

O ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL: UMA ANÁLISE DA INTERSECÇÃO ENTRE DIREITO E MEDICINA NA EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GRANDE VITÓRIA-ES

MACHADO, Igor Suzano
Doutor em Sociologia (IESP-
UERJ). Professor (UFES).
igorsuzano@gmail.com
orcid.org/0000-0003-4843-9664



VELLOSO, Paula Pimenta
Doutora em Ciências Sociais
(PPGCIS/PUC-Rio). Professora
(UFSC). Pesquisadora
(INCT/InEAC).
paula.pimenta@ufsc.br
orcid.org/0000-0002-6387-0308



.....

Submetido em: 12/12/2024
Aceito em: 23/06/2025

Resumo

O presente trabalho trata o aborto como um problema social e o analisa sociologicamente, sob um prisma metodológico qualitativo, tendo como *corpus* entrevistas com profissionais de saúde que atuam na Grande Vitória – ES sobre como o aborto é regulado no Brasil e suas experiências com o tema. As entrevistas mostram que os diferentes casos de aborto possuem diferentes processamentos nas instituições médicas e jurídicas, com diferentes interfaces e interobjetividades entre os mundos do direito e da medicina e que a margem de liberdade de ação dos profissionais de saúde afetará qualquer alteração que as regras sobre aborto no país venham a sofrer.

Palavras-chave

aborto; direito; saúde; objeção de consciência; interobjetividade.

ABORTION AS SOCIAL PROBLEM: AN ANALYSIS OF THE INTERSECCION BETWEEN LAW AND MEDICINE IN THE EXPERIENCE OF HEALTH PROFESSIONALS IN GRANDE VITÓRIA-ES

Abstract

The present work treats abortion as a social problem and analyzes it sociologically, from a qualitative methodological perspective, using as its *corpus* interviews with health professionals who work in Grande Vitória – ES about how abortion is regulated in Brazil and their experiences with the topic. The interviews show that different cases of abortion undergo different processing in medical and legal institutions, with different interfaces and interobjectivities between the worlds of law and medicine and that the margin of freedom of action of health professionals will affect any change that the rules on abortion in the country will suffer.

Keywords

abortion; law; health; conscientious objection; interobjectivity.

1 INTRODUÇÃO: O ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL

Há cerca de 4 anos, em agosto de 2020, o Brasil acompanhou o drama de uma menina de 10 anos, estuprada pelo tio em São Mateus, Espírito Santo¹. O caso ganhou repercussão devido à criança, mesmo contando com respaldo jurídico de que sua situação se encaixava nos casos de aborto legal², não ter conseguido interromper de imediato a gravidez decorrente do estupro. Ela chegou a ser internada no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), também conhecido como Hospital das Clínicas – hospital de referência na interrupção legal de gravidez no ES, mas a equipe do programa de atendimento às vítimas de violência sexual – Pavivis – se recusou a realizar o procedimento alegando que este não seria mais possível, dada a idade gestacional avançada do feto (que já contava com mais de 22 semanas)³. A repercussão do ocorrido se ampliou com a investida de militantes de extrema direita sobre o caso, inclusive com divulgação de dados da criança nas redes sociais⁴. A interrupção da gravidez só foi possível quando a vítima do estupro foi encaminhada a hospital no Recife⁵.

Mais recentemente, caso semelhante chamou a atenção da opinião pública, quando promotora e juíza insinuaram a outra criança vítima de estupro que ela aguentasse “mais um pouquinho”, levando a gestação a cabo, em vez de realizar a interrupção imediata da

¹ Cumpre ressaltar que a pesquisa que serve de base para a confecção do presente artigo contou com o suporte de MCTIC/CNPq (Chamada Universal), processo nº 433500/2018-2.

² Gostaríamos de agradecer à bolsista de iniciação científica Maria Clara Tauceda Branco pela contribuição na coleta dos dados da pesquisa.

³ Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/08/08/menina-de-10-anos-engravidada-depois-de-ser-estuprada-em-sao-mateus-es.ghtml>. Acesso em: 1 ago. 2022.

⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/08/19/mp-es-vai-a-justica-para-que-sara-giromini-pague-r-13-milhao-por-divulgar-dados-de-crianca-estuprada.ghtml>. Acesso em: 1 ago. 2022.

⁵ Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2020/08/16/menina-que-engravidou-apos-ser-estuprada-deixa-o-es-para-interromper-gravidez-em-outro-estado.ghtml>. Acesso em: 1 ago. 2022

gravidez⁶. Outro caso recente, de menor repercussão, mas que também chama atenção para as construções ambíguas dos discursos médicos e jurídicos sobre abortamento é um caso em que a gestante perdeu o bebê em uma tentativa de suicídio e foi enquadrada pelo Ministério Público como cometidora de crime de aborto, já que, ao tentar suicídio, teria assumido o risco de tirar a vida do feto que estava gestando⁷. Segundo matéria da Folha de São Paulo, o país registrou, nos últimos anos, uma média anual de 400 novos processos judiciais relativos a autoaborto (art. 124 do código penal brasileiro) ou aborto consentido (artigo 126 do mesmo código)⁸.

No florescer da Sociologia como disciplina acadêmica, enquanto Durkheim, na França, dizia que objeto de estudo da nova ciência deveria ser o “fato social” e Weber, na Alemanha, dizia que este objeto deveria ser a “ação social”, um congênere americano destes intelectuais europeus vaticinava que o objeto da nascente Sociologia deveria ser os “problemas sociais”. Trata-se de W.E.B Du Bois, especialmente interessado nos problemas sociais vivenciados pelo povo negro nos Estados Unidos. Cumpre notar que Du Bois, com esta perspectiva teórica, tinha em mente estudar o “problema do negro” no Estados Unidos, invertendo a lógica subjacente ao tratamento que era comumente dado ao tema. Nesta forma tradicional de enfrentar a temática, o negro em si era o problema. O que Du Bois contra-argumentava é que o negro norte-americano, na verdade, sofria o problema de ser limitado por seu entorno sociológico. Em sentido semelhante, o problema do aborto, tal como abordado aqui, não trata o aborto como o problema, e sim as conformações sociológicas que o tornam, aos olhos do público, um problema⁹. Isto é, sendo o aborto um

⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/20/juiza-sc-aborto-crianca-11-anos-estuprada.ghtml>. Acesso em: 1 ago. 2022.

⁷ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2022/08/ministerio-publico-denuncia-mulher-por-sofrer-aborto-apos-tentativa-de-suicidio.shtml>. Acesso em: 1 ago. 2022.

⁸ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/processos-contras-mulheres-que-fazem-aborto-tem-provas-frageis-e-preconceito.shtml>. Acesso em: 1 ago. 2022.

⁹ Nesse sentido ver DU BOIS, W. E. B. *The study of the Negro Problems* (1898), disponível em: www.webdubois.org.

problema social, não pode ser tratado como um problema individual, ou de apenas um grupo de mulheres (Brown, 2020).

Os dados e casos apresentados no começo do trabalho, nos quais vítimas de estupros ou de problemas de saúde mental são vitimizadas mais uma vez por estruturas médicas e jurídicas que tratam essas meninas e mulheres como corpos exclusivamente voltados para a gestação desprovidos de dignidade própria, mostram como a criminalização do aborto é um problema social no Brasil¹⁰. Essa criminalização não faz com que abortos sejam um fato raro no país. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, “os números de mulheres que declaram ter realizado aborto na vida são eloquentes: em termos aproximados, aos 40 anos, quase uma em cada cinco das mulheres brasileiras fez um aborto” (Diniz, 2016). E isso mesmo diante de uma realidade em que complicações na prática de aborto ainda vitimam muitas mulheres, em especial mulheres negras, abaixo dos 14 ou acima dos 40 anos, tendo sido contabilizados entre 2006 e 2015 cerca de 440 óbitos ocasionados por aborto inseguro no Brasil (Cardoso, 2020). Tendo isso em vista, a presente pesquisa encarou tal problema, voltando-se para a percepção de um conjunto de profissionais de saúde sobre a regulação jurídica das práticas abortivas no país. Com isso, objetivou-se entender o trajeto de gestantes por instituições médicas e jurídicas até conseguirem, ou não, a interrupção da gravidez.

O delicado objeto de estudo não poderia ser examinado via alguma experimentação ou por acompanhamento *in loco* de eventual caso real. Dessa forma, a pesquisa recorreu a entrevistas qualitativas, com médicos e enfermeiras que atuam ou atuaram em hospitais

¹⁰ Estudando casos específicos de duas meninas argentinas, Nielsson e Delajustine (2019, p. 148) destacam como “mesmo não estando em uma zona de clandestinidade, os dois casos argentinos citados no estudo configuram às meninas que desejavam aborto e tiveram cesáreas, uma condição de vida nua, de não soberania quanto ao seu próprio corpo”, concluindo que essas meninas foram tratadas como “sujeitos apenas a partir de sua capacidade reprodutiva, aplicando uma biopolítica de gênero e desqualificando suas vidas enquanto seres políticos e autônomos”.

públicos da região metropolitana da Grande Vitória¹¹. Apesar de as entrevistas partirem de algumas perguntas pré-concebidas, foram feitas entrevistas apenas semiestruturadas, dando amplo espaço para que os entrevistados pudessem se aprofundar na descrição de suas experiências e percepções sobre o tema. Não se buscou realizar uma análise crítica dos relatos dos entrevistados¹², mas usar o material das entrevistas para uma compreensão mais profunda do contexto que marca a experiência de pacientes que recorreram ao sistema de saúde público capixaba para a realização de um aborto, ou para solucionar problemas decorrentes de um aborto provocado.

