “abortamento”: enquanto esse é o ato de abortar, aquele é o produto do abortamento. Assim, segundo critério da Organização Mundial da Saúde adotado pelo Brasil<sup>3</sup>, o abortamento caracteriza-se pela interrupção da gravidez até a 22ª semana, desde que o produto da concepção – o próprio aborto – tenha peso inferior a 500 gramas. São variadas as causas que desencadeiam o abortamento “natural”, as quais, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas. No entanto, inúmeras gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, incluindo casos em que a gravidez decorre de violência sexual.

Tal como o abortamento, a violência contra a mulher é problema que integra o rol das situações persistentes da bioética, das quais a agressão sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, visto que atravessou incólume toda a história humana. Por um lado, em sua dimensão pandêmica, atinge indiscriminadamente mulheres, adolescentes e crianças; por outro, sob a forma de violência simbólica e moral, aterroriza, em particular, o imaginário das mulheres, produzindo vulnerabilidades e constante sensação de insegurança<sup>4</sup>. Os resultados dessa violência vêm na forma de impactos à saúde reprodutiva, física e mental das vítimas. Cerca de 30% dessas adolescentes e mulheres desenvolvem doenças sexualmente transmissíveis, e o risco de gravidez indesejada atinge até 5% delas, agravando o quadro já traumático. Tais consequências permitem qualificar a violência sexual como questão de saúde pública e grave violação dos direitos humanos e reprodutivos<sup>5</sup>.

No Brasil, o Código Penal<sup>6</sup> enquadra o estupro como crime contra a liberdade sexual (artigo 213), com a finalidade de proteger a dignidade sexual da vítima. Nos últimos anos, o atendimento às vítimas de violência sexual tem merecido atenção dos setores político, social e judicial. Tais mobilizações resultaram na criação de serviços de assistência a mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, assim como de instrumentos legais, como a recente Lei Maria da Penha<sup>7</sup>, que possibilita o atendimento mais humanizado a essas mulheres.

Na tentativa de garantir os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, definidos em acordos internacionais e firmados na legislação nacional vigente, o Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, editou em 1999 a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”<sup>8</sup>, a fim de assegurar o direito à interrupção da gestação legal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Impende frisar que o escopo dessa norma é cumprir os fins específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus planos de ação.

Essa norma tem sido instrumento imprescindível para que o tema da violência sexual seja definitivamente incorporado ao setor da saúde e para que a sociedade comece a discutir a questão do abortamento de forma mais ampla, uma vez que representa marco fundamental à garantia dos direitos adquiridos pelas mulheres, ao permitir o resgate de sua dignidade em face de uma gravidez decorrente de estupro.

No Brasil, embora o abortamento seja configurado crime, há dois casos previstos pelo próprio Código Penal como exceções não puníveis (art. 128, incisos I e II), quais sejam: 1) quando a gravidez trouxer risco à vida da gestante; 2) quando a gestação resultar de estupro e o aborto for precedido de consentimento da gestante, ou, se incapaz, por seu representante legal<sup>6</sup>. Há, ainda, o caso de feto com diagnóstico de anencefalia, que se tornou não punível por decisão recente do Supremo Tribunal Federal<sup>8</sup>.

Diante desse contexto, foi criado em 1996 o Programa SOS Mulher-Aborto Previsto em Lei, do Hospital Regional da Asa Sul<sup>9,10</sup>, atual Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e considerado referência nacional nesse tipo de atendimento. Em decorrência do preconceito e estigma ainda hoje persistentes quando se alude à palavra “aborto”, a partir de julho de 2013, a denominação inicial do serviço foi alterada para

Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL)<sup>11</sup>.

Até 2012 existiam no Brasil 65 serviços habilitados a atender casos de abortamento previstos em lei, distribuídos em 26 estados<sup>12</sup>. Segundo documento do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, a Portaria MS/GM 1.508/2005 determinou que o boletim de ocorrência (BO) deixasse de ser exigido para o acesso aos serviços oferecidos pelo programa. Um efeito prático desejado por essa norma foi minimizar o constrangimento e a dificuldade que muitas mulheres enfrentavam para realizar o procedimento.

O HMIB também foi o primeiro hospital do Distrito Federal a introduzir o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) – conhecido como Programa Violeta –, que oferece atendimento humanizado a mulheres vítimas de toda forma de violência, seja física, psicológica ou sexual. O programa cumpre a Lei 12.845/2011<sup>13</sup>, que dispõe sobre a assistência obrigatória e integral a pessoas em situação de violência sexual. Essa lei prevê, em seu artigo 1º, que a rede hospitalar do SUS deve atender às vítimas de violência sexual de forma absoluta, emergencial e com equipe multidisciplinar, a fim de controlar e tratar as consequências físicas e psíquicas decorrentes da violência sofrida, abrangendo, entre diversos serviços, a prática de profilaxia da gravidez e, se for o caso, o abortamento, que é realizado após encaminhamento do PIGL. Em que pesem as críticas por parte de certos grupos da sociedade<sup>14</sup> quanto à regulamentação desse ato normativo<sup>15</sup>, o programa representa um avanço do cuidado humanizado e dos direitos das mulheres vítimas de violência sexual.

