

ABORTO, OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA E BIOÉTICA FEMINISTA: ESTRATÉGIAS PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

Maria Regina de Ávila Moreira¹
Ingrid de Cássia Souza de Oliveira²

Resumo: O direito ao aborto no Brasil está previsto na legislação desde 1940, e sua regulamentação ocorreu em 1999 pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a garantia da interrupção legal da gestação traz desafios, dentre os quais o tema da objeção de consciência. Assim, este artigo se dedica a analisar este dispositivo e suas implicações para o acesso ao aborto legal. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, apoiado em normatizações do Ministério da Saúde, Códigos de Ética Profissional e textos de autores da Bioética e do Feminismo. Pretende-se contribuir, por meio de uma reflexão crítica e estratégica, para a garantia do acesso a esse direito.

Palavras-chave: Aborto; Objeção de consciência; Bioética feminista.

Abstract: The right to abortion in Brazil has been established in legislation since 1940, and its regulation was carried out in 1999 by the Ministry of Health. The guarantee of legal termination of pregnancy brings challenges, among them, the issue of objection of consciousness. This article is devoted to analyzing such device and its implications for access to legal abortion. It is a bibliographical and documentary study, supported by regulations of the Ministry of Health, Codes of Professional Ethics and texts of authors of Bioethics and Feminism. The aim is to contribute, through a critical and strategic reflection, to the guarantee of access to this right.

Keywords: Abortion; Objection of consciousness; Feminist bioethics.



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição- NãoComercial 4.0 Internacional.

1 Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. E-mail: regina.avila@ufsc.br. Orcid: 0000-0002-6908-6186.

2 Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no município de Balneário Piçarras (SC), Brasil. E-mail: ingrid.csoo@gmail.com. Orcid: 0000-0001-5865-0098

Introdução

Aborto. Este trabalho se inicia com uma palavra, classificada como substantivo – ou, ao se tornar verbo, “abortar” é termo transitivo, que requer um complemento para completar o seu sentido. Também pode ser sinônimo de castigo – a depender dos olhos que aqui irão percorrer. A metáfora com a sintaxe nos auxilia na compreensão de um tema em que todos – ateus, cristãos, padeiros, juízes e desempregados – têm uma opinião a respeito. Não por acaso o corpo das mulheres foi objeto de estudo ao longo da história. Temos uma literatura vasta de argumentações, ponderações científicas, religiosas e demais classificações que enquadram o abortamento como um direito, um crime ou um pecado.

Neste artigo, propomos uma abordagem sob a luz da Bioética Feminista, um campo emergente do conhecimento científico e que tem como um de seus precursores a pesquisadora brasileira Débora Diniz – que atualmente encontra-se fora do país³ em razão das recorrentes ameaças de morte oriundas de seu posicionamento público em defesa da descriminalização e legalização do aborto. Diante disto, torna-se essencial reiterar a ideia de que nenhum conhecimento é neutro. Assim, optar por referencial analítico a perspectiva feminista da Bioética significa dizer “não à manutenção do discurso dominante que perpetua a opressão” e dizer sim a “uma análise crítica profunda sobre as estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva sobre a organização e hierarquização dos serviços de saúde” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 111).

O anseio de realizar este estudo surgiu da inserção no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e, mais especificamente, por meio da imersão, como assistente social residente da ênfase de Saúde da Mulher e da Criança, na Unidade de Internação Ginecológica. O atendimento direto às mulheres em situação de violência sexual – nomeadamente as que recorrem ao aborto legal –, bem como a aproximação com os debates relacionados à temática por meio da participação nas reuniões da Equipe de Atenção Integral às Pessoas em Situação Violência Sexual (Acolhe HU-UFSC) desenvolveram estas reflexões.

3 “Não bastasse o linchamento virtual nas redes sociais, ela recebeu ao longo dos últimos meses dezenas de ameaças de morte e, incluída no Programa de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos do governo federal, foi aconselhada a deixar o país”. Disponível em: <https://bit.ly/338BISb>. Acesso: 28 dez. 2018.

