



**CURSO DE MEDICINA**

**MARIANA CAMPOS BARRETO**

**A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI**

**Salvador**

**2022**

**Mariana Campos Barreto**

**A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientador: Dr. Omar Ismail Santos Pereira Darzé.

**Salvador**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador, Omar Ismail Santos Pereira Darzé, por ter confiado tamanha responsabilidade sob minhas mãos, por sua dedicação, doação e incentivo desde o início da construção do projeto. Esse processo se tornou muito mais leve devido ao seu acompanhamento bem de perto, ao sanar todas as minhas dúvidas e estímulo em alguns momentos que não acreditava que conseguiria. Agradeço aos meus pais e meu irmão – Sizenando, Solange e Mateus –, por todo carinho e amor, por sempre apoiarem minhas decisões, me ouvirem e estarem ali em todos os momentos que precisei. Eles são a base de toda a minha vida e motivo para eu ter chegado até aqui. Por fim, agradeço também a todo apoio dos meus amigos dentro e fora do curso, todos foram essenciais durante esse período.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A objeção de consciência, na área da saúde, consiste na recusa pelo médico em realizar algum procedimento ou conduta que esteja em desacordo com seus valores pessoais. Por um lado, é vista como uma defesa pessoal, no entanto, na prática, pode gerar negligência dos direitos reprodutivos femininos. O abortamento ainda carrega estigmas sociais e posições antagônicas, sendo julgado sob o ponto de vista religioso até na prática médica. Mesmo sendo permitido pela lei em algumas situações, a recusa a realização é prevalente e subjetiva, o que dificulta intervir quando necessário. **OBJETIVOS:** Descrever a prevalência da objeção de consciência ao abortamento legal entre médicos atuantes em uma unidade de referência ao atendimento de mulheres vitimadas sexualmente. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de corte transversal, envolvendo todos os médicos que compõem o corpo clínico do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) das diversas especialidades e atividades institucionais, estimado em 150 participantes, na cidade de Salvador, Estado da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados através de questionários aplicados entre maio de 2021 e janeiro de 2022. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, raça, possuir crença religiosa, frequência em cultos religiosos, grau de religiosidade, objeção em três situações de abortamento legal, concordância a ampliação, conhecimentos sobre o tema e deveres éticos do objetor. Os dados foram analisados segundo a sua frequência e distribuição percentual. Foram utilizados os testes de  $\chi^2$  e teste t com nível significância de 5%. **RESULTADOS:** O abortamento legal foi recusado por 19,6% dos participantes na situação de gravidez proveniente de violência sexual, 19,6% na presença de gestante com cardiopatia grave e 16,5% em caso de anencefalia. A alta religiosidade ( $p < 0,05$ ) foi preditora a objeção de consciência nas situações de gestação proveniente de violência sexual e anencefalia e uma maior frequência a cultos ( $p < 0,05$ ) foi preditora nas três situações de abortamento legal. Houve uma maior concordância de 73,2% a ampliação em casos de presença de malformação grave e 15,5% não concorda com a ampliação em nenhuma situação. Quanto a postura médica do médico objetor, 28,9% informaram que não é necessário descrever claramente o motivo pelo qual se opõem ao abortamento legal, 8,2% relataram que ele não tem obrigação de apresentar todas as opções de tratamento, 16,5% que não tem obrigação de encaminhar a paciente e, na eventualidade de não haver outro médico, 52,6% afirmaram que não realizariam o procedimento. **CONCLUSÃO:** Houve objeção de consciência em cada uma das situações de abortamento legal entre quase 20% dos médicos participantes. O alto nível de religiosidade esteve relacionado a maior recusa tanto ao abortamento legal, quanto a sua ampliação. Além disso, foi notado descumprimento e desinformação dos deveres éticos impostos ao médico objetor, violando os direitos femininos.

**Palavras-chave:** Aborto legal. Objeção de consciência. Direitos reprodutivos. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Conscientious objection, in the health area, consists of the physician's refusal to perform any procedure or conduct that disagrees with his personal values. On the one hand, it is seen as a self-defense, however, in practice, it can lead to neglect of female reproductive rights. Abortion still carries social stigmas and antagonistic positions, being judged from a religious point of view even in medical practice. Even though it is allowed by law in some situations, refusal to perform is prevalent and subjective, which makes it difficult to intervene when necessary. **OBJECTIVES:** To describe the prevalence of conscientious objection to legal abortion among physicians working in a referral unit for the care of sexually victimized women. **METHODS:** This is a cross-sectional study, involving all physicians that make up the clinical staff of the Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) of different specialties and institutional activities, estimated at 150 participants, in the city of Salvador, State of Bahia, Brazil. Data were collected through questionnaires applied between May 2021 and January 2022. The variables analyzed were sex, age, race, having a religious belief, attendance at religious services, degree of religiosity, objection in three situations of legal abortion, agreement the expansion, knowledge on the subject and ethical duties of the objector. Data were analyzed according to their frequency and percentage distribution. The  $\chi^2$  and t test were used with a significance level of 5%. **RESULTS:** Legal abortion was refused by 19.6% of the participants in the situation of pregnancy resulting from sexual violence, 19.6% in the presence of a pregnant woman with severe heart disease and 16.5% in the case of anencephaly. High religiosity ( $p < 0.05$ ) was a predictor of conscientious objection in situations of pregnancy resulting from sexual violence and anencephaly, and a higher attendance to cults ( $p < 0.05$ ) was a predictor in the three situations of legal abortion. There was a greater agreement of 73.2% with the expansion in cases of presence of severe malformation and 15.5% do not agree with the expansion in any situation. As for the medical attitude of the objecting physician, 28.9% reported that it is not necessary to clearly describe the reason why they oppose legal abortion, 8.2% reported that he is not obliged to present all treatment options, 16.5% who have no obligation to refer the patient and, if there is no other doctor, 52.6% said they would not perform the procedure. **CONCLUSION:** There was conscientious objection to each of the legal abortion situations among nearly 20% of participating physicians. The high level of their religiosity was related to greater refusal as well as their religiosity. In addition, non-compliance and misinformation regarding the ethical duties imposed on the objector doctor were noted, violating women's rights.

**Keywords:** Legal abortion. Conscientious objection. Reproductive rights. Women's health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Características sociodemográficas e religiosas dos participantes .....</b>	<b>17</b>
<b>Tabela 2 - A recusa ao abortamento previsto em lei entre os médicos .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabela 3 - Situações em que concordaria com a ampliação do permissivo legal ao abortamento .....</b>	<b>19</b>
<b>Tabela 4 - Conhecimento sobre os documentos necessários para realização do abortamento em casos de violência sexual .....</b>	<b>19</b>
<b>Tabela 5 - Conhecimentos éticos sobre objeção de consciência.....</b>	<b>20</b>
<b>Tabela 6 - Preditores da objeção ao abortamento previsto em lei .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 7 - Preditores da objeção a ampliação do abortamento legal .....</b>	<b>22</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1 Geral .....	6
2.2 Específicos .....	6
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
3.1 A prática da objeção de consciência .....	7
3.2 Situação atual e fatores que influenciam no acesso a saúde reprodutiva das mulheres .....	7
3.3 O abortamento legal.....	9
3.4 Objeção de consciência ao abortamento legal.....	11
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
4.1 Desenho de Estudo.....	14
4.2 Participantes.....	14
4.3 Procedimento de coleta .....	14
4.4 Instrumento de coleta de dados .....	14
4.5 Operacionalização de Variáveis .....	15
4.6 Plano de Análise Estatística .....	15
4.7 Aspectos éticos.....	16
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>17</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A objeção de consciência, na área da saúde, consiste na recusa pelo médico em realizar algum procedimento ou conduta que esteja em desacordo com seus valores pessoais <sup>1</sup>. Por um lado, é vista como uma forma desses profissionais terem autonomia sobre si mesmo e encontrar-se satisfeito de acordo com as decisões que toma <sup>2</sup>. No entanto, pode gerar uma situação de desigualdade e até negligência dos serviços solicitados pelos pacientes quando aplicada na prática <sup>3</sup>.

A medicina reprodutiva é uma das principais áreas em que se discute sobre os limites da objeção de consciência. Essa recusa frequentemente ocorre em medidas relacionadas à contracepção, esterilização ou interrupção da gravidez <sup>3,4</sup>. Dessa forma, muitas mulheres que já possuem seus direitos suprimidos historicamente, continuam sendo impedidas de procurar um serviço de saúde seguro que lhe conceda o desejo de decidir sobre o que acha melhor para si própria <sup>5</sup>. Uma prova disso é que mesmo o abortamento sendo legitimado, muitas mulheres ainda procuram opções inseguras, contribuindo para uma elevada morbimortalidade materna <sup>6</sup>.

O abortamento ainda carrega estigmas sociais quanto a sua realização. Tanto as mulheres que realizam afirmam se sentir envergonhadas e angustiadas após o procedimento, assim como os médicos afirmam temer denúncia e julgamento de outros <sup>4</sup>. Opiniões antagônicas também estão presentes na sociedade e a oposição está ligada principalmente a fundamentos religiosos, o que do ponto de vista médico, acaba sendo avaliado sob essa perspectiva <sup>3</sup>. Pela lei, a mulher que solicita a realização do abortamento respeitando os critérios propostos, deve ter seu pedido concedido de forma íntegra, sem comprometer sua saúde ou deixar sequelas evitáveis, mesmo que o médico se opunha em participar <sup>1</sup>.

A realização do abortamento legal tem sido recusada por alguns médicos, por serem incompatíveis com suas convicções religiosas, morais ou éticas <sup>7</sup>. Esta conduta se relaciona a agravos importantes aos que necessitam do procedimento e a todo o sistema de saúde <sup>7</sup>. É um obstáculo, muitas vezes desigual ao cumprimento de pactos internacionais de Direitos Humanos, prejudicando a qualidade dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva <sup>8,9</sup>.