O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e a percepção dos aspectos éticos envolvidos no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei, por parte de profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil de Brasília que não lidam diretamente com os serviços de abortamento legal dessa instituição. Buscou-se apresentar um olhar de observadores próximos da realidade concreta dos casos de gravidez resultante de estupro, cerne deste estudo.

## Método

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com amostragem probabilística estratificada, envolvendo profissionais de saúde do HMIB. Como critério de inclusão, foram considerados os profissionais pertencentes às ca-

tegorias previstas no art. 7º da Portaria 485/2014 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS<sup>15</sup>. Como critério de exclusão, definiu-se por não incluir nem os profissionais de saúde atuantes no âmbito do PIGL nem aqueles não enquadrados nas categorias previstas pelo art. 7º da portaria ministerial. Para identificar esses profissionais, foi realizado levantamento no setor de recursos humanos do HMIB.

A amostra da pesquisa totalizou 177 profissionais de saúde, entre médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, todos eles atuando no HMIB e sem vínculos diretos com PIGL.

A abordagem dos participantes ocorreu, individualmente, na própria instituição de saúde, durante o horário de trabalho, mantendo-se o cuidado de que nenhum serviço ou atendimento hospitalar fosse interrompido ou postergado. Na oportunidade, foi apresentado aos profissionais o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e, posteriormente, um questionário de autocompletamento contendo perguntas estruturadas em dois blocos. Com o primeiro bloco, pretendeu-se coletar dados, a fim de caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes. O segundo consistiu em perguntas fechadas e de múltipla escolha, que permitiram identificar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde acerca dos aspectos éticos envolvidos nos serviços de referência para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. O tempo de preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos.

Os dados obtidos com as perguntas fechadas do questionário foram tratados estatisticamente, e as opções das respostas abertas, classificadas e analisadas qualitativamente, de acordo com metodologia descrita por A. C. Gil<sup>16</sup>. A análise global dos resultados quantitativos fundamentou-se na abordagem teórica das *situações persistentes em bioética*<sup>2</sup>, enfocando especificamente suas implicações para a saúde pública. A pergunta norteadora para a discussão desse artigo foi: *Você atuaria no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei ou em outro serviço de referência que envolve o abortamento?* A problemática concentrou-se na discussão dos motivos pelos quais os inquiridos não aceitariam participar.

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do DF (CEP/Fepecs) e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB). A pes-

quisa foi desenvolvida entre setembro e novembro de 2014. O instrumento de coleta de dados encontra-se disponível no Anexo deste artigo.

## Resultados e discussão

### Perfil sociodemográfico

Esta pesquisa foi realizada com 177 profissionais de saúde do HMIB: 32 ginecologistas/obstetras (18,1%), 3 clínicos (1,7%), 5 assistentes sociais (2,8%), 9 psicólogos (5,1%), 8 farmacêuticos/bioquímicos (4,5%), 68 enfermeiros (38,4%) e 52 técnicos de enfermagem (29,4%). Dos inquiridos, 115 (65%) informaram que nunca atuaram em serviço de interrupção da gestação em casos previstos em lei; 10 (6%) atuaram anteriormente; 50 (28%) disseram que no momento trabalham no serviço de referência para interrupção da gestação prevista em lei, e 2 deles (1%) preferiram não responder à questão.

Em relação a esses dados, cabe destacar que o PIGL instalado no HMIB conta com uma equipe fixa de 6 profissionais, que foram previamente excluídos da amostra do estudo. A discrepância entre esse critério de exclusão e o alto número de profissionais que disseram atuar no serviço de referência para interrupção da gestação prevista em lei será objeto de análise pormenorizada em tópicos subsequentes.

Quanto ao gênero, verificou-se que 159 participantes pertencem ao sexo feminino (89,8%); 14, ao sexo masculino (7,9%), e 4 deles (2,3%) não quiseram responder à questão. Em relação à idade, 10 tinham entre 18 e 24 anos (5,6%); 69, entre 25 e 35 anos (38,9%); 75, entre 36 e 50 anos (42,4%); 22 contavam 51 anos ou mais (12,5%), e 1 deles não quis responder (0,6%).

No que tange à orientação religiosa, 54,2% disseram-se católicos (96); 27,1%, protestantes/evangélicos (48); 10,2%, espíritas (18); 1,7% declararam-se simultaneamente católicos e espíritas (3); 4,5%, agnósticos/ateus (8), e 2,3%, de outras religiões (4). No que diz respeito ao grau de formação acadêmica, identificou-se que 67 profissionais não possuem pós-graduação *lato* ou *stricto sensu* (37,9%); 96 têm especialização (54,2%); 11 cursaram mestrado (6,2%), e 2 fizeram doutorado (1,1%). Um participante não respondeu à questão (0,6%).