No atual cenário político brasileiro, pesquisar sobre o direito ao aborto é desafiador e necessário não apenas pelo desmonte crescente e indecente das políticas públicas, mas também pelos obstáculos que serão postos com mais atrocidade à vida das mulheres. O presidente Jair Bolsonaro (outubro/2018) nomeou a pastora evangélica Damares Alves para o cargo de Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos e, antes mesmo de assumir oficialmente o ministério, afirmou durante coletiva de imprensa que: “essa pasta não vai lidar com o tema aborto, essa pasta vai cuidar de proteção de vida e não com morte”⁴. Portanto, teremos na Esplanada uma mulher que se diz publicamente contra o aborto⁵ e que ainda acrescenta que: “nenhuma mulher quer abortar, as mulheres chegam até o aborto porque possivelmente não foi lhe dada uma outra opção”. As declarações da atual ministra nos levam a concluir sobre seu desconhecimento – intencional – de todo o aparato legal vigente que normatiza o acesso à interrupção da gestação no país.

Dessa forma, contextualizar o trajeto político que garante esse direito é essencial. Discorrer sobre esse tema significar retratar também parte da história do movimento feminista brasileiro. Conforme a autora Leila Barsted (1992), enquanto o feminismo nos países desenvolvidos surgiu com o intuito de ampliar a democracia por meio da reivindicação da igualdade, da liberdade e da autonomia, no Brasil, o movimento nasce para lutar pela democracia. Especificamente, a luta pelo direito ao aborto ocorre no Brasil num momento de

contestação contra a interferência do Estado no corpo feminino, contra a disciplina moral e religiosa sobre este mesmo corpo por parte dos setores religiosos e contra o moralismo da sociedade em geral e dos setores de esquerda, em particular, que viam nessa questão do aborto um viés divisionista e pouco relevante socialmente. (BARSTED, 1992, p. 105).

É o movimento feminista que, ao defender o direito ao aborto como proteção à vida da mulher, sinaliza essa reivindicação como uma questão de saúde. Esse fato é de grande valia para compreendermos nossa atualidade e os avanços que tivemos no que tange à saúde da mulher e seus direitos reprodutivos. Se não fosse a organização política dos movimentos sociais, esses direitos não teriam resistido às intempéries da legislação

4 Fala durante coletiva de imprensa. Disponível em: <https://bit.ly/2XdvuHg>. Acesso em: 7 jan. 2019.

5 Disponível em: <https://glo.bo/3geSqgY>. Acesso em: 7 jan. 2019.

brasileira. Tal como aponta Barsted (1992), podemos lembrar o caminho difícil de Cícera, migrante nordestina e operária, e sua filha Jacilene, esta com 14 anos à época, grávida em decorrência de estupro cometido por seu padrasto. Sua história foi noticiada pela imprensa carioca em 1980 e trouxe à tona as barreiras para se ter acesso ao aborto legal já previsto em lei: Jacilene só conseguiu autorização para interrupção da gestação quando já estava no 6º mês⁶, impossibilitando sua efetivação. Apesar de um despacho de extrema clareza do juiz Liamar Barbalho, em que dizia que o médico que fizesse aquela minicessariana não seria punido, ninguém quis fazê-la. Sempre a mesma alegação e o mesmo temor: “ficar com fama de aborteiro” (BARSTED, 1992, p. 112).

A autora afirma que é justamente nesse período que o movimento feminista deflagra o debate sobre o aborto de forma mais contundente – antes da década de 1980, faltava uma identidade maior do movimento para reivindicação mais concreta dessa pauta. Barsted (1992) apresenta uma série de fatos que contribuem para ascensão da discussão sobre o aborto. Além do ocorrido retratado, temos a prisão de enfermeiras, médicas e usuárias em uma clínica no Rio de Janeiro, deflagrando manifestações feministas que tiveram ampla visibilidade na mídia. O movimento foi para as ruas, produzindo material informativo em defesa de sua legalização ampla ou legalização restrita e gradualista⁷ (BARSTED, 1992). Por outro lado, dentro do próprio feminismo havia alguns encaminhamentos distintos que, em parte, podiam ser justificados pelos “impasses e questões colocados pela ditadura, em plena vigência do AI-5⁸: sonegação de direitos, repressão política, censura, arrocho salarial, suspensão do *habeas corpus*, dentre outras” (BARSTED, 1992, p. 108). Mas, também foi esse mesmo período repressivo que permitiu que a pauta do aborto fosse legitimada dentro dos grupos de esquerda, por haver uma maior abertura política interna desses espaços, no sentido da aglutinação de forças necessárias para combater o regime.

Barsted (1992) argumenta que na entrada da década de 1980, junto dos demais movimentos sociais pela redemocratização, a pauta do aborto

6 Trechos do depoimento veiculados no site do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://bit.ly/2Dlvmyi>. Acesso em: 7 jan. 2019.

