

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**

**CARLA FERRARESI BONELLA**

**OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E ABORTO: uma análise ética e jurídica**

**UBERLÂNDIA**

**2021**

**CARLA FERRARESI BONELLA**

**OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E ABORTO: uma análise ética e jurídica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Vitorino Souza Alves.

UBERLÂNDIA

2021

**CARLA FERRARESI BONELLA**

**OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E ABORTO: uma análise ética e jurídica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Vitorino Souza Alves.

Uberlândia, 14 de Outubro de 2021.

---

Prof. Dr. Rodrigo Vitorino Souza Alves  
Faculdade de Direito, UFU  
Orientador

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Regina de Oliveira Magalhães da Silva Loureiro  
Faculdade de Direito, UFU  
Professora Convidada

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Borges Martins da Silva Paro  
Faculdade de Medicina, UFU  
Professora Convidada

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu pai, por ter me ajudado e me inspirado em toda minha trajetória acadêmica. À minha família, pela paciência que tiveram nos meus momentos difíceis. A todos os meus amigos e professores que me apoiaram ao longo dos semestres. E, finalmente, ao meu orientador, pelas correções, apoio, e atenção tanto durante minha formação quanto na realização deste trabalho.

*“Os esforços dos homens de gênio, embora erroneamente direcionados, quase nunca falharam ao se transformarem, por fim, em sólidos benefícios para a humanidade.”*

*Mary Shelley*

## RESUMO

O presente trabalho discute o problema da objeção de consciência ao aborto legal no Brasil sob uma análise ética e jurídica. Embora o aborto legal seja previsto no Brasil nos casos de gravidez decorrente de estupro, risco de morte da mulher, e anencefalia fetal, é comum que profissionais da saúde aleguem objeção de consciência contra sua realização. A objeção de consciência é o direito do indivíduo de se recusar a cumprir determinada obrigação legal imposta que é incompatível com sua consciência. O problema é que, de um lado, os profissionais da saúde não podem ser discriminados pelas suas convicções religiosas, filosóficas e políticas, de outro, eles possuem o dever de respeitar os direitos dos pacientes e prestar os serviços de saúde apropriados às suas funções. O objetivo deste estudo é definir claramente o tratamento da objeção dada pelo direito brasileiro, esclarecendo criticamente as interpretações jurídicas, éticas e sociais sobre o seu conceito e aplicação, mediante a utilização de uma metodologia descritivo-exploratória e normativa. Há um capítulo sobre o aborto, um sobre a objeção de consciência, um sobre a bioética e o biodireito, com ponderação ética e jurídica sobre o tema, e um sobre problemas e propostas práticas. O trabalho utiliza três principais teses bioéticas a respeito da objeção de consciência, ponderando sobre sua aplicação à luz das normas e princípios jurídicos, aplicando o princípalismo bioético, o Código de Ética Médica e o direito vigente no país ao problema da objeção de consciência ao aborto legal. Por fim, o estudo estabeleceu que o ordenamento brasileiro busca conciliar os direitos e deveres do profissional da saúde e os direitos do paciente, prevendo limites à objeção de consciência e endossando a Tese da Conciliação, mas tais limites não têm sido respeitados adequadamente e mudanças devem ser tentadas para garantir o direito das mulheres ao aborto legal.

**Palavras-chave:** Objeção de Consciência; Aborto; Bioética; Liberdade de Religião ou Crença; Direito da Saúde.

## ABSTRACT

The current study discusses the issue of conscientious objection to legal abortion in Brazil under an ethical and legal analysis. Although legal abortion is provided in Brazil in cases of pregnancy resulting from rape, risk of women's death, and fetal anencephaly, it is common for health professionals to claim conscientious objection against performing it. Conscientious objection is the right of an individual to refuse to comply with an imposed legal obligation that is incompatible with his or her conscience. The problem is that, on one hand, health care professionals cannot be discriminated against for their religious, philosophical, and political convictions, on the other hand, they have a duty to respect patients' rights and provide health care services appropriate to their duties. The objective of this study is to clearly define the treatment of the objection given by Brazilian law, critically clarifying the legal, ethical and social interpretations on its concept and application, by using a descriptive-exploratory and normative methodology. There is a chapter on abortion, one on conscientious objection, one on bioethics and biolaw, with ethical and legal pondering on the theme, and one on practical problems and proposals. The study uses three main bioethical views regarding conscientious objection, pondering on its application in the light of legal norms and principles, applying bioethical principlism, the Code of Medical Ethics and the current law in the country, to the problem of conscientious objection to legal abortion. Finally, the study established that the Brazilian legal system seeks to reconcile the rights and duties of the health professional and the rights of the patient, providing limits to conscientious objection and endorsing the compromise view, but such limits have not been adequately respected and changes must be pursued to ensure women's right to legal abortion.

**Keywords:** Conscientious Objection; Abortion; Freedom of Religion or Belief; Bioethics; Health Law.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DADDH	Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HC	Habeas Corpus
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OC	Objecção de Consciência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
SciELO	Scientific Electronic Library Online
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 ABORTO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Direito à Vida .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Aborto como Direito da Mulher .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Direito à Saúde.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Liberdade de Consciência, Religião ou Crença .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Histórico da Objeção de Consciência.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Objeção de Consciência no Brasil .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 Objeção de Consciência ao Aborto.....</b>	<b>28</b>
<b>4 BIOÉTICA E BIODIREITO .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Princípios bioéticos e código de ética .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2 Perspectivas bioéticas da Objeção de Consciência .....</b>	<b>34</b>
<i>4.2.1 Tese da Integridade Médica .....</i>	<i>34</i>
<i>4.2.2 Tese da Conciliação ou Integridade Não Absoluta.....</i>	<i>36</i>
<i>4.2.3 Tese do Profissionalismo ou Incompatibilidade.....</i>	<i>38</i>
<b>4.3 Ponderação ético-jurídica .....</b>	<b>40</b>
<b>5 PROBLEMAS E PROPOSTAS.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 A prática atual do aborto legal .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Propostas .....</b>	<b>48</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2020 o Brasil acompanhou pela mídia a tentativa de uma menina de 10 anos de conseguir realizar um aborto. No caso, ela havia sido vítima de estupro, e tinha amparo legal para interromper a gravidez tanto no Código Penal Brasileiro (CPB) quanto em decisão judicial favorável. Porém, os profissionais do hospital que ela buscou se recusaram a realizar o procedimento, alegando que não eram capacitados ou tinham técnica disponível apropriada para realizar o aborto (HOLL; MOUTTA, 2020). O caso não é isolado, e não ocorre somente no Brasil. Em 2009 uma menina de 9 anos também foi impedida de interromper sua gestação no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, dessa vez, por alegações de natureza religiosa contrárias à realização do aborto (MEDEIROS, 2021).

Casos como estes fomentam o debate sobre o aborto legal no Brasil, e abrem também indagações sobre o tema da objeção de consciência (OC). No primeiro caso, a justificativa divulgada pelo hospital foi a falta de profissionais capacitados, não se fundamentando em uma crença religiosa ou convicção filosófica ou política, porém, levantamento interno do hospital sugeriu que 70% do seu corpo técnico apresenta OC quanto à prática do aborto (VIEIRA, B. 2020).

As liberdades de consciência, religião ou crença são direitos individuais e invioláveis protegidos pela Constituição Federal. Tais liberdades podem ser exercidas individual ou coletivamente, e aliadas aos princípios de igualdade e não discriminação, permitem que indivíduos tenham sua fé protegida. A OC é uma forma de garantir o direito à liberdade de religião, crença ou consciência, pois permite a acomodação da diversidade (ALVES, 2016).

No Brasil, a OC é prevista tanto na Constituição Federal quanto em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo compreendida como o direito de um indivíduo de se recusar a cumprir deveres impostos a ele que considere contrários às suas convicções morais, políticas ou filosóficas, usado para proteger valores individuais em conflito com outros deveres e direitos públicos e individuais. No âmbito médico, é considerado como o mecanismo que protege a integridade moral do profissional da saúde que acredita que realizar determinado serviço é incompatível com sua consciência (BUZANELLO, 2001; DINIZ, 2011).

O problema central que emerge quando o profissional se recusa a prestar um serviço de saúde pública que considera contrário aos ditames de sua consciência, é o conflito entre a

proteção contra a discriminação por motivos de religião, crença ou convicção dos profissionais da saúde e o dever do médico de respeitar os direitos dos pacientes (DICKENS, 2009; DINIZ, 2011)

O presente trabalho partiu da observação de que o aborto legal no Brasil, apesar de estar previsto em lei, não está plenamente garantido, notando que existem dúvidas e interpretações conflituosas sobre a juridicidade e eticidade da alegação da OC. Dessa forma, o trabalho procurou definir o tratamento da OC dado pelo direito brasileiro e esclarecer criticamente interpretações jurídicas e éticas sobre o seu significado e aplicação.

A pesquisa possibilitou uma avaliação mais ampla do problema citado, esclarecendo a situação que de fato ocorre no Brasil e avaliando tal situação a partir de perspectivas éticas, jurídicas e sociais. O trabalho se justificou quando se considera que a abordagem sugerida, que combina o direito vigente, a doutrina jurídica e a avaliação bioética, neste caso, utilizando as abordagens éticas mais recentes do tema, é razoavelmente original, pois a bioética aparece aqui como uma perspectiva crítica que pretende avaliar não só a conduta individual, mas os protocolos profissionais, o direito vigente e o consenso médico atual.

A metodologia adotada no presente estudo é de natureza descritivo-exploratória e normativa, geral e aplicada, se dirigindo à descoberta, exposição e compreensão dos fatos mais relevantes relacionados à OC através de uma revisão de literatura da área médica, ética e jurídica, relacionando tais conteúdos valorativo-normativos aos fatos relatados acima. Foi feita a partir da revisão e estudo de textos legais e da literatura das áreas jurídica e bioética, com análise de conceitos e argumentos. A literatura para revisão foi selecionada a partir das bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, principais periódicos nacionais ou internacionais de impacto, e manuais/livros de direito ou ética com o tópico “objeção de consciência”.

O trabalho está dividido em seis capítulos. No capítulo 1 é feita uma introdução ao tema. No capítulo 2, sobre o aborto, são esclarecidos os conceitos jurídicos envolvendo a interrupção da gravidez, abordando o direito à vida, o aborto como direito da mulher e o direito à saúde. No capítulo 3, sobre a OC, o direito à OC é explorado, examinando a liberdade de consciência, religião ou crença, o histórico da OC e o tratamento legal dado a esse direito no Brasil, abordando, for fim, a OC ao aborto legal. No capítulo 4 é feita uma análise do problema através da bioética e do biodireito, abordando os princípios bioéticos de Beauchamp e

Childress (2019) e o Código de Ética Médica brasileiro, dando foco especial à OC médica; nesse capítulo, são analisadas as principais teses bioéticas sobre a OC: a Tese da Integridade Médica; a Tese da Conciliação ou Integridade Não Absoluta; e a Tese do Profissionalismo ou Incompatibilidade. Após a análise das teses, foi feita uma ponderação ética e jurídica para analisar e avaliar o problema. No capítulo 5, é abordada a prática atual do aborto no Brasil através de dados coletados em pesquisas, e em seguida lidamos com questões e propostas práticas, tanto a título de entendimento crítico da posição vigente no Brasil, quanto a título de contribuição para a solução mais adequada do problema. Finalmente, no último capítulo, foram apresentadas as considerações finais.

## 2 ABORTO

Antes de adentrar na questão principal do trabalho, é importante esclarecer alguns pontos a respeito do aborto no Brasil.

De modo simples, o dicionário Michaelis define "aborto" como "Interrupção prematura, natural ou artificial, do processo de gestação causando a expulsão do feto antes que este possa sobreviver fora do útero" (ABORTO, 2021). Para o Ministério da Saúde (MS), o aborto é a "interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g" (BRASIL, 2005, p. 29).

A Igreja Católica entende o aborto como a morte deliberada e direta do ser humano em sua fase inicial, considerada da concepção ao nascimento (MORAES, 2008).

Para a doutrina brasileira, o aborto pode ser dividido em: natural, quando ocorre de maneira espontânea pelo próprio organismo da gestante; acidental, quando decorre de acidentes, como quedas; criminoso, quando é proibido pela lei; legal, quando é permitido por lei, dividido em necessário e sentimental; miserável ou econômico-social, quando ocorre devido a incapacidade financeira de sustentar a vida futura; eugênico, quando o feto possui graves anomalias; e outros tipos estabelecidos pela doutrina (CUNHA, 2017).

No Código Penal de 1940, o aborto é considerado um crime contra a vida, punido nos artigos 124 a 127, *in verbis*:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte (BRASIL, 1940).

Porém, o aborto realizado pelo médico nos casos de gravidez resultante de estupro ou quando não há outro meio de salvar a vida da mulher não é crime e não se pune, segundo o artigo 128:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;  
Aborto no caso de gravidez resultante de estupro  
II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940).

Para Rogério Sanches da Cunha (2017), o aborto legal no Brasil se trata na verdade de uma excludente da criminalidade. A hipótese presente no art. 128, inciso I, aborda o aborto necessário, enquanto o inciso II trata do aborto sentimental, ambos considerados causas de exclusão da ilicitude, ou seja, o fato continua típico, mas não há crime.

Em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF) também permitiu a interrupção da gestação nos casos de feto com anencefalia na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (BRASIL, 2012).

A jurisprudência brasileira também tem discutido este tema em diferentes momentos. Em 2016, houve a análise do Habeas Corpus nº 124.306 (HC) que fixou a partir do voto de Luís Roberto Barroso o precedente que exclui a criminalização da interrupção voluntária da gravidez no primeiro trimestre, arguindo que a criminalização do aborto nesse caso viola direitos fundamentais das mulheres (BRASIL, 2016). Tema semelhante é debatido na ADPF nº 442 que busca a descriminalização do aborto voluntário até o primeiro trimestre (BRASIL, 2017).