Por meio dos relatos, testemunhos e opiniões desses profissionais de saúde, foi possível examinar a postura que o sistema de saúde capixaba tem e pode vir a ter diante de casos de aborto, de acordo com os regramentos jurídicos vigentes e suas possíveis alterações futuras¹³. Para a compreensão sociológica desse entrecruzamento atual e possível entre os universos da saúde e do direito na efetivação do direito ao aborto legal por quem busca o sistema de saúde da Grande Vitória, é, por fim, mobilizada a noção de interobjetividade de Latour e de uso de objetos nas controvérsias, de Boltanski e Thévenot, que auxiliam na conclusão do trabalho, que rearticula as informações dos demais tópicos em suas considerações finais.

¹¹ A região da Grande Vitória é uma região metropolitana que abrange a capital do Espírito Santo, Vitória, suas cidades limítrofes Vila Velha, Serra e Cariacica, além dos municípios próximos de Guarapari, Fundão e Viana, que, por sua vez, fazem limite, respectivamente, com as anteriormente citadas Vila Velha, Serra e Cariacica.

¹² Uma opção metodológica distinta, que também parte de entrevistas qualitativas com profissionais de saúde sobre o tema do aborto, mas realiza sobre este material uma análise crítica de discurso, com o objetivo de desvelamento ideológicos dos agentes entrevistados, pode ser encontrada no trabalho de Branco, Brilhante, Vieira e Manso (2020).

¹³ A pesquisa foi feita em momento delicado para profissionais de saúde capixabas, tendo em vista a vigência da pandemia de COVID-19. Com este complicador extra, para além das diversas polêmicas envolvendo o delicado tema da pesquisa, foram realizadas, virtualmente e de maneira individualizada, 10 entrevistas pelo *Google Meet*. Os entrevistados foram contatados por meio da metodologia de “bola de neve”, com indicações feitas por outros profissionais de saúde e pelos próprios entrevistados. Apesar do baixo número de entrevistados, poder contar com alguns médicos mais experientes fez com que a pesquisa mantivesse grande riqueza de dados, capaz de ilustrar um contexto bastante fidedigno que, conforme veremos, coincide com contextos apontados em trabalhos de natureza semelhante feitos em realidades distintas, como, por exemplo, o estudo de Farias e Cavalcanti (2012) em hospital municipal de São Gonçalo no Rio de Janeiro.

2 O ABORTO, A GESTANTE E SEU ENTORNO DENTRO E FORA DOS HOSPITAIS

A presente pesquisa mostra que uma tipologia do aborto que reflete sua construção legal e jurisprudencial no país é insuficiente para o pleno entendimento de suas nuances sociais, impactando, inclusive, a efetivação de direitos. Ainda que os três casos que excluem a punibilidade do aborto, em tese, tenham o mesmo efeito jurídico, isto é, impedir a punição da gestante e eventual equipe médica que venham a praticá-lo, eles são tratados socialmente de forma muito diferente, inclusive nas possíveis relações entre os universos do direito e da saúde, para não mencionar a posição da família da abortante no atravessamento desses dois mundos. Sendo assim, é importante diferenciar, em sua presença no espaço público, o aborto espontâneo, o aborto provocado (ilegal), o aborto permitido para salvar a vida da mãe, o aborto permitido nos casos de má-formação congênita e o aborto permitido nos casos decorrentes de violência sexual.

As entrevistas feitas nesta pesquisa trazem à tona relatos que explicitam a situação da pessoa que aborta com relação às instituições de saúde e, de forma derivada, com as instituições jurídicas. Contudo, antes de sua entrada nos universos da saúde e do direito, esta pessoa está inserida em um entorno social que varia de acordo com o tipo de aborto de que estamos falando. Sabe-se que vem da formatação desse entorno um dos principais condicionantes para a opção pelo aborto ilegal, decorrente, em geral, ou de pressão de companheiro ou familiar pelo abortamento, ou, no sentido contrário, de falta de suporte desse companheiro ou parentes na tarefa de levar adiante a gravidez e a criação da criança gestada (Tussi, 2010). Figura importante também, nos casos de recurso ao aborto ilegal é a “amiga que já abortou” e é fonte de conhecimento e apoio na tomada e decisão e efetivação do aborto ilegal (Duarte, 2020).

Assim, um dos pontos em que a diferença entre os tipos de aborto aparece é na configuração dos “de fora”. Os abortos espontâneos, assim como os abortos para salvar a

vida da gestante, são, em geral, desprovidos de maior polêmica, seja nos hospitais, seja fora dele. Os outros três tipos, aborto provocado, de anencéfalo e por violência sexual são aqueles que demandam maior aprofundamento em torno de suas polêmicas, e a eles iremos nos dedicar mais pormenorizadamente.

Começando com o caso dos abortos provocados, que seriam ilegais, um dos entrevistados da pesquisa (M8)¹⁴, demarca bem quais seriam suas especificidades, tanto no que tange ao atendimento médico e suas dificuldades, quanto ao que seria o entorno social que acompanha esta paciente. Quanto ao primeiro ponto, ele diz:

M8: Olha, no período de Plantão, em maternidades públicas, realmente fazia parte do cotidiano, sem dúvida alguma, os abortos naturais, né? Os inevitáveis né? E aquele provocado, que chamava de aborto provocado. Esse, essa paciente, como eu te falei, além do constrangimento, medo, entendeu? Tinha também, né, que passar por um assédio, de comentários, né? De servidores daquela maternidade maior, ou menor. Já passava a ser um objeto de curiosidade, que era sempre uma jovem, entendeu? E além da curiosidade, nós vamos falar agora obstetricamente falando, além de psicologicamente, essa paciente pouco conversar, entendeu? Pouco falar. (...) Se ela usou algum medicamento para... tinha que manter esse silêncio, mentir, esconder a origem dessa medicação. Então já começava ali uma verdadeira trama de pouco diálogo, uma paciente ali na, naquela situação... (...) Essa lei do silêncio faz com que a gente tenha dificuldade no diagnóstico, no procedimento, a gente perde até tempo com isso e muitas vezes a gente encontra as lesões na vagina. Lá no fundo da vagina, o uso de comprimidos de permanganato, que há perfurações até comunicando a vagina com o reto e a pessoa não abre mão, então a gente não sabe se foi a perfuração, como a queimadura com a substância cáustica. Isso compromete, e muito, não só o diagnóstico como o tratamento, entendeu?

Especificamente sobre o entorno social dessa paciente, o médico segue em seu depoimento destacando que:

M8: Então esses personagens que estão lá, quem traz esta paciente é sempre uma pessoa que não é do seio familiar. Tá? É uma amiga, uma vizinha que está ali na melhor das intenções para trazê-la. Que os pais estão revoltados e que ali a gente consegue colher mal e porcamente a informação de porque é aquele aborto provocado, né? E como te falei, tem até situações que ficou grávida do patrão,

¹⁴ Para a manutenção do anonimato dos entrevistados, eles serão identificados por letra (M para médicos e E para enfermeiras) e número, e os hospitais a que eles se referirem não terão seus nomes revelados.

entendeu? A história do namorado que não quer assumir. Enfim, um adultério. Às vezes, filho de outra pessoa. E essa pessoa que está lá fora é uma pessoa que não é do seio familiar, é sempre uma acompanhante que também: “eu fiz o favor de trazê-la até aqui. Não sei de nada. Ela estava sangrando muito. E aí eu procurei ajudá-la, arranjei um táxi e trouxemos ela até aqui”. Então a história sempre se repete de não ter um envolvimento direto com a paciente, estava lhe fazendo um favor. (...) Quando é uma situação diferente, quando está ligado a um... ao namorado, aí vem aí a mãe junto, mas a mãe é a última a saber. A menina com medo dos pais descobrirem através de um outro... ou, outro, aquela receita, entendeu? Indicada por uma coleguinha, uma amiguinha... acaba se submetendo à prática do aborto provocado. Então, esses são os personagens, entendeu?

Apesar dos demais médicos insistirem que o tratamento dessas pacientes é sempre de acolhimento, sem julgamento, pois ali ninguém seria juiz (M6) e mesmo um dos médicos ter contado uma experiência de aborto provocado que, em vez de preconceito, gerou uma forte rede de solidariedade e empatia da equipe médica, por ter sido uma paciente que sofreu muito, tinha uma história muito sofrida e permaneceu vários meses no hospital, tendo inclusive comemorado seus 15 anos lá (M4), há outros momentos em que o tratamento discriminatório contra paciente que chega ao hospital após aborto provocado aparece nas falas, principalmente de uma enfermeira entrevistada que, conforme dados da pesquisa, talvez tenha maior conhecimento dos casos por ter um contato mais constante e menos protocolar com a paciente do que os médicos. Segundo essa enfermeira (E1):

E1: É assim, na verdade, eu já peguei pacientes que provocaram aborto, né? Nem tá dentro das leis e tudo mais. Ela, ela mesmo não quis ter a gestação e provocou em casa. Já peguei uma situação dessa. (...) Pela equipe médica de enfermagem ela foi tratada dignamente, né, como paciente qualquer, como uma outra paciente qualquer, só que fica aquele, aquela visão. Uma visão meio, como se pode dizer assim... uma visão... a gente olha um pouco, de forma... aí acaba recriminando um pouco isso, né, o que que ela fez e tudo mais. Mas assim, o tratamento, ela não deixou de ter assistência, que ela deveria, não. (...). Porém, ficou uma visão meio, né, tipo: “aquela ali, ela provocou um aborto”. Acaba que ficando uma visão meio que ruim, né? Perante o paciente.

