



Nota oficial da Rede Médica pelo Direito de Decidir | Global Doctors for Choice/Brasil

18 de agosto de 2020

Cinco lições que o Brasil deve aprender com o caso da menina de apenas 10 anos do Espírito Santo

A Rede Médica pelo Direito de Decidir - Global Doctors for Choice/Brasil é vinculada à rede internacional de médicos articulados em mais de 25 países ao redor do mundo, comprometidos com a defesa dos direitos humanos e com a prestação de cuidados médicos da mais alta qualidade fundamentados na ciência. Por meio da defesa de políticas públicas e práticas médicas baseadas em evidências, nos esforçamos para proteger e expandir o acesso a cuidados abrangentes em saúde sexual e reprodutiva para meninas e mulheres.

Vimos pela presente nota apresentar nosso posicionamento perante a sociedade acerca das informações relativas ao trágico caso de uma criança de 10 anos de idade que se encontrava grávida decorrente do crime de estupro de vulnerável (BRASIL, 2009) e que teve seu direito ao aborto - previsto no Código Penal brasileiro desde 1940 - negado pelos profissionais de saúde que a assistiram no estado do Espírito Santo. Com apenas 10 anos, a menina escancarou as deficiências do sistema de saúde do nosso país e ensina ao Brasil ao menos cinco grandes lições:

1. Gravidez na infância e adolescência precoce mata

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que acontece depois da infância e antes da idade adulta, entre os 10 e os 19 anos, dividindo-se em adolescência precoce (10 a 14 anos) e adolescência tardia (15 a 19 anos) (UNICEF). Esta divisão é importante, visto que os riscos de complicações maternas são significativamente maiores antes dos 15 anos de idade, momento em que se intensificam as alterações físicas, psíquicas e hormonais que a levarão gradativamente à plenitude reprodutiva.

A literatura médica reconhece que na infância e na puberdade a menina ainda não concluiu seu processo de maturidade cognitiva, psicossocial e biológica (AZEVEDO et al., 2015). Diante de uma gravidez, essa condição de imaturidade biológica da adolescência precoce traz como

consequência uma maior taxa de complicações obstétricas, tais como anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, parto prematuro e partos distócicos. **As taxas de mortalidade materna entre as gestantes menores do que 14 anos chegam a ser 5 vezes maiores do que entre gestantes entre 20-24 anos** (CONDE-AGUDELO et al, 2005). As crianças nascidas de adolescentes menores do que 14 anos ainda apresentam maiores taxas de baixo peso ao nascer, maior frequência de complicações neonatais e uma maior mortalidade infantil (CONDE-AGUDELO et al, 2005; TROMMLEROVÁ, 2020).

Os médicos que se recusam a cumprir seus deveres profissionais e legais, alegando ausência de condições técnicas para interromper a gravidez acima de 22 semanas, representam, infelizmente, uma parcela importante dos médicos brasileiros. É estarrecedora a constatação de que no Brasil, **entre 2015 e 2019, mais de 110 mil meninas entre 10 e 14 anos foram submetidas a parto ou cesariana** (BRASIL/MS/SVS/DASIS, 2020). Isso significa que, ou os profissionais de saúde desconhecem o conceito de estupro de vulnerável, ou permanecem impedindo os direitos dessas crianças, não considerando os riscos elevados de morbimortalidade materna nessa faixa etária.

2. Para acessar os direitos garantidos por lei, não é necessário judicializar

Essa lição pode parecer óbvia, mas infelizmente não é. No Brasil, existem três permissivos legais para o aborto. Dois desses permissivos estão previstos no Código Penal **desde 1940** (é isso mesmo, desde 1940): “I. se não há outro meio de salvar a vida da gestante; ou II. se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (art. 128 do Código Penal Brasileiro). O terceiro permissivo foi incluído por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em 2012: quando a gravidez for de feto com diagnóstico de anencefalia (BRASIL, 2014).

