



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



## **Monografia**

# **Aborto e objeção de consciência: aspectos éticos e legais**

**Henrique Pargas Gondim Silva**

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

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

Silva, Henrique Pargas Gondim  
S586 Aborto e objeção de consciência : aspectos éticos e legais / Henrique Pargas  
Gondim Silva. Salvador: HPG, Silva, 2014.

viii; 27 fls.: il

Professora orientadora: Cláudia Bacelar Batista.

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).

1. Aborto legal. 2. Objeção de consciência. 3. Aspectos legais. 4. Ética Médica. I. Batista, Cláudia Bacelar. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 173.4



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



## **Monografia**

# **Aborto e objeção de consciência: aspectos éticos e legais**

**Henrique Pargas Gondim Silva**

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

**Monografia: *Aborto e objeção de consciência: aspectos éticos e legais*, de **Henrique Pargas Gondim Silva**.**

Professor orientador: **Cláudia Bacelar Batista**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Cláudia Bacelar Batista**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social 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.
- **Edson O’Dwyer Júnior**, Professor do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lairton Souza Borja**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana e Experimental (PPgPat-UFBA) da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII 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 \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*“Acreditar na medicina seria a suprema loucura se não acreditar nela não fosse uma maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades” (Marcel Proust)*

Aos meus familiares, em especial meus  
saudosos avós: Pedro, Elza, Maria e Álvaro

## **EQUIPE**

- Henrique Pargas Gondim Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.  
Correio-e: [henpar2@yahoo.com.br](mailto:henpar2@yahoo.com.br).
- Cláudia Batista Bacelar, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

1. Recursos próprios.

**AGRADECIMENTOS**

- À minha orientadora, Professora Cláudia Bacelar Batista, pelo companheirismo, incentivo, prontidão e orientação em relação à produção deste trabalho e à minha vida profissional de futuro médico.
- Aos membros da comissão revisora, pela análise criteriosa, sugestões para versão final deste trabalho.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS</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. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>V. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>12</b>
V.1. A realidade brasileira sobre o aborto	12
V.2. Discussão ético-legal do aborto	17
V.3. Objeção de consciências e suas implicações	21
<b>VI. CONCLUSÕES</b>	<b>23</b>
<b>VII. SUMMARY</b>	<b>24</b>
<b>VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>

## ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

### FIGURAS

Figura 1 - Diagrama Prisma

11

## I. RESUMO

O abortamento inseguro é uma das principais causas de morbimortalidade materna em países onde existem restrições legais ao aborto. Quando realizado de modo inadequado, representa um grave problema de saúde pública. No Brasil, apesar de existirem políticas públicas que garantam o aborto assistido em situações previstas em lei, a falta de conhecimento ético/legal sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde resulta em recusa de atendimento, com repercussões sobre a saúde da mulher, que às vezes acaba precisando recorrer ao aborto inseguro, mesmo quando amparada pelos marcos regulatórios. Embora seja um direito do médico recusar-se a realizar determinadas práticas, a objeção de consciência não pode ser justificada eticamente se for apenas uma forma de omissão diante do problema dessas mulheres. Esse trabalho tem como objetivo realizar uma pesquisa descritiva sobre os limites éticos e legais para alegação objeção de consciência nos casos de aborto legal. Para tanto, foi realizada uma busca sistemática de trabalhos publicados em língua portuguesa, no período entre 2000 a 2014, nas bases de dados Lilacs, Biblioteca Virtual Scielo e Pubmed. Discutir e fornecer subsídios éticos e legais para os profissionais de saúde que lidam diretamente com esta questão pode contribuir para uma prática mais humana e responsável, diante dos casos de aborto legal.

Palavras-chave: 1. Aborto legal; 2. Objeção de consciência; 3. Aspectos legais; 4. Ética Médica.

## II. OBJETIVOS

### **Principal:**

Analisar os limites éticos e legais da alegação de objeção de consciência.

### **Secundários:**

1. Diferenciar o direito à objeção de consciência da manifestação de preconceito e/ou da omissão.
2. Apontar subsídios para a conscientização do aborto legal como direito da mulher e dever ético-legal da profissão.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No tratamento das questões sobre o aborto é importante estabelecer o seu significado e como ele distingue-se do termo abortamento, ainda que possam ser usados como sinônimos. Aborto é o produto final do processo de abortamento. Porém têm sido usados como sinônimos, tanto pela literatura jurídica quanto pelo senso comum. Para a medicina, aborto se refere à interrupção de gravidez entre a 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> semana de gestação e feto com peso menor que 500 gramas. Após esta idade gestacional se fala em antecipação do parto e não mais abortamento, pois a partir de então há viabilidade da manutenção da vida extrauterina (Brasil, 2011). A interrupção da gestação é considerada provocada ou induzida quando ocorre por causa externa e intencional (Souza & Diniz, 2011). Todavia não devemos confundir o conceito médico com o conceito jurídico-penal de aborto. Aqui este procedimento é definido como a conduta de interrupção da gestação que cause morte do feto dolosamente (Brasil, 2011). Além de representar grave problema de saúde pública, o aborto envolve questões éticas, legais, econômicas, sociais e psicológicas (Pereira et al., 2012).

O debate mundial a respeito da legalização do aborto sofreu uma grande diminuição após a legalização desta prática em muitos países desenvolvidos. Esta conquista foi consequência das lutas pela liberdade da mulher, através dos movimentos feministas, principalmente nas décadas de 1970 e 1980 do século passado (Bursztyn et al., 2009). No Brasil não houve a conquista desse direito. Neste período, o país passava por governos ditatoriais e conservadores, perdendo assim o momento histórico propício para avançar na discussão e nas decisões sobre o tema. A prática do aborto ficou restrita às situações específicas previstas em lei. Sendo crime qualquer aborto induzido que não se enquadre na previsão legal. Também ocorreu neste período um aumento das penas para casos de abortamentos fora do permitido legalmente, cujo argumento tem sido a defesa da honra e da família (Rocha, 2006).

Ao envolver questões de natureza ética e moral, as discussões sobre o aborto resultam em polêmicas e posições contraditórias. Para que seja um ato legítimo, o aborto não deve ser uma prática de imposição obrigatória, mas uma decisão autônoma da mulher, baseada em suas razões e seus valores, tal como garantido no Artigo 5º, parágrafo II, da Constituição Federal (Brasil, 1988). E sendo assim, de igual modo o

médico tem o direito à recusa de realizar qualquer ato que contrarie os ditames da sua consciência, tal como disposto no Capítulo II- Direitos dos médicos - do Código de Ética Médica (Brasil, 2009b).