A mesma médica (M6) que ressaltou que ali ninguém deveria ser juiz, inclusive porque se tratava de serviço prestado pelo hospital de referência na cidade para atendimento de casos de violência sexual, assume que:

M6: Desde que eu era residente aqui já existia esse programa para as pacientes vítimas de violência. Então, o acolhimento de assistente social, de psicóloga e às vezes até de psiquiatra, né, que a gente chama, né, sempre ocorreu. No entanto, nem todos os profissionais que atendem tem a sua mesma consciência. (...) teve outras situações de pessoas que nem são servidores daqui, né, residentes atenderem muito mal, por exemplo. Já teve residente, eu me lembro bem, que quando sabia que tinha que colocar o misoprostol intra-vaginal na paciente, ele chegou a jogar em cima dela e falar: “põe você”. É porque ele achava que essa pessoa estava fazendo uma coisa errada. Ele era o juiz, né? Então ele não era o profissional médico que precisava de fazer o que precisava ser feito. Ele queria julgar. Outras pessoas queriam questionar, entrar, perguntar para a paciente, como é que foi, se foi verdadeiro... Aquele procedimento de violência, porque achava que ela estava mentindo.

Reforçando o ponto, em outro momento da entrevista, o primeiro médico citado (M8), ainda sobre as pacientes de aborto provocado, destacou que, apesar de sua experiência ter sido há um tempo, acredita que é algo comum ainda hoje (o que pode ser corroborado pelo depoimento da enfermeira, bem mais jovem, citado anteriormente), coisas como a que relata nesse trecho de seu depoimento:

M8: Olha, você, tocou num ponto que eu lembro muito bem quando eu dava plantão na maternidade, chegava um caso desse, um aborto provocado. Ele chamava aborto provocado. A discriminação era tão grande, entendeu? E quando ela depois ia para enfermagem, o constrangimento era enorme, as piadinhas dos comentários, entendeu? (...) E aí começa um burburinho, um comentário, uma voz mais alta, a outra com uma frase muito triste, que a gente sempre quando... olha doutora aí, por favor, não repare o comentário que eu vou fazer, com uma frase da época: “olha, para abrir as pernas, você teve coragem, né? Agora aí tá aí toda retraída no canto com a cagada que você fez, não é? E ainda você matou essa criança?” Então eu digo para você que isso aí é uma violência enorme que essa mulher, essa menina mulher, vivia naquela época, entendeu? (...) Então, sem dúvida alguma, nesse ambiente aí sempre vai ter circulando naquele ambiente, uma piadinha, uma frase, um comentário e até mesmo aquelas mais é... extremistas religiosas, chegavam até a cabeceira do leito e falavam, entendeu, como se fosse dar conselho, ou então é proferido palavras que ela será castigada, pagar o pecado que ela cometeu ou coisa parecida. (...) Aí o terror é colocado até chegar a fazer o procedimento e tudo é: “bom, você vai perder seu útero, bem-feito. Olha o que que você fez...” (...) Então isso aí é marcante também na época que eu trabalhava na maternidade e a gente tinha isso aí e eu acredito que isso não muda.

O mesmo médico prossegue descrevendo um quadro distinto, quando se trata de aborto de feto anencéfalo, a começar com o entorno social da paciente que chega ao hospital:

M8: Tivemos essa, essa experiência da malformação, é, anencefalia, que chega até a maternidade. Às vezes acha que entrou na maternidade está com diagnóstico, com ultrassom na mão, tá tudo resolvido, é só internar, botar um remédio, expulsa o feto. Bom, não é bem assim. Mas então essa paciente, quando chega nessa condição, como você colocou, né? Ela já vem de outra forma. Essa vem com os seus familiares. Se é uma malformação congênita toca profundamente os seus familiares. Mãe e irmã, na maioria das vezes, chegam tocadas com aquela situação inusitada, inesperada e ela está gerando o neném com uma certa deformidade e ao mesmo tempo, né? É dando a ela todo o apoio para aquela atitude. Para isso, ela tem total apoio familiar, entendeu? No sentido de querer fazer a interrupção. Daí é o trâmite normal. Como eu te falei, tem um jurídico e vai, mas eu tenho que passar para você essa relação, esse encontro do obstetra com essa paciente, já é uma paciente mais entristecida, mais deprimida, mais melancólica. O sentimento de perda. Entendeu?

Corroborando o que foi dito a respeito do tratamento social ser absolutamente distinto entre as espécies jurídicas de mesmos efeitos do aborto por anencefalia e o aborto por estupro, o mesmo médico, mais uma vez, descreve quadro totalmente diverso ao se referir à paciente que deseja abortar por sua gravidez ser resultante de violência sexual. Apesar de ser hipótese também de aborto legalmente amparado em excludente de ilicitude, o caso termina por se aproximar mais da realidade dos abortos provocados do que dos outros tipos de abortos permitidos:

M8: Essa aí que chega com abuso... primeiro a curiosidade né? Isso aí na equipe inter-profissional, todo mundo quer saber, quer ver, a “rádio-corredor” que a gente fala no hospital, a rádio-corredor logo começa a funcionar. Agora, o tratamento é isolamento. Essa menina vai para o isolamento, não é permitido a circulação de pessoas, de curiosos naquela enfermaria, tá? E imediatamente a equipe, é, de assistente social é acionada para o, para o acolhimento. Mas até chegar a esse ponto, entendeu? Ela sofre um assédio da curiosidade, querer saber da história, quem foi que estuprou, quem foi que abusou, entendeu? Vamos olhar para essa menina, então imagina como essa menina se sente, entendeu? Como objeto de curiosidade. De uma coisa tão vexatória, pecaminosa, ou uma situação proibida em que, acredito eu, coitadinha, ela deva até se sentir culpada, disso aí também, tá? Então, esse tipo de paciente que vem de um abuso, ela vem de uma situação confusa, meio perdida, desorientada, um apoio muito estranho em quem vai levar

ela para poder fazer um procedimento e até mesmo desconhecendo, né? (...) Então esse tipo de paciente, quando vem de um abuso é, além da curiosidade, vem o acolhimento logo em seguida, mas fica aí, dividido justamente os comentários aqui, né? “Será que ela contribuiu para que isso acontecesse? Ah não sei não. Ela está muito grandinha para ser tão bobinha de não saber o que que era sexo para ela”, entendeu? Mas hoje em dia a gente sabe muito bem que você sabe disso. É o temor, né, reverencial de repente, pais, né? Que são padrastró... Temor que ela tem, o temor de tios, primos mais velhos é muito grande, com ameaça até mesmo de pessoas de idade. Você sabe, de abuso, próprios avós fazendo isso com o neto, com netas e netos. Então esse paciente é um paciente diferente, muito diferente.

Portanto, o que as entrevistas mostram é que os cinco tipos de aborto possíveis possuem peculiaridades que influenciam a forma como são tratados. E a mesma diferenciação pode ser notada no que tange às diferentes relações que esses cinco tipos de aborto possuem com as instituições jurídicas, tema a ser desenvolvido a seguir. Primeiramente, por motivos óbvios, o aborto espontâneo é mais restrito ao universo da saúde. Os casos de risco de vida para a mãe também. E, nesses dois casos, não é comum qualquer polêmica por parte do corpo médico na sua realização ou complementação ou tratamento (no caso do aborto espontâneo). Mesmo médicos que se recusam a realizar o procedimento de aborto em outros casos, nesses dois casos não costumam levantar qualquer objeção de consciência¹⁵. É diferente nos outros três tipos. No caso da anencefalia, é muito comum que ocorra como nos casos de aborto espontâneo e risco de vida para a mãe: de médicos para médicos, circula um diagnóstico na forma da lei acompanhado pelo desejo da gestante de interromper a gravidez e geralmente isso basta para que o médico realize o aborto induzido e não é comum a objeção de consciência. Todavia, o caso do aborto

¹⁵ A objeção de consciência é a hipótese do médico se recusar a realizar um procedimento por entender que este procedimento afronta suas crenças e valores pessoais. Segundo Sachetin, Souza e Murgo (2023, p. 2) “A objeção de consciência (*Conscientious Objection*) é definida como o direito de uma pessoa de recusar-se a participar de procedimentos ou atividades que considere incompatíveis com suas crenças, sejam elas de cunho filosófico, ético, religioso ou moral”. Em harmonia a isso, prosseguem as autoras: “o Código de Ética Médica brasileiro descreve ser direito médico “Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Dessa forma, concluem, “a objeção de consciência médica em casos de abortamento implica o direito médico de recusar-se a realizar o procedimento da interrupção voluntária, legal e segura da gravidez”. Falaremos do instituto da objeção de consciência em maior detalhe no tópico seguinte.

de anencéfalo, em primeiro lugar, já é diferente por já se originar em decisão judicial do Supremo Tribunal Federal (STF), ligando as áreas da justiça e da saúde. Em segundo lugar, a aborto de anencéfalo pode ser considerado um tipo de aborto de feto com má-formação, já reconhecido inquestionavelmente como possível pela justiça, mas que faz parte de um universo maior de abortos que sofrem questionamento nos tribunais e podem, em alguns casos, ser realizados mediante judicialização. Um dos médicos entrevistados (M2) explicou essa possibilidade:

M2: Posso fazer só um comentário sobre isso que você está falando? Você está falando de anencéfalos. Existem outras causas que são detectadas durante a gravidez e a gente já sabe que aquele feto é incompatível com a vida, entendeu? Existem malformações cardíacas, principalmente, que a gente sabe que, quando a criança nascer, ela vai morrer imediatamente. Então, o questionamento é se vai levar a gravidez até o final, né? Como é o caso do anencéfalo, também, né? A gente já sabe que é incompatível com a vida quando nascer. O prazo de vida é muito curto, né? Às vezes, alguns minutos. (...) Então não é só o caso de anencéfalo que é autorizado, às vezes, quando o feto é incompatível com a vida, também consegue autorização judicial, entendeu?