Na literatura, não se sabe ao certo a prevalência de objetores ao abortamento legal na prática médica. Dessa forma, o desconhecimento sobre a presença da objeção de consciência quando ocorre uma solicitação legal do procedimento, impossibilita verificar se os direitos reprodutivos da mulher estão sendo concedidos de acordo com o que a lei estabelece. Além disso,



compreender sobre quais fatores motivam os médicos objetores a recusarem a realização do abortamento, permite que instituições tomem medidas para garantir que esses fatores não prevaleçam em detrimento da ética profissional e saúde da paciente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever a prevalência da objeção de consciência ao abortamento legal entre médicos atuantes em uma unidade de referência ao atendimento de mulheres vitimadas sexualmente.

### **2.2 Específicos**

Identificar os preditores a objeção de consciência ao abortamento legal.

Identificar a concordância dos médicos com a ampliação do permissivo legal ao abortamento.

Avaliar o conhecimento dos médicos quanto a postura ética do médico objetor.

Avaliar o conhecimento dos médicos quanto as questões legais do abortamento previsto em lei.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A prática da objeção de consciência

Objeção de consciência pode ser conceituada como uma recusa a cumprir uma normativa que contraria a moral, religiosidade ou ética do indivíduo <sup>10</sup>. Corresponde a uma necessidade em manter sua integridade ética ou religiosa diante das situações em que é submetido <sup>11</sup>. É vista ainda como uma forma de proteger a diversidade moral dos profissionais <sup>12</sup>. Ela está presente nas diversas áreas da sociedade, ou seja, todas aquelas influenciadas por princípios morais e, na saúde, pode carregar maior peso devido ao potencial de dano aos envolvidos <sup>13</sup>.

Muitos procedimentos tanto diagnósticos como terapêuticos têm sido recusados por alguns médicos por serem incompatíveis com suas convicções morais, éticas ou religiosas <sup>7</sup>. Por um lado, os profissionais alegam que possuem o direito de se opor a realização de um tratamento que vá contra seus valores pessoais. No entanto, percebe-se que, em muitos casos, pode impactar de forma negativa em áreas e grupos mais vulneráveis <sup>12</sup>.

Os médicos podem então aplicá-la de forma incorreta, utilizando os serviços como forma de se livrar de qualquer procedimento que se oponha a sua consciência <sup>14</sup>. Dessa forma, acabam esquecendo do seu papel que vai além um agente moral e profissional, mas também é um agente social, econômico e político que deve prestar os deveres exigidos por esses setores <sup>15</sup>. Por isso, a sua regulamentação e planejamento organizacional são questões importantes para uma adequada aplicabilidade da consciência ao recusar a participação em determinado ato <sup>16</sup>.

Para que a objeção de consciência seja legalmente acatada, determinados critérios são exigidos. A recusa deve ser embasada por motivos de fórum íntimo, moral ou religioso, o procedimento recusado não deve ser emergencial, e que seja possível o encaminhamento para que outro profissional realize o procedimento, não acarretando prejuízos aos solicitantes <sup>17</sup>. Os indivíduos devem considerar que sua objeção é mais importante para ele do que realizar uma conduta que irá beneficiar a paciente, pesando o nível de dano que pode ser gerado pela retirada do caso <sup>18,19</sup>.

#### 3.2 Situação atual e fatores que influenciam no acesso a saúde reprodutiva das mulheres

A medicina reprodutiva é a mais afetada por estas objeções principalmente as questões de contracepção, interrupção da gravidez, manobras de fertilização assistida e rastreamento de malformações congênitas <sup>20,21</sup>. O campo da medicina reprodutiva carrega uma herança histórica

de fortes oposições religiosas e institucionais sob a sexualidade das mulheres, implicando nas diversas formas de percepção dos procedimentos realizados em tal área <sup>15</sup>.

A sociedade transforma a complexidade reprodutiva feminina em simples processos, o que limita a autonomia sobre seu corpo e todas as opções que apresenta diante desses momentos. A forma como a sociedade organiza os recursos educacionais, oportunidades de emprego e acesso à mídia, são fatores que influenciam na autonomia da mulher e busca pelos serviços relacionados a saúde reprodutiva <sup>5,22</sup>. Percebe-se que, quando sua posição fica limitada ao ambiente doméstico, tem-se um menor reconhecimento sobre a importância, por exemplo, de métodos anticoncepcionais, planejamento familiar, pré-natal e acompanhamento <sup>22</sup>.

No ambiente doméstico, o papel do parceiro também é um fator que interfere na ampliação da saúde reprodutiva da mulher. Isso ocorre quando ele a obriga ter relações sexuais desprotegidas, realiza o controle da natalidade, decide sobre seu corpo, podendo até cometer violência caso seja desafiado, muitas vezes apontando a dependência financeira <sup>5</sup>. Fomentar autonomia feminina relacionada a participação e tomada de decisões é um fator determinante para busca por cuidados de sua saúde reprodutiva <sup>23</sup>.

Todas as formas de violência sexual, incluindo incapacidade de fazer suas próprias escolhas reprodutivas ou desconhecimento sobre os cuidados necessários com seu corpo eleva o número de gestações indesejadas e, conseqüentemente, recorrência ao aborto <sup>24</sup>. Muitas mulheres decidem abortar por questões econômicas, violência doméstica, falta de apoio ou pelo fato de que a gestação atrapalharia sua carreira profissional <sup>25-27</sup>. Logo, uma gravidez sem planejamento que não segue as expectativas sociais e que se distancia da relação tradicional entre homem e mulher, impulsiona decisões precoces para interromper a gestação <sup>28</sup>.

Além disso, desde a juventude, é precário o fornecimento de informações sobre sua sexualidade e métodos contraceptivos disponíveis, apresentando um conhecimento limitado a crenças populares <sup>29</sup>. A falta de acesso e conhecimento são mais frequentes em grupos de mulheres mais pobres, com menores níveis educacionais e que vivem em zona rural, outros motivos também podem estar associados como, temor por conseqüências na saúde, opinião do parceiro e práticas sexuais infrequentes <sup>30</sup>. Dessa maneira, o uso de métodos contraceptivos, apesar dos avanços obtidos, ainda é baixo e a ausência ou atraso na adesão são preditores para uma gravidez indesejada <sup>31</sup>.

Nos casos de violência sexual, a gravidez indesejada é vista como um peso ainda maior para a mulher que se sente violada e o estigma associado é determinante para recorrer ao aborto <sup>28</sup>. Os serviços de saúde que deveriam acolher essas mulheres, apresentam inúmeras fragilidades,

como a falta de fluxo de atendimento organizado, protocolos, comunicação, instrumentalização deficiente dos profissionais, reproduzindo preconceitos e revitimização <sup>32</sup>. Essas condições propiciam as mulheres optarem, principalmente, pelos abortos em condições inseguras, já que não apresentam um total esclarecimento para lidar com a situação ou apoio psicológico adequado <sup>28</sup>.

Dessa forma, os serviços de saúde devem ser ambientes seguros e que forneçam os direitos reprodutivos de forma ética e indiscriminada, independente de crenças reproduzidas. O próprio serviço deve abordar sobre essas práticas culturais nocivas existentes, além de reconhecer o impacto das situações de violência doméstica, dependência econômica e pouco conhecimento, como fatores que dificultam o acesso <sup>5,33</sup>. No entanto, o que se percebe é que o profissional de saúde e o serviço em que ele atua, muitas vezes, mesmo pautados na bioética, são influenciados por visões religiosas ou morais tão presentes na sociedade <sup>34</sup>.

Assim sendo, os médicos acabam se recusando a realizar diversos procedimentos, principalmente os relacionados a saúde sexual e reprodutiva feminina por motivações que fogem do que foi legalmente definido para objeção de consciência ou por falta de conhecimento dos processos éticos envolvidos <sup>35</sup>. É muito importante que os membros dos serviços de saúde responsáveis por lidar com questões relacionadas à medicina reprodutiva, estejam capacitados e treinados para atender as mulheres pautados na bioética <sup>34</sup>.

### **3.3 O abortamento legal**

Estima-se que houve cerca de 121 milhões de gravidezes indesejadas globalmente a cada ano de 2015-2019, estando intimamente relacionado a realização do aborto, sendo essa uma prática prevalente na história e globalmente que independe de divergências restritivas, econômicas ou políticas <sup>36</sup>. O aborto, há muitos anos, vem sendo considerado um problema de saúde pública, mas avanços na medicina e ampliação da autonomia feminina na sociedade podem proporcionar abortos seguros, reduzindo mortes e complicações frequentes <sup>37</sup>. No entanto, a realização do abortamento é dificultada por inúmeras barreiras e pode ser um processo complicado, apesar de ser um direito feminino pela lei <sup>38</sup>.

O abortamento em situações de violência sexual, risco de vida materno e devido a malformações incompatíveis com a vida extrauterina são acatados em quase todo o mundo, inclusive no Brasil. Apenas uns poucos países proíbem o aborto em todas as circunstâncias, como a Nicarágua, Malta e El Salvador. Em outros países, as leis são restritivas e não são suficientemente claras com relação às circunstâncias em que o procedimento é permitido <sup>39</sup>.

Nos países que oferecem acesso facilitado aos serviços de abortamento seguro e legal, registram-se menores taxas de abortos clandestinos e, conseqüentemente, menos danos à saúde da mulher <sup>40</sup>.

É possível perceber a ausência de uniformização quando se fala das políticas mundiais de abortamento, em que cada país apresenta um grau diferente de liberação, por exemplo, cerca de 16% dos países em desenvolvimento apresentam leis em que ao abortamento é permitido por questões econômicas ou sociais, enquanto essa taxa é de 80% para países desenvolvidos <sup>37</sup>. Além da legitimidade do ato em si, em muitos locais, ainda ocorre censura para se falar sobre o tema nas mídias ou serviços de saúde. Em um estudo realizado com 158 países, 28 (18%) restringem informações relacionadas ao abortamento, incluindo publicidade que possa ser vista como forma de influenciar ou aconselhar <sup>41</sup>.