Entende-se por objeção de consciência o direito do médico à recusa ao dever de assistência por razões morais (Diniz, 2013). Do ponto de vista ético e filosófico, há diferentes teses em relação ao direito à objeção de consciência nos casos de aborto legal. A Tese da Incompatibilidade argumenta que na recusa ao atendimento pode haver uma violação da responsabilidade médica fundamental, pois o aborto só pode ser legalmente realizado por esse profissional. Ao deixar de assistir as mulheres em suas necessidades de saúde, o médico coloca essas pacientes em situação de dependência e vulnerabilidade, levando à obstrução da assistência em saúde. Essa tese admite o direito médico de professar suas crenças e até exercer a militância política contra o aborto. Porém, o profissional tem o dever ético e moral de manter-se neutro no momento de atendimento profissional no serviço público de saúde, pois aí estará revestido como representante do Estado laico. Nesse caso, a liberdade e o direito a recusa ficariam subordinados ao dever de assistência (Diniz, 2011).

A Tese da Integridade toma os ditames de consciência como direito individual e absoluto, ou seja, não apenas os médicos, mas qualquer profissional de saúde pode lançar mão da objeção de consciência, sempre que sinta sua integridade moral ameaçada por uma demanda de assistência. Sustenta a sobreposição entre profissional de saúde e agente moral, haja vista antes de ser um profissional a serviço da neutralidade do Estado, o indivíduo é membro de uma comunidade moral que determina a sua consciência, incluindo limites do certo e errado, mesmo durante o exercício legal da profissão. Essa tese dá margem a duas diferentes interpretações. Uma interpretação diz que até o ato de informar a paciente sobre seus direitos e encaminhá-la a outro médico que faça o procedimento pode ferir a consciência. A outra interpretação assume que o médico possui o direito de não fazer um procedimento que seja contra seus princípios, mas tem o dever ético de encaminhar a paciente para quem o faça (Diniz, 2011).

Grande parte da discussão sobre a realização do aborto no Brasil está principalmente vinculada aos valores religiosos sobre o início da vida humana ou em qual momento da fertilização a vida humana passa a ser dotada de consciência, característica própria do ser humano. Apesar de o Estado ser constitucionalmente laico,

o argumento religioso tem impedido a discussão sobre o tema. Por sua vez, a objeção de consciência pode ser utilizada para esconder preconceitos ou receios por desconhecimento da lei, porquanto possui uma menor razão pública, qual seja: de difícil comprovação, visto que se trata de uma decisão de foro íntimo (Diniz & Vélez, 2008).

Estudos brasileiros apontam que uma vez decidido, as mulheres de qualquer classe realizam o aborto independente de sua legalidade. Contudo, a chance de haver complicação pós-aborto é maior em condições de vulnerabilidade socioeconômica, provavelmente em decorrência da realização do procedimento de forma desprotegida, o chamado aborto inseguro (Cecatti et al., 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde, aborto inseguro é um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, sendo realizada por indivíduos sem competência técnica e/ou em ambientes abaixo dos padrões sanitários desejáveis (Bursztyn et al., 2009). Há uma associação direta entre aborto inseguro e taxa de mortalidade materna, sendo a existência de leis restritivas um dos fatores que mais contribui para esta realidade. Em 2009, foi estimada a realização de aproximadamente 19 milhões de abortos inseguros no mundo. Cerca de 97% dos casos foram realizados clandestinamente e em países em desenvolvimento, resultando em 68 mil mortes de mulheres em decorrência do ato. Na América latina e Caribe o aborto inseguro representa uma taxa de óbito materno perto de 12%. Em algumas regiões pode chegar a 30% (Cecatti et al., 2010).

Na América Latina, a taxa de internação em decorrência do aborto inseguro situa-se em torno de 8 para cada 1.000 mulheres. Na cidade do Salvador o aborto inseguro é a principal causa de morte materna (Bursztyn et al., 2009). Em 2005 foram estimados 1.054.243 abortos induzidos no Brasil. Esta situação oferece um risco às mulheres. A exemplo dos Estados Unidos da América, em países onde o aborto é legalizado e um direito da mulher, a taxa de morte por aborto é de uma para cada 100.000 mulheres. Nos países periféricos do capitalismo a taxa de mortalidade é maior, estimada em cerca de cem a mil para cada 100.000 mulheres (Bursztyn et al., 2009). Tal fato revela a necessidade de discussão a respeito do acesso e garantia deste serviço, haja vista ser um problema de saúde pública. É importante ressaltar ainda que existe uma subnotificação nacional referente aos óbitos por aborto, pois muitos são computados pelas complicações decorrentes, tais como septicemia e hemorragias (Cecatti et al., 2010).

Estima-se que entre 20% a 50% das mulheres que realizam aborto inseguro acabam hospitalizadas, em virtude de complicação do procedimento. Além das repercussões sobre a saúde mental, como sensação de culpa e depressão, há também agravos definitivos, tais como a esterilidade e a morte. Em 2005, o gasto do SUS em consequência de internação por aborto inseguro foi de R\$39.531.930,46 (Bursztyn et al., 2009). Por sua vez, a rede pública de saúde encontra-se despreparada para lidar com a situação, desde as instalações físicas e passando pelo acolhimento dos médicos e dos outros profissionais. Tudo isso acaba colocando em risco o bem-estar físico e psicológico destas mulheres, além de onerar ainda mais um sistema de saúde já subfinanciado. Além do mais, grande parte dessas mulheres faz uso de abortivos em casa e só procura ajuda especializada diante das complicações do procedimento inseguro (Brasil, 2009a).

Há no país várias clínicas de práticas clandestinas do aborto. Algumas realizam aborto de forma segura, outras o fazem de forma insegura, pondo em risco a saúde da mulher. Contudo, por ser de alto custo, o acesso ao procedimento de forma mais segura fica restrito às camadas economicamente abonadas da população brasileira. Tal situação gera ainda mais iniquidades entre as mulheres de diferentes classes sociais. Aquelas mulheres que possuem disponibilidade financeira podem ter acesso a um aborto seguro. Por sua vez, às mulheres de baixa renda resta a opção do aborto inseguro, sem o acompanhamento médico e infraestrutura adequada de assistência à saúde (Brasil, 2009a).