Salienta-se também que, segundo leitura do Código Penal, o procedimento do aborto só pode ser praticado por médicos, portanto caso outro profissional da saúde realize o procedimento sem a habilitação profissional de médico, poderá ser acobertado da discriminante do estado de necessidade do art. 24 (CUNHA, 2017).

O Código Penal não exige expressamente nenhuma documentação comprovando o estupro para a realização do aborto legal, mas exige o consentimento da mulher, cabendo ao MS regular o procedimento através de normas técnicas. As portarias sobre o procedimento de aborto no Sistema Único de Saúde (SUS) estão em vigor desde 2005, com a edição da Portaria nº 1.508/2005, substituída em 2020 pelas Portarias nº 2.282/2020 e 2.165/2020.

A Portaria nº 2.282 de agosto de 2020 adicionou elementos controversos ao procedimento, como a necessidade da equipe médica de informar a gestante sobre a possibilidade de visualizar o feto ou embrião através de ultrassom, obrigatoriedade de noticiar o crime de estupro para a autoridade policial em até 24 horas e de preservar os materiais do crime (PARO, CARNEIRO, HASSE, 2019; VERDÉLIO, 2020).

Segundo essa portaria, os médicos, profissionais da saúde e responsáveis pelo estabelecimento de saúde, no procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez, possuem o dever de noticiar o estupro às autoridades, e preservar os materiais do crime, como fragmentos do embrião ou feto para o posterior uso pelas autoridades. A notificação compulsória possíveis casos de violência contra a mulher é também prevista na lei nº 13.931/2019 (VERDÉLIO, 2020; BRASIL, 2019).

A obrigatoriedade de noticiar o crime à polícia é um ponto controverso, sendo ajuizada uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 6552) no STF pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), e uma ADPF pelos partidos de oposição (PT, PCdoB, PSB, PSOL e PDT), ambas com o intuito de suspender a eficácia da portaria, visto que a obrigatoriedade de notificar as autoridades sobre o crime entra em choque com dever legal e ético do sigilo na prática profissional de assistência à saúde. Porém as ações foram retiradas da pauta do plenário de última hora após a publicação da nova Portaria nº 2.561/2020, que removeu o dever de informar a gestante sobre a possibilidade de visualizar a ultrassonografia, mantendo, no entanto, a obrigatoriedade de noticiar o crime (VERDÉLIO, 2020; LEÃO, 2020)

Além das portarias, segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento de 2005, o Código Penal também protege o médico que realiza um aborto por engano, pensando se tratar da hipótese legal de aborto em caso de estupro, pois o que ocorre nesse caso é um erro de tipo, que exclui o dolo e a tipicidade da conduta, sendo o médico isento de pena segundo o art. 20 (CUNHA, 2017; BRASIL, 2005).

Outra lei relevante é a Lei nº 12.845 de 2013 que trata do atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, que prevê no art. 1:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (BRASIL, 2013, art. 1)

O atendimento multidisciplinar imediato exigido pela lei inclui diversos serviços, sendo eles:

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:  
 I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;  
 II - amparo médico, psicológico e social imediatos;  
 III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;  
 IV - profilaxia da gravidez;  
 V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;  
 VII - **fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis** (BRASIL, 2013, art. 3, grifo nosso).

## 2.1 Direito à Vida

Ainda sobre o aborto, é imprescindível analisar a posição do direito à vida na Constituição e nos tratados e convenções internacionais cujo Brasil é parte.

O direito à vida é consagrado como um direito humano e fundamental. A Constituição expressamente protege a vida no art. 5º, *caput*, e embora seja um direito fundamental e inviolável, não é um direito absoluto (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2017).

A Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 (DUDH) prevê o direito à vida no artigo 3, estabelecendo que “toda pessoa tem o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, já o Pacto de Direitos Civis e Políticos de 1966 (PIDCP) estabelece que o "direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida” (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2017).

O Brasil é um Estado que pertence à Organização dos Estados Americanos (OEA) e possui a obrigação de seguir os direitos e deveres estabelecidos na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem de 1948 (DADDH) (LOUREIRO, 2021). O Brasil também é parte da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 (CADH), o que nos leva a análise de seu artigo 4.1 que também prevê a proteção da vida, e estabelece que:

### Artigo 4. Direito à vida

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1969).

No Brasil, a Constituição Federal dispõe sobre a posição hierárquica de tratados e convenções internacionais de Direitos Humanos no art. 5º, parágrafos 2º e 3º. O parágrafo 3º foi introduzido através da Emenda Constitucional nº 45 de 2004. Segundo esse artigo os tratados internacionais e convenções de Direitos Humanos devem ser aprovados por rito especial para que tenham equivalência à emenda constitucional, dessa forma, quando não forem aprovados em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, os tratados serão considerados de caráter supralegal, ou seja, abaixo da

Constituição mas acima da legislação interna. Esse entendimento, conhecido como a teoria do duplo estatuto, tem como precedente o Recurso Extraordinário nº 466.343 (RAMOS, 2017).

No art. 5º, §2º da CRFB fica estabelecido também que "direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte" (BRASIL, 1988, art. 5º). Fora isso, a Convenção Americana também deve ser interpretada: "[...] de modo a não suprimir o gozo e o exercício dos direitos e liberdades por ela reconhecidos, nem os direitos e garantias inerentes ao ser humano ou que decorram da forma democrática e representativa do governo" (LOUREIRO, 2021, p. 842).

As normas da Convenção Americana, portanto, possuem no mínimo caráter supralegal, ou, a partir de uma leitura do §2º do art. 5º, status de norma constitucional. Porém, o disposto no artigo 4.1 não determina qual maneira a proteção à vida deverá ser seguir ou qual o grau de proteção será dado a cada fase da vida (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2017).

Seguindo a interpretação da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) no caso "Artavia Murillo e Outros vs. Costa Rica" a proteção da vida "em geral, desde a concepção" busca proteger os direitos da mulher grávida, e não os direitos do feto, não sendo o direito à vida um direito absoluto que pode ser usado de maneira que limite outros direitos ou que gere efeitos discriminatórios, devendo a proteção da vida antes do nascimento estar em conformidade com outros direitos fundamentais (TORRES apud MELO, 2020). A Comissão Interamericana de Direitos Humanos também já reconheceu, no caso "Baby boy vs EUA", que a cláusula "em geral" do artigo 4.1 da Convenção Americana pode ser interpretada a permitir exceções à regra, e que nunca se pretendeu com a DADDH ou a CADH proibir o aborto ou estabelecer o direito a vida como absoluto (MELO, 2020).

O Brasil, como estado parte da CADH, reconhece a competência da CIDH como órgão responsável pela última interpretação da Convenção, de acordo com o artigo 61, parágrafos 1 e 3 da CADH. Porém, embora reconheça o status supralegal de tratados e convenções de Direitos Humanos, nem a Convenção Americana ou a Constituição Federal prevê expressamente que a jurisprudência da CIDH seja vinculante ao STF ou outros tribunais nacionais (VASCONCELOS, 2014).

A Constituição Federal não estabelece quando a proteção da vida se inicia, mas, por meio da CADH, podemos entender que a vida possui proteção "em geral" desde a concepção,

como já mencionado anteriormente. Dessa forma, devem ser observados outros direitos a fim de estabelecer uma harmonia entre os valores protegidos. Embora exista a proteção desde a concepção, a ponderação possibilita que esse direito seja excepcionado em certas ocasiões, como o aborto em caso de gravidez decorrente de estupro (RAMOS, 2017).

## **2.2 Aborto como Direito da Mulher**

Como já mencionado, a jurisprudência do STF, adotando a teoria do duplo estatuto, entende que somente os tratados internalizados seguindo o procedimento previsto no art. 5º, §3º possuem caráter de emenda constitucional, e os tratados de Direitos Humanos que não são aprovados pelos rito especial do §3º são entendidos como sendo de caráter supralegal, independente de seu conteúdo ou que sejam anteriores à Emenda Constitucional nº 45 (RAMOS, 2017).

A CADH estabelece, além do direito à vida, outros direitos que a mulher gestante é titular, como o direito à integridade pessoal no artigo 5; direito à liberdade pessoal; e a proteção da honra e da dignidade, entre outros (SARMENTO, 2005).

O Brasil é signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979 (CEDAW) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 (Convenção Belém do Pará), incorporadas ao ordenamento interno com caráter de norma supraconstitucional (SARMENTO, 2005).

O Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher afirmou, através da Recomendação Geral nº 24 sobre o artigo 12 da CEDAW, que a recusa de um Estado de prestar serviços de saúde reprodutiva para mulheres é ato discriminatório, e explicitamente menciona o caso de profissionais da saúde se recusarem a realizar tais serviços sob a alegação da OC sem assegurar o encaminhamento dessas mulheres a outro profissional que realize o serviço recusado (BIELEFELDT; GHANEA; WIENER, 2016).

Entendimento jurisprudencial também já afirmou que o direito ao aborto está assegurado através das garantias constitucionais aos direitos fundamentais, sexuais e reprodutivos da mulher. Esse entendimento é o apoiado pelo Ministro Luíz Roberto Barroso em seu voto no HC 124.306, que, apesar de não possuir repercussão geral, ainda é um precedente judicial que

entendeu que o aborto até o primeiro trimestre da gestação não constitui crime, utilizando da técnica de interpretação conforme à CRFB:

3. Em segundo lugar, é preciso conferir interpretação conforme a Constituição aos próprios arts. 124 a 126 do Código Penal – que tipificam o crime de aborto – para excluir do seu âmbito de incidência a interrupção voluntária da gestação efetivada no primeiro trimestre. A criminalização, nessa hipótese, viola diversos direitos fundamentais da mulher, bem como o princípio da proporcionalidade. 4. A criminalização é incompatível com os seguintes direitos fundamentais: os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, que não pode ser obrigada pelo Estado a manter uma gestação indesejada; a autonomia da mulher, que deve conservar o direito de fazer suas escolhas existenciais; a integridade física e psíquica da gestante, que é quem sofre, no seu corpo e no seu psiquismo, os efeitos da gravidez; e a igualdade da mulher, já que homens não engravidam e, portanto, a equiparação plena (BRASIL, 2016).

Uma das razões para esse entendimento, apontada por Daniel Sarmiento, é que a gravidez e a maternidade afetam a existência da mulher de maneira imensurável, portanto a decisão de manter ou não uma gestação estaria intimamente ligada ao seu direito de autodeterminação, liberdade, integridade física e privacidade. A autonomia da mulher é protegida pela dignidade da pessoa humana, na CRFB, prevista no art. 1º, inciso III, e surge da concepção de que cada pessoa é um agente moral dotado de capacidade para decidir sobre as próprias questões existenciais, e implica no respeito à liberdade e autonomia da pessoa diante do próprio corpo e da própria vida, sem interferência do Estado ou de terceiros. A privacidade e liberdade da mulher é afetada na medida que sofre intrusão e intervenção no controle de seu corpo, sendo forçada a manter uma gestação indesejada, afetando também a sua integridade física e psíquica, protegida no art. 5º, inciso III da CRFB (SARMENTO, 2005). Segundo Barroso, no HC 124.206, quando se trata da gravidez forçada, o corpo da mulher sofre diante das mudanças que a gestação naturalmente traz, e a integridade psíquica é abalada pela obrigação de assumir uma posição materna de responsabilidade por outro ser humano (BRASIL, 2016).

De qualquer maneira, independente do aborto ser ou não um direito explicitamente garantido à mulher, o aborto nos casos de estupro, risco de morte ou anencefalia é inegavelmente um procedimento de saúde que deve ser realizado exclusivamente por médicos (ou tratado por médicos quando ocorre naturalmente), há regulamentação sobre sua oferta pelo SUS, e o direito à saúde é um direito explícito inscrito na Constituição Federal como um direito fundamental. Isso basta para que haja um sério problema social e legal quando um profissional alega OC contra realizar seu dever profissional ou não segue protocolo exigido para tal alegação, o que é o objeto central deste trabalho.

## 2.3 Direito à Saúde

Enquanto a existência do direito explícito da mulher ao aborto é um tema contencioso no direito, o direito à saúde já se encontra consolidado na doutrina jurídica brasileira e na jurisprudência dos tribunais, inscrito explicitamente na Constituição Federal.

O conceito de saúde vai além da mera ausência de doença, ela inclui um estado de bem-estar físico, mental e social, como é apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e é também o “produto de condições objetivas de existência” (PESSINI; BARCHI-FONTAINE, 2014, p. 153).

O direito à saúde é um direito social consagrado no art. 6º da CRFB, e é intimamente conectado ao direito à vida (art. 5º) e à dignidade da pessoa humana, exigindo prestações positivas e negativas do Estado. O direito à saúde não só garante o direito à vida digna como também a integridade física e psíquica das pessoas, e está diretamente ligado aos direitos reprodutivos, relacionados ao exercício da sexualidade e reprodução humana (SARMENTO, 2005).

Segundo entendimento jurisprudencial, é um direito individual e coletivo, mas não absoluto para a realização de todo e qualquer procedimento, sendo condicionado ao não comprometimento do funcionamento do SUS (CONASS, 2015). É um direito de todos e um dever do estado, que deve ser garantido segundo o disposto no art. 196 da CRFB, que diz:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Destacam-se as dimensões positivas e negativas desse direito fundamental. De um lado, o Estado é impedido de lesar ou ameaçar a saúde das pessoas, ao mesmo tempo, deve garantir a saúde mediante a formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SARMENTO, 2005).

O art. 200 da CRFB também prevê as atribuições do SUS, que se consolida através das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. O SUS surgiu através da reforma sanitária durante a redemocratização da política brasileira. Os direitos sociais formulados nesse período permitiram a criação de um sistema de atendimento universal e único aos cidadãos, além da ampliação do

conceito de saúde e sua concepção como direito de todos sem discriminação, e a responsabilidade do Estado quanto as políticas públicas (MEDEIROS, 2021)

Em âmbito internacional, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (PIDESC) e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (“Protocolo de São Salvador”) de 1988. O artigo 12 do PIDESC traz o reconhecimento do direito à saúde, estabelecendo que:

#### Artigo 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
  - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento é das crianças;
  - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
  - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
  - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966b).