Os dois últimos tipos de aborto, isto é, casos de violência sexual e abortos provocados fora das hipóteses legais, no entanto, possuem uma interface muito maior entre instituições de saúde e instituições jurídicas. Curiosamente, a princípio, não há necessidade, em nenhum dos dois casos, de haver essa interface. Mesmo assim, conforme veremos a seguir, nos casos de abuso sexual é geralmente imprescindível que a paciente tenha antes passado por instituições policiais e judiciais, assim como, no caso de abortos provocados, é sempre possível que a paciente tenha de se relacionar com essas instituições após o atendimento médico.

3 O ABORTO, O DIREITO E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Recapitulando, se nos casos de aborto de anencéfalo, ou nos casos de fetos com má-formação em situação de inviabilidade análoga à do anencéfalo, conforme visto, é possível

que nos deparemos com um quadro de atravessamento de saberes médicos e jurídicos, esse atravessamento é especialmente notável nos abortos vinculados ao abuso sexual e nos atendimentos de pacientes com complicações advindas de aborto tentado fora do hospital. No primeiro caso, é comum a exigência de uma decisão judicial ou boletim de ocorrência para a realização do procedimento médico¹⁶. No segundo, pode ser que o procedimento médico se torne origem de um processo criminal. Conseqüentemente, se no atendimento à paciente de abortamento advindo de estupro há essa relação praticamente obrigatória “de entrada” entre instituições médicas e jurídicas, no atendimento dos casos dos abortos provocados, é possível que haja uma relação “de saída” entre essas instituições, mediada pela direção do hospital, seu departamento jurídico e outras partes da equipe interdisciplinar de atendimento de pacientes que abortam, especialmente os profissionais do serviço social. Conforme será visto nos trechos de entrevista a seguir, é daí que pode advir alguma denúncia para o sistema de justiça¹⁷ de que um caso de aborto ilegal foi testemunhado no hospital, ainda que muitas vezes o hospital não tenha como diferenciar o aborto provocado do aborto espontâneo. Conforme um dos médicos (M2):

M2: Eu acho que isso precisa ser comunicado à direção do hospital, eles é que têm o departamento jurídico enquanto hospital, que providencia todas as providências legais, se precisar notificar qualquer coisa desse tipo. O departamento jurídico faz. Fica tudo descrito em prontuário, né, tudo que a paciente fala com a gente, fica escrito no prontuário. Se ela falar que provocou um aborto, vai ser escrito e vai ser mostrado. Fica, vamos dizer assim, fica disponível no computador, para a direção.

Entrevistador: É possível que ela não fale, fale outra coisa, mas obviamente, vocês detectam o que aconteceu, não?

M2: Muitas vezes a gente não, a gente não tem como forçar uma pessoa a confessar alguma coisa. O quadro se chama abortamento incompleto. Se ele foi provocado, ou não, a gente não tem como saber. O que a gente vê, às vezes, por exemplo, é

¹⁶ Isso mesmo que, juridicamente, esta exigência não seja obrigatória, conforme garante a norma técnica que regulamenta o assunto, que pode ser conferida em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 1 ago. 2022.

¹⁷ Há pesquisa indicando que, de fato, clínicas e hospitais são a principal origem das queixas que se transformam em denúncia para o processamento criminal das gestantes que interrompem a gravidez (Cunha; Noronha; Vestena, 2012).

lesão de colo com objeto pérfuro-cortante, entendeu? Pessoal realmente provoca uma, tem uma lesão, né? Na tentativa de fazer o aborto.

Uma das entrevistadas (M3), no entanto, frisou a importância de não haver essa denúncia da paciente, mas, apenas, se for o caso, denúncia de algum caso de abuso:

M3: Como eu sempre trabalhei em... com equipe muito competente, muito boas, que sempre atendeu a paciente, tudo daquilo que ela precisava do atendimento, né? E numa questão dessa, de fazer uma curetagem e tal, até você ter certeza de que foi, que foi a tentativa de aborto, isso daí não é obrigatório, não é de notificação compulsória, né? A não ser que fosse de violência, de vítimas de violência, né? (...) Se eu tivesse a certeza que aquilo ali foi fruto de uma violência sexual e tudo, aí eu teria que fazer uma notificação. Não policial, eu não tenho que fazer, enquanto médico. A minha obrigação é notificar via vigilância, né?

Outro médico (M4) entende haver a necessidade de denunciar, mas pôs em destaque os diversos obstáculos a essa denúncia, desde a dificuldade de assegurar que houve o aborto provocado, até medo de represálias, passando pelo excesso de trabalho e o pouco contato entre o médico e a paciente:

M4: Muitas vezes o médico, ele vê o paciente no dia que internou e no outro dia vai embora, vai embora, do plantão. Aí ele não tem assim... só se tivesse uma equipe, eu digo, assim, do médico, né? Assim, do médico também, juntando todo trabalho de médico, psicólogo, assistente social, todo mundo junto para resolver esse problema: chegou tem que denunciar.

Entrevistador: Mas, em geral, dá muito trabalho, e é melhor não [denunciar]?

M4: Justamente! E às vezes a gente fica com medo, dependendo da pessoa.

Entrevistador: Medo de que, exatamente?

M4: Medo de o acompanhante ou a família querer fazer algum mal com você, entendeu? Tipo assim, ah, atendi e vou denunciar. Aí esse cara cercar você na rua, você lá fora, entendeu? Você sai do plantão às vezes, à noite ou de manhã cedinho, entendeu? Represália. (...) Isso acontece. Isso acontece às vezes, já aconteceu de paciente, não estou falando em questão do aborto, entendeu? De agredir o médico lá. Durante visita, por exemplo, aquela visita que às vezes não concordam... Umás coisas assim. Acontece muita coisa. Aí o cara com a convivência ele acaba não mexendo com isso, que vai dar dor de cabeça para mim. Com medo. A grande maioria deles, com medo, entende?

Ainda assim, outros entrevistados (E2) explicitaram a necessidade de comunicar os responsáveis para que eles tomassem as devidas atitudes, mesmo que isso envolvesse uma denúncia com a qual eles não concordavam:

E2: Eu não denunciaria, né? Porque eu acho que ali eu e a paciente, né? Eu teria que dar o atendimento dela, mas passaria o caso para a pessoa responsável, né? Como, como qualquer outro caso que acontece lá, a gente tem que passar para o serviço social, para eles, para a partir daí, tomar as providências, né?

Outra enfermeira (E1) destacou:

E1: Sim, aciona. Essa parte aí a gente aciona o serviço social e aí eles acionam tudo. Tudo o que tem fora, né, da legalidade, a gente pede pro serviço social: “vá acionar as autoridades”. Aí ela chama.

Entrevistador: Então o pessoal do serviço social faz essa mediação com o sistema de justiça?

E1: Sim, ela faz.

Entrevistador: Então vocês comunicam o pessoal do serviço social, que teriam essa responsabilidade de comunicar a polícia, por exemplo?

E1: Sim, é comunicado. Várias vezes a polícia até vai até ao hospital para registrar o que que ocorreu. Mas é acionado todos os órgãos competentes.

Entrevistador: Você entende que o correto é isso?

E1: Sim, sim.

Já nos abortos considerados legais por advirem de gravidez oriunda de estupro, conforme dito, a lei não exige boletim de ocorrência ou decisão judicial para que ele seja realizado¹⁸. Ainda assim, praticamente todos os entrevistados ressaltaram a necessidade de algum documento do tipo para a realização do procedimento. Muitos dos entrevistados parecem desconhecer não haver necessidade desse documento, mas houve um deles (M7)

¹⁸ Conforme assevera Schwartz (2016, p. 116-117), sobre o aborto humanitário nos casos de violência sexual: não é necessário à gestante “apresentar qualquer tipo de prova para o abortamento, exceto o seu consentimento”. Assim, “verifica-se que ela não tem o dever de comunicar o fato à polícia” sendo “desnecessário, no momento da solicitação do aborto na rede pública, o Boletim de ocorrência”. Da mesma forma, o autor continua: “a realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual”, tendo como consequência que “a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual”.

que assumiu saber que não existe essa necessidade, mas ainda assim, insistiu na importância de sua apresentação antes da realização do procedimento:

M7: A gente também tem feito aborto, né? Mas com ordem judicial. Os casos que eu vi na minha vida e nos hospitais que eu dirigi, só com ordem judicial, né? Porque a paciente tem direito de chegar no hospital... A lei permite, está escrito lá nos termos da lei: “eu fui estuprada, estou grávida de 2 meses, quero fazer um aborto”. Ela teria esse direito. Mas nós não fazemos.