Os dados apontam para uma dupla necessidade: uma discussão sobre as previsões legais do aborto no nosso país e a garantia de efetivação do direito ao aborto previsto em lei. A existência de leis muito restritivas e a incapacidade do Estado de garantir para todas as mulheres o direito ao abortamento legal de forma digna e humana geram uma situação crítica sob o ponto de vista da saúde pública e não impede a prática do aborto de forma insegura. A legalização do aborto facilita o acesso aos procedimentos seguros, evitando um risco maior à mulher, sem onerar o sistema público de saúde, em decorrência de complicações de procedimento mal feito. E a despeito da crença comum, estatísticas mostram que a legalização do aborto não estimula um aumento da prática (Bursztyn et al., 2009).



Há na classe médica uma falta do conhecimento ético e jurídico sobre o tema. Uma pesquisa realizada com médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia em serviço de emergência revelou que a maioria acredita na necessidade de boletim de ocorrência e laudo médico pericial para realizar o procedimento de forma legal. A mesma pesquisa mostra que uma parcela destes profissionais pensa haver necessidade de alvará judicial para que o aborto possa ser feito (Almeida et al., 2012). Tal fato revela o pouco domínio sobre o tema. Evidencia-se assim, a necessidade de abordagens e discussões sobre esta questão, grande dilema ético da prática médica e grave problema de saúde pública. É nessa direção que se dirige este trabalho.

#### IV. METODOLOGIA

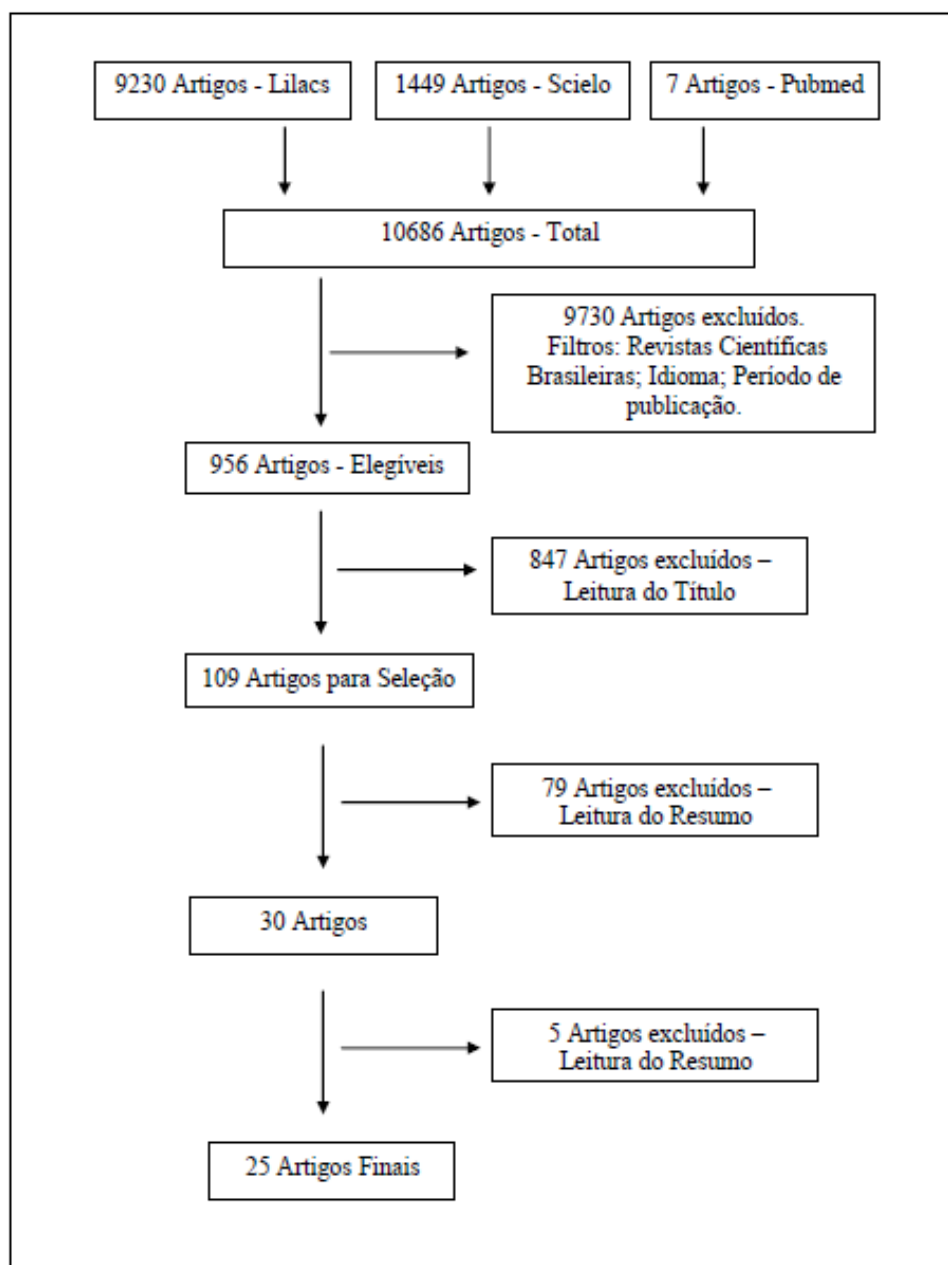
Foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados Lilacs, Biblioteca Virtual Scielo e Pubmed, utilizando os seguintes descritores: “*Aborto*”, “*Objecção de Consciência*”, “*Aborto AND Objecção de Consciência*”, “*Abortamento*”, “*Aborto AND Brasil*”. A busca foi limitada a estudos publicados em revistas científicas nacionais, entre o período de 2000 a 2014, em língua portuguesa. Foram consultados também os sites da Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos; Superior Tribunal Federal; Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina.

Os critérios de elegibilidade dos estudos foram: 1- Publicação em revistas científicas brasileiras; 2- Período predeterminado; 3- Escrito em língua portuguesa e 4- Abordagem da questão do aborto no Brasil levando em consideração os aspectos éticos, legais e epidemiológicos.