Isso quer dizer que, para as previsões legais, nunca foi necessária autorização judicial para garantir à mulher, criança ou adolescente o acesso a esse direito. **Em 2005**, foi publicada a Portaria 1.508/2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos de violência sexual. Essa portaria deixa claro que além da inexistência da necessidade de autorização judicial, também não se exige o boletim de ocorrência para o procedimento do aborto previsto em lei no Brasil. Mais de 10 anos depois da publicação da Portaria 1.508 e quase há 80 anos do Código Penal, 14% dos serviços de saúde ainda solicitavam o boletim de ocorrência e 8% exigiam laudo do IML ou autorização judicial (MADEIRO; DINIZ, 2016).

3. Não cabe objeção de consciência das instituições de saúde

A menina do Espírito Santo pode ter tido seu tratamento negado em seu estado por possível “objeção de consciência” dos profissionais de saúde durante a procura por tratamento. Sabemos que muitas vezes a “objeção de consciência” alegada pelos médicos é decorrente da desconfiança sobre a fala da mulher (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014), fato que também demonstra um desconhecimento sobre o conceito de objeção de consciência em saúde - “a recusa do médico em cumprir seu dever legal/profissional quando esse dever é contrário aos seus valores morais/éticos ou religiosos” (WICCLAIR, 2011).

Todos deveriam saber que em equipes com a presença de profissionais objetores, “os prestadores de serviços de saúde devem encaminhar [a mulher com direito ao aborto legal] a um profissional capacitado e disposto, **dentro da mesma unidade ou para outra unidade de fácil acesso**, em consonância com as disposições legais. **Onde a referência não for possível, o profissional de saúde, mesmo não concordando, deve fornecer um abortamento sem riscos para salvar a vida da mulher e prevenir lesões graves à sua saúde**” (OMS, 2013; grifo nosso).

A importância do encaminhamento dentro do mesmo serviço ou para serviço de fácil acesso pauta-se no aumento do risco à saúde da mulher em virtude de atrasos no procedimento. Apesar do risco de mortalidade ser muito baixo nos casos de abortos seguros, esse risco aumenta a cada semana de gravidez (BARTLETT et al., 2004).

A alegação de objeção de consciência é ainda mais grave quando vem de ginecologistas e obstetras, que **escolheram** cuidar de meninas, adolescentes e mulheres em suas profissões. O cuidado ao aborto é o segundo procedimento obstétrico mais prevalente na vida profissional desses especialistas, já que o aborto é um fato da vida reprodutiva das mulheres. Segundo a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras, “o dever primário de consciência de ginecologistas-obstetras [...] é, em todos os momentos, tratar ou beneficiar e prevenir prejuízos a pacientes pelas quais são responsáveis. **Qualquer objeção de consciência ao tratamento da paciente é secundária a esse dever**” (FIGO, 2012; grifo nosso).

Por esses motivos, é premissa do Estado manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento **em caráter urgente** (BRASIL, 2013). No Brasil, segundo a Norma Técnica do Ministério da Saúde, “embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites acima descritos, é OBRIGAÇÃO da INSTITUIÇÃO oferecer aos usuários do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção das gestações nos casos previstos em Lei. **Qualquer forma de exposição ou negação dos serviços a que tem direito podem ser requeridos e/ou questionados à luz da justiça**. Portanto, é importante que os gestores e diretores clínicos estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais públicos do País.” (BRASIL, 2011, grifo nosso)

Com certeza, o **abuso nas alegações de objeção de consciência** pelos profissionais de saúde, mesmo nos casos previstos em lei (FAUNDES; MIRANDA, 2017), contribui enormemente para a restrição do acesso das mulheres aos serviços de abortamento legal. Tanto é que, em pesquisa realizada entre 2013 e 2015, de todos os 68 serviços cadastrados (isso mesmo, apenas 68 serviços para todo o Brasil!) para o aborto legal no Brasil, apenas 37 reportaram realizar o procedimento. Desses, 15 relataram ter realizado menos de 10 procedimentos nos últimos 10 anos (quatro desses serviços eram em capitais brasileiras).