Um dos entrevistados (M8) explicita que qualquer orientação que desse a uma vítima de violência sexual que busca o abortamento passaria por procurar antes a justiça:

M8: Orientá-la para ir para o Poder Judiciário. E orientar também que existe o serviço que faça essa interrupção e não dizer, “olha, sai da minha sala, não quero, não gosto desse assunto...” Não. Aí também é covardia jogar a pessoa na cova dos leões sem saber para onde vai. Então a gente sabe muito bem qual é o caminho legal, qual é o caminho de conduta médica e até... a... praticamente a paciente vai prontinha de bandeja pro serviço encarregado desse tipo de procedimento.

Entrevistador: Mas aí você orienta que ela tenha uma decisão judicial respaldando e...

M8: Com certeza, com certeza, com certeza, porque se ela não tiver essa determinação judicial, o serviço lá não vai fazer. A não ser que seja um anencéfalo, entendeu? É um desejo dela, é aquilo que eu falei, o anencéfalo, não é nem tanto o problema. O problema é o abuso sexual, a violência sexual, entendeu? Com uma gravidez que veio de um abuso sexual, esse é que é o maior problema. Entendeu? Que a situação ela vem de um crime, né, praticamente, essa gestação.

Num dos depoimentos mais eloquentes sobre a necessidade da decisão judicial, o médico não tinha certeza da necessidade de sua apresentação, mas reforçou a sua importância para que pudesse dar crédito à história contada pela paciente¹⁹:

¹⁹ Outros estudos demonstram que é comum a solicitação, por parte dos médicos, desse tipo de documentação, seja pelo desconhecimento da legislação, seja como forma de “validar” o depoimento da vítima. Em estudo de abrangência nacional, Madeiro e Diniz (2015, p. 564) destacam que “uma pesquisa realizada em 2003, por meio de questionários enviados pelo correio a ginecologistas e obstetras, observou que cerca de 2/3 dos médicos acreditavam ser necessária a autorização judicial para realização do aborto previsto em lei”. Fazendo referência a outro levantamento entre ginecologistas e obstetras de todo o país, de 2012, ou autores destacam que a pesquisa “evidenciou que 81,6% deles solicitavam BO ou outro tipo do documento (como laudo do IML, autorização do comitê de ética hospitalar ou alvará judicial)”. Por fim, em consonância com o que a presente pesquisa detectou, eles afirmam com base nesses estudos que “a veracidade do relato de estupro feito pela mulher é frequentemente contestada, e sua palavra não é suficiente para garantir a interrupção da gravidez”.

Entrevistador: Então, sem esse respaldo do judiciário, não dá para ser feito...

M2: Não, não, nem a gente pode fazer no hospital.

(...)

Entrevistador: Só com a história, então, vocês não fazem?

M2: Não, porque isso aí depende de uma investigação judicial. A paciente pode dizer que foi estuprada e nem sei se foi verdade, nem sei se foi verdade, né? Ela precisa provar isso, tem que achar quem foi o autor do estupro, né? Eu acho que demanda uma investigação policial, não sei.

Entrevistador: Também estamos aprendendo aí com vocês, como é que acontece...

M2: A história simplesmente da paciente, não basta. Isso é claro. Porque qualquer um pode chegar, dizer que foi estuprada, né? O que é real para mim é o seguinte: para um aborto ser realizado, a paciente precisa chegar com um mandado judicial, depois de passar por um boletim de ocorrência, depois de passar por uma perícia médica, né? Para, vamos dizer, para a realização do ato de interromper a gravidez, ela já tem que estar, chegar com o mandado judicial.

Entrevistador: Você entende que não dá para acreditar simplesmente porque a pessoa conta a história?

M2: Claro que não, né?

A decisão judicial, ou boletim de ocorrência, portanto, responde a duas demandas do corpo clínico: validar a versão dada pela paciente e assegurar o respaldo jurídico dos atos dos profissionais de saúde. Com exceção da médica que trabalha no hospital universitário – que destacou que, como a justiça demanda o estado e ela está vinculada à Universidade Federal, ela pode desobedecer à decisão da justiça – os médicos ressaltaram a necessidade de cumprir as decisões judiciais. Um dos médicos que atualmente é diretor de hospital (M7), declarou:

M7: E decisão judicial a gente cumpre. Entendeu? Não tenha dúvida. E nós fizemos. Não foram poucos. No [nome do hospital], quando eu estava lá, né? Já saí de lá tem uns 4 anos mais ou menos, era direto. Muitos e muitos casos. Alguns colegas que negavam a fazer por foro íntimo né, mas são alguns, outros faziam, né? Muitos casos, judicialmente manda eu tenho que executar. Se não executa, o diretor tem que ir lá para o sufoco. Entendeu?

No mesmo sentido, outro médico (M4) destacou:

M4: Chega com mandado lá, a gente faz. Entendeu? Juiz canetou, a gente faz. Isso aí é um cara do hospital. Tipo assim, você pode às vezes, pode até não fazer no seu

plantão... você está entendendo o que eu estou falando? Mas tem alguém a questão da direção tem alguém ... tem que fazer. Aí, se chegar lá mandado, né, a gente faz.

E isso mesmo a contragosto, como uma médica (M3) bastante crítica da interferência da justiça em seu trabalho destacou:

M3: Isso aí é realmente assim. Há que se questionar, eu acho que as coisas não podem ficar só nas mãos da justiça. (...) Sabe, eu acho que... por que que eu não posso questionar decisão de um juiz? Aliás, tem muita decisão de juiz que deixa a gente de cabelo em pé na saúde, né? (...) E eu vou ter que fazer porque o juiz mandou. Isso é de doer. É a mesma coisa de fazer um aborto. Entendeu? Então assim, nessa hora você para mim, eu trato tudo igual, né? Eu tenho que questionar a decisão, eu tenho que questionar a decisão? Não posso não questionar.

A necessidade de cumprimento da decisão judicial, no entanto, em qualquer dos casos não consegue obrigar o médico individualmente. Isto é, é necessário o Estado ou o hospital conseguirem um médico que faça o procedimento, mas, a cada médico, é resguardado o direito de se recusar a realizar o procedimento se entender que tal procedimento, de alguma forma, contraria seus princípios morais ou religiosos. Trata-se da chamada objeção de consciência. Vários entrevistados abordaram o tema, como um dos médicos, que hoje dirige um hospital:

M7: No caso de aborto previsto em lei, eu vi muitos colegas não aceitarem fazer o procedimento. Entendeu? Tem muitos colegas e tem o que marcou agora, recentemente, não aceitou nem atender a paciente. Eu acho que é um direito dele, entendeu? Ele é muito religioso, entendeu? E não quis nem é... Eu pedi que ele olhasse a paciente e ele não quis nem olhar a paciente, né? Pediu pra outro colega de plantão. Não pode também se negar a olhar e largar para lá. Isso também eu nunca vi acontecer, mesmo porque eram três para olhar. Conversou com ela, deu uma assistência, por mínimo que seja, mas deu. Eu nunca tive nenhum problema de punir médico, de brigar por um médico por causa disso, entendeu? (...)

Entrevistador: E você acha que nesse caso da decisão judicial, a coisa da objeção da consciência continua no mesmo? Alguns médicos realmente não vão fazer, mesmo com decisão judicial? Ou, de repente, uma decisão judicial muda alguma coisa?

M7: Vai mudar nada.

Entrevistador: Quem não faz, não faz?

M7: Ah, não faz não.

Entrevistador: E aí é para procurar alguém que faça.

M7: Quando entrou anencefalia, né? Começou anencefalia, os que não faziam continuaram sem fazer. Entendeu? É um exemplo bem evidente da situação.

Entrevistador: Os que não faziam continuaram sem fazer, mas aqueles que poderiam fazer se sentiram mais à vontade, mais à vontade para fazer, com mais respaldo para fazer né?

M7: Isso aí. O respaldo, né?

A objeção de consciência, inclusive, pode ser usada como defesa do médico contra problemas outros que ele possa vir a sofrer se realizar o procedimento, como por exemplo a discriminação que alguns entrevistados assumiram que pode haver contra médicos que realizam abortos, especialmente no interior. O uso da objeção de consciência por vários médicos, especialmente no interior, pode acarretar o problema de inefetividade do direito. Isto é, mesmo com a decisão judicial autorizando o aborto, as diversas renúncias à realização do procedimento por diversos médicos podem fazer com que a idade gestacional avance e chegue num ponto em que os médicos consideram não se enquadrar mais como aborto, e sim como antecipação de parto. Sobre este ponto, o mesmo médico da citação anterior destacou (M7):

Entrevistador: É, (...) pelo que eu vejo a sua experiência é um pouco disso, de que haveria, quando alguém não quer fazer... haveria outra pessoa que faria. Mas você acha que isso pode acontecer, digamos, hospitais do interior, coisa assim, de não ter quem faça? E a passagem de tempo complicar a situação pelo avanço da gestação?