Os critérios de exclusão foram: 1- Publicação em revistas científicas estrangeiras; 2- Fora do período determinado; 3- Escrita em outros idiomas e 4- Texto não condizente com a temática sobre a ética, aspectos legais e epidemiológicos do aborto; 5- Trabalhos que não versavam sobre a realidade brasileira.

A busca identificou 10.686 artigos, dos quais foram excluídos 9.730 artigos, após utilização dos filtros de critérios de inclusão: publicação em revistas brasileiras, período predeterminado e escrito em língua portuguesa; restando 956 artigos. A partir daí os artigos foram selecionados de acordo com o título, resumo e leitura completa da publicação. Pelo título foram excluídos 847 artigos que não se relacionavam ao tema, restando 109. Por fim, foram excluídos mais 79 artigos após leitura do resumo, pois não abordavam a temática sobre ética, aspectos legais ou epidemiológicos. Após leitura dos 30 artigos selecionados, foram excluídos mais 5 trabalhos após leitura completa, haja vista não traziam informações novas em relação aos artigos lidos previamente. No total foram selecionados 25 artigos (figura 1).

FIGURA 1 – Diagrama Prisma



## V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### V.1. A REALIDADE BRASILEIRA SOBRE O ABORTO

Estudo realizado em áreas urbanas no Brasil em 2010, a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) mostrou que 20% das mulheres entrevistadas entre 18 e 39 anos realizaram pelo menos um aborto durante sua idade reprodutiva. Do total de mulheres que abortaram, cerca da metade foi internada por complicações decorrentes do procedimento. Mostra então como o impacto do aborto inseguro é alto no Brasil, com graves repercussões sobre a alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Diniz & Medeiros, 2010). Gerenciado pelo Ministério da Saúde, a PNA contém dados de trabalhos divulgados nos últimos 20 anos sobre o aborto no Brasil. Segundo este estudo, as mulheres que abortam possuem o seguinte perfil: estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, mais de 70% possui união estável, de credo católico e possui emprego. Mais da metade têm até oito anos de estudo e 70,8% a 90,5% delas possuem pelo menos um filho e fazem uso de métodos contraceptivos. Entre essas mulheres, 63% a 82% abortam com até 12 semanas de gestação, geralmente com o uso do misoprostol, um medicamento abortivo. O estudo aponta ainda que a cultura de utilizar chás ou ervas para “fazer descer” a menstruação ainda é de uso disseminado e que muitas mulheres não consideram essa prática como abortiva (Brasil, 2009a).

Uma pesquisa realizada em Salvador, BA, obteve resultados semelhantes com o PNA. Em um universo de 19 mulheres, mostrou que 17 delas praticaram o aborto em sua própria residência, usando o medicamento abortivo misoprostol. Porém, acabaram procurando o serviço médico por complicações do procedimento, como dor e sangramento, necessitando de internação para curetagem (Carneiro et al., 2013).

Em relação à religiosidade, a PNA aponta grande limitação, pois poucos são os estudos que abordam a religião das pacientes. Dentre os dados colhidos são apontados que entre 44,9% e 91,6% das mulheres se declararam católicas, de 4,5% a 19,2% se disseram espíritas e cerca de 2,6% a 12,2% são evangélicas (Brasil, 2009a).

Entre as adolescentes a realidade é um pouco diferente. A predominância da prática do aborto situa em uma faixa etária entre 17 e 19 anos, possui relacionamento conjugal e são economicamente dependentes da família ou de seu parceiro. A gravidez não foi planejada e costumam provocar o aborto com o uso do misoprostol. Porém, quando comparadas com o grupo de mulheres mais velhas, as mulheres jovens têm uma menor taxa de abortamento (Brasil, 2009a).

Estudos apontam que até 30% das mulheres que abortam sem assistência médica adequada preenchem os requisitos legais e teriam o direito de fazer interrupção da gravidez, com a devida assistência médica. Mas acabam expostas aos riscos do aborto desassistido (Faúndes, 2004). É o caso, por exemplo, das mulheres vítimas de violência sexual. Muitas delas deixam de realizá-lo porque não encontra nos hospitais públicos o acolhimento necessário para fazer a interrupção legal da gravidez. Desse modo, ou levam adiante uma gestação indesejada ou recorrem às práticas inseguras, engrossando a lista de mortes maternas no nosso país. Estima-se que menos de 20% desses crimes chegam ao conhecimento das autoridades. Esse tipo de violência traz consequências graves para a mulher que ao pedir ajuda no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes são vítimas do preconceito e do julgamento moral (Bedone & Faúndes, 2007).

Muitas mulheres que fazem aborto inseguro e procuram ajuda médica por causa das complicações, alegam sofrer violência doméstica. Considera-se violência doméstica qualquer ato cruel praticado por pessoas que dividem o mesmo espaço doméstico, mesmo que de convivência esporádica, com laços consanguíneos ou não. Um estudo revelou que 88% das mulheres que foram internadas por abortamento afirmaram ter sofrido violência doméstica em algum momento da vida. Dessas, quase 30% associaram a decisão de abortar devido à violência doméstica sofrida e a falta de apoio familiar para levar a gravidez à diante (Souza & Diniz, 2011).

Ainda que existam unidades de referência para a realização do aborto previsto em lei, essas são em número reduzido. Por exemplo, no Estado da Bahia há apenas duas unidades - O Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), na Cidade do Salvador e o Hospital Municipal Esaú Matos, na cidade de Vitória da Conquista. Os serviços geralmente estão localizados nos grandes centros urbanos, o que dificulta o acesso para muitas mulheres, dada a distância das suas cidades (Rocha & Uchoa, 2013). É importante observar que a maior parte dessas unidades de saúde não está preparada para

lidar com esta questão, principalmente quando se trata de mulheres vítimas de estupro. Na maioria das vezes, parte dos profissionais que aí trabalha desconhece a legislação, sendo prática comum a exigência desnecessária de boletim de ocorrência ou laudo de perícia técnica como comprovação do estupro (Loureiro & Vieira, 2004).