7 A defesa de aborto legal amplo significa liberar o aborto em qualquer circunstância. A defesa do aborto restrito se refere à reivindicação da interrupção em alguns casos, como, por exemplo, da gravidez decorrente de estupro.

8 O Ato Institucional nº 5 foi decretado em 1968, iniciando o período conhecido com os “anos de chumbo” durante a ditadura militar (1964-1985); significou o aprofundamento da repressão às poucas liberdades democráticas de então.

vai adquirindo mais apoio e visibilidade como questão de saúde pública. Dessa forma, com o avanço das discussões, “para as feministas da época ficava claro que a palavra de ordem não era defesa do aborto, mas a defesa de sua descriminalização” (BARSTED, 1992, p. 112). Se Cícera e sua filha, mesmo com o aborto previsto no código penal desde 1940, não conseguiram acessá-lo, significava que era preciso algo para além do que estava colocado. Desse modo, o movimento passou a debater duas táticas de luta pelo direito ao aborto: “descriminalização ou ampliação dos permissivos legais e pela garantia do atendimento na rede pública hospitalar dos casos já previstos em lei e os que vierem a ser ampliados” (p. 112). A legalização⁹ também era um debate que começava a ter reverberação, até porque:

Para as feministas do Rio de Janeiro, os argumentos favoráveis à legalização do aborto foram fortalecidos pela pesquisa de uma feminista, Hildete Pereira de Mello, que levantou junto aos hospitais do Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] a realidade das mulheres quanto às sequelas do aborto provocado, realizado em situação de clandestinidade. Nas suas reivindicações, as feministas do Rio de Janeiro lutavam pela descriminalização do aborto até as primeiras doze semanas de gestação e orientação para que o mesmo não fosse compreendido como método contraceptivo. (BARSTED, 1992, p. 116).

De um jeito ou de outro, ao longo das lutas no país, as mulheres se organizaram tanto para ampliar o acesso ao aborto por meio da legalização quanto para melhorar o que já temos no campo institucional. Podemos citar como exemplo o processo de elaboração da Constituição de 1988 e a articulação realizada pelas mulheres:

Em 1987, com o início dos debates sobre a elaboração da nova Constituição, os grupos de mulheres passam a se articular nacionalmente para definir uma estratégia sobre o direito ao aborto junto aos parlamentares constituintes. Num primeiro momento, as feministas pretendiam que o direito ao aborto fosse declarado na nova Carta. Em oposição a essa proposta, a Igreja Católica e os deputados evangélicos pretendiam que o aborto fosse declarado crime. (BARSTED, 1992, p. 113).

9 Aqui vale destacar a diferença entre essas duas palavras: “descriminalizar” significa retirar do código penal os dispositivos que culpabilizam as pessoas que realizar ou colaboram com o processo do abortamento. “Legalizá-lo” significa reivindicar que o Estado, por meio da regulamentação de políticas públicas, assuma o papel de garantir esse direito.

Fica nítida a importância do feminismo para a vigência da interrupção legal da gestação no Brasil. Foram as mulheres organizadas que iniciaram a luta para a inclusão, nas leis municipais, do atendimento ao aborto nos serviços públicos de saúde:

Adotou-se, formalmente, até com certa facilidade, o direito ao atendimento para o aborto legal, na rede pública de saúde, tanto no nível dos estados, como no nível municipal, em diversas regiões do país, particularmente, naquelas onde o movimento feminista participou do processo legislativo local. (BARSTED, 1992, p. 125).

Nessa conjuntura, foi implantado em 1989, em São Paulo, o primeiro serviço de atendimento às mulheres vítimas¹⁰ de violência sexual no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, ou “Hospital Jabaquara”, como é popularmente conhecido (MADEIRO e DINIZ, 2016). Ainda assim, as mulheres precisavam apresentar boletim de ocorrência e laudo pericial do Instituto Médico Legal. O fato é que o direito ao aborto no Brasil, em decorrência de estupro e risco de morte para a mulher, está previsto na legislação brasileira desde 1940 – artigo 128 do Código Penal. Quase 60 anos depois, em 1999, os serviços de aborto foram regulamentados nacionalmente com a criação da Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – posteriormente reeditada e aprimorada em 2005 e em 2012, inclusive isentando a mulher da apresentação dos documentos citados (MADEIRO e DINIZ, 2016). Esses documentos fizeram que ocorresse um aumento do número de serviços no país – que, todavia, ainda é insuficiente diante das notificações sobre violência sexual e sua possível gestação relacionada. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2014 constataam que dos 12.087 casos de estupro notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos em 2011, 7,1% teve como consequência a gravidez (NUNES E MORAIS, 2017). Porém, 67,4% dessas mulheres não realizaram¹¹ o aborto legal previsto em lei. Se verificarmos, como exemplo, o número de centros de atendimento de referência em nível regional, em Santa Catarina¹² há apenas quatro estabelecimentos de saúde creden-