A legitimidade do abortamento envolve um debate amplo que permanece até hoje com controvérsias morais que podem influenciar em como a sociedade encara a realização desse procedimento <sup>42</sup>. Muitas mulheres temem o julgamento e negligência ao solicitar um abortamento legal pelo estigma ainda existente, recorrendo a formas inseguras <sup>43</sup>. Além disso, as longas listas de espera do serviço, burocracia e custos envolvidos, medo de perder a privacidade e falta de conhecimento sobre o abortamento legal são fatores também relacionados à procura de métodos ilegais <sup>44</sup>.

O processo de regulamentação legal, em muitos países, necessita da autorização do cônjuge, pais ou outros provedores de saúde, o que acaba dificultando ou atrasando o acesso <sup>41</sup>. O atraso aumenta o tempo de gravidez o que pode tornar a realização inviável, aumenta despesas relacionada a emprego, creche e transporte, principalmente para aquelas mulheres que moram em áreas periféricas ou rurais <sup>41</sup>. Logo, esses fatores podem desencorajar as mulheres de procurarem um serviço adequado e seguro, contribuindo para prevalência da procura ilegal ao abortamento <sup>37</sup>.

O nível de restrição da configuração legal, reflete em uma maior taxa de abortos menos seguros, sendo menor que 1% em países com menos restrição e 31% em países com maiores restrições <sup>45</sup>. Abortos inseguros podem gerar complicações, principalmente infecciosas e hemorrágicas, aumentando conseqüentemente as internações e morbimortalidade materna <sup>46</sup>. Além disso, a criminalização e julgamento presentes podem desencorajar as mulheres de procurarem ajuda até mesmo se tiverem alguma dessas complicações diante de um abortamento inseguro <sup>47</sup>.

Esse comportamento não é diferente no Brasil, os médicos também carregam estigmas associados a prática de abortamento e temem o julgamento do seu serviço e demais pacientes.

Isso reflete em atendimentos inadequados quando a mulher procura o serviço, fazendo ela se sentir discriminada <sup>42,48</sup>. Logo, quando esse se recusa ou resiste a realização do procedimento, pode trazer uma dependência e desrespeito ao direito da mulher, já que diversos exigem provedores de médicos, e apenas uma parcela permite explicitamente o aborto no nível de atenção primária e possui outros profissionais de saúde capacitados <sup>41</sup>.

Além do estigma existente, a justificativa da objeção de consciência também é utilizada pelos médicos para não realizar o procedimento, alegando princípios morais e religiosos. No entanto, por trás da objeção de consciência, percebe-se, na verdade, um desconhecimento sobre as condições legais do abortamento, documentos necessários e falta de treinamento para realização <sup>35</sup>. Diante disso, mesmo com a legalidade estabelecida, a acessibilidade e fornecimento de abortos seguros não estão sendo concedidos e as mulheres continuam recorrendo a métodos inseguros e clandestinos <sup>49</sup>.

Toda mulher que deseja a realização do aborto deve ter acesso a profissionais de saúde capacitados com informações acerca da legitimidade e todas as opções que a paciente apresenta, visando encontrar aquela que seja mais segura para a mesma, respeitando suas escolhas <sup>50</sup>. Logo, os serviços de saúde que o oferecem, devem ter uma rede profissional multidisciplinar e bem estruturada para fornecer um procedimento eficaz, humanizado e integrativo <sup>49</sup>.

### **3.4 Objeção de consciência ao abortamento legal**

A objeção de consciência ao abortamento previsto em lei é amplamente discutida na literatura e divide posições quanto aos seus benefícios e malefícios <sup>14,15,51,52</sup>. Para ser acatada, razões públicas baseadas em uma série de critérios devem ser relatadas para que o profissional tenha o direito de assegurar seus princípios morais <sup>53</sup>. Acredita-se que a perda da integridade moral de um indivíduo pode gerar sentimento de culpa, remorso, perda da identificação pessoal e profissional e, por isso, é regulada pela lei <sup>11</sup>.

No Brasil, há um reconhecimento jurídico da objeção de consciência pela via constitucional <sup>54</sup>. A Resolução nº2.232 publicada em 17 de julho de 2019 pelo Conselho Federal de Medicina concede a objeção de consciência como um direito do médico de se abster de atos médicos contrários aos princípios de sua consciência, mas deve comunicar a instituição para que o paciente seja encaminhado para outro profissional disponível e esclarecer sua motivação. Em casos de urgência ou emergência com possível risco de morte, ausência de outro médico ou se a objeção gerar danos previsíveis para a saúde da paciente, o médico deve realizar todas as medidas necessárias mesmo sendo objeto <sup>55</sup>. Apesar da regulamentação estabelecida, os

médicos brasileiros a utilizam de forma indevida ou desrespeitam as exigências estabelecidas pela lei, principalmente em situações de alto estigma, como aborto e estupro<sup>4,56</sup>.

A objeção de consciência é um dos fatores mais frequentes apontados pelos médicos quando se recusam a realizar um abortamento legal<sup>14</sup>. Todavia, a presença frequente de médicos que se declaram objetores, nos últimos anos, tem privado as mulheres de seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>56</sup>. Logo, a preocupação com o desrespeito aos direitos femininos é o ponto que limita a aplicação da objeção de consciência e levanta posições divergentes<sup>15,24</sup>.

No Brasil, apesar da regulamentação da objeção de consciência pelo Ministério da Saúde, muitas mulheres são privadas do acesso ao abortamento legal, com desrespeito às legislações existentes<sup>57</sup>. Em muitos casos, há um abuso do poder de objeção que gera uma desigualdade ao direito de saúde reprodutiva e desinteresse das mulheres em procurar um serviço capacitado para o abortamento devido ao estigma existente sobre a recusa ao aborto<sup>15</sup>. Este obstáculo propicia taxas mais elevadas de abortamento inseguro, induzindo um aumento na morbimortalidade materna e significativo impacto ao sistema de saúde<sup>6</sup>.

A religião tem sido apontada como o principal motivo para recorrer a objeção de consciência quando não se deseja realizar o abortamento<sup>58,59</sup>. No entanto, muitas vezes, outros fatores parecem estar relacionados as razões para os médicos se recusarem aos serviços de aborto são: estigma, medo, desconhecimento sobre as leis, protocolos e políticas que regulamentam a objeção de consciência, bem como sobre a própria regulamentação do aborto<sup>35,57</sup>. Diante disso, princípios necessários para o funcionamento correto da prática objetora sem comprometer o direito da mulher, como o encaminhamento, condutas em casos de violência sexual e fornecimento de informações, são esquecidos e deixam a paciente a mercê da clandestinidade e risco de morte<sup>14</sup>.

O abortamento é o procedimento que mais desperta recusa em todo o mundo. O abortamento legal é recusado por, aproximadamente, 80% dos ginecologistas em Portugal<sup>60</sup>. No Brasil, um estudo envolvendo 1174 estudantes de medicina, relatou objeção ao abortamento previsto em lei por 50% da amostra<sup>61</sup>. Uma outra pesquisa, também envolvendo estudantes de medicina no Brasil, o abortamento legal foi recusado por 35,8% da amostra<sup>62</sup>. Na África do Sul, o abortamento sob qualquer circunstância foi recusado por 20% dos acadêmicos de medicina, com uma menor possibilidade de objeção entre os mais velhos e os sexualmente ativos<sup>63</sup>.

Em um estudo de múltiplos casos, a Inglaterra, Noruega e Portugal cumprem as suas leis nacionais que permitem a objeção de consciência ao aborto e, ao mesmo tempo fornecem e financiam à atenção ao aborto, demonstrando que a existência da objeção não necessariamente



exclui a possibilidade de sua realização <sup>64</sup>. No entanto, na Itália, foi visto que a prevalência da objeção por profissionais e até mesmo por instituições dificulta, na prática, o acesso ao abortamento e recorrência a meios ilegais, mesmo com a prática legalizada e oferecida por serviços locais <sup>51</sup>.

Em um estudo realizado no México e Bolívia, os médicos forneceram a porcentagem de seus colegas de trabalho médicos que iriam recusar a realização do aborto nos serviços em que atuavam e essa variou de 10% a 95% no mesmo local, revelando uma falta de transparência e padronização acerca da objeção <sup>35</sup>. São poucos os estudos sobre a prevalência de médicos objetores, principalmente na literatura brasileira, fornecendo uma quantificação e características de médicos objetores <sup>57</sup>. A lacuna presente reflete a desvalorização do precário acesso ao aborto legal como um problema sério, já que existem reivindicações legais implementadas tanto em relação ao procedimento quanto as obrigações necessárias para os serviços de saúde ao apresentarem médicos objetores e não são implementadas na prática <sup>59</sup>.

Logo, é possível evidenciar que, apesar da objeção de consciência ser um direito dos profissionais de saúde, ela deve ser criteriosamente avaliada e aplicada de forma adequada para não comprometer os direitos dos próprios pacientes <sup>52,59,64</sup>. Diante disso, identificar os médicos que tenham posição objetora a alguma conduta médica, como o aborto, é de extrema importância para os serviços de saúde se planejarem, evitando situações de negligência. Dentre as medidas necessárias para equilibrar os direitos de ambas as partes, destaca-se o esclarecimento sobre quem e quais situações é possível objetar, atendimento respeitoso independente de oposições individuais e encaminhamento efetivo quando a objeção for concedida, seja para outro provedor do estabelecimento ou outro serviço viável <sup>64</sup>.

Para que os médicos sigam as regras implementadas pelo serviço em que trabalham, conceitos discriminatórios reproduzidos sobre o abortamento devem ser reformulados. A sistematização da prática da objeção de consciência diminuiria sua eficácia com a persistência de médicos que ainda carregam estigmas sobre o aborto, não são treinados ou não receberam informações suficientes sobre o assunto. Logo, uma abordagem ética e humana sobre os direitos das mulheres em realizarem o abortamento legal pode minimizar o problema de base cultural nos médicos que refletem ideias ainda prevalentes na sociedade brasileira.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de Estudo**

Trata-se de um estudo de corte transversal.

### **4.2 Participantes**

A população alvo é formada por todos os médicos que compõem o corpo clínico do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) das diversas especialidades e atividades institucionais, estimado em 150 participantes, na cidade de Salvador, Estado da Bahia, Brasil.