### Conhecimento quanto ao PIGL

A investigação sobre o conhecimento da existência do PIGL na instituição revelou que 85 (48%)

inquiridos informaram conhecer o programa; 43 (24,3%) disseram conhecê-lo parcialmente; 46 (26%) declararam desconhecê-lo, e 3 (1,7%) preferiram não responder à questão. Porém, dos 128 profissionais que afirmaram conhecer total ou parcialmente o programa, apenas 21 (16,5%) disseram ter encaminhado (ou que encaminhariam) ao PIGL a paciente que solicitou (ou solicitasse) informação sobre a disponibilidade de serviços de abortamento na instituição. Embora o questionário aplicado não permita avaliar que esses dados resultam de alguma restrição moral por parte dos profissionais, suas respostas evidenciam claramente um nível maior de desconhecimento do programa do que aquele apresentado na autoavaliação (perfil sociodemográfico).

Tal desconhecimento fica mais explícito quando se considera o resultado discrepante encontrado na caracterização da amostra, na qual 28% dos participantes informaram, de maneira equivocada, que participam atualmente do PIGL, lembrando que os únicos 6 profissionais do HMIB que atuam no programa haviam sido previamente excluídos do estudo. Esses dados corroboram a hipótese de que, mesmo entre aqueles que informaram conhecer o PIGL, parte importante desconhece sua função e especificidades.

Por outro lado, essa discrepância talvez se deva ao fato de que esses profissionais possivelmente se identifiquem como atuantes no programa, já que o HMIB é considerado referência nacional tanto no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual quanto nos procedimentos de abortamento legal. Prova disso é que deparamos com número significativo de profissionais que geralmente chamam o PIGL de Programa Violeta ou, ainda, Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV), integrantes do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (Nepav), da SES/DF<sup>17</sup>, e destinados ao atendimento de usuárias vítimas de violência, as quais posteriormente podem vir a ser encaminhadas ao PIGL. Outra possibilidade relaciona-se ao fato de que alguns profissionais, na atividade cotidiana, participam de rotinas que incluem o atendimento a abortamentos incompletos ou espontâneos.

Convém esclarecer que, segundo informações da SES/DF prestadas à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito do Senado que investigou a situação da violência contra a mulher no Brasil<sup>18</sup>, o fluxo de atendimento em saúde a mulheres e adolescentes em situação de violência no HMIB inicia-se com o acolhimento humanizado, escuta qualificada, anamnese e avaliação de risco; após o que a mulher, adolescente

ou criança é encaminhada aos diversos setores do hospital, entre eles o serviço de interrupção da gravidez em decorrência da violência sexual.

Desse modo, considera-se que o encaminhamento aos programas do hospital, como o Programa Violeta, por exemplo, não desvirtua o PIGL. O que é preciso, de fato, é torná-lo visível no hospital, o que demanda, por parte do gestor público, providências destinadas a sua melhor divulgação em todo o corpo hospitalar.

#### **Atuação no PIGL e justificativas de recusa**

Ao se posicionarem com relação à possibilidade de atuar em um serviço de referência para interrupção da gravidez em casos previstos em lei ou em qualquer outro que envolvesse o abortamento, a maioria – 113 (63,8%) – respondeu que não atuaria, enquanto 60 (33,9%) informaram que atuariam, e 4 (2,3%) preferiram não responder à questão.

À questão sobre se o profissional atuaria ou não em um serviço de referência que envolvesse abortamento, foi acrescentada a pergunta de cunho subjetivo informando ao participante que justificasse seu posicionamento, caso respondesse negativamente ao item anterior. Com essa questão aberta – e norteadora do presente artigo –, pretendeu-se que os participantes lançassem suas opiniões, ainda que elas tenham consistido em fragmentos complexos acerca de sua postura de não atuar no programa da instituição ou em qualquer outro serviço de mesma finalidade, em razão da influência das questões morais, religiosas, éticas, emocionais, culturais que afligem nossa sociedade.

Foi considerável o número de justificativas a esse item. Dada sua diversidade e complexidade, as respostas foram codificadas em palavras-chaves que classificam os motivos da rejeição, aglutinando a subjetividade de cada colaborador: “*Estigma*”, 1 (0,9%); “*Sem opinião formada*”, 3 (2,7%); “*Moralidade*”, 5 (4,4%); “*Inviolabilidade da vida*”, 10 (8,8%); “*Religioso*”, 19 (16,8%); “*Emocional*”, 20 (17,7%); “*Profissional*”, 20 (17,7%); “*Objecção de consciência*”, 22 (19,5%), e 13 (11,5%) não responderam. Em que pese a religião ser fator sobremaneira significativo nas tomadas de decisão das pessoas, por fazer parte de nossa cultura, conforme observam Faúndes e Barzlatto<sup>19</sup>, nessa análise qualitativa o argumento religioso foi encontrado explicitamente em apenas 19 dos 113 profissionais que afirmaram que não atuariam em serviços de interrupção voluntária da gestação. De qualquer modo, conforme será apresentada em tópicos seguintes, o fator religião

(especialmente a orientação protestante/evangélica) é significativo nas correlações com a opinião contrária ao direito de aborto em qualquer caso e favorável a convencer uma mulher grávida por estupro a levar adiante a gestação.

A respeito das justificativas, cabe destacar que um dos participantes sopesou que não atuaria no programa por motivo relacionado à veracidade das informações prestadas pela vítima: “*Porque em alguns casos de violência sexual acredito que algumas pacientes dão informações falsas, portanto não sei se gostaria de participar e de julgar esses casos*”. Esse discurso confirma o peso da desconfiança e da suspeição<sup>20</sup> como marcador da moralidade do profissional diante da mulher que procura atendimento para abortamento nos casos previstos em lei.