10 Atualmente a nomenclatura utilizada é “mulheres em situação de violência”.

11 Dado de estudo realizado com as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e veiculado em reportagem disponibilizada no portal da Agência Patrícia Galvão. Disponível em: <https://bit.ly/33bxuUu>. Acesso em: 10 jan. 2019.

12 Citamos o estado de Santa Catarina por ser o local de trabalho em que uma das autoras atuou como assistente social residente em programa de residência multiprofissional em saúde.

ciados¹³. Aliás, os dados¹⁴ sobre as unidades de referência no estado estão desatualizados, além do número de abortos, protocolos e equipe disponível não serem disponibilizados com facilidade. Conforme Barcelos e Zucco (2017) o Hospital Universitário da UFSC foi o único centro de referência credenciado para realização do aborto legal em Santa Catarina até 2012. De acordo com as autoras:

A prestação do serviço inicia em 2002, com a adoção do Protocolo de Vítimas de Violência Sexual do município de Florianópolis, quando o hospital passou a compor a rede de atendimento às vítimas de violência sexual. A partir deste protocolo o HU/UFSC estabeleceu normas gerais de atendimento, embasadas na Norma Técnica de 1999. [...] Em 2004 apresentou-se como marco na viabilização do serviço, quando foram realizadas sob determinação judicial duas situações de interrupção da gestação decorrente de violência sexual. (BARCELOS e ZUCCO, 2017, p. 356).

Embora se configure como o hospital de referência para mulheres que sofreram violência na capital, o HU/UFSC foi o que mais realizou interrupções¹⁵. Esse é um ponto de reflexão, pois acarreta, por exemplo, que usuárias do oeste do estado se desloquem para o litoral ou para o Vale do Itajaí, dificultando ainda mais o acesso ao aborto previsto em lei.

Madeiro e Diniz (2016) apontam que a ampliação dos serviços também traz outras questões. Além das barreiras geográficas e institucionais, as mulheres que necessitam realizar o aborto ainda podem se deparar com mais um obstáculo: a objeção de consciência – e será essa a particularidade a ser aprofundada para neste artigo. Trata-se de um dispositivo previsto na Constituição Federal de 1988 que permite que profissionais de saúde possam se recusar a realizar atendimentos por razões morais.

Embora seja comum que esse tema esteja voltado para objeção do profissional médico, outros profissionais são necessários para execução do serviço, tal como preconiza o artigo 7º da Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos devem compor a equipe mínima. A recusa destes, como

13 Que são: o Hospital Universitário, na capital; o regional, de São José; a Maternidade Darcy Vargas, em Joinville; e o municipal Santo Antônio, em Blumenau. Informação veiculada em reportagem disponibilizada pelo Portal Catarinas. Disponível em: <https://bit.ly/310HxsO>. Acesso em: 5 jan. 2019.

14 Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/30cLHOT>. Acesso em: 10 jan. 2019.

15 Foram mais de 80 registros de interrupções legais até 2016 – em razão da escassez de unidades de referência no estado, o HU-UFSC acolhe usuárias de outras regiões. Informação disponibilizada em dossiê publicado no *Diário Catarinense*. Disponível em: <https://bit.ly/3368IVL>. Acesso em: 5 jan. 2019.

ocorre em estabelecimentos de saúde, pode ocasionar demora no atendimento e trazer danos para as usuárias (BRASIL, 2014).