4. O sigilo profissional é um valor profissional que deve ser reforçado pelas instituições de ensino e entidades de profissionais de saúde

Pelas mídias, temos notícia da quebra da privacidade da criança em algum momento de seu atendimento, com a revelação de seu nome, publicidade de dados sigilosos de seu quadro clínico e até do encaminhamento sigiloso da decisão judicial que tentava garantir a máxima proteção da menina. Mais uma vez, a criança escancara o desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde das garantias constitucionais, legais e éticas sobre a intimidade, privacidade e sigilo de informações.

O sigilo profissional constitui-se numa das mais acentuadas e tradicionais características da profissão médica, sendo um dos seus mais importantes pilares. O sigilo médico é garantido pela Constituição Federal em seu Artigo 5º, Inciso X – “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Revelar dados de uma pessoa sob seus cuidados é crime tipificado pelo Código Penal em seu no Art. 154 – “Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção de 3 meses a 1 ano”. Até o Código de Processo Penal impõe o dever de sigilo aos profissionais em seu Art. 207 – “São proibidos de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigados pela parte interessada quiserem dar o seu testemunho”. O Código Civil estabelece em seu Art. 144 – “Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deve guardar segredo”. O Código de Processo Civil – Art. 347 – “A parte não é obrigada a depor de fatos: II – a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo”. O sigilo é eticamente garantido e estabelecido como dever também pelo Código de Ética Médica que nos princípios fundamentais XI – “O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”. Ademais, veda ao médico: Art. 73. “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal”. Art. 74. “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”. Lamentavelmente, nenhuma dessas condições estavam presentes no caso em apreço, que **merece devida investigação e ações na esfera criminal, civil e ética.**

5. Não existe idade gestacional limite para o aborto previsto em lei no Brasil

O caso da menina de apenas 10 anos ainda mostrou que **há um desconhecimento geral sobre o conceito de aborto** no Brasil. No meio jurídico, aborto é a interrupção da gravidez anterior ao tempo compreendido entre a concepção e o início do trabalho de parto, o qual é o marco do fim da vida intrauterina (BITENCOURT, 2012). Na área da saúde, o termo “aborto” inclui uma variedade de condições clínicas como o aborto espontâneo, o aborto incompleto, o óbito fetal intrauterino e o aborto induzido (em gravidezes viáveis e não viáveis) (WHO, 2018).

A principal diferenciação que aqui interessa é entre o aborto espontâneo e o aborto induzido. O aborto espontâneo é definido como “a expulsão dos produtos da concepção **antes do termo da gravidez e sem interferência deliberada**” (MeSH, 1975; grifo nosso). Já o aborto induzido é **a remoção intencional do feto do interior do útero** por técnicas variadas” (MeSH, 1971; grifo nosso). A intenção é o principal fator de diferenciação entre as duas condições clínicas.

No Brasil, o conceito de aborto induzido é ignorado pela maioria dos livros textos nacionais e o conceito de aborto espontâneo é frequentemente associado ao peso fetal (500 gramas) e à idade gestacional (20-22 semanas). Esse conceito também é equivocado por não contemplar os constantes avanços em terapia intensiva neonatal, que modificam o limite da viabilidade fetal.

Esses equívocos históricos no Brasil levam às condutas inadequadas de médicos brasileiros em recusar o cuidado a meninas, adolescentes e mulheres que têm direito ao aborto e se apresentam aos serviços de saúde com gravidezes em idades gestacionais mais avançadas. Isso é particularmente grave porque a necessidade do aborto em segundo trimestre gestacional afeta de maneira desproporcional as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, as crianças e as adolescentes (DREY et al., 2006; HARRIS; GROSSMAN, 2011). A demora em reconhecer a gravidez (HARRIES et al., 2005), o desconhecimento sobre as previsões legais do aborto (HARRIS; GROSSMAN, 2011) e as dificuldades de acesso ao reduzido número de serviços (HARRIES et al., 2005; DREY et al.,

2006) constituem as principais razões para a procura pelo aborto no segundo trimestre da gravidez.