Os serviços de referência existentes nos hospitais devem oferecer à mulher grávida pós-estupro todo o aporte para que decida ou não pela interrupção da gravidez. Por meio de entrevistas com a paciente, assistentes sociais, psicólogos e médicos podem aferir a idade gestacional com a data do evento do crime sexual. Por outro lado, a mulher que procura o serviço de referência afiançando ter sofrido violação sexual detém credibilidade; de modo que, ao recebê-la, a equipe deve presumir sua veracidade.

A finalidade da assistência à saúde prestada pelo Estado é afiançar o exercício desse direito à vítima, não sendo da competência do profissional o julgamento prematuro da informação por ela prestada, sob pena de agravar as implicações sofridas em razão do ato criminoso. Em estudo realizado com 82 profissionais de saúde de cinco serviços de referência para aborto legal, sendo um de cada região do país, Diniz e colaboradores<sup>20</sup> verificaram, nas entrevistas, que a palavra da mulher não era suficiente para configurar a veracidade da violência sofrida. Os autores anotam, também, que a maioria dos serviços de abortamento legal estrutura-se de modo a reproduzir a postura de desconfiança dos profissionais de saúde quanto à narrativa da vítima.

A reflexão sobre o discurso transrito a seguir permite vascularizar, também, a disposição do profissional que não cogita a hipótese de ser estigmatizado em seu ambiente de trabalho: “*Gosto de atuar na parte de cesarianas e cirurgias eletivas, e o colega que atua nessa área [no abortamento legal] não é bem visto pelos outros colegas*”. Essa declaração indica que a dimensão negativa do abortamento reproduz uma perspectiva estigmatizante tanto em relação à mulher que o vivencia quanto ao profissional que o executa.

É oportuno mencionar que, segundo afirmam Godoi e Garrafa<sup>21</sup>, o artigo 11 da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH)<sup>22</sup>, atrela o princípio da não discriminação e não estigmatização ao princípio da dignidade da pessoa humana, aos direitos fundamentais e às liberdades individuais, motivo pelo qual ninguém deverá sofrer qualquer constrangimento ou ser diminuído em razão do que quer que faça ou escolha, sob pena de ter retirada sua dignidade. Embora aqui não se esteja a equiparar, ou mesmo comparar, o suposto sofrimento da mulher que aborta e do profissional que o executa, cabe destacar que todos aqueles envolvidos no abortamento, mesmo legal, parecem estar vulneráveis a diferentes processos de estigmatização e discriminação.

De fato, Soares<sup>23</sup> verificou, em seu estudo, que a dificuldade de identificar profissionais de saúde dispostos a atuar em serviços de abortamento legal é um dos principais obstáculos para a instauração desse tipo de assistência na rede hospitalar. Segundo a autora, tais dificuldades devem-se a diversos fatores, entre eles: o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da legislação vigente sobre aborto legal; a forte influência dos valores ético-religiosos sobre esses profissionais, que na maioria das vezes não conseguem desvincular a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; o repúdio de serem tachados de “aborteiros”.

Em reforço, pode-se mencionar a melhoria das políticas públicas destinadas à promoção, no âmbito da rede hospitalar, de discussões sobre o difícil e delicado problema do abortamento. Tais debates poderão favorecer a mudança de atitude por parte do corpo hospitalar, levando-o a desvincular preceitos morais da prática profissional e a reconhecer que os direitos humanos e a dignidade das mulheres devem ser respeitados em qualquer ocasião, de modo que, ao lidar com as situações de mulheres grávidas vítimas de violência sexual, esses profissionais poderão enfrentar menor desconforto e constrangimento em realizar o abortamento.

#### **Capacitação ético-jurídica e conhecimento sobre dispensa de boletim de ocorrência**

O questionário permitiu identificar que 56 profissionais de saúde do HMIB já haviam participado de cursos, palestras ou oficinas em que foram discutidos aspectos éticos ou jurídicos do abortamento. Entre esses colaboradores, averiguou-se, porém, que apenas 5 (8,1%) conheciam a documentação exigida da mulher no atendimento dos serviços de abortamento legal, e que grande parte deles ainda

acreditava ser indispensável a apresentação de BO pela vítima.

É sobremodo importante assinalar que, para realização na rede hospitalar do abortamento em caso de gravidez por violência sexual, não se exige nenhum documento comprobatório do crime, haja vista a inexistência de respaldo legal nesse sentido, vez que a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, editada pelo Ministério da Saúde, eliminou a exigência do BO nesses casos<sup>4</sup>. Cumpre notar, também, que a dispensa do boletim de ocorrência não implica que a vítima não deva ser orientada pelo profissional de saúde a tomar as providências legais cabíveis, a fim de punir seu agressor; mas, caso não o faça, não pode ter seu direito cerceado.

Assim, pode-se vislumbrar que o objetivo dessa norma técnica é a preservação do interesse individual dessas mulheres de não desejar expor seu sofrimento diante das autoridades policiais. Ademais, caso o médico seja induzido a erro pela paciente e efetivar o procedimento do aborto legal, ele estará imune de pena, já que aí se configura a descriminante putativa prevista no artigo 20, § 1º, do Código Penal<sup>6</sup>.