O Protocolo de São Salvador também aborda o direito à saúde no seu artigo 10:

#### Artigo 10

##### Direito à Saúde

1. Toda pessoa têm direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito:
  - a) assistência primária à saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
  - b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
  - c) total imunização contra as principais doenças infecciosas;
  - d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
  - e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e
  - f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1988).

Além disso, o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ou Plataforma de Cairo, de 1994 estabeleceu que direitos reprodutivos são direitos básicos a todos, mulheres e homens, e implicam no direito de decidir de maneira livre sobre a própria reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. Ainda segundo a Conferência, o aborto ficou estabelecido como um problema de saúde pública (SARMENTO, 2005).

O Comentário Geral n.º 22 de 2016 do Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais também determina que o direito à saúde sexual e reprodutiva são partes integrais do direito à saúde previsto no art. 12 do PIDESC. Segundo o comentário, esses direitos incluem a liberdade de tomar decisões livres e responsáveis sobre o próprio corpo e saúde sexual e reprodutiva, livre de violência, coerção ou discriminação, incluindo o acesso irrestrito a bens, serviços e informações que assegurem o gozo desses direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Apesar das tentativas de organização do aborto pelo poder público, não são muitos os estabelecimentos de saúde que realizam o serviço. Pesquisas mostram que poucos realmente possuem equipe específica para este atendimento, sendo o aborto realizado na maioria das vezes pela equipe de plantão, o que, além de dificultar o procedimento, coloca a mulher à disposição da equipe médica (MADEIRO; DINIZ, 2016).

O primeiro serviço de aborto em casos de gravidez resultante de estupro foi criado em São Paulo, em 1989. O procedimento só era realizado se a gestante apresentasse documentos comprobatórios, como a cópia do boletim de ocorrência (BO) e do laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML). Somente em 1997, com a aprovação da Resolução nº 258/1997 pelo Conselho Nacional de Saúde, que foi implantada a obrigatoriedade da oferta do aborto pelo SUS. Dois anos depois, em 1999, foi instituída a primeira norma técnica para o atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, e em 2002 foi editada sua segunda edição, tornando a documentação policial e judicial não obrigatória para realização do procedimento (ROSAS; PARO, 2021).

Essa atualização que tornou desnecessária a apresentação de documentos comprobatórios sobre violência foi criticada por parte da sociedade, inclusive setores religiosos. Em decorrência disso foi editada a Portaria nº 1.508/2005, que dispunha sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção gestacional em decorrência de violência sexual, revogada pelas portarias nº 2.282/2020 e nº 2.561/2020, já comentadas anteriormente (MEDEIROS, 2021).

Atualmente, o atendimento é feito em unidades de referência pública conhecidas como "serviços de aborto legal" criados pelo SUS para o cuidado de vítimas de estupro e mulheres com risco de morte. Presume-se que o aborto também é realizado em hospitais públicos, visto

que o aborto legal no SUS é regulado por Portaria do MS desde 2005 (MADEIRO et al., 2016).

### 3 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

A OC pode ser definida como a recusa do cumprimento de dever legal considerado incompatível com as convicções morais, religiosas, políticas ou filosóficas de alguém. É o mecanismo utilizado para proteger valores individuais em conflito com deveres impostos a todos pelo Estado, tendo como núcleo de fundamentação a liberdade de consciência (BUZANELLO, 2001). É imprescindível, portanto, para a análise do direito à OC, primeiro esclarecer pontos centrais sobre o direito à liberdade de consciência e religião, principalmente quanto a sua abrangência, diferenças e parâmetros.

#### 3.1 Liberdade de Consciência, Religião ou Crença

A liberdade de consciência e a liberdade de religião ou crença (conhecida também como liberdade religiosa) são liberdades reconhecidas como direitos fundamentais e humanos na esfera de direito internacional dos Direitos Humanos e na CRFB (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2017).

A liberdade de consciência engloba o foro interno do indivíduo, e possui uma dimensão mais abrangente, atuando como um direito matriz que se desdobra em outros direitos de liberdade distintos. Para Jayme Weingartner Neto (2018), a liberdade de consciência é a própria faculdade individual de autodeterminar-se quanto aos padrões éticos e existenciais, sendo a "autonomia moral prática do indivíduo", enquanto a liberdade de religião, mais especificamente, engloba em seu núcleo a liberdade de ter, não ter, ou deixar de ter uma religião.

Está presente na DUDH e no PIDCP, assim como em diversos outros tratados internacionais e regionais. Na DUDH, no Artigo 18, diz:

Artigo 18º Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

O PIDCP, em seu Artigo 18, prevê que:

1. Toda pessoa terá direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Esse direito implicará a liberdade de ter ou adotar uma religião ou uma crença de sua escolha e a liberdade de professar sua religião ou crença, individual ou coletivamente, tanto pública como privadamente, por meio do culto, da celebração de ritos, de práticas e do ensino.
2. Ninguém poderá ser submetido a medidas coercitivas que possam restringir sua liberdade de ter ou de adotar uma religião ou crença de sua escolha.

3. A liberdade de manifestar a própria religião ou crença estará sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas.
4. Os Estados Partes do presente Pacto comprometem-se a respeitar a liberdade dos pais e, quando for o caso, dos tutores legais - de assegurar a educação religiosa e moral dos filhos que esteja de acordo com suas próprias convicções (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966a).

Em consonância com os parâmetros internacionais de Direitos Humanos, é possível afirmar que todas as pessoas são titulares do direito à liberdade de consciência, religião e crença. Essa liberdade pode ser entendida em duas formas: em sua dimensão interna, ou "*forum internum*" e em sua dimensão externa, ou "*forum externum*" (BIELEFELDT, 2012).

O *forum internum* inclui a liberdade de ter, não ter ou adotar uma convicção ou crença interna, é um elemento da liberdade de proteção absoluta, pois não existe possibilidade dessa liberdade ser violada. É proibido ao Estado impor restrições ao seu exercício ou abrangência, interferindo no núcleo interno de convicção de uma pessoa. Nessa dimensão a identidade moral da pessoa é formada, portanto não admite limitações pois estariam diretamente impactando aquilo que o torna um agente moral (BIELEFELDT; 2012, 2020).

Enquanto a dimensão interna goza de proteção absoluta, imune de limitações, a dimensão externa deve obedecer às limitações legais impostas. O *forum externum* está relacionado às manifestações externas de uma crença ou convicção religiosa e engloba o direito de manifestar e exteriorizar uma religião ou crença, tanto individual quanto em comunidade, seja através do ensino, do culto, da prática e outras formas de observância religiosa. Essa exteriorização implica também na possibilidade de compartilhar crenças com outros e não possui proteção absoluta (BIELEFELDT; 2012, 2020).

As limitações desse fórum estão presentes no próprio artigo 18, item 3 do PIDCP, e somente serão legítimas quando previstas em lei e necessárias para a proteção da segurança, ordem, saúde ou moral pública, ou de direitos e liberdades fundamentais de outros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966a).

### **3.2 Histórico da Objeção de Consciência**

A OC é um tema contencioso no âmbito do direito dos Direitos Humanos. No contexto internacional encontra sua base no direito à liberdade de pensamento, consciência e religião estabelecidos na DUDH e no PIDCP. Importante notar que, segundo os parâmetros internaci-

onais, a OC não foi identificada explicitamente como um direito humano, não havendo referência explícita à OC, se apresentando como derivado do direito geral de liberdade de pensamento, consciência e religião (KESSLER, 2013).

Analisando o histórico da construção da OC como direito é possível estabelecer premissas importantes para a análise de sua relevância e âmbito de proteção.

Aquilo que conhecemos hoje como "objeto de consciência" surge quando os Estados começaram a implementar a conscrição universal ao serviço militar, logo após a revolução francesa (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

As primeiras pessoas que se identificaram como objetores de consciência aparecem durante a Primeira Guerra Mundial, e após a Segunda Guerra o tema da OC é dado mais força aliado as transformações no âmbito de Direitos Humanos, com a adoção da DUDH e o PIDCP (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Durante a redação da DUDH a OC foi debatida em duas instâncias, mas no final o Comitê decidiu em não reconhecer a OC como um direito humano. Dessa forma, não há menção explícita da OC na DUDH. O PIDCP, da mesma forma, também não mencionou explicitamente a OC em seu texto, definindo somente o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, no artigo 18 (KESSLER, 2013).

Muitos Estados eram, e ainda são, contra a existência e identificação da OC como um direito humano fundamental. De um lado, Estados entendem que permitir a OC através do artigo 18 do PIDCP ameaça a segurança pública, principalmente em períodos de guerra, portanto é permitido limitar a manifestação da liberdade de consciência e religião, visto que são permitidas restrições necessárias a proteção da segurança. Até 1993, o Comitê apoiava que o artigo 18 não dava suporte algum ao direito à OC (KESSLER, 2013)

Essa posição foi alterada através do Comentário Geral nº 22, que providenciou interpretação oficial do artigo 18, expondo de forma clara que, mesmo não havendo referência explícita ao direito à OC, esse direito é derivado da liberdade de pensamento, consciência e religião. Após essa mudança de interpretação, em 2006, o Comitê identificou pela primeira vez o direito de alguém recusar a conscrição compulsória ao exército como uma expressão direta de suas crenças religiosas, conforme o artigo 18, no caso *Yeo-Bum Yoon e Myung-Jin Choi vs. República da Coreia* (KESSLER, 2013; BIELEFELDT, GHANEA, WIENER, 2016).

A interpretação do Comentário Geral nº 22 é indispensável para a compreensão da liberdade de consciência e religião. Segundo o Comentário, o artigo 18 protege tanto as crenças teístas, não-teísta e ateístas, quanto protege o direito de não professar religião ou crença, deixando os termos "religião" e "crença" com uma interpretação ampla, não limitando a liberdade somente as religiões tradicionais ou institucionalizadas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993).

Como já exposto, é possível dividir a liberdade de consciência ou religião em dimensões internas e externas a fim de identificar as implicações práticas da proteção desse direito. Dependendo da abordagem utilizada para identificar o direito à OC, o seu âmbito de proteção muda.

O entendimento de que o direito à OC é inerente ao direito à liberdade de pensamento, consciência e religião em sua dimensão interna, implica em não admitir limitações a OC, visto que a proteção do *forum internum* é absoluta. Já a abordagem da OC através do *forum externum* da liberdade de consciência implica que o direito a OC é derivado do artigo 18 na medida em que a objeção ao cumprimento de certo dever ou obrigação pode entrar em conflito com o direito de manifestar a religião ou crença. Ao observar a OC através dessa abordagem, o Estado deve justificar a limitação ao direito a OC, respeitando as exigências da legalidade, justificativa e necessidade (BIELEFELDT; GHANEA; WIENER, 2016).

### **3.3 Objeção de Consciência no Brasil**

Para compreender a OC no Brasil é preciso primeiro estabelecer a proteção à liberdade de consciência e à liberdade de religião ou crença no Brasil.

Antes de 1890, o Brasil era um estado confessional, cuja religião oficial era o Catolicismo Romano. Como religião oficial, gozava de proteção especial até a introdução do Decreto nº 119-A, que estabeleceu a proibição da intervenção do Estado em questões religiosas, por meio do regime de separação entre a Religião e o Estado, assim como a proteção da liberdade religiosa. O estabelecimento do estado laico não significa que há hostilidade frente a religião, pelo contrário, a secularização brasileira atua em um sistema de cooperação, devendo proteger a liberdade religiosa e proibir a discriminação, e permite que o Estado e religiões colaborem (WEINGARTNER NETO, 2018; ALVES, 2016).

No Brasil, a liberdade de consciência e de religião ou crença são direitos individuais protegidos pela CRFB no art. 5º, incisos VI e VIII. Considerados como direitos invioláveis, podem ser exercidas individual ou coletivamente, e aliadas aos princípios de igualdade e não discriminação, garantem que todos sejam protegidos em seus direitos de ter, não ter, mudar, manifestar ou praticar uma religião (ALVES, 2016).

A OC permite a garantia do direito à liberdade de religião e permite uma acomodação da diversidade. Quando o objetor usa esse direito, a intenção não é que ele se coloque acima da lei, mas que se encontre uma solução alternativa que considere tanto os seus valores individuais quanto os valores da norma legal (ALVES, 2016).

A OC é reconhecida constitucionalmente de forma genérica no art. 5º, inciso VIII, e de forma específica no art. 143, §1º (BUZANELLO, 2001). O art. 5º estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinções de qualquer natureza, e prevê o direito a OC na última parte do inciso VIII, estabelecendo que:

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei; (BRASIL, 1988, art. 5º).

Já o art. 143, §1º, prevê a OC ao serviço militar, *in verbis*:

Art. 143. O serviço militar é obrigatório nos termos da lei.  
§ 1º Às Forças Armadas compete, na forma da lei, atribuir serviço alternativo aos que, em tempo de paz, após alistados, alegarem imperativo de consciência, entendendo-se como tal o decorrente de crença religiosa e de convicção filosófica ou política, para se eximirem de atividades de caráter essencialmente militar (BRASIL, 1988, art. 143).

Para além das normas do ordenamento interno, o Brasil também subscreveu declarações e ratificou tratados internacionais e regionais de direitos humanos, como a DUDH, a DADDH, o PIDCP, e a CADH, e possui obrigação quanto ao cumprimento dos padrões estabelecidos.

Portanto o objetor de consciência é aquele que detém o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, reconhecida tanto na CRFB quanto em tratados internacionais e regionais de direitos humanos, e objetiva, com base na crença de que o cumprimento do dever legal a ele imposto o levaria a cometer um erro moral, que vai contra suas crenças religiosas, políticas, filosóficas ou ideológicas, se recusar a cumprir dever legal imposto.

### 3.4 Objeção de Consciência ao Aborto

A OC pode ser invocada para proteger a integridade moral do profissional da saúde que acredita que certa conduta, apesar de legal, é moralmente errada e portanto é autorizado a não realizá-la (DINIZ, 2011). Nesse caso, a OC deve ser respeitada pois ao mesmo tempo que o Estado possui o dever de resguardar a saúde da coletividade, também não pode prejudicar terceiros, tendo o dever de respeitar a liberdade religiosa de cada profissional da saúde (BUZANELLO, 2001).