Foram incluídos os médicos, de forma consecutiva, ou seja, de forma não intencional quando estavam exercendo suas atividades laborais e aceitaram o convite para participar da pesquisa, constituindo-se uma amostra de conveniência. Foram excluídos do estudo aqueles médicos que, estavam afastados da instituição pelos mais diversos motivos, não encontrados no momento das visitas realizadas pelo pesquisador ou aceitaram participar, mas não responderam ao questionário.

### **4.3 Procedimento de coleta**

Para coletar os dados, o pesquisador se dirigiu ao IPERBA no período entre maio de 2021 e janeiro de 2022. Os médicos foram convidados pessoalmente, através de visitas, sendo essas realizadas todos os dias da semana em turnos diurnos e noturnos baseando nos dias de trabalho dos médicos participantes do estudo.

Dessa forma, os médicos foram informados sobre o estudo, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, ao final, se desejavam participar. Foi determinado pelo médico o melhor momento para responder o questionário, já que ele apresentava tempo livre de resposta e necessitava de atenção para ser respondido, evitando prejuízos na sua rotina de trabalho. Após responderem ao questionário, ele foi depositado em urna lacrada disponibilizada pelo pesquisador.

### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Os que concordaram em participar do projeto, responderam a um questionário (APÊNDICE A), autoaplicável, não identificado e com tempo livre para as respostas, depositado em urna lacrada. O questionário é composto por 21 itens solicitando informações sobre sexo, idade, raça, estado civil, religião, tempo de formatura, graduação, frequência em cultos religiosos, grau de

religiosidade, conhecimentos sobre o abortamento legal e objeção de consciência. Os itens 9 e 10 foram inspirados na escala de motivação religiosa intrínseca de Hoge traduzida pelos próprios autores desse estudo<sup>65</sup>.

#### **4.5 Operacionalização de Variáveis**

As seguintes variáveis independentes foram consideradas: idade, raça (autodeclarada), possuir crença religiosa, frequência em cultos religiosos, grau de religiosidade e conhecimentos sobre o tema. A religiosidade foi graduada de acordo como esta influenciava e promovia sentido à vida do profissional, com base na concordância ou discordância de duas declarações: “Minhas crenças influenciam em todos os aspectos da minha vida” e “Me esforço ao máximo para viver de acordo com minha religião”. Ambas as afirmações são derivadas da escala de motivação religiosa intrínseca de Hoge e validadas extensivamente em pesquisas <sup>65</sup>. Dessa forma, a religiosidade intrínseca foi classificada em baixa se os médicos discordaram das duas afirmações, moderada se concordaram apenas com uma e alta se concordaram com ambas.

As variáveis dependentes estudadas foram as objeções ou não, quanto a condução de três casos clínicos nos quais o abortamento é previsto em lei. Os conhecimentos éticos pesquisados foram: a obrigação do médico em expor claramente o motivo da objeção, dever profissional em apresentar todas as opções de tratamento ao paciente, inclusive as que se opõe moralmente ou religiosamente e necessidade do encaminhamento do paciente para um outro médico que não se oponha a realizar o procedimento indicado. Foi investigado também a concordância ou não da ampliação do permissivo legal ao abortamento.

#### **4.6 Plano de Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 14.0 e a significância estatística foi previamente definida por valor  $p < 0,05$ . Foram utilizados o *Word* e *Excel 2016 for Windows®* para processamento de texto e confecção de tabelas. Os dados foram analisados segundo a sua frequência e distribuição percentual. Para o estudo analítico, foram utilizados os testes de  $\chi^2$  e teste t.

O teste  $\chi^2$  foi utilizado para avaliar quais variáveis se apresentam como preditoras a objeção de consciência ao abortamento legal, sendo elas: raça, gênero, possuir crença religiosa, frequência em cultos religiosos, grau de religiosidade e conhecimentos sobre o abortamento legal, objeção de consciência e deveres éticos envolvidos, ampliação do permissivo legal ao abortamento. Já o teste t foi utilizado para avaliar idade, obtendo uma média.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador- BA sob CAAE n° 43120621.0.0000.5544 e Parecer n° 4.719.689 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS

Apresentação de resultados com uma população alvo de 150 médicos, onde 104 foram convidados para participar da pesquisa entre o período de maio de 2021 e fevereiro de 2022. Desses convidados, 97 responderam ao questionário e 7 se recusaram. Logo, será utilizada uma amostra de 97 participantes para análise atual.

Dos 97 participantes, 66% são do sexo feminino, apresentando uma faixa etária média de 40 anos. Em relação a raça, 62,9% se autodenominaram como brancos. Quanto ao estado civil, 57,7% informaram ter relação conjugal. Entre os médicos, 55,7% eram especialistas (ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, pediatria, neonatologia, anestesia, mastologia e radiologia) e 47,4% com > 10 anos de formação (Tabela 1).

No que se refere a religião, 81,4% dos participantes afirmaram possuir alguma religião, sendo que 56,7% não frequentam cultos religiosos. Aplicando escala de Hoge, 44,3% dos participantes foram classificados como baixa religiosidade, 27,8% como moderada religiosidade e 27,8% como alta religiosidade (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e religiosas dos participantes.

<b>Característica</b>	<b>n/ N (%)</b>
<b>Idade</b>	40±12 anos
<b>Sexo Feminino</b>	64/97 (66)
<b>Raça Branca</b>	61/97 (62,9)
<b>Informa relação conjugal</b>	56/97 (57,7)
<b>Nível de Instrução</b>	
<b>Graduação</b>	34/97 (35,1)
<b>Especialista</b>	54/97 (55,7)
<b>Pós-graduação</b>	9/97 (9,3)
<b>Tempo de formatura</b>	
<b>&lt; 5 anos</b>	22/97 (22,7)
<b>Entre 5 e 10 anos</b>	29/97 (29,9)
<b>&gt; 10 anos</b>	46/97 (47,4)
<b>Segue alguma religião</b>	79/97 (81,4)

<b>Frequência a cultos religiosos</b>	
<b>Nunca</b>	55/97 (56,7)
<b>1 vez ao mês</b>	30/97 (30,9)
<b>≥2 vezes ao mês</b>	12/97 (12,4)
<b>Escala de Hoge</b>	
<b>Baixa religiosidade</b>	43/97 (44,3)
<b>Moderada religiosidade</b>	27/97 (27,8)
<b>Alta religiosidade</b>	27/97 (27,8)

---

n = número de médicos N= total da amostra

Na tabela 2, se descreve a não concordância em relação a realização do abortamento nas situações amparadas por lei e se observa que 19,6% dos participantes objetaram na situação de gravidez proveniente de violência sexual, 19,6% na presença de gestante com cardiopatia grave e 16,5% dos participantes objetaram em caso de anencefalia (Tabela 2).

Tabela 2. A recusa ao abortamento previsto em lei entre os médicos.

	<b>n/ N (%)</b>
<b>Gravidez proveniente de violência sexual</b>	19/97 (19,6)
<b>Gestante com cardiopatia congênita grave</b>	19/97 (19,6)
<b>Anencefalia</b>	16/97 (16,5)

---

n = número de médicos N= total da amostra

A fim de compreender a opinião dos médicos sobre a ampliação do permissivo legal ao abortamento, foi exemplificado situações em que eles informaram se concordam ou não com a ampliação. A partir disso, foi coletado que, 73,2% concordam em casos de presença de malformação grave, 51,5% na eventualidade de gestantes com distúrbios psiquiátricos graves, 50,5% concordam quando for o desejo da mulher e 15,5% não concorda com a ampliação do abortamento em nenhuma situação (Tabela 3).

Tabela 3. Situações em que concordaria com a ampliação do permissivo legal ao abortamento.

<b>Situações</b>	<b>n/ N (%)</b>
<b>Presença de qualquer malformação Grave</b>	71/97 (73,2)
<b>Gestações em mulheres com distúrbio psiquiátrico graves</b>	50/97 (51,5)
<b>Quando for o desejo da mulher</b>	49/97 (50,5)
<b>Não concordo em nenhuma situação</b>	15/97 (15,5)

n = número de médicos N= total da amostra

Avaliando o conhecimento dos médicos sobre a documentação necessária para realização do abortamento legal em gestações provenientes de violência sexual, 50,5% não consideraram o Consentimento pós-informado necessário. Em relação aos demais documentos, 21,6% consideraram o boletim de ocorrência e 16,5% o laudo do exame de corpo como fundamentais para realização. Além disso, 41,2% dos participantes consideraram que nenhum documento seria necessário (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimento sobre os documentos necessários para realização do abortamento em casos de violência sexual.

	<b>n/ N (%)</b>
<b>Boletim de ocorrência</b>	21/97 (21,6)
<b>Laudo do exame de corpo e delito</b>	16/97 (16,5)
<b>Consentimento pós-informado</b>	48/97 (49,5)
<b>Nenhum documento é necessário</b>	40/97 (41,2)

n = número de médicos N= total da amostra

Procurando avaliar o conhecimento da postura médica do médico objetor, observou-se que 28,9% informaram que não é necessário descrever claramente o motivo pelo qual se opõem ao abortamento legal. Além disso, 8,2% relataram que o médico não tem obrigação de apresentar

todas as opções de tratamento possíveis para o paciente, incluindo aquelas que possam ferir suas convicções e 16,5% que o médico não tem obrigação de encaminhar a paciente para alguém que não se opõe ao procedimento. Na eventualidade de não haver outro médico, 52,6% afirmaram que o médico objetor não deveria realizar o procedimento. Entre os participantes, 48,5% declararam que, em nenhum momento, foi abordado o tema durante sua formação (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimentos éticos sobre objeção de consciência.