Assim, realizaremos uma análise, sob a luz da Bioética Feminista, acerca da objeção de consciência e suas implicações para o acesso ao aborto legal. E reiteramos: a visão feminista é uma das perspectivas críticas no campo da Bioética, uma forma de confrontar os pressupostos clássicos. Por meio dela podemos refletir criticamente sobre as distintas desigualdades presentes na sociedade – e não apenas isso: a Bioética Feminista também se preocupa em apontar formas de ação compensatórias para esses problemas. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, embasado em documentos do Ministério da Saúde, códigos de ética profissional e em textos de autores do campo crítico da Bioética e dos estudos feministas. Propomos, na primeira parte, uma apresentação e uma discussão de conceitos centrais, bem como seus entrelaçamentos. Posteriormente, apontamos algumas estratégias aos efeitos decorrentes da objeção de consciência no interior dos serviços de aborto legal.

A Bioética Feminista: um instrumento crítico para análise da objeção de consciência

A temática da objeção de consciência demanda um aprofundamento que pode ser viabilizado, entre outras formas, pela “inserção de novos autores provenientes da área da saúde que possam cooperar para ampliação do debate entre os profissionais de diferentes campos de atuação e nos serviços de saúde” (CAMARGO et al., 2014, p. 1780).

Ressaltamos, ainda que brevemente, que este estudo é realizado por profissionais da área do Serviço Social. Conforme a Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, a/o assistente social faz parte da equipe de atendimento ao aborto previsto em lei (BRASIL, 2014). Barcelos e Zucco (2017, p. 359) apontam que a/o assistente social, “através de ações socioeducativas, problematiza com a mulher a realidade vivida, suas concepções e posições, bem como o procedimento a ser realizado e seus desdobramentos”. A dinâmica de trabalho da/o assistente social permite o acompanhamento de parte do percurso da usuária¹⁶ até o desfecho do aborto em si. Nesse sentido, podemos observar os desafios cotidianos colocados à efetivação da interrupção da gestação, dentre os

16 “Usuária” e “usuário” são parte da terminologia utilizada pelo Serviço Social para se referir aos sujeitos de direitos com relação aos programas e aos serviços sociais.

quais estão os dilemas ocasionados pela existência de profissionais objetores. Além dessa abordagem, nesta seção apresentaremos conceitos centrais referenciados nesse tópico, a relação entre eles e seus fundamentos: afinal do que se trata a Bioética Feminista e o que é objeção de consciência?

Para apresentarmos os fundamentos da Bioética, utilizaremos os estudos das pesquisadoras Débora Diniz e Dirce Guilhem – referências críticas à perspectiva tradicional. Etimologicamente, a palavra “bioética” significa a “ética aplicada à vida”. Conforme as autoras, a Bioética é um campo epistemológico recente e que reúne distintos saberes, emergindo no transcorrer da década de 1960, sendo marcada pelo desenvolvimento da tecnologia e, paralelamente, pela efervescência da organização e do fortalecimento de movimentos sociais que pautavam os direitos humanos e a reivindicação da liberdade de expressão – entre eles o próprio feminismo (GUEDES, 2003). Nesse período, o respaldo que a Medicina detinha passa a ser problematizado em decorrência de uma série de conflitos morais. Um desses refere-se à realização de pesquisas com seres humanos – vulgo, cobaias – nos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial (GUEDES, 2003, p. 309). Assim, um marco da Bioética ocorre quando o governo e o congresso dos Estados Unidos criam um comitê nacional¹⁷ com o intuito de estabelecer princípios éticos para orientação das pesquisas. Do trabalho dessa comissão surge o “Relatório Belmont” que apresenta três princípios éticos para as pesquisas científicas com seres humanos:

1. Respeito pelas pessoas: [...] indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída (ou socialmente vulneráveis) devem ser protegidas de qualquer forma de abuso [...].
2. Beneficência: [...] compromisso do pesquisador para assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas [...].
3. Justiça: [...] reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais [...]. (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 33).

Posteriormente, seguindo a trilha do Relatório Belmont, o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress lançam em 1979 o livro *Princípios*

17 “Os participantes do ‘Relatório Belmont’ justificam a eleição de três princípios éticos, dentre um universo de possibilidades, argumentando que a escolha baseava-se em uma estrutura profunda do pensamento moral. Para eles, os princípios éticos escolhidos pertenciam à história das tradições morais do ocidente, havendo uma relação de dependência mútua entre eles” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 32).