Um dos problemas que surgem nesse caso é que, de um lado, os profissionais da saúde não podem ser discriminados por suas convicções religiosas, filosóficas e políticas, de outro, eles possuem o dever de respeitar os direitos dos pacientes (DICKENS, 2009). Portanto, quando o profissional da saúde se recusa a prestar serviços de saúde pública que são contrários aos ditames de sua consciência, diversos conflitos emergem: entre os direitos do paciente e os direitos do médico; entre as responsabilidades profissionais e os direitos individuais; entre direitos individuais e obrigações institucionais (DINIZ, 2011).

A OC como um direito que se encontra na dimensão do *forum externum* da liberdade de consciência e religião admite a imposição de restrições. Os limites admitidos à OC existem principalmente para garantir que os direitos de outras pessoas também sejam respeitados, no caso do aborto, a OC é limitada para resguardar o direito das mulheres ao acesso à saúde (BIELEFELDT; GHANEA; WIENER, 2016).

Os princípios da liberdade, igualdade e não discriminação devem ser respeitados pelo Estado, para isso, ele deve se manter neutro e agir maneira justa, inclusiva e não discriminatória. É desse dever de não discriminação que surge também a necessidade do Estado de adotar medidas de acomodação razoável. Para Heiner Bielefeldt:

[...] os membros das minorias devem ter a possibilidade de exigir, até certo grau, ajustes pessoais quando as disposições legais gerais colidirem com suas convicções conscienciosas. Tais medidas de "acomodação razoável", que freqüentemente têm sido criticadas por supostamente privilegiarem minorias, na verdade devem ser vistas como uma tentativa de retificar situações de discriminação indireta das quais os membros de minorias tipicamente sofrem, mesmo em democracias liberais que se

dedicam ao princípio de neutralidade em questões de religião e crença (BIELEFELDT, 2012, p. 10, tradução nossa).<sup>1</sup>

Frente a normas gerais, portanto, é preciso que o Estado adote medidas de não discriminação para possibilitar o pleno exercício da liberdade de religião ou crença. Segundo Jocelyn Maclure e Isabelle Dumont (2016, p. 1, tradução nossa):

Uma obrigação legal de acomodação é acionada quando uma norma *prima facie* neutra distribui oportunidades de forma desigual ou se mostra desproporcionalmente onerosa para os membros de um grupo. Em muitos casos, uma medida de acomodação permitirá que uma pessoa respeite suas convicções mais profundas e aproveite uma oportunidade ou um bem coletivo (encontrar emprego, ter acesso à educação ou à saúde, etc.)<sup>2</sup>

O termo “razoável” não deve ser ignorado, pois a medida de acomodação dependerá dos possíveis efeitos prejudiciais que trará a terceiros, no caso de acomodação razoável em ambientes de saúde:

[...] concordar com uma demanda de acomodação não pode implicar que os direitos dos pacientes ou de outros profissionais sejam violados ou que o funcionamento da organização seja perturbado de forma grave. Na jurisprudência Canadense, as reivindicações de acomodação são consideradas irrazoáveis se gerarem dificuldades indevidas ou restrições excessivas. O objetivo da acomodação razoável é permitir que aqueles que estão excessivamente sobrecarregados por regras de outra forma válidas possam desfrutar do que John Rawls chamou de liberdade de consciência igual. Isto, é claro, não deve ser feito às custas dos direitos básicos dos outros (MA-CLURE; DUMONT, 2016. p. 2, tradução nossa).<sup>3</sup>

Recusar-se a exercer atividade esperada da profissão coloca em choque os deveres profissionais do médico, como o dever de cuidado ao paciente. Solução para esse dilema seria o encaminhamento para outro profissional que irá realizar o procedimento recusado (DICKENS, 2009). A Corte Europeia de Direitos Humanos entende de maneira similar, no caso *RR vs Polônia*, afirmando que os Estados devem garantir o exercício da liberdade de consciência

<sup>1</sup> No original: “[...] members of minorities should have the possibility to demand, to a certain degree, personal adjustments when general legal provisions collide with their conscientious convictions. Such measures of ‘reasonable accommodation’, which often have been criticized as allegedly privileging minorities, in fact should be seen as an attempt to rectify situations of indirect discrimination from which members of minorities typically suffer even in liberal democracies that are devoted to the principle of neutrality in questions of religion and belief.”

<sup>2</sup> No original: “A legal obligation to accommodate is triggered when a *prima facie* neutral norm distributes opportunities in an uneven way or proves to be disproportionately burdensome to the members of a group. In many cases, an accommodation measure will enable a person to both respect her deepest convictions and avail herself of an opportunity or of a collective good ( finding employment, having access to education or healthcare, etc).”

<sup>3</sup> No original: “[...] agreeing to an accommodation demand cannot entail that the rights of patients or of other professionals are infringed upon or that the functioning of the organisation is disrupted in a serious way. In the Canadian jurisprudence, accommodation claims are deemed unreasonable if they engender undue hardship or excessive constraints. The purpose of reasonable accommodation is to enable those who are excessively burdened by otherwise valid rules to enjoy what John Rawls called equal freedom of conscience. This, of course, should not be done at the expense of the basic rights of others.”

de maneira que não impeça a paciente de obter o serviço a que têm direito (BIELEFELDT; GHANEA; WIENER, 2016).

O dever de encaminhar a paciente para outro profissional é reconhecido como uma condição para o exercício legal da OC no caso do aborto, pois o respeito à consciência do médico implica também no respeito à consciência da paciente. A OC não pode ser usada a fim de limitar o direito da paciente ou transformá-la em mero meio para que o profissional exerça seus próprios fins espirituais (DICKENS, 2009).

No Brasil a recusa do médico de realizar certo serviço somente é aceita quando a sua convicção moral entra em choque com uma obrigação do profissional da saúde, portanto, o médico não pode alegar OC por acreditar que a mulher está mentindo sobre ter sido estuprada, pois além de não ser um caso de OC, a palavra da mulher possui presunção de veracidade, tanto que não é necessária a apresentação de provas documentais do estupro para a realização do abortamento (DINIZ, 2011).

O MS reconhece em normas técnicas o direito à OC e permite que o médico se abstenha da prática desde que respeite as condições estabelecidas, como a existência de outro profissional que assuma sua posição, que a mulher não corra risco de morte ou que a omissão não cause danos ou agrave o estado de saúde da mulher. Não respeitadas essas exigências a OC não pode ser admitida (DINIZ, 2011).

## 4 BIOÉTICA E BIODIREITO

### 4.1 Princípios bioéticos e código de ética

Tradicionalmente a medicina buscava a preservação da vida do paciente a qualquer custo, e entendia que somente o médico possuía conhecimento e aptidão para estabelecer quais medidas seriam tomadas para a realização desse objetivo, o que é um modelo paternalista de medicina. Na modernidade a medicina aos poucos vai incorporando o princípio do respeito pela autonomia e valores do próprio do paciente, se afastando cada vez mais do paternalismo (BROCK, 2009; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Os avanços tecnológicos e sociais modernos propiciaram novos desafios às concepções morais dos profissionais da saúde e da sociedade. Diante desses avanços, a bioética surgiu para analisar os problemas e avaliar as propostas levantadas com o uso de princípios, conhecimento factual, prescrições e lógica (BONELLA, 2017), sendo o campo da pesquisa que envolve a área da saúde, das humanidades e, em especial, a ética, estudando os dilemas e seus desdobramentos práticos (PENCE, 2003).

Além da bioética, como área de reflexão crítica, os profissionais da saúde possuem seus códigos de ética, por exemplo, o Código de Ética Médica (CEM). Sobre isso, o Juramento Hipocrático pode ser entendido como uma das primeiras tentativas da criação de uma codificação ética à profissão da medicina (REZENDE, 2009) Com a complexidade dos desafios atuais, é comum se pensar que o juramento caiu em desuso e que não há um padrão único estabelecido para a ética médica (GENUIS; LIPP, 2013).

O paternalismo médico, adotado como modelo vigente até a metade do século XX, implicava que somente o médico era qualificado para governar o corpo do paciente, baseando-se num princípio de beneficência impositiva (SOARES; SHIMIZU; GARRAFA, 2016).

Esse modelo sofreu, então, alterações, sendo não só admitido mas também esperado que as decisões, por exemplo, sobre o tratamento do paciente, sejam tomadas em conjunto, levando em conta os princípios e valores do paciente e seu direito de autodeterminação. Quando o médico conhece quais os objetivos que o paciente busca na vida ele é mais informado para determinar quais alternativas se encaixam melhor com os valores e planos de vida almejados (BROCK, 2009).

A inclusão do paciente na tomada de decisões permitiu a superação do paternalismo, e novos direitos foram identificados na relação médico-paciente, como o consentimento informado, direito à recusa ao tratamento, direito à escolha, à qualidade de serviços, entre outros (SOARES; SHIMIZU; GARRAFA, 2016).

Várias teorias buscam solucionar os dilemas da ética médica. Uma das teorias mais influentes é a teoria principialista de Beauchamp e Childress, que estabelece quatro princípios fundamentais orientadores da bioética: o respeito pela autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019; KUHSE; SINGER, 2009).

O princípio da autonomia implica no direito de tomar decisões sobre o próprio corpo e a própria vida sem interferência de terceiros, efetivando os valores da liberdade individual e do cuidado da parte da medicina (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019). A autonomia pode entrar em choque com o paternalismo médico, especialmente quando este último ignora a vontade do paciente frente ao saber "superior" do médico. A autonomia foi considerada o valor supremo da bioética, porém, outros princípios também devem ser sopesados na solução de conflitos éticos na saúde (PENCE, 2003).

Em seguida, o princípio da não-maleficência aparece trazendo a obrigação de não causar dano intencional, estando intimamente ligado à invocação do "primeiro, não fazer o mal" e da reprovação da negligência e imprudência em medicina. Esse princípio também implica que quando o profissional da saúde não tem aptidão para realizar um procedimento, então ele deve se abster de atuar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Já o princípio da beneficência se refere à obrigação moral de agir buscando o maior benefício em termos de anos de vida com qualidade, e o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios esperado em uma decisão. Esse princípio sugere ações em favor do bem-estar, e seus limites estão interligados aos outros princípios e sua aplicação a casos concretos. Por exemplo, pode ser que a exigência de justiça reprove buscar o maior benefício se houver desigualdade ou discriminação na sua distribuição (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Esse seria o caso pois o princípio da justiça é aquele que preza que o médico e o sistema de saúde como um todo devem tratar todos os pacientes com igualdade de consideração, e busca também uma justiça distributiva, como a presente na alocação de recursos. Esse princípio é de difícil interpretação, mas na maioria das vezes implica no tratamento com imparcialidade, sem discriminação arbitrária e sem exploração de grupos vulneráveis, seja em questão

de gênero, econômica, racial, religião ou de sexualidade (PENCKE, 2003). A Norma Técnica sobre Atenção às pessoas em situação de violência sexual também entende que o tratamento das mulheres em situação de violência deve respeito a esses princípios fundamentais (BRASIL, 2015).

Além dos princípios bioéticos citados, que podem ser tomados como fundamentais para o padrão ético dos profissionais da saúde, códigos de ética nacionais ou regionais também regulam e apontam princípios e normas a serem seguidos na prática da profissão (GENUIN; LIPP, 2013).

As comissões de ética nacionais são conselhos investidos da função de emitir juízo sobre os conflitos éticos da profissão. Suas recomendações e pareceres tem o fim de orientar o profissional em suas escolhas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O modelo de bioética principialista foi utilizado como referencial ético na formulação do CEM. Além de apresentar o papel moral do profissional médico, também apresenta regras de conduta e responsabilidades, transformando as virtudes inerentes à profissão em obrigações a serem seguidas (SOARES; SHIMIZU; GARRAFA, 2016).

O atual CEM prevê expressamente o direito do médico à OC no Capítulo II, artigo IX:

É direito do médico:

[...]

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CFM, 2019a).

Tal provimento já estava presente em códigos anteriores. O CEM também estabelece que o médico não pode descumprir legislação específica nos casos de abortamento, no Capítulo III, artigo 15:

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética (CFM, 2019a).

Além disso, o artigo VII do Capítulo I estabelece:

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as **situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente** (CFM, 2019a, grifo nosso).

O CEM estabelece como princípios deontológicos para a profissão, no art. 1 do Capítulo I, que o médico deve agir em benefício à saúde do ser humano com o máximo de zelo e o

máximo de sua capacidade profissional, guardando absoluto respeito pelo ser humano, sempre atuando em seu benefício (CFM, 2019a).

O CEM também expressa no art. 20 do Capítulo III, em relação às responsabilidades profissionais, que o médico não poderá deixar interesses pecuniários, políticos, religiosos (ou outros) de seu superior hierárquico ou empregador interferirem na escolha dos meios de atuação para tratamento, diagnóstico e prevenção disponíveis e reconhecidos no interesse do paciente e da sociedade (CFM, 2019a).

Outra disposição relevante é a do Capítulo IV, art. 24, que define que o médico não pode "deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo" (CFM, 2019a).

O atual CEM de 2019 prevê também, quanto a relação entre médico e pacientes, no art. 32 do Capítulo V, que é vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente" (CFM, 2019a). Este artigo engloba o princípio da não-maleficência que abarca normas relativas à redução ou prevenção de danos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

## **4.2 Perspectivas bioéticas da Objeção de Consciência**

Levando em conta a CRFB e o CEM, podemos afirmar com segurança que a visão ética e jurídica do direito brasileiro é a que permite a OC dentro de certos limites. Essa é uma de três perspectivas bioéticas sobre a OC que expressa uma tese de conciliação, pois acomoda os valores da autonomia do médico e da justiça e não-maleficência (para com o paciente). Outras visões possíveis são a Tese da Integridade Médica (*medical integrity*) e a Tese do Profissionalismo médico (*medical professionalism*), também conhecida como a Tese da Incompatibilidade (DINIZ, 2011).