<b>Conhecimentos Éticos</b>	<b>Sim n/N (%)</b>	<b>Não n/N (%)</b>	<b>Indeciso n/N (%)</b>
<b>O médico deve descrever claramente ao paciente o motivo pelo qual opõe se ao abortamento previsto em lei?</b>	63/97 (64,9)	28/97 (28,9)	6/97 (6,2)
<b>O médico tem obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente, incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?</b>	83/97 (85,6)	8/97 (8,2)	6/97 (6,2)
<b>O médico tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado?</b>	70/97 (72,2)	16/97 (16,5)	11/97 (11,3)
<b>Na eventualidade de não haver outro médico disponível este deverá realizar o procedimento solicitado?</b>	28/97 (28,9)	51/97 (52,6)	18/97 (18,6)
<b>Durante algum momento da sua formação foi abordado o tema Objeção de Consciência?</b>	50/97 (51,5)	47/97 (48,5)	

n = número de médicos N= total da amostra

Entre os médicos objetores a realização do abortamento em casos de gestação resultante de violência sexual, foi observado uma associação significativa com idade  $46,32 \pm 10,94$  ( $p=0,008$ ), maior tempo de formatura ( $p=0,002$ ), frequência em cultos religiosos ( $p=0,047$ ) e com alta religiosidade mensurada pela escala de Hoge ( $p=0,002$ ). No caso de gestante com cardiopatia grave, nota-se associação significativa com frequência em cultos religiosos ( $p=0,017$ ). Na situação de objeção ao abortamento em casos de fetos com anencefalia, observou-se também uma associação significativa com maior tempo de formatura ( $p=0,034$ ), frequência em cultos religiosos ( $p=0,043$ ) a alta religiosidade mensurada pela escala de Hoge ( $p=0,043$ ) (Tabela 6).



Tabela 6. Preditores da objeção ao abortamento previsto em lei.

Preditor	Violência sexual n/N (%) valor de p	Gestante com cardiopatia grave n/N (%) valor de p	Feto sem calota craniana n/N (%) valor de p
<b>Idade</b>	46,32±10,94 <i>p</i> = 0,008**	41,53±12,09 <i>p</i> =0,538**	43,69±10,56 <i>p</i> =0,169**
<b>Sexo Feminino</b>	13/64 (20,3) <i>p</i> =0,802*	16/64 (25,0) <i>p</i> =0,061*	12/64 (18,8) <i>p</i> =0,405*
<b>Raça Branca</b>	10/61 (16,4) <i>p</i> =0,302*	13/61 (21,3) <i>p</i> =0,578*	10/61 (16,4) <i>p</i> =0,972*
<b>Apresenta relação conjugal</b>	16/56 (28,6) <i>p</i> =0,009*	11/56 (19,6) <i>p</i> =0,987*	11/56 (19,6) <i>p</i> =0,329*
<b>Nível de Graduação</b>			
Graduação	2/34 (5,9)	6/34 (17,6)	4/34 (11,8)
Especialista	15/54 (27,8)	11/54 (20,4)	11/54 (20,4)
Pós-graduação	2/9 (22,2) <i>p</i> =0,041*	2/9 (22,2) <i>p</i> =0,931*	1/9 (14,3) <i>p</i> =0,514*
<b>Tempo de formatura</b>			
< 5 anos	1/22 (4,5)	4/22 (18,2)	3/22 (13,6)
Entre 5 e 10 anos	2/29 (6,9)	3/29 (10,3)	1/29 (3,4)
> 10 anos	16/46 (34,8) <i>p</i> =0,002*	12/46 (26,1) <i>p</i> =0,242*	12/46 (26,1) <i>p</i> =0,034*
<b>Ter uma religião</b>	16/79 (20,3) <i>p</i> =0,729*	17/79 (21,5) <i>p</i> =0,315*	12/79 (15,2) <i>p</i> =0,468*
<b>Frequência em cultos religiosos</b>			
Nunca	6/55 (10,9)	8/55 (14,5)	7/55 (12,7)
1 vez ao mês	9/30 (30,0)	5/30 (16,7)	4/30 (13,3)
≥ 2 vezes ao mês	4/12 (33,3) <i>p</i> =0,047*	6/12 (50,0) <i>p</i> =0,017*	5/12 (41,7) <i>p</i> =0,043*
<b>Escala Religiosa de Hoge</b>			
Baixa	2/43 (4,7)	6/43 (14,0)	3/43 (7,0)
Moderada	7/27 (25,9)	8/27 (29,6)	8/27 (29,6)
Alta	10/27 (37,0) <i>p</i> =0,002*	5/27 (18,5) <i>p</i> =0,271*	5/27 (18,5) <i>p</i> =0,043*

\*  $\chi^2$  \*\* teste t n = número de médicos N= número total da amostra

Quanto a recusa a ampliação do permissivo legal ao abortamento em casos de malformação grave, notou-se uma associação significativa com maior tempo de formatura ( $p=0,002$ ) e maior frequência em cultos religiosos. Para ampliação do permissivo legal ao abortamento quando for o desejo da mulher, houve uma relação significativa com maior tempo de formatura ( $p=0,008$ ), ter uma religião ( $p=0,01$ ), maior frequência em cultos religiosos ( $p=0,026$ ) e alta religiosidade pela escala de Hoge ( $p=0,003$ ). Entre aqueles participantes que se recusaram a ampliação em todas as situações (malformação grave, mulher com distúrbio psiquiátrico grave e quando for o desejo da mulher), foi observada uma associação significativa com maior frequência em cultos religiosos ( $p=0,018$ ) e alta religiosidade medida pela Escala de Hoge ( $p=0,029$ ) (Tabela 7).

Tabela 7. Preditores da objeção a ampliação do abortamento legal.

Preditor	Malformação grave n/N (%) valor de p	Mulher com distúrbio psiquiátrico grave n/N (%) valor de p	Quando for o desejo da mulher n/N (%) valor de p	Não concorda em nenhuma situação n/N (%) valor de p
<b>Idade</b>	40,81±9,95 $p=0,699^{**}$	41,96±12,24 $p=0,116^{**}$	42,06±11,66 $p=0,09^{**}$	41,47±8,806 $p=0,608^{**}$
<b>Sexo Feminino</b>	16/64 (25,0) $p=0,576^*$	29/64 (45,3) $p=0,389^*$	33/64 (51,6) $p=0,569^*$	8/64 (12,5) $p=0,261^*$
<b>Raça Branca</b>	15/61 (24,6) $p=0,522^*$	27/61 (44,3) $p=0,282^*$	27/61 (44,3) $p=0,181^*$	9/61 (14,8) $p=0,801^*$
<b>Apresenta relação conjugal</b>	19/56 (33,9) $p=0,064^*$	29/56 (51,8) $p=0,443^*$	31/56 (55,4) $p=0,176^*$	12/56 (21,4) $p=0,058^*$
<b>Nível de Graduação</b>				
Graduação	7/34 (20,6)	16/34 (47,1)	14/34 (41,2)	2/34 (5,9)
Especialista	17/54 (31,5)	27/54 (50,0)	31/54 (57,4)	12/54 (22,2)
Pós-graduação	2/9 (22,2) $p=0,505^*$	4/9 (44,4) $p=0,934^*$	3/9 (33,3) $p=0,198^*$	1/9 (11,1) $p=0,111^*$
<b>Tempo de formatura</b>				
< 5 anos	6/22 (27,3)	8/22 (36,4)	6/22 (27,3)	1/22 (4,5)
Entre 5 e 10 anos	5/29 (17,2)	11/29 (37,9)	12/29 (41,4)	3/29 (10,3)
> 10 anos	15/46 (32,6) $p=0,002^*$	28/46 (60,9) $p=0,067^*$	30/46 (65,2) $p=0,008^*$	11/46 (23,9) $p=0,078^*$
<b>Ter uma religião</b>	21/79 (26,6) $p=0,918^*$	40/79 (50,6) $p=0,368^*$	44/79 (55,7) $p=0,010^*$	14/79 (17,7) $p=0,198^*$

<b>Frequência em cultos religiosos</b>				
<b>Nunca</b>	13/55 (23,6)	22/55 (40,0)	21/55 (38,2)	5/55 (9,1)
<b>1 vez ao mês</b>	6/30 (20,0)	18/30 (60,0)	18/30 (60,0)	5/30 (16,7)
<b>≥ 2 vezes ao mês</b>	7/12 (58,3)	7/12 (58,3)	9/12 (75,0)	5/12 (41,7)
	<i>p</i> =0,029*	<i>p</i> =0,162*	<i>p</i> =0,026*	<i>p</i> =0,018*
<b>Escala Religiosa de Hoge</b>				
<b>Baixa</b>	8/43 (18,6)	16/43 (37,2)	13/43 (30,2)	2/43 (4,7)
<b>Moderada</b>	7/27 (25,9)	16/27 (59,3)	18/27 (66,7)	6/27 (22,2)
<b>Alta</b>	11/27 (40,7)	15/27 (55,6)	17/27 (63,0)	7/27 (25,9)
	<i>p</i> =0,125*	<i>p</i> =0,136*	<i>p</i> =0,003*	<i>p</i> =0,029*

---

\*  $\chi^2$  \*\* teste t n = número de médicos N= número total da amostra

## 6 DISCUSSÃO

Poucos são os estudos existentes sobre a prevalência da objeção de consciência ao abortamento previsto em lei, entre médicos, e quais os principais fatores relacionados a essa motivação. Estudar a atual situação da aplicação do abortamento legal diante da presença de médicos objetores é de extremamente importância para avaliar o cumprimento das normas estabelecidas pela lei <sup>48</sup>. A busca pelo equilíbrio entre os direitos reprodutivos femininos e direito de objeção do profissional em não realizar o procedimento ainda é um desafio e, na maioria das vezes, acaba prejudicando a mulher <sup>14,16</sup>.

Nesse estudo, foram propostas as três situações em que o abortamento é permitido de acordo com a lei no Brasil e obteve-se uma recusa ao procedimento por quase 20% dos médicos participantes em cada uma das três situações (violência sexual, gestação com risco de vida para mãe e anencefalia). Em um estudo realizado com 1.174 estudantes das escolas médicas do Piauí em 2016, essa recusa também foi observada, sendo maior em casos de violência sexual e menor em casos de gestações com risco de vida materno e de anencefalia fetal <sup>61</sup>. No estudo realizado com aqueles estudantes, percebe-se que eles são menos propensos a apresentar objeção quando há uma razão médica que justifique o abortamento, mas não foi evidenciado o mesmo padrão nessa análise com médicos, já que objeção por violência sexual e risco de vida materno apresentaram o mesmo percentual de recusa.