Um estudo com mais de 4.200 obstetras e ginecologistas filiados à Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) mostrou que dois terços dos médicos acreditavam ser necessário o alvará judicial para realizar o aborto previsto em lei (Faúndes, 2004). Este é um fato relevante, pois pode significar que muitos profissionais não cumprem o direito das mulheres de realizarem um aborto seguro. Exigir boletim de ocorrência policial, laudo médico e/ou alvará judicial demonstra a insegurança quanto aos aspectos éticos e legais e pode dificultar ou impedir a realização do procedimento. Tal comportamento pode ser usado como forma de proteção diante do medo de estar cometendo um crime ou por receio da paciente não estar falando a verdade ao dizer que foi violentada sexualmente. Negar atendimento a uma mulher que tem direito ao procedimento pode ser considerada omissão de socorro. Crime previsto no Artigo 135 do Código Penal, a omissão de socorro consistente em deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal (Brasil, 1940).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde publicou dois documentos relacionados ao tema aborto: a Resolução 1.508/2005 e a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. A Resolução dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Mas pode ser realizado na assistência privada. Este documento traz o modelo do Termo de Relato Circunstanciado a ser preenchido pela vítima do estupro, assinado por ela, uma testemunha e dois profissionais da saúde; o modelo do parecer técnico a ser assinado pelo médico assistente; o modelo do Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro a ser assinado pela equipe multiprofissional responsável pela aprovação. Por sua vez, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento discorre sobre aspectos ético e jurídico, acolhimento, atenção clínica e planejamento reprodutivo pós-abortamento. Contudo, tais documentos permanecem quase desconhecidos entre os profissionais que prestam esse tipo de atendimento (Diniz, 2011).

Há de fato uma falta de preocupação quanto ao atendimento humanizado no abortamento, principalmente com as pacientes do Sistema Único de Saúde. Realizado no ano de 2010 em três capitais de estados do nordeste brasileiro, a saber: Salvador, Recife e São Luís, um estudo com 2.804 mulheres que haviam abortado demonstrou algumas características negativas em comum nos diversos serviços, ainda que não houvesse uma padronização da assistência. Em todas as cidades havia apenas a preocupação em realizar procedimentos de acordo com a norma, negligenciando-se o acolhimento e a orientação adequados à situação. Essas mulheres não foram sequer informadas sobre como se dá o procedimento da curetagem e tão pouco orientadas na alta médica sobre métodos anticonceptivos (Aquino et al., 2012). Situação semelhante foi encontrada em pesquisa sobre a impressão das mulheres acerca do serviço prestado pelos médicos, após estes saberem que o aborto foi provocado. As mulheres que se sentiram bem atendidas, ainda assim diziam que o médico apenas aconselhou buscar o planejamento familiar, sem oferecer no momento da alta qualquer alternativa contraceptiva. Aquelas que se diziam mal tratadas sofreram desde uma repreensão leve até a desconsideração e desrespeito. Houve paciente que revelou ter sido deixada de propósito por horas esperando o procedimento de finalização do aborto, após revelar a sua natureza. Ficou evidente que a maioria delas permanecia silenciosa com os maus tratos por medo de perder a assistência médica necessária (Carneiro et al., 2013).

Em estudo qualitativo e exploratório sobre Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Paraíba e no Distrito Federal constatou-se como uma das dificuldades na implantação do programa, a identificação de profissionais com disponibilidade para atuar nesses serviços de referência no atendimento do aborto legal, ou seja, profissionais sem questões morais/religiosas que possam influenciar na compreensão e na garantia da prática do aborto. Houve grandes variações nas opiniões sobre a interrupção da gravidez. Oscilou entre o reconhecimento do ato como um direito legal da mulher até opiniões baseadas em valores religiosos que consideram o aborto como pecado, associado ao temor de julgamento pela sociedade e pelos colegas de profissão ou medo de ser incriminado legalmente pela interrupção da gestação. Os relatos do estudo demonstram que quanto maior o conhecimento sobre a legislação e os preceitos da ética maior é a contribuição para uma assistência humanizada às mulheres, pois o sentimento geral do profissional é de confiança e de segurança por atuar amparado na lei e na ética médica (Soares, 2003). Quando bem preparados eticamente e com conhecimentos sobre a legislação, os profissionais tendem

a realizar o abortamento legal, sem lançar mão de uso injustificado da objeção de consciência.

A distância entre o discurso e a prática profissional está presente em alguns médicos que lidam diretamente com a questão do aborto nos serviços de emergências. Um trabalho mostra que apesar da maioria dos médicos se colocarem contra a descriminalização do aborto, muitas médicas e esposas de médicos haviam praticado o abortamento. O chamado “discurso de conveniência” revela por parte dos profissionais o medo do julgamento (Sandi, 2010). Nesses casos, alegar objeção de consciência trata-se de omissão sobre a situação da mulher, desrespeitando-a como ser humano com direito à autodeterminação.

Desse modo, a formação ética e técnica do profissional devem ser consideradas desde a graduação. Estudos mostraram que quando o médico se depara com a situação sem o domínio ético e jurídico adequado, aumenta a dificuldade do profissional no lidar com o problema e o deixa ainda mais fragilizado (Farias & Cavalcanti, 2012). Até alguns anos atrás a formação médica para a questão do aborto estava voltada quase exclusivamente para a parte técnica. Mas diante da necessidade de uma formação mais generalista e humanista, houve mudanças na grade curricular de muitas escolas médicas e esse assunto passou a ser abordado levando em conta os aspectos legais e ético-humanístico (Rocha & Uchoa, 2013). O ensino de temas polêmicos como aborto requer outras competências, além da habilidade técnica. Requer competências éticas e conhecimento das leis (Almeida et al., 2012).

Apesar da mudança curricular, não se pode afirmar que houve mudança de comportamento dos médicos frente a esta questão. Reforça-se assim a necessidade de maior abordagem do tema em todas as escolas médicas. Em pesquisa realizada com aplicação de questionário entre os estudantes do 1º e 6º ano do curso médico de uma Universidade pública do Estado de São Paulo, buscou-se identificar e comparar o conhecimento da legislação brasileira relativa ao aborto. Não foram constatadas diferenças significativas entre o 1º e 6º ano quanto à distribuição do total de acertos nas perguntas, concluindo-se que o conhecimento dos estudantes a respeito do tema pouco muda ao longo do curso. Nessa pesquisa, apesar da grande maioria dos alunos (87%) ter respondido positivamente quando questionados se o tema aborto foi abordado na faculdade, 72,7% dos alunos afirmaram não considerar satisfatório o conteúdo



ministrado pela faculdade (Almeida et al., 2012). Outros estudos também indicam que a formação profissional baseada no modelo quase que exclusivamente biomédico não prepara os profissionais de saúde para lidar com questões da esfera social, da subjetividade humana. Por conseguinte, saem das escolas médicas sem as habilidades necessárias para tratar com aspectos emocionais, sociais e culturais dos pacientes (Soares, 2003). Tudo aquilo que é importante para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente.