#### **Orientação religiosa e concordância quanto ao direito de interrupção voluntária da gestação**

Verificou-se que 27,1% (48) de todos os inquiridos concordam com o direito de interrupção voluntária da gestação; 37,9% (67) concordam parcialmente; 23,7% (42) discordam; 4,6% (8) discordam parcialmente; 5,6% (10) não têm opinião formada, e 1,1% (2) não responderam se concordam ou discordam desse direito.

No que se refere à correlação entre orientação religiosa e concordância total ou parcial com o direito à interrupção voluntária da gestação, observou-se que 45,8% dos católicos, 41,7% dos protestantes e 38,9% dos espíritas são favoráveis à interrupção apenas nos casos de estupro, risco de vida à gestante e incompatibilidade do feto com a vida. Entre os 25 profissionais que se manifestaram contrários ao direito de aborto em qualquer ocasião, 14 (56%) declararam-se católicos; 10 (40%), protestantes/evangélicos, e 1 (4%), espírita. Esses dados corroboram, mais uma vez, a análise de Soares<sup>23</sup>, que indicou a influência da religiosidade na prática profissional.

Em relação à atitude do profissional de convencer uma mulher grávida pós-estupro a levar

adiante a gestação, 116 (65,5%) disseram não considerar correta tal postura, enquanto 48 (27,1%) afirmaram ser correta, e 13 (7,4%) preferiram não responder à questão.

Entre os 48 profissionais que concordam com essa atitude de convencimento, 24 (50%) declaram-se católicos; 17 (35%), protestantes/evangélicos, e 7 (15%), espíritas. Embora nesse caso o número absoluto de católicos tenha sido maior, o número de profissionais evangélicos/protestantes favorável ao convencimento foi, relativamente, mais expressivo, vez que, do total de 96 católicos, apenas 24 (25%) deles se posicionaram desse modo, ao passo que, entre os 48 evangélicos, 17 (35%) concordaram com essa postura.

#### **Área profissional e conhecimento sobre a objeção de consciência**

O questionário também possibilitou observar a relação entre conhecimento do direito à objeção de consciência e área profissional. Da compilação dos dados, averiguou-se que apenas 4 (2%) participantes revelaram conhecimento sobre o direito à objeção de consciência, ao assinalar simultaneamente as afirmações: “*O direito à objeção de consciência não cabe nos casos de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher*” e “*O direito à objeção de consciência não cabe em situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça*”.

Notou-se que 12 (6,8%) profissionais optaram por responder somente à primeira afirmativa, e 10 (5,6%), apenas à segunda. Percebeu-se, também, que 38 (21,5%) deles assinalaram unicamente a afirmação “*Objeção de consciência é um direito do profissional e pode ser alegado em qualquer ocasião*”, enquanto 59 (33,3%) não souberam informar quando questionados sobre esse direito.

Sabe-se que a objeção de consciência tem previsão em vários atos normativos ou códigos profissionais consubstanciados pela Constituição Federal, com o escopo de resguardar o indivíduo em situações contrárias a seus princípios morais. No entanto, tal direito não é absoluto quando há prejuízo à saúde de outras pessoas. Desse modo, o direito à objeção de consciência encontra limites, não sendo possível aos profissionais invocá-lo nas situações consideradas de urgência, quais sejam: risco de morte da gestante; abortamento juridicamente permitido; ausência de outro(a) profissional que o faça; possibilidade da mulher de sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional, e

complicações decorrentes de abortamento inseguro<sup>4</sup>. Nesse sentido, Diniz destaca:

*Em matéria de políticas públicas de saúde, minha provocação é entender a objeção de consciência como um dispositivo de proteção a sentimentos, podendo ser garantido por medidas administrativas de acomodação interina aos serviços de saúde. Sim, arrisco redescrivê-lo dispositivo da objeção de consciência como um ajuste de proteção, mas não como um direito absoluto quando ameaça necessidades de saúde<sup>24</sup>.*

Os dados revelados em nossa pesquisa também corroboram o estudo de Camargo e colaboradores<sup>25</sup>, no qual se observou que os profissionais de saúde têm pouco conhecimento sobre a utilização da objeção de consciência no contexto do aborto legal no Brasil. Verificou-se, também, que o vínculo entre objeção de consciência e aborto legal é escassamente abordado pelos autores acadêmicos, e que esses, quando o fazem, estabelecem sua conexão apenas com os códigos de ética profissionais, em particular das áreas de enfermagem e medicina. Ademais, os autores do estudo sugerem a inserção do termo “objeção de consciência” como descritor controlado, a fim de ampliar as investigações sobre o tema.

#### **Área profissional e qualificação profissional**

No tocante à averiguação da qualificação específica do profissional que trabalha diretamente no PIGL, 79,1% (140) disseram-se favoráveis à qualificação, 18,1% (32) foram contrários a ela e 2,8% (5) não responderam. Das sugestões apresentadas pelos participantes favoráveis à qualificação, destacaram-se as oficinas de capacitação, treinamento, cursos, formação ou conhecimento em psicologia, ética, bioética, legislação, serviço social, enfermagem, medicina, obstetrícia, direitos humanos, entre outras.