da *Ética Biomédica*, sugerindo quatro deles – que até hoje persistem: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 39). As autoras referem que, dessa forma, os estadunidenses formalizam a Bioética como um novo campo disciplinar e, com o avanço dos estudos, inauguraram a chamada “teoria principialista”. Seus pressupostos perduraram por quase 20 anos até começarem a ser questionados – no sentido da sua aplicabilidade em distintas culturas, pois sua origem tem ligação com as sociedades ocidentais. Assim, Guedes (2003, p. 309) discorre que

os defensores/as da teoria principialista acreditaram na suposta universalidade dos princípios, mas posteriormente foi possível constatar que “as diferenças existentes entre as inúmeras culturas e mesmo dentro dos arranjos sociais de cada cultura foram deliberadamente ignoradas” (DINIZ e GUILHEM, 2012, p. 33). A Bioética perdia, assim, o seu propósito original de “instância mediadora”, uma vez que determinava por meio de princípios, compartilhados apenas por algumas moralidades, procedimentos capazes de lidar com situações conflituosas.

Diniz e Guilhem (2012) apontam também que, a partir da década de 1990, surgem outras perspectivas críticas à Bioética que pautavam os limites da teoria principialista – essa nova fase foi inaugurada pelo trabalho dos filósofos Danner Clouser e Bernard Gert, por meio de uma problematização das primeiras edições do livro *Princípios da Ética Biomédica*¹⁸. Outros pesquisadores foram se apresentando no seio desse movimento de contestação – provenientes de países periféricos da Bioética. Sobre os conceitos de “central” e “periférico”, Diniz e Guilhem (2012, p. 64) pontuam que

as bioéticas periféricas seriam aquelas desenvolvidas [...] nos países em que a Bioética surgiu mais tardiamente e onde os estudos vêm se caracterizando pela importação de teorias dos países centrais, aqueles onde originalmente se originou e consolidou. [...] [Assim], podendo um país ser central e periférico ao mesmo tempo.

Esse trajeto da Bioética realizado pelas pesquisadoras Débora Diniz e Dirce Guilhem (2012) evidencia as limitações para o estabelecimento de um consenso de princípios universais que possam responder aos conflitos éticos e que considerem a diversidade de moralidades existentes – fundamentadas por processos sócio-históricos e culturais igualmente diversos.

18 Obra-marco de autoria do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress, publicada em 1979, que se baseia no “Relatório Belmont” e que consagra a Bioética nas universidades estadunidenses (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Seus estudos apresentam formas de se pensar a Bioética para além de princípios deterministas; um olhar que possa “reconhecer as diferenças e promover a tolerância como requisito fundamental à mediação de situações conflituosas” (GUEDES, 2003, p. 310).

Considerando esses elementos, indagamo-nos se a Bioética hegemônica e seus princípios determinados por sujeitos imbuídos de uma cultura “branca, de classe média, educada e individualista” pode responder aos conflitos existentes na sociedade brasileira – caracterizada por uma complexa e diversa formação sociocultural. Diante desse processo de transculturação¹⁹ da Bioética, alguns pesquisadores no país começam a se contrapor ao principialismo.

Todavia, no Brasil ainda predomina essa teoria hegemônica, e não à toa: “deve-se às condições intelectuais da parceria entre Bioética e Medicina [...] [e que] por ter uma Medicina basicamente periférica, importa teorias e práticas de países centrais da Medicina” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 74).

Nesse bojo de inquietações referentes à teoria principialista se desenvolve uma perspectiva crítica no cenário brasileiro, emplacada por alguns pesquisadores: a enfermeira Dirce Guilhem, a antropóloga Débora Diniz e o dentista Volnei Garrafa. Esses autores, preocupados com uma Bioética que não tangenciasse “outros debates disciplinares sobre a desigualdade, [...] racismo, desigualdade de gênero” passaram a buscar uma voz que realmente se adequasse à nossa realidade local (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 75).

Entre as teorias críticas, temos a Bioética Feminista e, internacionalmente, há materiais produzidos com esse referencial analítico desde os anos 1960 (DINIZ; GUILHEM, 2012). Formalmente, seu surgimento se deu nos anos 1990 por meio de “um olhar crítico sobre as desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero – como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da teoria principialista” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 97). Diniz (2008) argumenta que, dentre outros fatores, quando a categoria “gênero” adquire um respaldo como variável de pesquisa, auxiliando na percepção dos conflitos de saúde, inicia-se a caminhada junto da Bioética. Ela também indica que o próprio surgimento da Bioética coincidiu com a guinada dos estudos feministas no interior da Filosofia. O fato é que a Bioética Feminista foi se consolidando no campo das vertentes críticas. Com sua perspectiva diferenciada, questionava os princípios éticos hegemônicos para descortinar e apontar