M7: Sim, eu acredito que sim, né? Acredito que sim, porque você sabe, interior o cara faz um aborto, a enfermeira, a técnica, a atendente vê, vai espalhar pra todo mundo, e na cidade pequena pode complicar a vida do cidadão. Mas aqui não. Não, não é isso. Nunca vi essa, né? O aborto, previsto em lei, não é.

Num mesmo sentido, um dos entrevistados (M8) também negou que ainda exista esse estigma nos grandes centros, todavia demarcou a distinção com relação ao que ocorre nas regiões mais periféricas, reforçando que isso pode justamente gerar esse “empurra-empurra”, que faz com que a idade gestacional avance sem que a gestante consiga o aborto:

M8: Quando não existia esse serviço lá no [nome do hospital], eu digo para você que do jeito que você falou, aí era o verdadeiro retrato, cenário: eu não faço, volta, não estou aqui, vou lá na garagem lá ver um negócio dentro de um carro... E enrola o oficial de justiça, e aquilo fica... aí chama assistente social do hospital. (...) Então, isso realmente acontece. E se isso aparecer em alguma maternidade, vamos dizer no interior, lá no Rio Bananal²⁰, por exemplo...

Entrevistador: Isso que eu estava pensando. Esse serviço especializado tem aqui em Vitória, acho que tem e Colatina também. Mas, nesses casos, tem essa necessidade de ir para outros lugares, e eu imagino que pode ainda nesses locais principalmente, acontecer coisas desse tipo. Não é?

M8: Com certeza. Com certeza. Até mesmo nesses hospitais menores, essas Santas Casas distribuídas pelos munic... 78 municípios, Mini hospitais, hospitaizinhos pequenos que atendem, por exemplo, vamos dizer assim, uma população de 18000 habitantes, entendeu? A população pequena e que tem um pequeno hospital. E lá tem um plantonista que é o médico que faz tudo. Ele é clínico geral, ele sutura, ele põe gesso na perna. Ele é pediatra e também é obstetra. (...) Aí ele, aí ele vai ter um estigma de abortamento, né? “Ó, ele faz aborto. Ele fez o aborto”. Então até isso, no interior, o profissional tem receio de ficar aí estigmatizado com uma pecha dessa que ninguém gosta nem de ouvir: “ah ele é aborteiro, é aborteiro”. Então é essa dificuldade também. Ela deve existir por parte desse paciente que precisa da, dessa interrupção, porque o profissional vai dizer: “olha, eu não faço e pronto”.

Da mesma forma que o entrevistado anteriormente citado, o médico do relato acima também não vê uma decisão judicial como sendo capaz de mudar este quadro, conforme mostra outro trecho da entrevista:

Entrevistador: E isso mesmo em situação com decisão judicial, né?

M8: Sim, na mesma situação: bate, volta porque são pessoas simplórias, na maioria das vezes, entendeu? Em que o líder comunitário tomou conhecimento, levou ao promotor, o promotor foi até o juiz, entendeu? Olha, foi abusada pelo padrasto, entendeu? Está aí. A mãe confirma. A menina confirma, agora não tem cabimento. O padrasto já está preso... e aí agora vem a determinação. Agora quem vai fazer? Então, quanto mais periférico dos grandes centros, as dificuldades vão aumentando.

Essas recusas sucessivas podem fazer a gestação ultrapassar as 22 semanas e trazer à tona uma série de outros problemas, como foi no caso da reportagem que abriu este trabalho. Ainda que não exista essa limitação de idade na legislação, diante de questões

²⁰ Município do interior do Espírito Santo.

técnicas e conceitos obstétricos, esse avanço na idade gestacional gera uma série de novas nuances e novas complicações para a efetivação do direito ao aborto legal. Conforme salienta a médica que trabalha no hospital de referência para pacientes vítimas de abuso sexual na região (M6):

M6: É porque quando se descreve aborto previsto em lei, não tem a idade gestacional. Então, se você vier com 8 meses de gestação e tiver, né, dentro do abortamento por violência sexual, você tem direito de fazer um aborto. Essa lei não fala o que que você vai fazer com o produto desse aborto. ... é uma criança. E assim, se por um lado, você acha que essa mãe tem direito de abortar, por outro, também, eu não quero é assassinar uma criança porque ela é vítima de estupro, né? Então isso aí gerou uma polêmica muito grande, a gente está respondendo até hoje por isso, porque para nós aqui aborto vai até 20 a 22 semanas. Bom, se o neném nasce vivo e com viabilidade, como fazer o aborto? Por que o que que você vai fazer com a criança viva? Desculpa falar, mas vai dar um peteleco, jogar no lixo? (...) Para o conceito de aborto dentro da obstetrícia, está aí quando você fala, abortamento legal, ele não tem idade gestacional, a criança pode nascer de 9 meses, fruto de estupro. É simplesmente a interrupção da gravidez de uma forma legal e não fala de idade gestacional. Eu acho que isso está errado. Para a minha concepção, teria que ter, né, uma idade. Claro, porque foi fruto de abuso e às vezes, até que a pessoa procure assistência para fazer o aborto demora. E aí, a idade gestacional vai passando, que inclusive foi o que aconteceu com essa menina. Eles ficaram segurando ela em Linhares²¹ até ela fazer a idade que a gente não ia fazer o aborto aqui. É aí chegou aqui, a gente recusou e a gente foi o grande culpado.

Logo, ainda que os médicos entendam que decisões judiciais têm de ser cumpridas, é necessário reconhecer que o procedimento de aborto pode ser adiado mediante as recusas de cumprimento por objeção de consciência, até um ponto em que a passagem do tempo permite que ele seja recusado por motivo outro, que não é a objeção de consciência, como o motivo técnico alegado com o avanço da idade gestacional. Mesmo que, ao fim, a gestante consiga realizar o aborto, como foi o caso da menina da reportagem do início do trabalho, a própria demora já pode ser um processo de revitimização da vítima de violência sexual. E, provavelmente, há muitos e muitos casos, que, sem chegarem à mídia, tiveram

²¹ Município do interior do Espírito Santo próximo a São Mateus para onde a menina da reportagem do início do trabalho foi levada.

como desfecho a gestação completa, o parto e consequências para a mãe e a criança que jamais conheceremos e que podem ir desde uma relação de incondicional amor maternal e filial até profundas sequelas psicológicas ou mesmo físicas e a não formação de qualquer vínculo afetivo positivo entre a mãe e a criança.

Para uma melhor compreensão sociológica da questão, no tópico seguinte será explorado como objetos como boletins de ocorrência, leis, decisões judiciais, prontuários médicos, etc. são artefatos que, criados em ambientes jurídicos ou médicos, atravessam os universos do direito e da medicina, ampliando ou restringindo a capacidade de agência de médicos, pacientes e mesmo legisladores, juízes e gestores públicos. Afinal, a objeção de consciência também apareceu em outros momentos das entrevistas tendo precedência sobre decisões jurídicas *erga omnes*²² do STF e mesmo sobre mudanças legislativas. Decisões judiciais, no nível local ou federal, são entendidas como precisando ser obedecidas pelo hospital, mas não pelos médicos. Portanto, se, no futuro, o STF, ou mesmo o Congresso, vierem a ampliar os casos de aborto legalizados, será necessária a instituição de uma estrutura bem planejada para efetivar esse direito, tendo em vista o inescapável obstáculo das objeções de consciência dos médicos²³.

²² *Erga omnes* é a expressão em latim usada pelos juristas para se referir a uma decisão que tem efeito contra todos. Geralmente, existem as partes do processo e a decisão daquele processo vale para as partes que dele participaram diretamente. Há, no entanto, ações judiciais como as ações de controle de constitucionalidade que são ações direcionadas contra leis e não pessoas. Essas ações podem modificar a lei atacada e essa modificação passa a valer para todos os cidadãos, isto é, ter efeito *erga omnes*. As decisões de ações de controle de constitucionalidade no STF, como foi a decisão da ADPF que legalizou o aborto no caso de anencéfalos e pode ser o caso da ADPF 442, que busca descriminalizar o aborto, são exemplos de decisões com efeitos *erga omnes*, isto é, contra todos.

²³ Por exemplo, referindo-se ao contexto italiano em que a interrupção voluntária da gravidez foi legalizada, Spina (2019) não deixa de destacar que a objeção de consciência e a estigmatização do médico seguem como obstáculos que ainda podem empurrar a mulher para o aborto ilegal. Porto (2008) chega a conclusão semelhante ao entrevistar profissionais de saúde de Portugal, em igual situação de legalização da interrupção voluntária da gravidez. Em suas entrevistas, a autora observa que esses profissionais ainda se utilizariam a objeção de consciência para não realizarem essas interrupções. Isto é, “seja pelo estigma de serem conhecidos como “aborteiros”, pelo medo de serem processados ou ainda por objeção de consciência moral ou religiosa, o fato é que muitos médicos se recusam a realizar o aborto” (Madeiro; Diniz, 2015, p. 564), mesmo nas situações em que ele é legalizado.