Também é oportuno registrar a opinião de dois dos profissionais, que mencionaram, respectivamente, “*Adequado conhecimento da legislação, treinamento em como atender a essa paciente sem julgamentos ou preconceitos, bem como em apoio psicológico*” e “*Qualificação para atendimento humanizado que leve em consideração o desejo da mulher*”. Cabe ressaltar, nesse sentido, que um dos escopos do Ministério da Saúde é justamente buscar promover a atenção qualificada e humanizada às mulheres em situação de abortamento, e, entre os princípios basilares para a concretização desse

objetivo encontram-se a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, sendo assegurado à vítima o acesso à assistência em saúde<sup>3</sup>. Para o profissional, a atenção humanizada implica uma conduta na qual deve abstrair suas convicções morais, culturais, religiosas, bem como outros aspectos que possam influir no atendimento à paciente; ou seja, sua atitude deve ser norteada, acima de tudo, pela imparcialidade (justiça).

As falas desses participantes coadunam-se com a bioética principalista, segundo a qual é preciso respeitar a autonomia da mulher no que se refere à sua vida e ao seu corpo; almejar seu bem integralmente, maximizando-o e minorando o dano (beneficência), e evitar qualquer prejuízo que lhe cause sofrimento (não maleficência). Para Faúndes e Barzelatto<sup>19</sup>, os princípios da não maleficência e da beneficência implicam vários desencadeamentos, entre os quais o repúdio a qualquer restrição de acesso aos serviços de abortamento e a atos burocráticos que o tornem inacessível à paciente.

### Considerações finais

A análise dos resultados da pesquisa deixou evidente que, apesar de ter-se originado em 1996, o serviço de referência para abortamento em casos previstos em lei do HMIB permanece pouco conhecido e pouco divulgado, tanto entre os usuários da saúde e a população em geral como entre os próprios profissionais de saúde, em consequência da ultrapassada visão acerca do abortamento, que acaba por discriminar e vulnerabilizar as mulheres. Embora neste estudo a crença religiosa dos profissionais tenha sido correlacionada às posturas estigmatizantes em relação ao serviço de abortamento legal, nomeadamente, a tendência de profissionais de orientação cristã afirmarem que não atuariam no PIGL e concor-

darem em convencer uma mulher vítima de estupro a prosseguir com a gestação, contribui negativamente para essa questão o fato de que também os próprios profissionais de saúde envolvidos nesses serviços parecem sofrer as consequências do estigma e do preconceito associados ao aborto.

A esse quadro soma-se o desconhecimento dos demais profissionais de saúde sobre a estrutura e o funcionamento do PIGL no HMIB, observável no fato de que a maioria dos participantes deste estudo confundiu esse serviço com outros oferecidos pelo hospital, notadamente aqueles destinados a atenção à violência, como o Programa Violeta e o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência, os quais se voltam-se a atendimentos em casos de violência e apenas quando necessário encaminham ao PIGL as mulheres grávidas vítimas de estupro. Importa ressaltar que o PIGL não presta assistência apenas a gestantes vítimas de estupro, mas a todos os casos em que o abortamento é permitido por lei, a saber, gestações de alto risco à mulher e casos comprovados de anencefalia fetal.

Diante desse resultado, indicamos não apenas a necessidade de maior divulgação institucional e técnica dos serviços de interrupção de gestação nos casos previstos em lei, mas também a criação e a consolidação de espaços de diálogos e debates que favoreçam à reflexão adequada sobre a moralidade do aborto entre os diversos grupos da sociedade. Embora não tenha sido objetivo deste trabalho propor tais soluções, pode-se sustentar que a bioética se constitui em espaço potencialmente propiciador do diálogo entre gestores, profissionais de saúde, usuários dos hospitais, movimentos sociais, educadores, mídia – enfim, entre todos os diversos grupos que compõem o tecido social e que, dialeticamente, fomentam e são vítimas dos processos de estigmatização, vulneração e reprodução das violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

*Trabalho produzido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética e Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.*