Sabe-se que a classe médica apresenta uma grande variabilidade cultural e religiosa, sendo, muitas vezes, indissociável a influência desses fatores nas decisões no dia a dia, principalmente quando se trata de um tema sensível e com opiniões tão divergentes como o abortamento legal <sup>66</sup>. Em nossa amostra, fatores como idade, raça e sexo não apresentaram relevância significativa com a objeção ao abortamento previsto em lei, o que se mostrou como forte preditor da recusa ao abortamento previsto em lei foram os componentes religiosos e morais de cada um. Esse fato também se mostrou significativo em um outro estudo que procurou avaliar a prevalência e fatores motivadores a objeção de consciência entre estudantes de medicina numa escola médica na Bahia no ano de 2018 <sup>62</sup>.

Dentre os componentes religiosos da amostra, embora uma expressiva maioria dos médicos afirma seguir algum tipo de religião, esse fato não se relacionou de forma significativa com a objeção. O que se apresentou estar associado a maior recusa foi uma maior frequência em cultos religiosos e uma alta motivação religiosa pela escala de Hoge, demonstrando que é a franqueza das crenças e o nível de religiosidade que influencia o profissional na recusa ao abortamento

previsto em lei. Na análise citada anteriormente com 1.114 estudantes de medicina do Piauí, notou-se um comportamento divergente, em que apenas o fato de seguir uma religião impactou na maior recusa ao procedimento, mas não foi realizada uma graduação da religiosidade <sup>61</sup>.

Devido a forma como o abortamento legal é negligenciado por questões religiosas, pressões sociais externas e econômicas, sua ampliação ainda apresenta dificuldades de aprovação <sup>35</sup>. Numa revisão sistemática que avaliou as questões legais envolvendo o abortamento legal no Brasil entre os anos de 2008-2018, houve uma baixa adesão entre estudantes de medicina de diferentes estados a essa ampliação, principalmente no caso de legalização irrestrita, ou seja, e percentuais menores relacionados a causas médicas e de violência sexual <sup>67</sup>. Também foi notado nesse estudo uma recusa a ampliação que variou de acordo com a situação, sendo menor em casos de qualquer malformação grave e expressivamente maior quando se trata da liberdade irrestrita, confirmando a baixa concordância descrita na literatura citada anteriormente.

A motivação religiosa também esteve relacionada a maior recusa a ampliação do abortamento legal, apresentando menor flexibilidade quando se trata desse assunto. Observou-se uma associação significativa entre ter uma religião, maior frequência em cultos religiosos e apresentar alta motivação religiosa pela Escala Hoge com uma recusa na ampliação em todas as situações de abortamento, ou seja, quando for o desejo da mulher. Na revisão sistemática citada anteriormente, também foi comprovada uma associação significativa de variáveis religiosas com posições mais restritas do permissivo legal ao abortamento <sup>48</sup>.

No caso de violência sexual, a legislação brasileira é bem clara em relação a abordagem das vítimas nos serviços de saúde: o art. 128, II, do Código Penal defende o direito ao abortamento apenas com o consentimento da mulher, ou se incapaz, de seu representante legal, dispensando outros documentos judiciais, e deve ser fornecida uma assistência integral às vítimas <sup>68</sup>. No entanto, em uma análise que avaliou os serviços de abortamento em Minas Gerais, constatou-se que 83,3% deles não atenderam ao desejo das pacientes, mesmo sendo direito a realização do procedimento previsto em lei <sup>59</sup>. Nesse estudo, a objeção de consciência ao abortamento legal no caso de violência sexual, esteve presente em 19,6% da amostra, evidenciando um menor percentual nos níveis de recusa quando comparado ao estudo citado anteriormente. No entanto, ainda consiste em um dado preocupante, pois uma mulher que solicita o procedimento, apresenta o risco de ter seu pedido negado, trazendo importantes repercussões para sua saúde.

Em um estudo realizado em 2014 com médicos filiados a maior organização médica de ginecologia-obstetrícia do Brasil, 81,6% dos profissionais relataram necessidade de documentos que não exigidos pela lei e apenas 13,7% declararam que apenas a palavra da

mulher seria necessária<sup>57</sup>. Já entre os médicos da amostra estudada, 41,2% afirmaram que nenhum documento necessário para realização do procedimento. Logo, nota-se que há um cumprimento da lei por menos da metade da amostra e presença de um acesso dificultado por exigência de documentos desnecessários, fato que reflete o despreparo desses profissionais para abordar as vítimas de violência sexual, assim como foi comprovado no outro estudo descrito<sup>69</sup>. Como consequência, a mulher que já se encontra em uma situação de fragilidade é exposta a julgamentos por ter sua palavra contestada<sup>14,70</sup>.

A falta de conhecimento não está presente apenas em relação aos documentos necessários para realização do abortamento em casos de violência sexual, nos próprios deveres éticos relacionados a objeção de consciência, há uma desinformação evidente. Sabe-se que é obrigação do médico que se declara como objetor, descrever o motivo pelo qual não irá realizar o procedimento, mostrar todas as opções de tratamento disponíveis e encaminhar o paciente para outro profissional que concorde em realizá-lo<sup>17</sup>. No entanto, nesse estudo, houve uma parcela de recusa aos deveres éticos necessários e com percentuais semelhantes a outros estudos realizados com acadêmicos de medicina em 2018 e médicos em 2005<sup>58,62</sup>. Além disso, um pouco mais da metade da amostra afirmou que não realizaria o procedimento na eventualidade de não haver outro médico disponível, sendo um descumprimento que confere risco de vida a paciente em casos de emergência ou busca por formas ilegais após ter o pedido de abortamento legal negado.

Pouco mais de metade da amostra, o serem questionados sobre a abordagem da objeção de consciência, quase metade dos participantes informaram que em nenhum momento de sua formação médica houve algum debate sobre o tema, o que contribui para uma aplicação indevida na prática ou até no conhecimento da lei existente. No estudo realizado com médicos do México e Bolívia em 2021, por exemplo, foi notado que existe um desconhecimento generalizado sobre a regulamentação do exercício da objeção de consciência em seus países, fato apontado como uma das causas para a não realização do aborto, pois relatavam insegurança e medo de possíveis consequências legais<sup>35</sup>. A abordagem desde o período acadêmico poderia capacitar esses médicos quanto as situações em que é possível ser objetor e como se portar de forma adequada perante recusa. A eficácia dessa familiarização com o assunto foi comprovada em um estudo que avaliou uma intervenção dinâmica para discussão do tema e se relacionou com uma redução significativa da objeção de consciência e mudança de opinião sobre a necessidade de cumprimento dos deveres éticos por profissionais que se declaram objetores<sup>71</sup>.

Entende-se que objeção de consciência não precisa ser extinta, pois está ligada aos valores individuais de cada um, deve ser considerada, portanto, uma condição pontual em situações cabíveis a aplicação <sup>13,51,56</sup>. Logo, para haver um equilíbrio entre a prática da objeção e o acesso adequado ao aborto legal é necessário que os profissionais conheçam como se portar diante da objeção e que o serviço tenha outros provedores não objetores disponíveis ou obrigue encaminhamentos quando não houver <sup>63</sup>. Dessa forma, os direitos de ambas as partes poderão ser concedidos sem ferir valores individuais ou interferir nos direitos reprodutivos das mulheres, reduzindo a recorrência aos meios ilegais considerados mais rápidos e “confiáveis”. Embora a objeção de consciência ao abortamento legal seja um tema polêmico e muito discutido atualmente, são poucos os estudos que descrevem a prevalência de médicos objetores ao abortamento legal, a maioria envolvia profissionais da saúde como um todo ou estudantes de medicina. Os poucos existentes ainda relataram uma dificuldade em descrever de forma clara e objetiva, já que, na prática, a recusa é subjetiva, declarada informalmente e sem respeitar todos os critérios estabelecidos pela lei. Por isso, registros escritos também são necessários para que a própria instituição crie uma logística de funções e turnos de acordo com a presença de objeção <sup>63</sup>. Apresentando essas informações, não só a instituição, mas estudos nacionais e internacionais poderão estar cientes sobre a situação da objeção de consciência em diversos âmbitos, intervindo quando necessário.

## 7 CONCLUSÃO

A objeção de consciência ao abortamento previsto em lei é um direito individual, no entanto, é indiscutível que, se mal aplicada, pode comprometer os direitos reprodutivos da mulher. Nessa análise, percebe-se objeção de consciência em cada uma das situações de abortamento legal entre quase 20% dos médicos participantes. O alto nível de religiosidade esteve relacionado a maior recusa tanto ao abortamento legal, quanto a sua ampliação. Além disso, foi notado descumprimento e desinformação dos deveres éticos impostos ao médico objetor, confirmando a aplicação inadequada na prática e prejuízos no atendimento da mulher que solicita o serviço. Diante da análise da prevalência da objeção de consciência na amostra estudada, entende-se sua importância para compreender a magnitude da situação e como o serviço pode elaborar uma logística para aplicação correta. Dessa forma, abordar o assunto desde a formação acadêmica iria trazer maior familiarização com o tema e possível mudança de opiniões. Além disso, a capacitação dos profissionais no serviço quanto as obrigações do médico objetor, é fundamental para que não haja uma recusa desordenada ou que a mulher tenha seu pedido concedido mesmo na presença de um objetor.