### *4.2.1 Tese da Integridade Médica*

A visão clássica e mais antiga é a da Integridade Médica, em que o profissional da saúde pode, amplamente, senão absolutamente, alegar a OC e não realizar procedimentos que afrontam sua consciência pessoal, seja ela religiosa, filosófica ou política. Existem vários es-

tudiosos em bioética que sustentam essa visão como a mais correta (BROCK, 2008; SCHUKLENK, 2018).

Segundo Ben-Moshe (2019), a Tese da Integridade defende a OC médica justificando-se no respeito que deve ser dado à integridade moral do objeto. A OC nesse caso é entendida como um direito individual e absoluto tanto do médico quanto dos demais profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, na realização do procedimento que está sendo recusado (DINIZ, 2011).

Para alguns defensores dessa tese, a proteção da integridade moral absoluta engloba também a recusa de informar a mulher sobre seus direitos ou de encaminhá-la para outro profissional que realize o procedimento recusado, pois tais atitudes também violariam suas convicções (DINIZ, 2011).

De maneira semelhante, se entende que, pela Tese da Integridade, o profissional da saúde teria valores centrais indispensáveis para sua identidade, independente de quais normas morais são defendidas pela sociedade em que ele vive, sua própria consciência expressa suas reivindicações morais (BEN-MOSHE, 2019). A posição do médico como um agente moral é posta acima do seu papel como profissional da saúde, "antes de ser um médico a serviço da neutralidade do Estado, o indivíduo seria membro de uma comunidade moral que determina seus deveres de consciência, inclusive os limites entre o certo e o errado para o exercício da Medicina" (DINIZ, 2011, p. 983).

A Tese da Integridade define que a OC deve ser aceita na medicina para proteger a integridade moral do profissional, mas não define qual tipo de OC pode ser justificada nem como o médico deve justificar sua objeção (BEN-MOSHE, 2019).

Esta tese não discute a relevância da crença, e pressupõe que toda alegação de OC seja sincera (DINIZ, 2011). Por exemplo, um médico pode se recusar a atender pacientes asiáticos se baseando em valores racistas, para os defensores da Tese da Integridade, a integridade moral desse médico merece respeito, mas seus valores racistas não devem ser respeitados pois seriam irrelevantes e ilegais (BROCK, 2008).

Valores racistas seriam conteúdos ilegais e contrários à Constituição e aos Direitos Humanos, porém, embora seja verdade que a legislação tanto do Brasil quanto de diversos países protejam indivíduos contra a discriminação racial, alegar que a OC baseada em valores

discriminatórios não seria aceita por ser ilegal significa que o tipo de OC aceita é uma escolha arbitrária, por exemplo:

Uma médica muçulmana que se recusasse a ver um paciente do sexo masculino não receberia uma exceção de objeção de consciência, enquanto uma farmacêutica que se recusasse a vender contraceptivos em alguns países poderia receber. Vamos supor que ambas essas decisões de consciência foram proclamadas como sendo genuinamente mantidas pelos profissionais em questão. Por que uma deve ser respeitada e a outra não? (SCHUKLENK; SMALLING, 2017, p. 3, tradução nossa).<sup>4</sup>

Como explica Ben-Moshe (2019), a Tese da Integridade sofre nesse aspecto, pois a sinceridade da alegação à OC é irrelevante para sua justificação.

A Tese da Integridade também pode ser defendida de uma maneira não absoluta, reconhecendo a importância e o valor da integridade moral do médico mas estabelecendo parâmetros que limitam a OC para conciliar os direitos do médico e do paciente.

#### 4.2.2 Tese da Conciliação ou Integridade Não Absoluta

Como dito, a posição adotada no CEM expressa a visão ética de conciliação entre interesses do profissional e do paciente, algo também chamado de "*compromise*" ou de "Integridade Não Absoluta", em que os direitos à OC e os direitos legais do paciente são balanceados na busca de acomodar ambos, existindo parâmetros para regulamentar a prática da OC para que esta não resulte em um direito absoluto do profissional da saúde. Dois principais defensores dessa tese são Mark Wicclair e Dan W. Brock (WICCLAIR, 2008; DINIZ, 2011).

Segundo Wicclair (2017), a OC baseada na proteção da integridade moral pode ser observada quando a objeção se fundamenta nas crenças éticas que fazem parte do núcleo moral identitário do indivíduo, ou "*core identity-conferring commitments*":

De acordo com essa concepção, um profissional de saúde pode legitimamente afirmar que uma acomodação é necessária para permitir que ele ou ela mantenha a integridade moral se e somente se: (1) esse profissional tiver convicções morais essenciais ou identitárias, (2) esse profissional agir coerentemente de acordo com suas convicções morais essenciais ou identitárias, e (3) negar uma acomodação irá requerer

---

<sup>4</sup> No original: "A female Muslim doctor refusing to see a male patient would not be granted a conscientious objection exemption, whereas a pharmacist refusing to sell contraceptives in some countries might. Let us assume that both of these conscience decisions were loudly proclaimed to be genuinely held by the professionals in question. Why should one be respected and the other one not?"

uma ação contrária às convicções morais essenciais ou identitárias (WICCLAIR, 2017, p. 9, tradução nossa).<sup>5</sup>

A integridade moral do indivíduo é protegida pela liberdade de consciência, que é direito essencial para uma sociedade pluralista (DINIZ, 2011). Os julgamentos morais sobre o que é certo ou errado constituem base central da integridade moral dos médicos, e definem a identidade e os valores centrais de seu caráter. Para salvaguardar sua integridade moral o indivíduo deve respeitar seus compromissos morais (BROCK, 2008; DINIZ, 2011).

A base bioética principal dessa tese se encontra na ideia da conscienciosidade médica. Enquanto a moral comum possui normas mais abstratas e universais, como "não minta", as morais particulares são mais concretas, definidas, como "obtenha o consentimento informado escrito do paciente". A moral particular possui normas específicas que estão presentes nos diversos valores presentes em culturas e tradições religiosas, profissionais e institucionais, porém, não se justificam quando violam a moral comum (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019). Ao mesmo tempo, normas gerais podem ser superadas, como escrevem Beauchamp e Childress (2019, p. 14, tradução nossa):

Ações que prejudicam indivíduos, fazem com que as necessidades básicas não sejam atendidas, ou as liberdades limitadas são frequentemente ditas ou erradas *prima facie* (ou seja, o errado é mantido, a menos que o ato seja justificável devido a normas mais rigorosas nas circunstâncias) ou erradas *pro tanto* (ou seja, erradas em certa medida ou erradas a menos que haja uma justificativa convincente) - o que quer dizer que a ação é errada na ausência de outras considerações morais que forneçam uma justificativa convincente.<sup>6</sup>

Obrigações *prima facie* devem ser seguidas na medida que não estão em conflito com outras obrigações de igual ou maior força, o mesmo ocorre com um direito *prima facie*, que deve ser respeitado a menos que esteja em conflito com outro direito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Para conciliar o dever profissional do médico e sua integridade, Brock (2008) propõe condições para que a OC seja aceita:

---

<sup>5</sup> No original: "According to that conception, a health professional can legitimately claim that an accommodation is needed to enable him or her to maintain moral integrity if and only if: (1) this professional has core or identity-conferring moral convictions, (2) this professional consistently acts in accordance with his or her core or identity-conferring moral convictions, and (3) denying an accommodation will require acting contrary to core or identity-conferring moral convictions."

<sup>6</sup> No original: "Actions that harm individuals, cause basic needs to go unmet, or limit liberties are often said to be either wrong *prima facie* (i.e., wrongness is upheld unless the act is justifiable because of norms that are more stringent in the circumstances) or wrong *pro tanto* (i.e., wrong to a certain extent or wrong unless there is a compelling justification)—which is to say that the action is wrong in the absence of other moral considerations that supply a compelling justification."

1. O médico/farmacêutico informa o paciente/cliente sobre o serviço/ produto se este for medicamente relevante para sua condição médica;
2. O médico/farmacêutico encaminha o paciente/cliente a outro profissional disposto e capaz de fornecer o serviço/produto;
3. O encaminhamento não impõe um ônus exagerado ao paciente/cliente (BROCK, 2008, p. 194, tradução nossa).<sup>7</sup>

No caso do aborto, o médico deve esclarecer a paciente sobre informações relevantes, e encaminhá-la para outros serviços que realizem o procedimento recusado, e esse encaminhamento também não deve trazer ônus excessivo à mulher (DINIZ, 2011).

Dessa forma, se protege a integridade moral do médico, mas não de forma absoluta, devendo ser observados limites que regulam o exercício da OC. O CEM assume um entendimento que se adequa à Tese da Conciliação quando prevê o direito à OC, no artigo VII do Capítulo III, e ao mesmo tempo impõe limites ao seu exercício semelhantes às condições propostas por Brock (DINIZ, 2011).

Assim como a Tese da Integridade, sua versão não absoluta também apresenta dificuldades por presumir a sinceridade moral do objetor. Para Schuklenk e Smalling (2017), em uma democracia liberal, não se avalia se a OC professada é central à fé da pessoa, basta que o objetor alegue que suas convicções partem do foro íntimo da sua consciência, não sendo possível avaliar o mérito das alegações ou a plausibilidade das crenças alegadas.

#### 4.2.3 Tese do Profissionalismo ou Incompatibilidade

Numa terceira visão, em oposição às anteriores, se defende que, em medicina, o profissional da saúde não deve possuir o direito de alegar OC, especialmente se o mecanismo de produção dos direitos dos pacientes for democrático e razoável, e se o profissional se comprometeu a exercer a medicina dentro deste contexto legal, como é o caso do exercício da medicina no setor público e em serviços diretamente relacionados ao procedimento contrário a sua consciência pessoal, como a ginecologia e a obstetrícia (SAVULESCU, 2006; SCHUKLENK, 2016). Os principais defensores dessa tese, também conhecida como Tese da Incompatibilidade, são Julian Savulescu, Udo Schuklenk e Ricardo Smalling.

---

<sup>7</sup> No original: "1. The physician/pharmacist informs the patient/customer about the service/ product if it is medically relevant to their medical condition; 2. The physician/pharmacist refers the patient/customer to another professional willing and able to provide the service/product; 3. The referral does not impose an unreasonable burden on the patient/customer."

Esta visão do profissionalismo médico também critica a disponibilidade de se recusar a fazer o que se espera de um profissional da saúde para dificultar ou solapar os direitos de mulheres e outros pacientes vulneráveis, como pacientes em estado terminal solicitando eutanásia nos países em que a eutanásia é um direito legal (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2017).

É comum essa visão ser defendida por estudiosos que também se preocupam em garantir plenamente o direito dos pacientes em contextos de conflito com tradições religiosas ou jurídicas em desacordo com o respeito pela autonomia dos pacientes (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2017; SCHUKLENK, 2018).

Um direito absoluto à OC traz danos aos direitos dos pacientes na medida em que o médico, apoiado na proteção de sua integridade moral, coloca seus valores acima dos seus deveres profissionais. Na Tese do Profissionalismo Médico, porém, o médico é subordinado ao seu dever profissional de assistência (DINIZ, 2011). Em sua vida privada, o médico pode professar qualquer crença possível, porém quando atua na esfera pública, como profissional de saúde pública, deve se manter neutro (SAVULESCU, 2006).

Destaque-se que há um monopólio médico sobre o aborto quando somente médicos podem realizar o procedimento, como o que ocorre no Brasil, em que o Código Penal somente não pune o aborto que é praticado por médicos (DINIZ, 2011). O monopólio agrava a situação da mulher quanto está diante de um profissional objeitor, tornando-a mais vulnerável e com menos alternativas para usufruir de seu seu direito legal.

Nesses casos, o profissional ingressou voluntariamente em uma profissão que possui monopólio sobre o fornecimento de determinado serviço, assim, aceitar a OC seria uma forma de subverter os próprios objetivos da profissão (SCHUKLENK; SMALLING, 2017).

O profissional não tem o direito de priorizar as suas crenças privadas em prejuízo à prestação de serviços públicos, principalmente quando são os únicos profissionais permitidos de realizar tal serviço (SCHUKLENK; SMALLING, 2017). Na medida que a atividade negada é monopólio do médico, os objetores não podem impor suas crenças a outros como justificção de não realizar procedimento que não pode ser realizado em nenhum outro lugar, visto que podem manifestar sua crença através de outros meios que não são a atividade profissional (DINIZ, 2011).

A recusa do médico de realizar o aborto em um contexto de poucos profissionais que aceitam realizar o aborto significa que a mulher não terá acesso ao procedimento, a menos

que outro profissional assuma o dever de prestar o serviço, essa recusa de realizar o aborto compromete a qualidade e eficiência do serviço público, e não deve ser tolerado, pois viola a responsabilidade do médico de assistir seus pacientes (SAVULESCU, 2006; DINIZ, 2011).

Como visto, a Tese da Integridade toma as crenças privadas do médico como indissociáveis de sua atuação profissional, e assim, antes de médicos, os profissionais são primeiro agentes morais. Porém, pacientes não buscam médicos esperando recebê-los como indivíduos privados com crenças individuais, e sim como profissionais que respeitam as leis e os protocolos das políticas públicas de saúde, e buscam receber um atendimento neutro em relação às crenças privadas. A OC abandona o profissionalismo médico ao colocar as crenças privadas de um indivíduo acima de suas obrigações profissionais e acima, principalmente, do cuidado devido ao paciente (SCHUKLENK, 2016). Portanto, de acordo com a Tese do profissionalismo, o médico é subordinado ao seu dever profissional de assistência (DINIZ, 2011).

#### **4.3 Ponderação ético-jurídica**

Os quatro princípios bioéticos são muitas vezes criticados porque seria possível aceitar diversas interpretações, por vezes até conflitantes entre si, sobre o que cada um deles realmente abarca (GENUIS; LIPP, 2013). Por outro lado, o fato de um princípio poder receber interpretações diversas é parte do raciocínio ético e jurídico humano, e o principialismo bioético realiza uma forma de pluralismo de princípios e sopesamento de vários fatores nos casos concretos, o que contribui com a reflexão crítica sobre problemas e propostas de ação em medicina (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2019).