### Referências

1. Santos VC, Anjos KF, Souzas R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2013 [acesso 22 jul 2014];21(3):494-508. Disponível: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/778/933](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/778/933)
2. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5-6):399-416.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 14).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).
5. Drezett J. Violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças [entrevista]. [Internet]. Revista SGOB (Associação de Ginecologia e Obstetrícia do DF). 2014 jan-fev [acesso 6 dez 2014];20(95):10-4. Disponível: <http://www.sgob.org.br/novo/uploads/revista/principal/5a8d4-SGOB-95.pdf>
6. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [Internet]. 1940 [acesso 22 jul 2014]. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)
7. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Internet]. 2006 [acesso 5 dez 2014]. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)
8. Carvalho J, Gonçalves DWPO, Carvalho H. A legalização do aborto em casos de anencefalia no Brasil. [Internet]. RIDB. 2013 [acesso 23 jul 2014];2(4):2791-830. Disponível: [http://www.idb-fdu.com/uploaded/files/2013\\_04\\_02791\\_02830.pdf](http://www.idb-fdu.com/uploaded/files/2013_04_02791_02830.pdf)
9. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 1, de 13 de maio de 1996. Dispõe sobre a criação do Serviço Multiprofissional de Assistência Integral à Mulher, para realização de aborto, nos casos previstos em lei, no Hospital Regional da Asa Sul – HRAS. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, v. 17, nº 140, p. 4, 24 jul. 1996. Parte 3.
10. Sell L. Os significados morais da solidariedade no Programa do Aborto Legal. Saúde em Debate. 2004;28(67):118-29.
11. Vilela, LF, coordenadora. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009.
12. Portal Brasil. SUS vai ampliar até dezembro número hospitais habilitados a fazer abortos legais. [Internet]. 13 abr 2012 [atualizado 28 jul 2014] [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/sus-vai-ampliar-ate-dezembro-numero-hospitais-habilitados-a-fazer-abortos-legais>
13. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. [Internet]. 2013 [acesso 3 dez 2014]. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)
14. Confederação Nacional dos Bispos do Brasil. CNBB divulga nota sobre a sanção da Lei 12.845/2013. [Internet]. 8 ago 2013. [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.cnbb.org.br/imprensa/sala-de-imprensa/notas-e-declaracoes/12541-cnbb-divulga-nota-sobre-a-sancao-da-lei-128452013>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, p. 53, 2 abr. 2014. Seção 1.
16. Gil AC. Metodologia do ensino superior. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
17. Greca, AL. Professora americana visita programa contra a violência do HMIB. Portal da Saúde do DF. Notícias. [Internet]. 15 maio 2013 [acesso 30 nov 2014]. Disponível: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/3063-professora-americana-visita-programa-contra-a-viol%C3%A3ncia-do-hmib.html>
18. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI. Relatório nº 1, de 2013-CN. [Internet]. Brasília; 13 jun 2013 [acesso 3 dez 2014]. Disponível: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=133656&tp=1>
19. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komed; 2004. p. 127.
20. Diniz D, Dias VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2014 [acesso 7 dez 2014]; 22(2):291-8. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
21. Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. Saúde Soc. [Internet]. 2014 [acesso 6 dez 2014]; 23(1):157-66. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100157&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100157&lng=en)
22. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris/Lisboa: Unesco; 2006 [acesso 18 jun 2015]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
23. Soares GB. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad Saúde Pública. 2003 [acesso 7 dez. 2014];19(2):399-406. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800021>

## Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal

24. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 set [acesso 3 dez 2014];29(9). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010913>
25. Camargo MG, Guilhem DB, Lago DMSK, Rodrigues SG. Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE On Line. 2014 [acesso 16 jun 2015];8(6):1774-81. Disponível: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4231/pdf\\_5358](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4231/pdf_5358)

### Participação dos autores

Wesley Braga da Rocha, Anadely Castro da Silva e Solange Maria de Lacerda Leite participaram do delineamento do estudo, aplicação do questionário, análise dos dados e produção do artigo. Thiago Cunha participou de todas as etapas, na qualidade de orientador do trabalho de conclusão de curso.



**Anexo****Questionário semiestruturado****Parte 1. Perfil sociodemográfico**

*Prezado(a) colaborador(a), fique à vontade para não responder a qualquer informação abaixo solicitada. Nenhuma informação que o(a) identifique será divulgada.*

**Área profissional:**

- ( ) Assistente social
- ( ) Clínico
- ( ) Enfermeiro(a)
- ( ) Farmacêutico(a)
- ( ) Ginecologista/obstetra
- ( ) Psicólogo(a)
- ( ) Técnico(a) de enfermagem
- ( ) Outro. Qual: \_\_\_\_\_

**Experiência profissional em serviços de interrupção da gestação prevista em lei:**

- ( ) Nunca atuei em serviço de interrupção de gestação em casos previstos em lei
- ( ) Atuei anteriormente em serviço de referência para interrupção de gestação em casos previstos em lei
- ( ) Atuo no momento em serviço de referência para interrupção de gestação em casos previstos em lei

**Gênero:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Faixa etária:**

- ( ) De 18 a 24 anos ( ) De 36 a 50 anos
- ( ) De 25 a 35 anos ( ) A partir de 51 anos

**Estado civil:** ( ) Não possuo companheiro(a)/cônjuge ( ) Possuo companheiro(a)/cônjuge

**Orientação religiosa:**

- ( ) Católica ( ) Umbanda/candomblé
- ( ) Protestante/evangélica ( ) Agnóstico/ateu
- ( ) Espírita Outra( ): \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação na unidade de saúde:** \_\_\_\_\_

**Local de formação acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Possui pós-graduação?**

- ( ) Não
- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado
- ( ) Doutorado

**Área:** \_\_\_\_\_

**Parte 2. Conhecimento e percepção sobre os serviços de referência do Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei****1) Você concorda ou discorda com o chamado “direito ao aborto”, isto é, com o direito à interrupção voluntária da gestação?**

- ( ) Concordo
- ( ) Concordo parcialmente
- ( ) Discordo
- ( ) Discordo parcialmente
- ( ) Não tenho opinião formada
- ( ) Outro (descrever): \_\_\_\_\_