## REFERÊNCIAS

1. Shanawani H. The Challenges of Conscientious Objection in Health care. *Journal of Religion and Health*. 2016;55(2):384–93.
2. LaFollette E, LaFollette H. Private conscience, public acts. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(5):249–54.
3. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;216:254–8.
4. Adesse L, Jannotti CB, da Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: Uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016;21(12):3819–32.
5. Nahar S, Mengo C. Cultural roadblocks on women’s reproductive health rights: a qualitative interpretive meta-synthesis from South Asia and Sub-Saharan Africa. *Health Care for Women International*. 2019;40(7–9):931–49.
6. Shaw D. Abortion and human rights. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2010;24(5):633–46.
7. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;123(SUPPL.3):S41–56.
8. Matters RH. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. *Reproductive Health Matters*. 2012;20(39):205–7.
9. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women’s human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013;123(SUPPL.3):S63–5.
10. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what, and why? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2008;29(3):187–200.
11. Wicclair MR. Professional Obligations. 2019;62(3):543–59.
12. Weiner RJ. Conscientious Objection: A Talmudic Paradigm Shift. *Journal of Religion and Health*. 2020;59(2):639–50.
13. Saad TC. Conscientious Objection and Clinical Judgement: The Right to Refuse to Harm. *New Bioethics*. 2019;25(3):248–61.
14. Branco JG de O, Brilhante AVM, Vieira LJE de S, Manso AG. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cadernos de saude publica*. 2020;36Suppl 1:e00038219.
15. Harris LF, Halpern J, Prata N, Chavkin W, Gerds C. Conscientious objection to abortion provision: Why context matters. *Global Public Health*. 2018;13(5):556–66.

16. Marshall P, Zúñiga Y. The overprotection of conscientious objection in Chile's abortion regulation. *Developing World Bioethics*. 2020;28(October):1–5.
17. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics*. 2012;38(1):18–21.
18. Clarke S. Two Concepts of Conscience and their Implications for Conscience-Based Refusal in Healthcare. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2017;26(1):97–108.
19. Hughes JA. Conscientious objection in healthcare: Why tribunals might be the answer. *Journal of Medical Ethics*. 2017;43(4):213–7.
20. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;99(4):679–80.
21. Nordberg EMK, Skirbekk H, Magelssen M. Conscientious objection to referrals for abortion: Pragmatic solution or threat to women's rights? *BMC Medical Ethics*. 2014;15(1):1–9.
22. Wado YD. Women's autonomy and reproductive health-care-seeking behavior in Ethiopia. *Women and Health*. 2018;58(7):729–43.
23. Ministerio da saude. *Saúde Das Mulheres Saúde Das Mulheres*. 2016. 230 p.
24. WHO. *Sexual health, human rights and the law*. Share-Net International. 2017;
25. Sell SE, dos Santos EKA, Velho MB, Erdmann AL, Rodriguez M de JH. Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2015;49(3):495–501.
26. de Almeida N, Teixeira A, Capoco Sachiteque A, Molina JR, dos Prazeres Tavares H, Ramalho C. Characterisation of induced abortion and consequences to women's health at Hospital Central do Huambo–Angola. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020;40(4):558–63.
27. Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(2).
28. Burtscher D, Schulte-Hillen C, Saint-Sauveur JF, De Plecker E, Nair M, Arsenijević J. “Better dead than being mocked”: an anthropological study on perceptions and attitudes towards unwanted pregnancy and abortion in the Democratic Republic of Congo. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020;28(1):441–55.
29. Stotland NL. *Reproductive Rights and Women's Mental Health*. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(2):335–50.
30. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: An assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reproductive Health*. 2019;16(1):1–15.

31. Murray Horwitz ME, Ross-Degnan D, Pace LE. Contraceptive initiation among women in the United States: Timing, methods used, and pregnancy outcomes. *Pediatrics*. 2019;143(2).
32. Maria S, Leal C. Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersectorial. 2020;73(4):1–8.
33. McCloskey LA. The effects of gender-based violence on women’s unwanted pregnancy and abortion. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2016;89(2):153–9.
34. Ortiz-Millán G, Kissling F. Bioethics training in reproductive health in Mexico. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2020;151(2):308–13.
35. Küng SA, Wilkins JD, de León FD, Huaraz F, Pearson E. “We don’t want problems”: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia. *Reproductive Health* [Internet]. 2021;18(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>
36. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*. 2020;8(9):e1152–61.
37. Bastos R. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª. Vol. 1, Inicia.com. 2006. 123 p.
38. Rowlands S. Abortion Care. *Abortion Care*. 2014. 1–266 p.
39. Reprodutivos D. Reprodutivos divulga mapa atualizado da legislação sobre aborto no mundo. 2013;
40. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE. *Deip.Pdf*. 2006;(October).
41. Lavelanet AF, Johnson BR, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2020;62(xxxx):25–35.
42. Faúndes A, Miranda L. “Ethics surrounding the provision of abortion care.” *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2017;43:50–7.
43. Dickens BM. Post-abortion care: Ethical and legal duties. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2019;147(2):273–8.
44. Chemlal S, Russo G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Women’s Health*. 2019;19(1):1–11.
45. Susheela Singh. Lisa Remez. Gilda Sedgh .Lorraine Kwok. Tsuyoshi Onda. Uneven Progress and Unequal Access. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* is available online at, visit <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. 2017;1–68.

46. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal M do C, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de saude publica.* 2020;36Suppl 1:e00190418.
47. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Decriminalization of self-induced abortion: position statement [Internet]. 2017. Available from: <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/position-statements/2017/decriminalization-of-self-induced-abortion>
48. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal M do C, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de saude publica.* 2020;36Suppl 1:e00189718.
49. World Health Organization. Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception. 2015;81.
50. World Health Organization. Safe abortion Clinical practice handbook for. Who. 2012;64.
51. Autorino T, Mattioli F, Mencarini L. The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research* [Internet]. 2020;87(April 2019):102403. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>
52. Rodger D, Blackshaw BP. Quotas: Enabling Conscientious Objection to Coexist with Abortion Access. *Health Care Analysis.* 2020;(0123456789).
53. McConnell D, Card RF. Public reason in justifications of conscientious objection in health care. *Bioethics.* 2019;33(5):625–32.
54. Buzanello JC. Objeção de consciência: uma questão constitucional. *Brasília.* 2001;38(152):173–82.
55. *Medicina OCFDE. Diário oficial da união.* 2021;16–7.
56. Uberoi D, Galli B. A RECUSA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA POR MOTIVO DE CONSCIÊNCIA NA AMÉRICA LATINA. :105–16.
57. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters* [Internet]. 2014;22(43):141–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6)
58. Schwarz EB, Luetkemeyer A, Foster DG, Weitz TA, Lindes D, Stewart FH. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists. *Women's Health Issues.* 2005;15(1):39–44.
59. Mendes RWM, Francisco AMC, Tostes CBDS, Reis J dos, von Atzingen AC. Conscientious Objection to Legal Abortion in Minas Gerais State. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* 2020;42(11):746–51.
60. Oliveira Da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.* 2009;14(4):245–8.
61. Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2016 Mar;40(1):86–92.

62. Darzé OISP, Barroso Júnior U. Prevalence, Attitudes, and Factors Motivating Conscientious Objection toward Reproductive Health among Medical Students. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2018;40(10):599–605.
63. Wheeler SB, Zullig LL, Reeve BB, Buga GA, Morroni C. Attitudes and intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2012;38(3):154–63.
64. Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Regulation of conscientious objection to abortion: An international comparative multiple-case study. *Health and Human Rights*. 2017;19(1):55–68.
65. Publishing B. Validated Intrinsic Scale \* Religious Motivation. 2012;11(4):369–76.
66. Schuklenk U, Smalling R. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. *Journal of Medical Ethics*. 2017 Apr 1;43(4):234–40.
67. Rosana G, Benute G, Nonnenmacher D, Mieko Yamamoto Nomura R, Cristina Souza De Lucia M, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher.
68. Violência Sexual e o direito à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei [Internet]. 2018 [cited 2022 May 7]. Available from: <https://www.mprs.mp.br/media/areas/imprensa/arquivos/cartviolenciasexual.pdf>
69. Rocha J, Cruz J, Ferreira A, Dora D. O direito de saber: Acesso a informação e aborto legal no Brasil. [Internet]. 2021 [cited 2022 May 7]. Available from: <https://catarinas.info/o-direito-de-saber-acesso-a-informacao-e-aborto-legal-no-brasil/#>:
70. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016 Feb 1;21(2):563–72.
71. Darze OISP, Barroso Júnior U. Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018 Dec;42(4):155–64.

## APÊNDICE A

### Questionário

1. **Sexo:**  Masculino;  Feminino;  Outro.

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Raça:**  Branca;  Não branca.

4. **Estado civil:**  Solteiro;  Casado;  Outro.

5. **Religião:**  Católica;  Hindu;  Evangélica;  Espírita;  Budista;  Judaica;

Islã;  Messiânica;  T. de Jeová;  Candomblé;  Outra;  Nenhuma;

Agnóstica.

6. **Tempo de formatura:**  < 5 anos;  entre 5 e 10 anos;  > 10 anos.

7. **Graduação:**  Médico;  Especialista;  Mestrado;  Doutorado;  Outro;

8. **Frequência em cultos religiosos:**  Nunca;  1 vez ao mês;   $\geq 2$  vezes ao mês.

9. **Minhas crenças religiosas influenciam todos os aspectos da minha vida:**

V  F

10. **Me esforço ao máximo para viver de acordo com minha religião:**

V  F

11. **Assinale a (s) situação (s) que concordaria com a ampliação do permissivo legal ao abortamento:**

Presença de qualquer malformação grave;

Gestações em mulheres com distúrbio psiquiátrico grave – esquizofrenia, retardo mental;

Quando for o desejo da mulher;

Não concordo em nenhuma situação.

12. **Atendendo uma jovem de 15 anos, na 8ª semana de gestação, acompanhada de sua genitora e informando que engravidou de um ato de violência sexual. Solicitam a realização do abortamento previsto em lei. Realizaria o procedimento?**

Sim.  Não.

13. **Uma jovem de 23 anos, ainda no 1º trimestre de gestação, portadora de uma cardiopatia congênita grave, é encaminhada por seu cardiologista com a solicitação de abortamento legal por importante agravo a sua saúde, imposta pela gravidez. Realizaria o procedimento?**

Sim.  Não.

14. **Um casal se apresenta, trazendo um laudo ultrassonográfico de uma gravidez de 16 semanas, feto sem calota craniana e laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico. Solicitam a interrupção da gravidez. Realizaria o procedimento?**

Sim.  Não.