Quanto à OC, os quatro princípios parecem favorecer as perspectivas da Tese da Conciliação e do Profissionalismo Médico, mas não a Tese da Integridade Médica. Na ponderação dos princípios no caso da OC ao aborto legal, deve-se olhar com imparcialidade para os dois lados em conflito, o dos profissionais e o das mulheres. Na especificação de uma solução ou norma para o caso, ou para casos particulares ainda mais concretos, deve-se observar com cuidado as alternativas de ação.

Considerando a ponderação, temos o seguinte quadro:

O princípio de respeito pela autonomia parece garantir ao profissional da saúde um direito à OC, mas a mesma autonomia também parece garantir aos pacientes que o profissio-

nal, ou ao menos o sistema de saúde como um todo, respeite seus direitos legais e lhe providencie razoavelmente o serviço necessário. A autonomia não endossa, então, a Tese da Integridade Médica, já que sopesa também os interesses e direitos dos pacientes.

Já o princípio da não-maleficência exige dos médicos ou do sistema de saúde como um todo que uma mulher não fique sem atendimento apenas pelo motivo de haver profissionais se opondo ao aborto legal: se ela não recebe o serviço de outro profissional em tempo razoável, ela está sofrendo danos, e os profissionais têm o dever de não causar danos (SCHUKLENK; SMALLING, 2017). Assim, segundo o princípio da não-maleficência, ou o profissional encaminha a mulher a outro profissional num prazo razoável, ou realiza o procedimento a despeito de sua consciência. Ele não deixaria a mulher sem o atendimento, e isso equivale à recusa da visão clássica da integridade moral médica absoluta.

O princípio da beneficência nos orienta a atender primeiro os interesses dos pacientes, especialmente dos que são vulneráveis, no contexto médico, e assim, novamente, no nosso caso, a priorizar o atendimento das mulheres que procuram o serviço do aborto legal. Isso novamente exclui a Tese da Integridade Médica. A Tese da Conciliação também parece ser a que gera maior bem-estar tanto entre o médico quanto para os pacientes, pois ambos teriam seu direito atendido.

O princípio da justiça opera no mesmo sentido da beneficência e da autonomia: vale para o médico e para o paciente, e sugere, ou que se atenda a ambos, na forma da Tese da Conciliação, ou, na impossibilidade disso, se atenda à mulher, na forma da Tese do Profissionalismo, por ela estar no pólo vulnerável e tradicionalmente ser discriminada (DINIZ, 2011).

Considerando a especificação dos princípios, a alternativa mais óbvia para se garantir a OC e os direitos dos pacientes consiste na melhor organização das instituições, de modo a evitar-se o conflito *ex ante*, por exemplo, na organização dos serviços médicos, de modo a evitar que objetores estejam em posições que gerem o conflito. Também deve haver protocolos mais claros sobre a aplicação do que o CEM e a CRFB exigem.

Já sobre os códigos de ética é comum a crítica de que eles, embora úteis na maioria das vezes, não resolvem os conflitos ou os casos de dilema moral. Sobre a OC ao aborto legal, um médico pode entender que ele fere suas crenças e sua integridade profissional enquanto outro pode entender que a integridade profissional em si exige que os pedidos do paciente se-

jam respeitados independente de violar a moral pessoal do médico ou seus Direitos Humanos (GENUIS; LIPP, 2013).

Sobre isso, para o Comitê para o Estudo dos Aspectos Éticos da Reprodução Humana e da Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) o dever primário do médico é o tratamento da paciente, sendo a OC colocada em posição secundária a esse dever. O guia para abortamento seguro da OMS também estipula que os objetores devem encaminhar a mulher a outro serviço disponível e de fácil acesso, em respeito à lei nacional. O Comitê da FIGO enuncia que não é esperado que um médico ou outro profissional realize o aborto em contradição com suas convicções pessoais, mas também prevê o dever de encaminhar a paciente a outro profissional que assuma a realização do serviço (FAÚNDES; MIRANDA, 2017).

Porém, importante lembrar que os princípios bioéticos não são coercitivos para o direito. É através do biodireito que os princípios e normas jurídicas, como a dignidade da pessoa humana, são relacionados aos os fundamentos da bioética para regular o impacto da ciência aos direitos humanos (LOUREIRO; BEZERRA, 2018).

Em consideração à Tese da Integridade, nota-se que a medicina é uma profissão regulamentada que exclui todos os outros profissionais de atuarem da maneira que um médico atua, diagnosticando e tratando enfermidades, sendo, dessa forma, um monopólio (ALEGRE, 2019). No caso do Brasil, a prática é um monopólio ainda mais restrito pois somente médicos podem realizar o aborto (DINIZ, 2011). Esse monopólio médico mantém a relação médico-paciente assimétrica, ou seja, o paciente está em uma posição abaixo do médico que é o único que pode indicar curas, tratamentos e diagnósticos, além de supostamente ter mais conhecimento das leis e limites legais relativos à sua profissão (ALEGRE, 2019). Frente a esse monopólio, a Tese da Integridade entra em choque com os direitos fundamentais dos pacientes, visto que se todos os médicos alegarem OC, a paciente não terá seu direito à saúde respeitado pois não receberá nenhum tratamento. Essa tese não pode ser admitida no ordenamento brasileiro principalmente por ferir o direito à saúde.

Tratando-se da Tese do Profissionalismo, os direitos da liberdade de religião ou crença e consciência dos médicos só são aceitos em sua concepção negativa de não interferência. Como mencionado anteriormente, se a OC não é aceita em alguma medida, isso significa que certas pessoas não podem tornar-se ginecologistas ou obstetras, ou até seguir uma carreira

médica. Isso parece criar uma discriminação indireta ao médico cujas crenças vão contra determinados procedimentos. A OC surge nesse caso como uma forma de acomodação razoável (MACLURE; DUMONT, 2016).

Porém, para alguns autores, diferente dos casos da OC ao serviço militar obrigatório, no ambiente médico, o profissional não é obrigado a entrar na profissão de ginecologia/obstetrícia, sendo uma escolha voluntária individual, o que levaria a um tratamento diferenciado. Não admitir a OC não seria uma forma de discriminação indireta pois não impediria um indivíduo de entrar na profissão médica, somente restringiria a especialização ginecológica/obstétrica, a OC seria a própria troca de especialização para uma que mais se adequa aos ditames de sua consciência (SMALLING; SCHUKLENK, 2017, CLARKE, 2017). Limites mínimos estão presentes em todas as profissões e não se categorizam como discriminação indireta, por exemplo:

[...] geralmente existem limitações na participação em profissões com base em algumas de nossas características imutáveis. As deficiências visuais podem impedir que um indivíduo se torne um piloto. Nesse caso, não se trata aqui de negar a igualdade de oportunidades, mas sim da segurança do público cujos cuidados são colocados nas mãos desses indivíduos. Além disso, ingressar ou permanecer em uma profissão às vezes exige a aceitação de pré-requisitos que nem todos os candidatos podem ou irão atender (SMALLING; SCHUKLENK, 2017, p. 254, tradução nossa)<sup>8</sup>

Numa ponderação dos princípios e normas jurídicas frente às teses apresentadas e ao problema em foco nesse trabalho, é possível entender que a OC está, em geral, assegurada pelo direito positivo brasileiro, por exemplo, se levamos em conta os fundamentos constitucionais da dignidade da pessoa humana e os direitos à manifestação do pensamento e inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença. Esses conteúdos também operam, ressalte-se, apoiando as mulheres em busca do aborto legal: a dignidade humana e a liberdade de consciência sustentam a diversidade de posicionamentos das mulheres em relação a manter ou não uma gestação, algo que ocorre no mais íntimo de seu próprio corpo.

Além desses conteúdos, a proteção da intimidade, vida privada e dignidade da pessoa humana reforçam a legitimidade do interesse das mulheres que escolhem a interrupção legal da gestação. A obrigação de manter uma gestação nos casos previstos é uma forma de tortura psicológica grave. O STF usou tal analogia para a extensão do aborto ao caso de fetos com

---

<sup>8</sup> No original: “[...] there are often limitations on participation in professions on the basis of some of our immutable characteristics. Visual impairments may preclude an individual becoming a pilot. In that case as here this is not about denying equality of opportunity, it is rather about the safety of the public whose care is placed in these individuals’ hands. In addition, joining or remaining in a profession sometimes require acceptance of prerequisites that not all candidates can or will meet.”

anencefalia. Ora, um sistema de saúde, assim como um profissional de saúde, que se recusassem simplesmente a atender a mulher, estariam sujeitando a mulher à algo similar à tortura. Também estariam discriminando a mulher, pois só ela sofre estupro e tem o encargo da gestação indesejada (BRASIL, 2012). Adiciona peso à tese de se atender a mulher o direito à saúde, como vimos acima.

A OC do art. 143, VIII da Constituição prevê a OC desde que haja prestação alternativa como um requisito para a aceitação da escusa de consciência. O encaminhamento a outro profissional pode ser compreendido como uma prestação alternativa mínima. Dickens (2009), por exemplo, entende que o encaminhamento é suficiente para satisfazer o dever legal do médico.

No CEM são estabelecidos os limites da OC médica, com a finalidade de acomodar os direitos do médico e do paciente. Essa acomodação parece seguir a Tese da Conciliação (DINIZ, 2011). Portanto, é possível concluir que o Brasil adota essa tese ao permitir que o profissional se recuse a realizar um serviço em respeito à sua liberdade de consciência, desde que respeite também os limites impostos à OC segundo o CEM, sendo eles: a necessidade de haver outro médico que assuma o compromisso de realizar o serviço negado; que não seja um caso de urgência ou emergência e que a OC não traga danos à saúde do paciente. Essa posição de conciliação entre os interesses do médico e o direito do paciente também é defendida pela FIGO (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2018).

Observando as Normas Técnicas, o Brasil também parece colocar certo peso na justificação da OC ao não admitir que o profissional recuse a realização do aborto por desconfiança da narrativa do estupro estabelecido pela paciente. Porém, a recusa do profissional em realizar o aborto por acreditar que não se tratar de um verdadeiro caso de aborto legal não deve ser considerada uma forma OC, pois não parte da busca da proteção da integridade moral do profissional, e sim do receio do médico de estar cometendo um crime.

## 5 PROBLEMAS E PROPOSTAS

Como já mencionado anteriormente, a Tese da Conciliação é a que mais se adequa às normas brasileiras sobre a OC. Porém, observando o que realmente ocorre nos hospitais, é possível notar que os limites estabelecidos no ordenamento não são respeitados (DINIZ, 2011).

### 5.1 A prática atual do aborto legal

O entendimento de que a Tese da Conciliação não funciona na prática é apoiada por Schuklenk e Savulescu (2017). Ambos adotam uma posição consequencialista e entendem que, embora um profissional da saúde não possa ser discriminado em razão de sua consciência, suas crenças também não podem afetar a capacidade dos pacientes de ter acesso à saúde, e é isso que ocorre na prática. Por exemplo, na Austrália, pesquisas mostram que mulheres recorrem a hospitais privados para realizar o término da gestação por não receberem apoio adequado no sistema público, e muitas são antes julgadas por painéis que analisam seu pedido de término da gestação, apesar da lei australiana permitir a realização do aborto até 24 semanas por qualquer motivo (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2017).

Pesquisas nos Estados Unidos mostram que até 8% dos médicos acreditam não ser necessário informar a paciente sobre outras opções médicas disponíveis, e um levantamento entre 600 hospitais católicos mostrou que mais da metade se recusa a disponibilizar anticoncepcionais de emergência e menos da metade encaminha a paciente para outro profissional que realize o procedimento. O que ocorre, segundo os autores, é uma subversão dos direitos legais da paciente. Além da OC, outros empecilhos também são observados na prática, como a exigência de que a paciente realize outros procedimentos adicionais desnecessários para que tenha acesso ao serviço almejado (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2017).

Para Savulescu (2006), os principais argumentos contra a OC são que esse instrumento leva a ineficiência e a iniquidade. Em uma pesquisa levantada pelo próprio autor entre geneticistas clínicos e obstetras especializados em sonografia, 80% responderam que o aborto deveria ser permitido, mas somente 40% possuíam capacidade para realizá-lo. O serviço que a paciente busca fica dependente dos valores do médico, o que o leva a indagar que as pacientes acabam gastando recursos à procura de médicos que realizam o procedimento, e pacientes

mais pobres e menos informados não terão tempo para realizar essa busca. A OC também é considerada inconsistente com os deveres profissionais, pois não é aceitável que um médico se recuse a atuar, por exemplo, durante uma pandemia, por motivos de preservação pessoal, e, então, motivos baseados na liberdade de consciência também não deveriam ser aceitos. Segundo o autor:

Se muitos médicos estão preparados para realizar um procedimento e são conhecidos por serem assim, há um argumento para permitir que alguns se oponham. Alguns poucos obstetras que se recusam a realizar abortos podem ser toleráveis se muitos outros estiverem preparados para realizá-los, da mesma forma que alguns poucos médicos que se recusam a tratar pacientes em uma epidemia de gripe, com base no interesse próprio, poderiam ser toleráveis se houvesse médicos altruístas suficientes dispostos a arriscar sua saúde. Mas quando a objeção de consciência compromete a qualidade, a eficiência ou a prestação equitativa de um serviço, ela não deve ser tolerada. O objetivo principal de um serviço de saúde é proteger a saúde de seus destinatários (SAVULESCU, 2006, p. 296, tradução nossa).<sup>9</sup>

Ademais, segundo Savulescu (2006) a pessoa que não se compromete em realizar atividades intrínsecas da profissão não deveria se tornar um médico, especificamente, procedimentos como o aborto e o fornecimento de anticoncepcionais são intrínsecos à ginecologia e portanto o profissional que se opõe ao fornecimento desses serviços deveria se abster de entrar na profissão.