## **V.2. DISCUSSÃO ÉTICO-LEGAL DO ABORTO**

Entende-se por ética a parte da filosofia que estuda os fundamentos da moral, traduzidos no conjunto de regras de conduta individual (Ferreira, 2009). Trata-se de um fenômeno social e seu debate exige uma atitude pluralista, procurando unir os indivíduos em torno de um “projeto” comum, compartilhando de pressuposições e valores, mas mantendo o respeito à individualidade (Dallari, 2009). Por sua vez, moral é o conjunto dos princípios e valores de conduta que regem determinado grupo ou sociedade (Ferreira, 2009). A principal diferença entre moral e ética é que a primeira está relacionada às regras que cada sociedade convencionou para si; a ética é a reflexão sobre os costumes, a busca pelos fundamentos do juízo de valor. O ordenamento jurídico de um país reflete os valores morais de uma sociedade (Dallari, 2009). A ética da saúde envolve a vida como bem inalienável; o respeito às determinações individuais; a procura pelo bem estar do paciente; a minimização dos riscos inerentes à prática médica; a defesa do acesso equitativo, universal e integral à saúde; o uso racional dos recursos disponíveis; proteção das gerações futuras, entre outros. A questão do aborto envolve um conflito entre direitos e deveres. Para alguns se trata do direito à vida, para outros diz respeito ao direito da mulher sobre seu próprio corpo (Dallari, 2009).

Um dos maiores determinantes morais numa sociedade, o argumento religioso exerce grande influência na nossa sociedade nas decisões sobre o aborto, com repercussão no caráter punitivo de uma legislação pouco flexível (Rocha & Uchoa, 2013). A religião pertence à ética da vida privada e não deve ser utilizada como argumento nas questões ligadas às políticas públicas de saúde. Em um Estado laico, o médico que declara objeção de consciência por um dogma religioso deve ser respeitado

em seu sofrimento moral, porém esse respeito não significa a garantia da omissão de seus deveres profissionais em qualquer caso ou quando diante de um risco iminente de morte. Há de se levar em conta outros fatores, tais como local de atendimento, se público ou privado, probabilidade de acesso a outro serviço, a distância entre a residência da mulher e o outro serviço, etc. (Diniz, 2013).

Um ponto delicado diz respeito ao feto, no tocante ao direito à vida e se de fato trata-se de um ser regido pelo ordenamento jurídico. Não há consenso se o feto pode ser ou não considerado uma pessoa. E mais, caso o seja, não há como determinar o exato momento em que ganhou este status. Para alguns, o direito constitucional à vida não é sequer absoluto, uma vez que o ordenamento jurídico prevê situações que se pode se tirar a vida de uma pessoa por legítima defesa ou defesa da propriedade. Porém, para os religiosos, a Constituição Federal garante o direito à vida desde a sua concepção, tornando o debate difícil de ser travado, quase sem espaço para argumentos contrários (Lorea, 2006). Segundo a constituição federal de 1988 em seu capítulo I, art. 5º “*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...*” (Brasil, 1988). Essa garantia constitucional é suficiente para estabelecer a obrigatoriedade do tratamento igualitário por parte do Estado, inclusive em relação ao credo religioso. Sendo assim, as políticas públicas devem contemplar todas as diversidades de pensamento, mesmo quando há uma religião predominante (Lorea, 2006).

Os questionamentos éticos e legais sobre o aborto no Brasil envolvem uma ampla teia argumentativa, com posições pró e contra o aborto. Por exemplo, nos casos de aborto por má formação fetal e incompatível com a vida fora do útero diz-se ser uma eugenia, “doutrina de pretensões científicas que propugnava a melhoria da espécie humana através da seleção artificial de indivíduos considerados mais adequados” (Barros, 2003). Para a posição favorável, este argumento não leva em conta os transtornos para os pais e para o recém-nascido. Porque a sobrevivência é de algumas horas, haveria um custo maior de sofrimento para tão pouca vida.

A reflexão dos dilemas éticos e jurídicos a respeito do aborto ajuda, portanto, na reorientação dos profissionais de saúde quanto à conduta nesta hora. Fornece subsídios para a prestação adequada às mulheres que necessitam deste tipo de atendimento e na medida do possível longe de julgamentos pessoais, sem lançar mão da alegação de

objeção de consciência como forma de omissão ou encobrir preconceitos, receios e medos por desconhecimento dos preceitos ético e legal.

No Brasil, há três situações que permitem o aborto legal: 1 – gravidez resultante de estupro; 2 - risco de morte materna decorrente da gestação; 3- casos de anencefalia, má formação fetal do sistema nervoso e incompatível com a vida extrauterina (Brasil, 2012). Desde 1940 há a previsão legal para os casos de estupro e risco de morte para a mãe (Brasil, 1940). Por sua vez, a descriminalização do aborto por anencefalia fetal só ocorreu no ano de 2010, por ação do Supremo Tribunal Federal (STF). No que diz respeito ao aborto em casos de anencefalia, chama a atenção o fato de ter sido o STF o órgão decidir sobre a questão, quando deveria ter sido uma ação do poder legislativo, qual seja: o Congresso Nacional.

É importante salientar o fato de as mulheres consideradas como vulneráveis terem direito legal ao aborto. Está garantido no Código Penal para: 1 – menor de 14 anos de idade induzida a satisfazer a lascívia de outrem (Artigo 218); 2 – menor de 14 anos com quem se pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso (Artigo 217-A); 3 - menor de 14 anos quando alguém pratica na sua presença, ou induzir a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem (Artigo 218-A); 4 – menor de 18 anos de idade ou que por enfermidade ou deficiência mental não tem discernimento para a prática do ato, submetida, induzida ou atraída à prostituição ou a qualquer forma de exploração sexual (Artigo 218-B); 6 - a pessoa que na situação anterior de prostituição ou exploração sexual pratica qualquer ato libidinoso (Artigo 218-B, § 2º, I); 6 - a pessoa que pratica conjunção carnal ou qualquer ato libidinoso e por enfermidade ou doença mental não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (Artigo 217-A, § 1º) (Brasil, 1940).