4 A INTEROBJETIVIDADE NAS INTERSECÇÕES ENTRE OS MUNDOS DO DIREITO E DA SAÚDE NOS CASOS DE ABORTO

Latour chama a atenção para como os objetos são importantes tanto para a especificação de um contexto – um “quadro” – de interação sincrônica, quanto para o prolongamento das interações humanas ao longo do tempo, admitindo mesmo, como se sabe, que os objetos possuem tanta capacidade de agência quanto os componentes humanos de um “ator-rede”²⁴. Segundo o autor (Latour, 2015, p. 178-179):

Entre os humanos, a interação é, na maioria das vezes localizada, enquadrada e mantida. Pelo quê? Precisamente pelo quadro, constituído de atores que não são humanos. [...] O exemplo do guichê [dos correios] nos esclarecerá novamente. Se passarmos da interação que nos vincula provisoriamente, a atendente e eu, para as paredes, interfone, regulamentos e formulários, temos de nos transportar para outro lugar. Nós não pulamos bruscamente para a “sociedade” ou para a “administração”. Circulamos nos escritórios do arquiteto dos Correios, onde foram estabelecidos os modelos dos fluxos de usuários e desenhado o modelo dos guichês. Minha interação com a atendente foi aí, estatisticamente, anos antes, e a maneira de eu apoiar os cotovelos no balcão, colar os selos, preencher os recibos foi antecipada pelos especialistas em ergonomia e registrada na distribuição da agência do correio. É claro que ninguém vai me distinguir claramente. Nem a mim nem a atendente. Mas dizer que eu não estou ali é um grande erro. Estou inscrito na categoria de usuário cuja variável venho hoje preencher e atualizar com meu próprio corpo. Estou, portanto, bem conectado da agência dos Correios ao escritório do arquiteto por um fio quase imperceptível, mas, sólido que me faz passar de um corpo pessoal em interação com uma atendente a um tipo de usuário nos projetos feitos em papel. [...] Deslocando a interação para nos associar a não humanos, podemos durar além do tempo presente em outra matéria que não a do nosso corpo e interagir a distância, algo absolutamente impossível para um babuíno ou um chimpanzé.

Se trocamos o exemplo do guichê do correio pelo exemplo de um julgamento num tribunal, ou de uma consultoria num escritório de advocacia, podemos vislumbrar outros

²⁴ A Teoria do Ator-Rede desenvolvida por Latour é uma perspectiva teórica das ciências sociais que busca entender o mundo social como um conjunto de redes complexas e dinâmicas, onde tanto humanos quanto não humanos (objetos, tecnologias etc.) são considerados atores, com agência e capacidade de influenciar o curso das ações, enfatizando a interdependência entre diferentes sujeitos e objetos em suas relações de causalidade e circulação de informações nas conexões dessa rede.

objetos determinando o quadro de interação jurídica, assim como trazendo até ele um conjunto de outras interações. Por exemplo, como nas provas trazidas à tona, nas quais se podem rastrear as interações passadas entre réu e vítima; ou então nas jurisprudências mobilizadas, dependente das interações, nem sempre amistosas, entre magistrados de um tribunal superior; ou ainda, nas leis e doutrinas citadas nos encontros jurídicos, que podem nos levar às interações entre partidos políticos, lobistas do legislativo, movimentos sociais, etc., assim como entre diferentes professores e universidades em disputa pela posição de principal produtor de conhecimento jurídico no país.

E tudo que foi dito a respeito dos artefatos de “fora” do mundo do direito, que adentram nesse mundo, pode ser dito a respeito dos artefatos produzidos pelo mundo do direito ao adentrarem em “mundos” alternativos. Uma sentença judicial, um parecer técnico de um grande jurista, ou um termo de ajustamento de conduta assinado junto ao Ministério Público, podem ser mobilizados fora do ambiente propriamente jurídico, gerando efeitos práticos. Uma relação de vizinhança, familiar, ou de trabalho, antes alheia a questões jurídicas, pode ser totalmente transformada por uma sentença judicial civil, criminal ou trabalhista; um exame ou cirurgia negado por um plano de saúde pode voltar ao horizonte de expectativas de um paciente que entra na justiça contra esse plano de saúde; a prisão de um grande líder popular, pode modelar ou remodelar completamente a estratégia de partidos políticos interessados na disputa presidencial; e assim sucessivamente.

É exemplo arquetípico deste processo de como as construções jurídicas adentram em outros mundos, e construções não jurídicas adentram no mundo do direito, o tema aqui pesquisado do tratamento do aborto dentro e fora dos tribunais. Isso porque uma decisão judicial que permita o aborto não necessariamente concretiza o direito subjetivo ao aborto, já que este ainda pode depender da intervenção de um profissional de saúde, que pode não acatar a ordem judicial, pois há sempre uma história dos direitos a se contar depois da atuação das instâncias propriamente jurídicas. Assim como há uma história dos direitos

concedidos e negados nos tribunais que acontece antes das decisões judiciais, em artefatos que, produzidos em outros ambientes, adentram o mundo jurídico: o atendimento médico de alguém que abortou pode se transformar em importante artefato jurídico para sua condenação pelo crime de aborto.

Em suas formulações sobre a capacidade crítica de sujeitos envolvidos numa situação problemática – de que as “controvérsias” jurídicas são um exemplo paradigmático – Boltanski e Thévenot (1999) destacam como a circulação de objetos é fundamental para que as pessoas possam disputar e chegar a acordos sobre a “grandeza” dos participantes da situação crítica, de forma a fazer a interação social voltar ao seu estado normal não crítico.²⁵ Boltanski e Thévenot destacam que, para as “justificações”, o que está em jogo não são meramente questões referentes à linguagem. Tais disputas envolveriam não apenas seres humanos, mas também um grande número de objetos:

em uma disputa profissional, por exemplo, um computador cujos dados foram apagados; em uma disputa entre herdeiros, uma casa ou um terreno; ou, em um bate-boca doméstico, os pratos que devem ser lavados, e assim por diante. O quadro deve ser delineado de modo que possa lidar com disputas no mundo real, isto é, deve ser capaz de descrever a maneira pela qual as disputas associam pessoas e coisas (Boltanski; Thévenot, 1999, p.360-361).

Boltanski e Thévenot (1999, p. 367) complementam seu raciocínio salientando que:

Para analisar o caso do programador cuja competência profissional foi posta de lado, ou o do primogênito cujas qualidades morais foram refutadas, temos que investigar as correlações entre as pessoas e uma pluralidade de objetos, materiais ou não, tais como máquinas, programas de computador, regulamentos, credenciais, leis de herança, atributos do solo, etc. Não queremos lidar com estes objetos como meros suportes de significado simbólico, como frequentemente fazem os sociólogos. Queremos, pelo contrário, mostrar o caminho pelo qual as pessoas, para enfrentar a incerteza, dispõem das coisas, dos objetos, dos dispositivos usados como referentes estáveis, nos quais testes de realidade ou provas podem ser baseados. Estas provas permitem aos juízos alcançar um acordo

²⁵ Contrariando a chamada “sociologia crítica”, isto é, uma sociologia que busca uma crítica externa do mundo social com base em postulados teóricos abstratos, Boltanski e Thévenot buscaram desenvolver o que chamaram de “sociologia da crítica”, que focaria a capacidade crítica interna dos agentes. Isto é, uma sociologia que verificasse, empiricamente, como os próprios sujeitos resolvem situações práticas de controvérsias sociais.

fundamentado e legítimo e, portanto, fornecem a possibilidade de finalizar disputas.

Os dados da presente pesquisa, colhidos por meio de entrevistas com profissionais de saúde da Grande Vitória, mostram importantes fluxos de objetos entre os universos da saúde e do direito em situações de controvérsias sociais. Há objetos que, construídos na gramática jurídica ou policial, destravam controvérsias sobre o direito ao aborto de gestantes que alegam terem sofrido violência sexual: os profissionais de saúde não confiam na versão apresentada pelas pacientes, ou se sentem inseguros para levarem adiante algo que pode ser configurado como crime, a não ser que um objeto como uma sentença ou boletim de ocorrência respaldem sua ação. No sentido inverso, o diagnóstico hospitalar que atravessa as práticas de médicos, enfermeiros e assistentes sociais pode virar objeto de apreciação pelo sistema de justiça para a comprovar um crime de aborto pelo qual a paciente pode vir a ser presa. Quando pensamos nas possíveis mudanças pelas quais o regramento sobre o aborto no Brasil pode passar, restringindo ou ampliando as hipóteses de aborto legal no país, pela via da mudança legislativa ou de decisão judicial do STF, o quadro é o mesmo: a nova lei ou sentença será mais um objeto a se enredar a outros objetos e pessoas, sem conseguir predeterminar qualquer resultado. A elas estarão articulados a história e relações pessoais anteriores de médicos, enfermeiros e pacientes, seus valores e julgamentos morais, seus temores quanto às consequências tanto da gravidez, quando do aborto etc.