No Brasil, várias pesquisas foram realizadas sobre a realidade do tratamento médico dado ao aborto no Brasil. Analisando os dados coletados, é possível identificar se a Tese da Conciliação é apropriada ou se está afetando negativamente os direitos legais das pacientes, de maneira similar à citada acima.

Pesquisa realizada em 2003 com médicos afiliados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) mostrou que a maioria dos correspondentes possuíam conhecimento sobre as situações em que o aborto é permitido, mas não sobre os documentos necessários para a realização do procedimento (FAÚNDES et al., 2007).

Outra pesquisa realizada com membros da FEBRASGO avaliou a consistência entre as opiniões privadas dos médicos sobre o aborto e as atitudes profissionais tomadas, e mostrou que quase um quarto das médicas mulheres e um terço dos médicos homens se depararam com uma gravidez indesejada, e 80% realizaram ou apoiaram o aborto. A pesquisa também

---

<sup>9</sup> No original: "If many doctors are prepared to perform a procedure and known to be so, there is an argument for allowing a few to object out. A few obstetricians refusing to perform abortions may be tolerable if many others are prepared to perform these, just as a few self-interested infectious disease doctors refusing to treat patients in a flu epidemic, on the grounds of self interest, might be tolerable if there were enough altruistic physicians willing to risk their health. But when conscientious objection compromises the quality, efficiency, or equitable delivery of a service, it should not be tolerated. The primary goal of a health service is to protect the health of its recipients."

mostrou que 70% dos médicos que consideraram a religião como de extrema importância realizaram ou apoiaram o aborto no seu caso pessoal, de uma gravidez indesejada, e concluiu-se que quanto mais próximo o profissional está do problema do aborto, mais compreensivo ele irá ser quanto às circunstâncias em que o aborto é a melhor alternativa a ser seguida (FAÚNDES et al., 2004).

Outro estudo realizado em 2001 nos hospitais de Ribeirão Preto avaliou o conhecimento dos médicos sobre os aspectos legais e éticos do aborto. Dos 57 médicos entrevistados, 70% tinha nível médio de conhecimentos gerais sobre o aborto, enquanto um a cada 5 estava desinformado sobre o aborto ser a principal causa de morte materna no Brasil. Quanto ao pedido de aborto, 90% dos entrevistados recusariam, 80% não indicaria remédio abortivo e 75% não indicariam outro médico. Os resultados sugeriram que muitos possuíam pouco conhecimento da aplicação prática da lei (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Já em 2012, um estudo procurou estabelecer qual era a prática e as opiniões dos profissionais obstetras e ginecologistas frente a realização do aborto nos casos de estupro no Brasil. Segundo os resultados da pesquisa, 81,6% exigiam boletim de ocorrência policial ou autorização judicial para realizar o aborto. Entrevistas telefônicas com 50 dos profissionais entrevistados mostrou que frequentemente a mulher é feita repetir a narrativa do estupro para diversos profissionais da saúde, e 43,5% alegaram OC quando não estavam confiantes que a narrativa da mulher era verdadeira. Segundo o estudo, a ilegalidade do aborto altera a finalidade do questionamento da paciente vítima de violência sexual, que deixa de ter o objetivo de providenciar o melhor cuidado e se torna um meio de julgar a vítima (DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014).

Outro estudo analisou 68 serviços de aborto legal no Brasil em 2013-2015, avaliando as instituições, os serviços de referência e profissionais da saúde. Dos serviços avaliados, 37 realizavam o aborto enquanto 7 estados não possuíam serviço ativo. Dos serviços que realizavam o aborto, 14% exigiam boletim de ocorrência, 8% exigiam laudo pericial e alvará judicial. Os profissionais identificaram como dificuldades à realização do serviço a pouca disponibilidade de médicos e das equipes (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Pesquisa realizada com estudantes de medicina em escolas médicas do Piauí avaliou as atitudes de 1.174 estudantes frente a OC ao aborto legal, mostrando que 13,2% recorriam à OC nos casos de risco de morte da mulher, 31,6% apresentavam OC nos casos de fetos com

anencefalia, e 50,8% apresentavam OC nos casos de aborto para vítimas de estupro. Ainda sobre a OC nos casos de estupro, 54% dos objetores também afirmaram que não encaminhariam a paciente para outro profissional, enquanto 72,5% afirmou que não apresentaria à mulher outras opções disponíveis para o tratamento médico (MADEIRO et al., 2016).

Outro estudo realizado entre 2018 e 2019 avaliou a OC na atenção integral da saúde nos casos de aborto em decorrência de estupro, verificando também como o atendimento é realizado nas unidades credenciadas para o atendimento de vítimas de violência sexual no estado de Minas Gerais. A pesquisa mostrou que 11% dos serviços não possuem médicos e 17% não possuem enfermeiros. Das instituições avaliadas, 85% delas já se deparou com casos de mulheres buscando término da gravidez decorrente de estupro, mas 83% destas instituições não realizaram o aborto. Das unidades avaliadas, 60% apresentam equipes médicas inteiras que objetariam à realização do aborto, sendo a religião a principal justificativa dada. O estudo concluiu que a OC é o maior obstáculo para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que buscam um aborto legal (MENDES et al., 2020).

Quanto aos serviços de referência, através de entrevistas realizadas com 20 trabalhadores buscou-se analisar a OC através das diferentes ideias dos profissionais que atuam nesses serviços. Segundo a pesquisa:

Os discursos demonstram, portanto, a instrumentalização da prerrogativa da objeção de consciência a fim de impedir a estruturação efetiva de uma rede de assistência à mulher em situação de violência sexual, fomentando o silenciamento, o impedimento à oferta da interrupção legal da gestação e barreiras à sua realização nos poucos serviços que a ofertam (BRANCO et al., 2020, p. 5).

Dos seis serviços habilitados para atender mulheres em situação de violência sexual analisadas, apenas dois realizavam o aborto legal. O encaminhamento a outro serviço também nem sempre é feito, segundo a pesquisa (BRANCO et al., 2020).

## 5.2 Propostas

O SUS atende mulheres à procura do aborto nas unidades de referência para aborto legal, determinadas pelo MS. As mulheres atendidas nessas unidades são aquelas que estão correndo risco de morte ou que são vítimas de violência sexual (DINIZ, 2011).

Tratando-se especificamente dessas unidades de referência, o profissional que alega OC ao aborto não deveria fazer parte dessa equipe pelo fato de não se dispor a realizar os ser-

viços necessários. Não ocorre aqui o mesmo que ocorre quando se nega a OC em todas as situações, como na Tese do Profissionalismo, pois o médico que atua nas unidades de referência sabe que terá que realizar o aborto, o trabalho nessas unidades não é imposto a ele, pelo contrário, a atuação é voluntária e resulta de motivações individuais (DINIZ, 2011)

Para Diniz (2011), o profissional que atua nas unidades de referência sabe com antecedência que é responsabilidade sua realizar o aborto como parte dos procedimentos necessários a uma mulher vítima de violência sexual. Como já exposto, quanto à integridade moral do profissional, na Tese da Integridade, não é necessário que a consciência alegada seja comprovadamente relevante, e para Diniz (2019, p. 984) a "aposta na sinceridade moral do objeto não é suficiente para subsumir direitos fundamentais e absolutos das mulheres à integridade moral do médico", principalmente quando o profissional realiza o aborto rotineiramente em outras ocasiões (DINIZ, 2011).

Diante das dificuldades da Tese da Integridade (ela nega o direito ao aborto das mulheres, por exemplo) e do Profissionalismo (ela nega o direito de objetar, dos profissionais, por exemplo), Diniz propõe uma nova tese, em que a motivação da OC deve ser relevante, razoável e justificada diante do caso concreto de um médico que se comprometeu a atender mulheres em situação de violência (nas unidades de referência), sendo a justificativa um "ônus" do médico que trabalha nas unidades de referência e alega OC seletiva (DINIZ, 2011).

Essa tese é semelhante a Tese do Profissionalismo de Schuklenk (2016), que prescreve que o médico deve colocar suas obrigações profissionais acima de sua integridade moral ou de seu direito à liberdade de consciência.

Um problema da proposta Tese da justificativa é que é impossível determinar se o objeto realmente possui as crenças que diz serem incompatíveis com o serviço do aborto (SCHUKLENK, 2016). A necessidade de justificativa da OC seria equivocada na medida que os julgamentos morais sobre determinadas práticas médicas são necessariamente parcialmente arbitrárias, como escrevem Savulescu e Schuklenk:

[...]Os julgamentos morais individuais sobre o que é certo e errado em práticas médicas particulares são, por necessidade, parcialmente arbitrários. Eles são arbitrários no sentido de que sua base moral não pode ser avaliada de forma conclusiva quanto à sensatez (uma impossibilidade quando se trata de convicções religiosas, por exemplo). Em alguns destes casos, pode haver desacordo razoável sobre se a prática é correta ou errada. Como resultado disso, praticamente qualquer opinião de consciência que é o resultado de alguma deliberação e que se diz ser profundamente e sin-

ceramente mantida conta (SAVULESCU; SCHUKLENK, 2017, p. 167, tradução nossa).<sup>10</sup>

Além disso, o ônus de justificar não impossibilita que a escusa de consciência seja usada indevidamente, somente apresenta mais uma etapa a ser seguida pelo profissional.

---

<sup>10</sup> No original: “[...] individual moral judgments about the rights and wrongs of particular medical practices are by necessity partly arbitrary. They are arbitrary in the sense that their moral basis cannot be conclusively evaluated for soundness (an impossibility when it comes to religious convictions, for instance). In some of these cases, there can be reasonable disagreement about whether the practice is right or wrong. As a result of this, pretty much any conscience view that is the result of some deliberation and is claimed to be held deeply and sincerely counts.”

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do princípalismo bioético, do CEM e do direito vigente no país ao problema da OC ao aborto legal resulta na recusa do direito absoluto ou quase-absoluto do profissional da saúde à OC contra o aborto legal, ou seja, na recusa da Tese da Integridade Médica, e exige do profissional que alega a OC (a) ou que encaminhe de modo adequado, incluindo esclarecimento sobre direitos envolvidos e o que for necessário para que a mulher não sofra danos, para outro profissional, em tempo razoável de obtenção do serviço, como na Tese da Conciliação; ou, (b) que não apresente OC ao aborto legal, assumindo com profissionalismo os serviços exigidos pelo sistema de saúde e pela legislação, como na tese do profissionalismo médico.

Diante dos argumentos e dados apresentados, fica claro que o arcabouço normativo brasileiro busca conciliar os direitos e deveres do profissional da saúde e os direitos do paciente e prevê limites para que a OC não seja um direito absoluto do médico. É entendimento conclusivo deste trabalho que o princípalismo bioético e o ordenamento vigente endossam e expressam claramente a Tese da Conciliação.

O problema principal não se encontra na tese adotada e sim na maneira em que os médicos e outros profissionais, nos casos particulares, se esquivam de cumprir o dever alternativo de encaminhar a outro médico que preste o serviço negado, ou, nos casos de possíveis danos à saúde da paciente, descumprem o CEM e não abrem mão da OC.

Outro problema notado é que não há norma ou legislação estabelecendo os limites desse encaminhamento. Não é claro se a falta de médico que realize o aborto em todos os hospitais de uma cidade significa que não há médico para ser encaminhado e portanto o profissional deve realizar o aborto, ou se a falta de médicos em um só hospital já implica que a OC não pode ser aceita, ou até se a transferência para outro estado satisfaz o dever profissional do médico. Tampouco é claro qual o limite temporal que o aborto deve ser realizado após o encaminhamento, correndo o risco da paciente ser direcionada a diversos hospitais até conseguir o serviço. Estes são casos de infrações da ética médica e da legislação do país.

Embora a Tese do Profissionalismo se apresenta como uma solução aos problemas presentes na Tese da Conciliação, pela análise ética e jurídica realizada, o ordenamento brasileiro aparenta não endossar sua aplicação. Apesar disso, é preciso um estudo mais aprofundado quanto à utilização dessa tese na estruturação *ex ante* dos serviços de aborto no sistema

público de saúde para que os serviços de referência para abortamento legal possam exigir que os profissionais revelem, antes de serem contratados ou colocados no serviço, se terão ou não OC ao aborto, ou na estruturação dos serviços de atendimento às mulheres de tal modo que incluam uma maioria de profissionais que não alegaram OC ao aborto.

Enquanto a OC continuar como um direito protegido, uma possível solução seria tornar claro o que um profissional da saúde deve fazer diante do aborto legal e ensinar os futuros médicos a agir de acordo com as regras já presentes no CEM. Independente da solução, os profissionais da saúde devem se atentar a não agir antiéticamente, como expôs Dickens (2009, p. 337, tradução nossa): "A objeção de consciência é antiética quando os profissionais da saúde tratam os pacientes apenas como meios para seus próprios fins espirituais."<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> No original: "Conscientious objection is unethical when healthcare practitioners treat patients only as means to their own spiritual ends."