Para que a mulher vítima do estupro tenha o direito ao aborto legal não necessita de decisão judicial, perícia médica ou mesmo um boletim de ocorrência. Caso a apresentação destas comprovações formais para o direito ao aborto fosse necessária, o direito não seria universal. A demora de decisões judiciais limitaria o acesso ao procedimento em tempo hábil, expõe a vítima ao constrangimento moral, provocando mais sofrimento físico e psicológico. Há a presunção de veracidade da palavra da mulher de que o estupro ocorreu, uma vez que não cabe ao médico ou o estabelecimento

de saúde investigar ou questionar tal afirmação, mas sim oferecer os serviços a que a população tem direito. Caso a afirmação de estupro se mostre falsa, a investigação é de competência das autoridades policiais e jurídicas (Brasil, 2011).

Existem estudos que mostram haver a quebra de sigilo profissional em situações que a mulher faz o aborto ilegal e diante de complicação procura a assistência médica. Algumas mulheres chegam a ser denunciadas à polícia pelos médicos assistentes (Brasil, 2009a). Tal fato constitui um ilícito grave porque contraria os princípios éticos e legais do exercício da medicina. Pois a paciente encontra-se em situação de vulnerabilidade, consistindo em um caso de urgência médica, prevista pelo Código de Ética Médica (Galli et al.,2012). Segundo o Código, em seu Art. 73 é vedado ao médico: *“Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”* (Brasil, 2009b). A situação específica de abortamento ilegal não se encaixa em nenhuma dessas situações de exceção. Apenas provoca nas mulheres um temor em procurar o serviço de saúde o mais cedo possível, para terminar o abortamento já iniciado. Fruto do medo, essa atitude pode agravar o quadro da paciente por quanto a procura do serviço ocorre apenas diante das complicações, aumentando o risco de morbimortalidade. Baseando-se nos preceitos éticos e jurídicos previstos no Código de Ética Médica, na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e na legislação vigente, não há motivos para os profissionais de saúde temer consequências penais, uma vez que a situação está prevista no artigo 20, § 1º do Código Penal, *“é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”*. (Brasil, 1940).

Assim, a falta de conhecimento dos marcos regulatórios e a ausência de uma educação ética e humanista podem levar a uma conduta inadequada, principalmente em se tratando de aborto, que tem prazo para a sua realização em função do risco para a gestante e da possibilidade de perda do direito. Um conhecimento correto das leis e as habilidades ético-humanistas podem influenciar positivamente nas atitudes para a assistência ao aborto, de modo a conscientizar os futuros médicos para um atendimento humanizado, baseado no acolhimento, na atenção clínica e na oferta de planejamento reprodutivo pós-abortamento. E sendo assim, é uma necessidade que não pode ser ignorada e deve ser enfrentada como um problema de saúde pública.

### V.3. OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES

O médico tem direito de recusa a realizar o aborto alegando objeção de consciência. De acordo com o Código de Ética Médica, Capítulo II - Direitos dos Médicos- o item IX garante: “*Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência*”. Mas observa-se que esse mesmo Código de Ética prevê em seu Capítulo I – Princípios Fundamentais - que a objeção de consciência não pode ser invocada em casos de urgência ou emergência, diante da ausência de outro médico, ou “*quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente*” (Princípio VII). Adiciona ainda em seu Capítulo III – Responsabilidade Profissional – o artigo 15 que diz ser vedado ao médico “*descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética*”. (Brasil, 2009b).

Desse modo, a objeção de consciência apenas pode ser aventada quando houver outro médico preparado, capacitado e disponível para o procedimento. Devendo ainda ressaltar que deve ser realizada a análise se a recusa pode trazer algum tipo de dano psicológico para a gestante. Fica o médico impedido de lançar mão da objeção de consciência se a gestante estiver em situação de risco iminente de morte e precisando realizar o procedimento de forma terapêutica. (Brasil, 2009b).

Em caso de lançar mão da objeção de consciência, é dever do médico dar as orientações relativas ao procedimento do aborto legal, assim como esclarecer o direito da mulher e o dever do Estado de garantir que este ocorra de forma segura, prestar esclarecimentos necessários, tirar as dúvidas existentes, assim como realizar todos os procedimentos de emergência, quando necessários. Independente de suas crenças ou valores morais, o médico não pode realizar procedimentos que dificultem ou impeçam o abortamento e tem a obrigação de encaminhar a paciente para um serviço habilitado e capacitado para realizar o aborto legal (Brasil, 2011).

Como já discutido, a pressão social e moral contra a interrupção da gravidez geralmente possui influência religiosa. A doutrina da sacralidade da vida é tomada como valor absoluto quando comparada à doutrina da qualidade de vida, determinando que o Estado laico seja influenciado por dogmas religiosos. Diante desta situação há

uma preocupação quanto ao mau uso do direito médico de objeção de consciência, como forma de camuflar inseguranças quanto à legalidade do ato e temor de sanções judiciais, sociais ou religiosas (Diniz, 2013). Desta forma, o Estado deixa de legislar para todos e de garantir a saúde como direito universal, principalmente para as mulheres em situação de risco socioeconômico. Por isso, existem opiniões contrárias ao direito de objeção de consciência no serviço público, uma vez que essa prática poderia levar à sobreposição dos preceitos religiosos sobre o direito equânime à saúde. E assim, se por um lado os médicos estariam protegidos pelo princípio constitucional da liberdade de consciência, por outro lado abdicariam de seus deveres profissionais, prejudicando a saúde dessas mulheres (Diniz, 2013).

Parte da dificuldade ao acesso ao aborto seguro se encontra no mau uso da objeção de consciência. O pouco debate a esse respeito deixa de lado uma análise global da assistência da mulher, que envolve desde a questão dos direitos humanos até o dever ético-profissional de indicar outro médico que possa fazer o procedimento. Como objeção é um direito relacionado à consciência de cada indivíduo, uma instituição não poderá invocá-la. Sendo assim, os hospitais devem garantir o direito ao aborto às mulheres, nos casos previstos em lei (Galli et al.,2012).