**2) Assinale abaixo apenas a afirmação que melhor corresponda ao seu posicionamento sobre o direito ao aborto:**

- ( ) Contrário em qualquer caso
- ( ) Favorável apenas no caso de gestação resultante de estupro
- ( ) Favorável apenas no caso de risco de vida à gestante
- ( ) Favorável apenas no caso de incompatibilidade do feto com a vida
- ( ) Favorável nos três casos anteriores (estupro, risco de vida da gestante e incompatibilidade do feto com a vida)
- ( ) Favorável até a 12<sup>a</sup> semana de gestação
- ( ) Favorável até a 22<sup>a</sup> semana de gestação
- ( ) Outro posicionamento (descrever): \_\_\_\_\_

**3) Você conhece o serviço de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei?**

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Parcialmente
- ( ) Outro (descrever): \_\_\_\_\_

**4) Independentemente da resposta à pergunta anterior, assinale aquele(s) serviço(s) que acredita ser realizado(s) no âmbito dos serviços de referência para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei:**

- ( ) Atendimento médico (ginecologista e obstetra)
- ( ) Exames laboratoriais para diagnósticos e ecografia
- ( ) Atendimento psicossocial a todas as pacientes submetidas a abortamento
- ( ) Atendimento psicossocial apenas às mulheres vítimas de violência sexual
- ( ) Profilaxia para DST
- ( ) Anticoncepção de emergência
- ( ) Abortamento em casos de estupro e risco de morte da mulher
- ( ) Abortamento em caso de incompatibilidade do feto com a vida
- ( ) Abortamento apenas em casos de estupro
- ( ) Abortamento para gestantes que não atendam aos critérios previstos por lei, desde que expressem voluntariamente a decisão em termo de consentimento livre e esclarecido
- ( ) Coleta e guarda de material genético de mulher vítima de violência sexual
- ( ) Acompanhamento psicossocial e médico por 15 dias após o aborto
- ( ) Acompanhamento psicossocial por tempo indeterminado
- ( ) Não sei informar

**5) Alguma paciente do HMIB já solicitou informações sobre a disponibilidade de serviços para realização de abortamento na instituição?**

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não recordo

**6) Caso a resposta anterior seja positiva, qual foi sua orientação? Ou, caso esse assunto nunca tenha sido abordado, em uma situação hipotética, qual seria sua orientação?**

- ( ) Encaminhamento ao Programa Violeta
- ( ) Encaminhamento ao Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei
- ( ) Informação à paciente de que o hospital não oferece esse tipo de atendimento
- ( ) Encaminhamento a outro setor/serviço do hospital (informar): \_\_\_\_\_

**7) Você já atendeu alguma mulher grávida pós-estupro?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**8) Caso a resposta anterior seja positiva, sabe informar se a mulher foi encaminhada ao Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei?**

- ( ) Sim
- ( ) Não
- ( ) Não sabe informar

**9) O que deve ser exigido à vítima de violência sexual que solicita a realização do abortamento?**

- ( ) Boletim de ocorrência com registro da violência sexual sofrida
- ( ) Boletim de ocorrência seguido de ordem judicial
- ( ) Apenas o consentimento da mulher ou de seu representante legal
- ( ) Consentimento da mulher ou de seu representante legal, desde que definido o nexo por perícia médica
- ( ) Consentimento da mulher ou de seu representante legal, desde que apresentado laudo psicossocial emitido por equipe de referência
- ( ) Não sei informar

**10) Qual a sua posição diante da realização de abortamentos realizados no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei?**

- ( ) Discordo com os procedimentos que resultem em aborto
- ( ) Concordo com os procedimentos de interrupção da gestação nos casos previstos em lei
- ( ) Não tenho opinião formada sobre o assunto
- ( ) Outro (descrever): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11) Você considera correto convencer uma mulher grávida pós-estupro a levar adiante a gestação?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**12) Você atuaria no Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei ou em outro serviço de referência que envolve o abortamento?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**13) Caso a resposta anterior seja negativa, informe, por favor, o motivo pelo qual você não atuaria no programa:**

---

**14) Em relação à objeção de consciência em serviços de abortamento regulamentados pelo Ministério da Saúde, assinale o(s) item(ns) que considera verdadeiro(s):**

- ( ) O direito à objeção de consciência não cabe nos casos de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher
- ( ) O direito à objeção de consciência não cabe em situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça
- ( ) Objeção de consciência é um direito do profissional de saúde e pode ser alegado em qualquer ocasião

- ( ) O direito à objeção de consciência pode ser alegado por motivação religiosa e/ou de fórum íntimo, desde que devidamente justificada
- ( ) Não sei informar

**15) Você já participou de algum curso, oficina ou palestra em que foram discutidos aspectos éticos ou jurídicos do abortamento?**

- ( ) Não
- ( ) Sim

**Qual? \_\_\_\_\_**

**16) Você considera que o profissional que trabalha diretamente com o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei deva possuir alguma qualificação específica?**

- ( ) Não
- ( ) Sim

**Qual? \_\_\_\_\_**

*Agradecemos sua inestimável contribuição à realização da pesquisa.*