## REFERÊNCIAS

- ABORTO. In: **MICHAELIS Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2021. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/aborto>>. Acesso em: 28 set. 2021.
- ALEGRE, Marcelo. Conscious Oppression: Conscientious Objection in the Sphere of Sexual and Reproductive Health. In: Eduardo Rivera-López & Martin Hevia (eds.). **Controversies in Latin American Bioethics**, Springer Verlag. p. 33-51, 2019.
- ALVES, Rodrigo Vitorino Souza. Brazil. In: ROBBERS, Gerhard; DURHAM, W. Cole (Org). **Encyclopedia of Law and Religion**, v. 2, Leiden; Boston: Brill Nijhoff, 2016. Disponível em: <[https://referenceworks.brillonline.com/entries/encyclopedia-of-law-and-religion/brazil-COM\\_00000015](https://referenceworks.brillonline.com/entries/encyclopedia-of-law-and-religion/brazil-COM_00000015)>. Acesso em: 13 maio 2021.
- ALVES, Rodrigo Vitorino Souza; ALVES PINTO, Thiago Felipe. Investigations on the Use of Limitations to Freedom of Religion of Belief in Brazil. **Religion and Human Rights**, v. 15, 77-95, 2020. Disponível em: <[https://brill.com/view/journals/rhrs/15/1-2/article-p77\\_6.xml?language=en](https://brill.com/view/journals/rhrs/15/1-2/article-p77_6.xml?language=en)>. Acesso em: 13 maio 2021.
- BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2019.
- BEN-MOSHE, Nir. The truth behind conscientious objection in medicine. **Journal of Medical Ethics**, v. 45, n. 6, p. 404-410, 2019. Disponível em: <<https://jme.bmj.com/content/45/6/404.abstract>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BIELEFELDT, Heiner. Freedom of Religion or Belief—A Human Right under Pressure. **Oxford Journal of Law and Religion**, v. 1, n. 1, p. 1–21, 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ojlr/article-abstract/1/1/15/1547673?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BIELEFELDT, Heiner. Limiting Permissible Limitations: How to Preserve the Substance of Religious Freedom. **Religion & Human Rights**, v. 15, n. 1-2, p. 3-19, 2020. Disponível em: <[https://brill.com/view/journals/rhrs/15/1-2/article-p3\\_2.xml](https://brill.com/view/journals/rhrs/15/1-2/article-p3_2.xml)>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BIELEFELDT, Heiner; GHANEA, Nazila; WIENER, Michael. Conscientious Objection. In: \_\_\_\_\_. **Freedom of Religion or Belief: An International Law Commentary**. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- BONELLA, Alcino E. Bioética baseada em razões: alguns fundamentos. **Thaumazein**, Ano VII, v. 10, n. 19, Santa Maria, p. 29-38, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1979>>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BRANCO, July Grassiely de Oliveira et al. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do aborta-

mento legal. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. Sup 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Decreto Lei no 2.848: promulgado em 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 27 set. 2021.

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**, Brasília, 1 ago. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19º de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28º de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério Público, 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**, 1. ed. Brasília: 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54**. Relator: ministro Marco Aurélio. Órgão Julgador: Plenário. Julgamento em 12 abr. 2012. Brasília, DF, 14 abr. 2012. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 442**. Relatora: ministra Rosa Weber. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5144865>>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus 124.306**. Relator: ministro Luís Roberto Barroso. Órgão Julgador: Primeira Turma. Julgamento em 9 ago. 2016. Rio de Janeiro, 29

nov. 2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12580345>>. Acesso em: 27 set. 2021.

BROCK, D.W. Medical Decisions at the End of Life. In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (eds). **A Companion to Bioethics**. 2. ed. Blackwell Publishing, 2009. p. 232.

BROCK, Dan W. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? **Theoretical medicine and bioethics**. v. 29, n. 3, p. 187–200, 2008.

BUZANELLO, José Carlos. Objeção de consciência : um direito constitucional. **Revista de informação legislativa**, v. 38, n. 152, p.174-175, out./dez. 2001. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/730>. Acesso em: 25, set. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019a. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019b. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 set. 2019b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>>. Acesso em: 27 set. 2021.

CLARKE, Steve. Conscientious objection in healthcare, referral and the military analogy. **Journal of Medical Ethics**, v. 43, p. 218-221, 2017. Disponível em: <<https://jme.bmj.com/content/43/4/218>>. Acesso em: 27 set. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. 113 p.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de direito penal: parte especial (arts. 121 ao 361)**. 9. ed. Salvador: JusPODVM, 2017. p. 100-113.

DICKENS, Bernard Morris. Legal protection and limits of conscientious objection: When conscientious objection is unethical. **Med Law**, v. 28, p. 337-347, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19705646/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

DINIZ, Debora. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 45, n. 5, p. 981-985, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000047>>. Acesso em: 27 set. 2021.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto; ROSAS, Cristiano. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 22, n. 43, p. 141-148, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24908465/>>. Acesso em: 13 maio 2021.

DREZETT, Jefferson. Abortamento como problema de saúde pública. In: **Painel Revisão de Legislação Punitiva que Trata da Interrupção Voluntária da Gravidez**, 2005, Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2005. p. 24-35. Disponível em: <[http://200.130.7.5/spmu/docs/interruptao\\_gravidez.pdf](http://200.130.7.5/spmu/docs/interruptao_gravidez.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2021.

FAÚNDES, Anibal et al. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, v. 10, n. 1, p. 6-18, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100002>>. Acesso em: 27 set. 2021.

FAÚNDES, Anibal et al. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 24, p. 47-56, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15938157/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

FAÚNDES, Anibal; MIRANDA, Laura. Ethics surrounding the provision of abortion care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 42, p. 50-57, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693417300044>>. Acesso em: 27 set. 2021.

GENUIS, Stephen J; LIPP, Chris. Ethical Diversity and the Role of Conscience in Clinical Medicine. **International Journal of Family Medicine**, v. 2013, 18 p. 2013. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/587541/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

HOLL, Jessica; MOUTTA, Luísa. Direitos das Mulheres: Por que o aborto legal em uma criança vítima de estupro está sendo questionado? **Centro de Estudos sobre Justiça de Transição**. [S.l.]: 26, ago. 2020. Disponível em: <<https://cjt.ufmg.br/2020/08/26/direitos-das-mulheres-por-que-o-aborto-legal-em-uma-crianca-vitima-de-estupro-esta-sendo-questionado/>>. Acesso em: 13 maio 2021.

KESSLER, Jeremy. The Invention of a Human Right: Conscientious Objection at the United Nations, 1947-2011. **Columbia Human Rights Law Review**, v. 44, n. 3, 2013. Disponível em: <[https://scholarship.law.columbia.edu/faculty\\_scholarship/2242](https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/2242)>. Acesso em: 27 set. 2021.

KUHSE, Helga; SINGER, Peter. What Is Bioethics? A Historical Introduction<sup>o</sup> In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (eds). **A Companion to Bioethics**. 2. ed. Blackwell Publishing, 2009. p. 41.

LEÃO, Ingrid Viana. Mais uma pauta sobre Aborto Legal na mesa do STF. **Justificando**, 6 out. 2020. Disponível em: <<https://www.justificando.com/2020/10/06/mais-uma-pauta-sobre-aborto-legal-na-mesa-do-stf/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

LOUREIRO, Claudia Regina de Oliveira Magalhães da Silva. Backlash contra o sistema interamericano de Direitos Humanos. Uma análise sobre o caso Venezuela. **Anuario Mexicano de Derecho Internacional**, Ciudad de México, v. XXI, p. 831-865, 2021

LOUREIRO, Cláudia Regina de Oliveira Magalhães da Silva; BEZERRA, Renata Alves Demétrio. Capítulo 29. A Reprodução Humana Assistida à luz do Direito Internacional dos Direitos Humanos - Uma Análise do Caso Artavia Murillo e outros vs. Costa Rica da Corte Interamericana de Direitos Humanos. In: MENEZES, Wagner (org). **Tribunais Internacionais e a implementação procedimental de suas decisões**. Belo horizonte: Arraes Editores, 2018. p. 441-456

LOUREIRO, David Câmara; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 20, n. 3, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300004>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MACLURE, Jocelyn; DUMONT, Isabelle. Selling conscience short: a response to Schuklenk and Smalling on conscientious objections by medical professionals. **Journal of Medical Ethics**, v. 43, n. 4, p. 241-24, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681301/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MADEIRO, A.; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 21, n. 2, p. 563-572, ago. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>>. Acesso em: 24 set. 2021.

MADEIRO, Alberto et al. Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014> >. Acesso em: 27 set. 2021.

MEDEIROS, Jayce Mayara Mendes. Desafios à política de saúde brasileira: impactos no direito ao aborto legal. **Revista Katálysis [online]**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 280-290, maio/ago, 2021. Disponível em: <>. Acesso em: 27 set. 2021.

MELO, Mônica de. A Descriminalização do aborto no Brasil violaria o Sistema Interamericano de Direitos Humanos? Boletim 336. **IBCCRIM**, Novembro de 2020. Disponível em: <<https://www.ibccrim.org.br/publicacoes/edicoes/96/1062>>. Acesso em: 17 set. 2021.

MENDES, Roger William Moraes et al. Conscientious Objection to Legal Abortion in Minas Gerais State. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**, v. 42, n. 11, p. 746-751, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0040-1721683>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MORAES, Lorena Ribeiro de. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. **Senatus**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008. Disponível em: <[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o\\_aborto\\_impacto.pdf?sequence=6](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6)>. Acesso em: 27 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. 1969 (Promulgada no Brasil pelo Decreto nº 678 de 6 de novembro de 1992).

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “Protocolo de San Salvador”**. 1988 (Promulgado no Brasil pelo Decreto n.º 3.321 de 30 de dezembro de 1999). Disponível em: <[http://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo\\_de\\_san\\_salvador.htm](http://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm)>. Acesso em 24 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E/C.12/GC/22. **General Comment n.º 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**. Nova Iorque/Genebra: 2016. Disponível em: <<https://digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en>>. Acesso em: 15 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Humanos. **Comentário Geral n.º 22**. 1993. Disponível em: <[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f21%2fRev.1%2fAdd.4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f21%2fRev.1%2fAdd.4&Lang=en)>. Acesso em: 27 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 27 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. HR/PUB/12/1. **Conscientious objection to military service**. Nova Iorque/Genebra: 2012. Disponível em: <[https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ConscientiousObjection\\_en.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ConscientiousObjection_en.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos**. 1966a (Promulgado no Brasil pelo Decreto nº 592 de 6 de julho de 1992).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966b. (Promulgado no Brasil pelo Decreto n.º 591 de 6 de julho de 1992).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946 (Promulgada no Brasil pelo Decreto nº 26.042 de 17 de dezembro de 1948). <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

PARO, Helena Borges Martins da Silva; CARNEIRO, Nicole Geovana Dias; HASSE, Mariana. No meio das pedras, abrimos um caminho: a construção do serviço de aborto legal no Hospital das Clínicas de Uberlândia, MG. In: GONZAGA, Paula Rita; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia (org.). **Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto**. Belo Horizonte, MG: Conselho Regional de Psicologia, 2019. p. 59-71.

PENCE, Gregory E. **Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of Cases that Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds**. 4. ed. McGraw Hill: New York, 2003. p. 21

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. 11. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da Medicina**. São Paulo: Editora da Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92>>. Acesso em: 14 set. 2021.

ROSAS, Cristiano Fernando. PARO, Helena Martins da Silva. Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil. **Centro Feminista de Estudos e Assessoria**. fev. 2021. Disponível em: <<https://www.cfemea.org.br/index.php/artigos-e-textos/4888-servico-de-atencao-ao-aborto-previsto-em-lei-desafios-e-agenda-no-brasil>>. Acesso em: 18 out. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SARMENTO, Daniel. Legalização do aborto e Constituição. **Revista de Direito Administrativo**, v. 240, 2005.

SAVULESCU, Julian. Conscientious objection in medicine. **BMJ**, v. 332, p. 294-297, 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16455733/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

SAVULESCU, Julian; SCHUKLENK, Udo. Conscientious objection and compromising the patient: **Response to Hughes. Bioethics**, v. 32, p. 473-476, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/bioe.12459>>. Acesso em: 27 set. 2021.

SAVULESCU, Julian; SCHUKLENK, Udo. Doctors have no right to recuse medical assistance in dying, abortion or contraception. **Bioethics**. v. 31, n. 3, p. 162-170, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716989/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

SCHUKLENK, Udo. Accommodating Conscientious Objection in Medicine-Private Ideological Convictions Must Not Trump Professional Obligations. **Journal Clin Ethics**, v. 27, n. 3, p. 227-232, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27658278/>>. Disponível em: 27 set. 2021.

SCHUKLENK, Udo. Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good. **British Medical Bulletin**, v. 126, n. 1, p. 47-56, 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/bmb/article/126/1/47/4955771>>. Acesso em: 24 set. 2021.

SCHUKLENK, Udo; SMALLING, Ricardo. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. **J Med Ethics**, v. 43, n. 4, p. 234-240, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106748/>>. Acesso em: 27 set. 2021.

SMALLING, Ricardo; SCHUKLENK, Udo. Against the accommodation of subjective healthcare provider beliefs in medicine: counteracting supporters of conscientious objector accommodation arguments. **J Med Ethics**, v. 43, p. 253-256, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27799407/>>. Acesso em: 24 set. 2021.

SOARES, Francisco José Passos; SHIMIZU, Helena Eri; GARRAFA, Volnei. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. **Revista Bioética [online]**, v. 25, n° 2, p. 244-254, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/qbp99PRbx6CZk4wC-CF5p3jQ/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 27 set. 2021.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 24 jun. 2005. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2021.

VASCONCELOS, Eneas Romero de. **O Conflito entre Direito Nacional e Internacional: a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos vs. a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. 1 fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2389415>>. Acesso em: 27 set. 2021.

VERDÉLIO, Andreia. Saúde atualiza novamente procedimentos para o aborto no SUS. **Agência Brasil**, 24 ago. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/saude-atualiza-novamente-procedimentos-para-aborto-no-sus>>. Acesso em: 27 set. 2021.

VIEIRA, Bianka. Uso irrestrito de objeção de consciência limita o direito ao aborto no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19, ago. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/08/uso-irrestrito-de-objecao-de-consciencia-restringe-o-direito-ao-aborto-no-pais.shtml>>. Acesso em: 13 maio 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil: Seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça**. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, nº 2547). Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf)>. Acesso em: 4 set. 2021.

WEINGARTNER NETO, Jayme. Comentários ao artigo 5º, incisos VI a VIII e artigo 19, incisos I a III. In: CANOTILHO, José Joaquim Gomes et al. (Org.). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 273-282.

WICCLAIR, Mark R. Conscientious Objection in Healthcare and Moral Integrity. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 26, n. 1, p. 7-17, 2017. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/conscientious->

objection-in-healthcare-and-moral-integrity/A8F0CBAFB9F3970CD744BEE2C2A401C4>. Acesso em: 27 set. 2021.

WICCLAIR, Mark R. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?. **Theoretical Medicine and Bioethics**, v. 29, p. 171–185, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11017-008-9075-z>>. Acesso em: 15 maio 2021.