Não se pode retirar do médico, porém, o direito legítimo da recusa de participar de algo que possa destruí-lo como sujeito. Realizar um abortamento em uma paciente que procura ajuda em serviço de referência é dever ético e legal. Mas retirar do médico a escolha de não o fazer diante de uma real objeção de consciência não seria propriamente justo, quer do ponto de vista ético quer do ponto de vista da liberdade como direito constitucional. O que se precisa enfrentar é a seguinte questão: quais os limites éticos e legais de prestar concurso público para unidades de referência em abortamento, sendo o indivíduo contrário ao aborto, por quaisquer reais motivos? Os médicos devem ser estimulados a refletir sobre a questão desde a graduação, a fim de quando confrontados na prática diária, procurar a melhor conduta de acordo com os ditames da sua consciência, tendo em vista o cuidado e o zelo para com a paciente e o respeito aos preceitos éticos e legais do exercício da medicina. Quando invocada de forma correta e legítima, a objeção garante a proteção da consciência do profissional, sem prejudicar a assistência e a garantia do direito legítimo da mulher.

## VI. CONCLUSÕES

1. A insegurança dos profissionais de saúde quanto ao entendimento jurídico da previsão legal contribui para a perpetuação da ineficácia do acesso ao aborto assistido e seguro, contribuindo para que as mulheres recorram ao aborto ilegal.

2. A falta de conhecimento dos marcos regulatório pode levar a uma conduta inadequada na assistência ao aborto legal, principalmente quando fruto de estupro.

3. As habilidades ético-humanistas podem influenciar positivamente a atitude do médico, a fim de garantir o direito da mulher ao aborto seguro nos casos previstos em lei.

4. O mau uso e abuso da objeção de consciência é fruto do desconhecimento dos marcos regulatórios e da carência de habilidades éticas e humanísticas. Quando confrontados nas situações de aborto legal ou já em andamento, os médicos tendem a agir de modo preconceituoso ou com um atendimento apenas técnico, de maneira fria e distante.

5. Tratar o ser humano de forma digna é condição inerente ao atendimento médico, uma formação humanística com reflexões sobre a questão do aborto, pode fazer com que o médico compreenda que além do agravo a ser tratado, há diante dele uma mulher com dúvidas, angústias e medos.

6. Como a objeção de consciência depende da vontade ética de cada sujeito, o currículo das escolas médicas deve abarcar conteúdos da ética filosófica, da ética médica e da ética aplicada à saúde, a bioética.

7. Os médicos que têm uma postura crítica e reflexiva da sua prática tendem a respeitar mais os preceitos da profissão, isto é, exercer a medicina sem discriminação, observando os limites para a alegação de objeção de consciência.

## VII. SUMMARY

The unsafe abortion is one of the main causes of maternal mortality in countries where there are legal restrictions to abort. When done improperly, it represents a serious public health problem. In Brazil, although there are public politics that guarantee assisted abortion in situations provided by law, the lack of ethical / legal knowledge on the subject by some health professionals results in denial of service, with impacts on the health of the woman, who sometimes needs to do unsafe abortion, even when supported by regulatory marks. Although it's one of the doctor's right the refuse to perform certain practices, conscientious objection can not be ethically justified if it is just a form of omission to the problem of these women. This work aims to conduct a descriptive research about the ethical and legal limits to claim conscientious objection in cases of legal abortion. In order to do so, we use references available in the national literature. For both, it was realized a sistematic search of published papers in portuguese language: during the period between 2000 and 2014, in the LILACS, Biblioteca Virtual, Scielo and Pubmed data bases. Discuss and provide ethical and legal subsidies for health professionals who deal directly with this fact can help to a better humane and responsible practice in cases of legal abortion.

Key words: 1. Legal Abortion; 2. Conscientious objection; 3. Legal Aspects; 4. Medical Ethics.



## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MAS, Amorim FHR, Barbosa IAF, Dias A, Morita I. Legislação Brasileira Relativa ao Aborto: o Conhecimento na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36 (2):243-248.
2. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, Schiavo E, Lima LP, Menezes CAS, Marinho LFB, Coimbra LC, Campbell O. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(7):1765-1776.
3. Barros A. Limites à condenação do aborto seletivo: a deficiência em contextos de países periféricos. *Physi*. 2003; 13(2):273-286.
4. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saude Publica*. 2007 Fev; 23(2):465-469.
5. Brasil. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, Brasília, 2011. 48 p.
6. Brasil. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Departamento de Ciência e Tecnologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico - Ministério da Saúde, Brasília, 2009a. 427 p.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. Diário oficial da União. 2009b set. 24; Seção 1. p. 90.
8. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988. Diário Oficial da União. 1988 out 5; Seção 1. p. 1.
9. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto de Lei Nº 2848, de 07 de Dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 1940 dez 7; Seção 1. p. 3-26.
10. Brasil. Supremo Tribunal Federal: Arguição de descumprimento de preceito fundamental (Med. Liminar) - 54 [homepage on the internet]. 2012 abr 12; Brasília: Supremo Tribunal Federal; [acesso em 2014 jun. 17]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&sl=54&processo=54>.
11. Bursztyl I, Tura LFR, Correa JS. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. *Physis*. 2009; 19(2):475-487.

12. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2013 Jun 14; 17(45):405-418
13. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010; 32(3):105-111.
14. Dallari SG. Aborto – Um problema Ético da Saúde Pública. *Revista Bioética*. 2009; 2(1): 1-4.
15. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15 Suppl 1:959-966.
16. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(5): 981-985.
17. Diniz D, Vélez ACG. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. *Rev. Estud. Fem.* 2008 Aug; 16(2):647-652.
18. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013, 29(9): 1704-1706.
19. Farias RS, Cavalcanti LF. 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.
20. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2004 Mar; 26(2):89-96.
21. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4.ed. Curitiba: Positivo; 2009.
22. Galli B, Drezett J, Cavagna Neto M. Aborto e objeção de consciência. *Cienc. Cult.* 2012; 64(2): 32-35.
23. Lorea RA. Acesso ao aborto e liberdades laicas. *Horiz. antropol.* 2006; 12(26): 185-201.
24. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais.. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(3): 679-688.
25. Pereira VN Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GPN. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saude soc.* 2012; 21(4):1056-1062.
26. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis*. 2013; 23(1): 109-127.
27. Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Rev. bras. estud. Popul.* 2006, 23(2): 369-374.

28. Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Rev. Bioét.* 2010, 18(1).
29. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19 Suppl 2:399-406.
30. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto contexto – enferm.* 2011; 20(4):742-750.