**15. O médico deve descrever claramente ao paciente o motivo pelo qual opõe-se ao abortamento previsto em lei?**

Sim.  Indeciso.  Não.

**16. O médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente, incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?**

Sim.  Indeciso.  Não.

**17. Será que o médico objetor tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado?**

Sim.  Indeciso.  Não.

**18. Na eventualidade de não haver outro médico disponível este deverá realizar o procedimento solicitado.**

Sim.  Indeciso.  Não.

**19. De acordo com sua opinião pessoal, a mulher que provoca um abortamento ilegal deve cumprir pena como de acordo com o Código Penal do Brasil?**

Sim.  Não.

**20. Assinale os documentos necessários para a realização do abortamento no caso de violência sexual.**

Boletim de ocorrência;

Laudo de exame de corpo delito;

Consentimento pós-informado;

Nenhum ;

**21. Durante algum momento da sua formação foi abordado o tema Objeção de Consciência ?**

Sim.  Não.

## ANEXO A

## Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Objeção de Consciência ao abortamento previsto em lei

**Pesquisador:** Omar Ismail Santos Pereira Darzé

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43120621.0.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.719.689

**Apresentação do Projeto:**

"Esse será um estudo transversal de caráter descritivo analítico, tendo como principal objetivo descrever o conhecimento, a prevalência e fatores determinantes da objeção de consciência entre médicos do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) frente ao abortamento legal."

"Trata-se de um estudo de corte transversal com caráter descritivo e analítico formado por 150 participantes, sendo esses médicos que compõem o corpo clínico do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), na cidade de Salvador-BA, Brasil. Os médicos serão incluídos de forma consecutiva, ou seja, de forma não intencional quando estejam exercendo suas atividades no IPERBA. Os que concordarem a participar do projeto e, após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, responderão a um questionário, autoaplicável, não identificado e com tempo livre para as respostas, que será depositado em uma lacrada. Aqueles que se recusaram a participar do projeto, serão excluídos. As seguintes variáveis independentes serão consideradas: idade, raça (autodeclarada), possuir uma crença religiosa, gênero, frequência em cultos religiosos, grau de religiosidade, além de conhecimentos sobre o tema."

**Crítérios de inclusão:** Serão incluídos os Médicos do corpo clínico do Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), de forma consecutiva, ou seja, de forma não intencional quando estejam exercendo suas atividades no IPERBA. Os que concordarem em participar do projeto deverão assinar o Termo

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.265-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br





Continuação do Parecer: 4.719.689

de Consentimento Livre e Esclarecido.”

“Critério de Exclusão: Serão excluídos do estudo aqueles médicos que se recusarem a participar da pesquisa”.

**Objetivo da Pesquisa:**

“Objetivo Primário: Descrever a prevalência da objeção de consciência entre médicos frente ao abortamento legal.”

“Objetivo Secundário: Identificar os preditores a objeção de consciência ao abortamento legal. Identificar a concordância dos médicos com a ampliação do permissivo legal ao abortamento. Avaliar os conhecimentos dos médicos quanto a postura ética do médico objetor. Avaliar o conhecimento dos médicos quanto as questões legais do abortamento previsto em lei.”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

“Riscos: Ao serem questionados sobre seus valores religiosos, vida pessoal e posturas na prática médica, esses profissionais podem se sentir constrangidos ou que sua privacidade esteja sendo invadida. A utilização de um questionário autoaplicável e de uma urna lacrada foi preconizada com o objetivo de tornar mais seguro a privacidade dos participantes e evitar tais situações.”

“Benefícios: A partir dos dados obtidos, será possível descrever a prevalência da objeção de consciência frente ao abortamento legal, os fatores que a impulsionam, sua abordagem durante período de formação e conhecimento médico sobre questões legais que envolvem o abortamento previsto em lei. Dessa forma, entendendo como a situação está presente na prática médica e deficiências existentes, poderá então minimizar os prejuízos para as pacientes que precisam realizar o procedimento. O reconhecimento de um déficit na formação sobre Objeção de Consciência e os deveres éticos envolvidos, permite que haja uma ampliação no ensino médico para que esses profissionais apliquem o processo envolvido de forma adequada sem nenhum tipo de julgamento sob a saúde reprodutiva da mulher. Logo, dentre os benefícios diretos aos participantes, tem-se a possibilidade de se ter um diagnóstico da recusa no abortamento previsto em lei e do conhecimento ou não da correta postura do médico objetor, o que pode justificar a promoção de ações educativas sobre o tema visando a proteção ética do profissional e melhores cuidados quanto a saúde da mulher.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA <b>Município:</b> SALVADOR	
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



Continuação do Parecer: 4.719.689

O tema é relevante e de evidente interesse social. Os frutos da pesquisa poderão reverberar na melhoria do serviço e concepção de cursos de formação e atualização aos profissionais e comunidade médica em geral.

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

Todos os termos obrigatórios foram juntados.

**Recomendações:**

1. As recomendações efetuadas no parecer anterior foram atendidas, a saber:

- a) Critério de exclusão ajustado diante do direito de retirada.
- b) Esclarecido que o número de participantes indicado corresponde ao número de profissionais da medicina que compõem o corpo clínico da instituição.
- c) Fonte do TCLE ajustada para melhor leitura e compreensão.

2. Após a leitura da última versão da pesquisa, recomenda-se:

- 2.1 No TCLE, explicitar que o vazamento de dados é um risco existente de forma explícita;
- 2.2 No cronograma, indicar apenas o mês de outubro como momento de envio do relatório parcial.

Atenção, no TCLE, ao seguinte trecho: "Entre os riscos e incômodos identificados, existe a possibilidade de constrangimento pela abordagem do tema religião, porém tem a garantia de que este não será o objeto de discussão sendo tratada apenas no questionário não identificado". Isso inviabiliza o compartilhamento dos dados a respeito em uma futura publicação científica. Se essa consequência não for desejada, recomenda-se o alinhamento da passagem sobre os riscos ao quanto indicado no projeto de pesquisa.

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

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 4612364 foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.719.689

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1681575.pdf	02/04/2021 23:26:27		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	RESPOSTAS_A_PENDENCIAS.pdf	02/04/2021 23:22:29	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	02/04/2021 23:20:27	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	02/04/2021 23:20:09	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
Declaração de concordância	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	10/02/2021 20:34:02	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/01/2021 01:29:44	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 18 de Maio de 2021

---

Assinado por:  
Roseny Ferreira  
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

**TÍTULO DO ESTUDO:** OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Omar Ismail Santos Pereira Darzé

**INSTITUIÇÃO:** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

**ENDEREÇO:** Av. Dom João VI, n 275, Brotas. CEP: 40290-000

**TELEFONE:** (71) 32768200

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo de pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda a finalidade da pesquisa e o que ela envolve. Por favor, dedique um tempo para ler cuidadosamente as seguintes informações. Nos pergunte se houver qualquer coisa que não está clara ou se você precisar de mais detalhes. Utilize o tempo que for necessário para decidir se deseja participar ou não. Este trabalho científico tem como objetivos avaliar os conhecimentos sobre a objeção de consciência ao abortamento previsto em lei, fatores que possam justificar a recusa ao procedimento e sua concordância ou não em ampliar o permissivo legal ao abortamento em uma amostra de médicos que atuam no Instituto de Perinatologia da Bahia. Caso concorde, lhe será entregue um questionário autoaplicável e não identificado, incluindo informações demográficas, religiosidade, conhecimentos gerais sobre o tema, se realizaria o procedimento nas situações justificadas por lei, e sua concordância ou não em ampliar o permissivo legal ao abortamento. Terá tempo livre para as respostas e após o preenchimento o questionário será depositado em uma urna lacrada garantindo assim o sigilo das informações. A urna será aberta após se alcançar a amostra pretendida e nesse momento os dados serão coletados. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas confidenciais e mantidas em arquivo físico ou digital, sob guarda do pesquisador, por um período de 5 anos após o término do projeto. Caso os resultados deste estudo sejam publicados, não haverá qualquer informação ou dado que possa identificá-lo (a). Os regulamentos nacionais e internacionais fornecem proteção para sua privacidade, segurança e acesso autorizado. Exceto pelo nome neste documento, que também é confidencial, você não será identificado (a) por número de RG ou CPF, endereço, número de telefone ou qualquer outro dado. Um benefício direto da sua participação neste projeto será a possibilidade de se ter um diagnóstico da recusa no abortamento previsto em lei e do conhecimento ou não da correta postura do médico objetor, o que pode justificar a promoção de ações educativas sobre o tema visando a proteção ética do profissional e melhores cuidados quanto a saúde da mulher. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. Entre os riscos e incômodos identificados, existe a possibilidade de constrangimento pela abordagem do tema religião, porém tem a garantia de que este não será o objeto de discussão sendo tratada apenas no questionário não identificado. A decisão de participar deste estudo é totalmente voluntária. Uma vez que decidir participar, você tem o direito de desistir a qualquer momento sem necessidade de justificar seus motivos.

Se houver qualquer problema ou dúvidas quanto a sua participação no estudo, entre em contato com o pesquisador responsável, Omar Ismail Santos Pereira Darzé, no telefone: (71) 981329946. E-mail: [omardarze@bahiana.edu.br](mailto:omardarze@bahiana.edu.br). Endereço: Rua Bicuíba n 1291 Patamares Salvador Bahia Brasil CEP: 41680-050. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FBDC. Endereço - Av. D. João VI, 274 – Brotas - Salvador – BA - CEP: 40290-000. Tel: 71-32768225 E-mail: [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br). Eu confirmo que li e compreendi a descrição do estudo “OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA AO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI “, e o discuti com o pesquisador responsável até estar satisfeito (a). Compreendo que a participação no estudo é totalmente voluntária. Estou ciente do propósito, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios do estudo, e isso me torna apto (a) a participar do mesmo. Estou também ciente de que posso desistir de participar do estudo a qualquer momento. Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa que aplicou o consentimento: \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que aplicou o consentimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_