5 CONCLUSÃO

Se, para a dogmática jurídica, uma classificação das formas de aborto pode separar, de um lado, a regra de sua proibição, e, de outro, as suas exceções excludentes de ilicitude e, dentre estas, aquelas contidas no código penal e aquela fixada pela jurisprudência do STF, uma visão sociológica sobre o aborto enquanto problema social precisa instituir

diferenciações mais precisas. Num contínuo de situações que vão das mais problemáticas às menos, sem dúvida os casos de aborto que não contam com respaldo legal, isto é, os abortos provocados, são os mais problemáticos. Mas dentre os casos cobertos pela licitude, temos desde o caso nada controverso do risco de vida para a mãe, passando pelo caso pouco controverso dos abortos de anencéfalos, chegando ao caso do aborto justificado por violência sexual, que se aproxima, em alguns aspectos, dos casos de aborto provocado, no tratamento potencialmente discriminatório da paciente equipe médica e nas relações que se estabelecem entre os universos do direito e da saúde. Segundo Ruschel, Machado, Giugliani e Knauth (2022, p. 9-10), especificamente sobre a trajetória percorrida pelas mulheres para a realização do aborto por estupro, essa trajetória:

é singular e permeada de obstáculos. O impacto emocional e a tentativa de manter em segredo a violência sofrida somam-se às reações psíquicas que decorrem do trauma, às alterações no comportamento e à desorganização social com perdas afetivas e financeiras. [...] Quando apontamos os nós críticos que envolveram a realização do aborto legal, mesmo após a chegada ao serviço de referência, elencamos aspectos ainda pouco visíveis dessa rota. Inferimos que o contexto de ilegalidade contribui para a manutenção do estigma relacionado ao aborto. As alegações de objeção de consciência, por exemplo, oneram o custo do procedimento, na medida em que prolongam o tempo de internação e produzem mais sofrimento.

O que os dados da presente pesquisa, extraídos de entrevistas com profissionais de saúde da Grande Vitória, mostram, é que as diferentes possibilidades de aborto apresentam para as gestantes que buscam abortar diferentes entornos sociais, diferentes relações com o corpo clínico e diferentes relações com as instituições de justiça. Se esses aspectos não são problematizados nos casos de abortos espontâneos e abortos decorrentes de risco de vida para a gestante, ganham um primeiro degrau de complexificação no caso de abortos de anencéfalos ou de fetos com outras más-formações que comprometem sua viabilidade. Nestes casos, uma decisão judicial se une a um diagnóstico médico para destravar o caminho da realização do aborto na maioria das situações, ainda que, já nesse caso, a objeção de consciência dos médicos possa obstar a prática.

A situação se complexifica mais nos casos de aborto permitido pela gravidez ser oriunda de abuso sexual, em que a decisão judicial se torna condição necessária, mas não suficiente de acesso ao direito subjetivo: se, de um lado, a falta de decisão judicial impede o direito ao aborto, de outro, sua presença pode ser contornada por sucessivos recursos à objeção de consciência por parte dos médicos e demais profissionais de saúde. Aliado a isso, aparece o risco de um tratamento preconceituoso durante o atendimento à gestante que busca o procedimento abortivo, podendo haver uma revitimização da vítima do abuso sexual, cuja versão que apresenta dos fatos é muitas vezes – ou mesmo geralmente – colocada sob suspeita. Fonseca, Domingues, Leal, Aquino e Menezes (2020, p. 22), ao realizarem revisão abrangente de estudos sobre aborto no Brasil, apontam resultados semelhantes nas pesquisas que analisaram. Segundo elas, verifica-se no país:

a manutenção ao longo do tempo de uma oferta insuficiente de serviços de aborto legal. Persistem barreiras na realização de abortos previstos em lei, já bastante restritiva, com exigência de documentação desnecessária em casos de gravidez resultante de estupro. [...] A objeção de consciência continua sendo invocada por estudantes e médicos, seja efetivamente por motivos religiosos ou, como sugerido por alguns autores, como subterfúgio. Nesse último caso, a objeção é invocada para que possam se eximir de prestar a assistência, não por motivos religiosos e morais, mas pelo medo de sofrerem discriminação ou por preconceitos, já que a objeção é mais usada nos casos de estupro. Embora não declarados, o preconceito e a falta de confiança nas informações das mulheres permeiam essas opiniões, refletindo uma postura inadequada de julgamento dos profissionais de saúde e a manutenção do estigma social do aborto.

Ao duvidarem das narrativas das mulheres, os profissionais de saúde aproximam a paciente que busca abortar gravidez resultante de estupro, a princípio, coberta pela legalidade em sua busca pelo aborto, daquela que não conta com essa cobertura, que é a paciente de aborto provocado. Nestes casos de aborto provocado, o problema social se configura numa acumulação de fatores. Devido à ilegalidade do procedimento, a paciente e seu entorno silenciam sobre a situação, prejudicando a atuação do corpo médico. Mas este silêncio se mostra justificável se daquele ambiente, segundo os testemunhos, especialmente

hostil a essa paciente, pode ainda surgir material para que ela seja denunciada criminalmente.

Em revisão de literatura sobre o tema do estigma nos casos de aborto, Adesse, Jannotti, Silva e Fonseca (2016, p. 3826) destacam que:

A dualidade calar/revelar sobressai na análise de vários estudos, que recuperam a discussão de Goffman sobre estigma e visibilidade: de um lado, estão os estigmas que são imediatamente visíveis para os outros e, de outro, aqueles que são invisíveis, a menos que sejam revelados, sendo estes últimos adjetivados como estigmas “conciliáveis”; eles não tornam o imediatamente desacreditado, mas “desacreditável”. Esse é o caso do aborto, cuja visibilidade depende da dinâmica segredo-revelação. O estigma envergonha e faz calar quem decide interromper uma gravidez, bem como os prestadores da assistência. A revelação do aborto ou da intenção de fazê-lo pode criar conflitos e a consciência disso pode influenciar a decisão da mulher sobre contá-lo ou não ao parceiro, à família, a amigos e ao profissional de saúde o acontecido.

Assim, o problema social do aborto na Grande Vitória, na forma como aparece nas entrevistas feitas nesta pesquisa, está inserido em um contexto específico de intersubjetividades e de interobjetividades. As intersubjetividades dão o tom das relações de parentesco e solidariedade que emergem nas diferentes cenas que advêm dos diferentes tipos de aborto, assim como das situações de apoio ou condenação das gestantes que realizaram ou pretendem realizar um aborto dentro do espaço das clínicas e hospitais. Já as interobjetividades são marcadas pelos diferentes fluxos possíveis entre as realidades médicas e jurídicas que podem ocorrer, principalmente, nos abortos provocados e nos abortos cobertos pela excludente de ilicitude da violência sexual. Há nas intersecções entre esses dois “mundos”, da saúde e do direito, diversas possibilidades de fluxo de informações e objetos, que precisam ser conhecidos e debatidos, diante de um quadro mais amplo, de um direito que vai além do direito, e no qual alterações legais ou jurisprudenciais quanto ao aborto estarão inextricavelmente ligadas às práticas dos profissionais de saúde e vice-versa.

REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila; JANNOTTI, Claudia Bonan; DA SILVA, Katia Silveira; FONSECA, Vania Matos. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 12, p. 3819-3832, 2016.

BRANCO, July Graciely de Oliveira; BRILHANTE, Aline Veras Moraes; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; MANSO, Almudena Garcia. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, sup 1, p. 1-11, 2020.

BOLTANSKI, Luc; THÉVENOT, Laurent. The Sociology of critical capacity. **European Journal of Sociology**, v. 2, n. 3, p. 359-377, 1999.

BROWN, Josefina. Del margen al centro: De la construcción del aborto como un problema social al aborto como un derecho (1983-2018). **Cuestiones de Sociología**, n. 22, 2020.

CARDOSO, Bruno Baptista *et al.* Aborto no Brasil o que dizem os dados oficiais. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, p. 1-13, 2020.

CUNHA, José Ricardo; NORONHA, Rodolfo; VESTENA, Carolina Alves. Trajetórias de mulheres incriminadas por aborto no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir dos atores e dos discursos do sistema de Justiça Criminal. *In*: OLIVEIRA, Fabiana Luci de (org.). **Justiça em foco: estudos empíricos**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

DINIZ, Debora *et al.* Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DUARTE, Nanda Isele Gallas. A “amiga que já abortou”: um olhar sobre experiências partilhadas em uma comunidade virtual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1689-1698, 2020.

DU BOIS, W. E. B. **The study of the Negro Problems**. 1898. Disponível em: www.webdubois.org.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, 2012.

FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, sup 1, p. 1-27, 2020.

LATOUR, Bruno. Uma sociologia sem objeto? Observações sobre a interobjetividade. **Revista-Valise**, Porto Alegre, v. 5, n. 10, ano 5, p. 165-187, dez. 2015.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

NIELSSON, Joice Graciele; DELAJUSTINE, Ana Claudia. Quando o fundamentalismo religioso se inscreve nos corpos femininos e o Estado viola o direito ao aborto legal. **RBSD – Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, v. 6, n. 3, p. 126-151, set./dez. 2019.

PORTO, Rozeli Maria. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 661-666, maio/ago. 2008.

RUSCHEL, Angela Ester; MACHADO, Frederico Viana; GIUGLIANI, Camila; KNAUTH, Daniela Riva. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 10, p. 1-12, 2022.

SACHETIN, Letícia Ferruzo; SOUZA, Andressa Pereira de; MURGO, Camélia Santana. Objeção de consciência médica em casos de abortamento: uma revisão de literatura brasileira. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 33, p. 1-12, 2023.

SCHWARTZ, Germano. O procedimento do aborto voluntário e o direito à saúde. *In: Direito e sistema: estudos em homenagem a Leonel Severo Rocha*. Goiânia: FASAM, 2016.

SPINA, Elena. Objeção de consciência na interrupção voluntária da gravidez. Entre a marginalização de profissionais e o retorno do aborto ilegal. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 205-216, jun. 2019.

TUSSI, Fernanda Pivato. **Aborto vivido, aborto pensado: aborto punido?** As interfaces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – UFRGS, 2010.