Muitos opositores ao aborto acima das 20-22 semanas de gravidez alegam que o procedimento é arriscado para a mulher. Apesar dos riscos relacionados ao aborto aumentarem com a idade gestacional, o risco de morte entre abortos acima de 21 semanas de gravidez é bastante incomum (8,9 óbitos a cada 100.000 procedimentos) e representa $\frac{1}{4}$ do risco de óbito relacionado à gravidez no termo (BARTLETT et al., 2004; HARRIS; GROSSMAN, 2011). Ou seja, o **aborto, mesmo nas idades gestacionais mais avançadas, é marcadamente mais seguro do que o parto.**

É passada a hora de repararmos o erro histórico relacionado aos conceitos equivocados de aborto amplamente difundidos no Brasil e que influenciaram as recomendações da Norma Técnica do Ministério da Saúde. Não podemos deixar que a tortura pela qual essa criança passou seja em vão. **É urgente e necessária a revisão da norma técnica do Ministério da Saúde.**

Registramos aqui nosso profundo apreço por toda a equipe de saúde do CISAM/UPE, que atuou de forma exemplar, tanto do ponto de vista ético quanto técnico ao acolher a criança no serviço. Que esse exemplo sirva de inspiração a todos os serviços que prestam atenção a pessoas em situação de violência sexual no Brasil.

Por fim, esperamos que as lições que a menina de apenas 10 anos do estado do Espírito Santo possa ensinar ao nosso país não sejam desperdiçadas. Que o sofrimento compartilhado por tantas brasileiras e brasileiros nesses últimos dias possa se transformar em luta. Luta pela formação qualificada dos profissionais de saúde nos temas das desigualdades de gênero, das violências, dos aspectos legais, éticos e técnicos relacionados ao aborto. Luta pelo acesso das meninas e mulheres brasileiras aos seus direitos fundamentais. Luta pela descriminalização do aborto no Brasil. A hora é agora.

Helena Borges Martins da Silva Paro – CRM-MG 37.708 – Professora da Universidade Federal de Uberlândia; Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras; Rede Médica pelo Direito de Decidir.

Cristião Fernando Rosas – CREMESP 36.696 – Médico Toco-Ginecologista e Coordenador da Rede Médica pelo Direito de Decidir.

Referências

AZEVEDO WF, DINIZ MB, FONSECA ES, et al. Complications in adolescent pregnancy. Einstein. 2015;13(4):618-626

BARTLETT, L. A.; BERG, C. J.; SHULMAN, H. B.; ZANE, S. B.; GREEN, C. A.; WHITEHEAD, S et al. Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004;103(4):729-37.

BITENCOURT, C. R. Tratado de direito penal – parte especial: dos crimes contra a pessoa. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v.2.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, 1940.

BRASIL. LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso em 16 ago 2020.

CONDE-AGUDELO A, BELIZÁN JM, LAMMERS C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):342-9.

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* 2014;22(43):141–148.

DREY, E.A.; FOSTER, D.G.; JACKSON, R.A.; LEE, S.J.; CARDENAS, L.H.; DARNEY, P.D. Risk Factors Associated With Presenting for Abortion in the Second Trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35.

FAÚNDES, A.; MIRANDA, L. Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2017.

HARRIES, J.; ORNER, P.; GABRIEL, M.; MITCHELL, E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reproductive Health* 2007, 4:7.

HARRIS, L.; GROSSMAN, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011;115:77–79. 10.1002/14651858.CD006714.pub2.

MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e Saude Coletiva* 2016; 21(2):563-572.

TROMMLEROVÁ SK. When children have children: The effects of child marriages and teenage

pregnancies on early childhood mortality in Bangladesh. *Econ Hum Biol.* 2020; 39:100904.

WICCLAIR, MR. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis.* New York: Cambridge University Press, 2011.

Wicclair. *Conscientious Objection in Health Care.* Cambridge University Press. Edição do Kindle.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Medical management of abortion.* Geneva: WHO, 2018.

UNICEF “La adolescencia temprana y tardía”
<https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>