19 Sobre este conceito, ver IANNI (1996).

soluções que fossem coerentes com a realidade das mulheres. Um exemplo diz respeito ao princípio da autonomia: as autoras sinalizam que são as perspectivas críticas da Bioética que “apontam para a necessidade de demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode vir mascarada de coerção da vontade” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 99). Ou seja, a Bioética Feminista traz o imperativo de que não é possível desconectar as pessoas de sua realidade e de todos os fatores que implicam suas escolhas. Diniz e Guilhem (2009, p. 182) defendem que

a tarefa da Bioética deveria ser a análise, a discussão e o desenvolvimento de mecanismos éticos de intervenção frente a todos os tipos de desigualdade social. Assim sendo, a tarefa fundamental da Bioética não seria mais a apresentação do mapa ético de como a humanidade deveria ser se regida pela beneficência, não maleficência, justiça ou autonomia, mas sim a procura por mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral que tornem esses princípios eficazes.

Assim, é um campo para refletirmos e confrontarmos todas as hierarquias de gênero, classe e raça presentes na sociedade. Diniz e Guilhem (2012, p. 111) apontam 14 tópicos que dizem o que a Bioética Feminista pretende trazer. Destacamos um deles por pronunciar “não à manutenção do discurso dominante que perpetua a opressão, sim ao diálogo como forma de conhecer a intencionalidade e os diferentes posicionamentos morais, na busca de oportunidades para mediação de conflitos morais”.

Conforme Buzanello (2001, p. 175), o Brasil reconhece esse dispositivo por meio da Constituição. Um primeiro dado para analisarmos é que “na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), a defesa da objeção de consciência foi encampada por democratas, grupos religiosos e pacifistas, tendo como questão de fundo a liberdade de crença religiosa”. O autor descreve que a liberdade de consciência é a questão central que fundamenta a objeção de consciência e que seu surgimento tem relação com aspectos da religião e do Estado. Assim, é um dispositivo que significa a “recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas” (BUZANELLO, 2001, p. 174). Apresenta oito variações das classificações de objeção de consciência, mas trataremos daquela que se caracteriza pela recusa de profissionais de saúde à prática do aborto.

O Brasil tem registrado em torno de 68 serviços²⁰ que realizam o aborto em três situações: risco de morte para a mulher, gravidez decorrente de violência sexual e feto com anencefalia. Embora a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011) seja clara ao dizer que os profissionais podem ser objetores, é obrigação institucional garantir a interrupção da gestação prevista em lei. Assim, a norma determina que é

dever do Estado manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional” (BRASIL, 2011, p. 21).

Ou seja, o atendimento não pode ser recusado se não existir outro profissional para substituí-lo nos casos em que houver risco de morte para a mulher ou se a omissão do atendimento causar danos a ela. Em estudo realizado nos serviços de aborto legal no país, Madeiro e Diniz (2016, p. 567) descreve que foram entrevistados 82 profissionais, e entre as dificuldades do cotidiano relatadas está a distribuição dos profissionais objetores nas escalas dos serviços: “as mulheres [...] precisam esperar até o dia em que outro [médico], em outro plantão, concorde em fazer o aborto. E tem anestesista que concorda, tem aquele que não concorda. Às vezes, isso pode demorar algum tempo”. Essa questão poderia ser considerada um grande dano à saúde mental das mulheres que, por vezes, atravessam longas distâncias de suas casas até as regiões que ofertam os serviços de aborto legal. Uma análise sob a luz da Bioética Feminista dos problemas ocasionados pela objeção de consciência – nessa situação – implica em dizermos não “ao indivíduo como ponto focal de análise, sim ao indivíduo em sua rede de relações sociais” (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 112). Ou seja, não basta garantir o direito à usuária ao aborto legal, como se fosse mais uma mulher violentada nesse mundo; na verdade, trata-se de compreender que é uma mulher distinta de todas as outras, que é atravessada por questões de classe, etnia, gênero, entre outras diferenças e singularidades que fazem aquela vida única. Os referenciais da Bioética tradicional – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – são por vezes princípios que não consideram a realidade do desmonte na Saúde, como a falta de profissionais e a estrutura física precária.

20 Conforme o estudo nacional realizado no Brasil. Para maiores detalhes, ver Madeiro e Diniz (2016).

Assim, a Bioética Feminista é uma proposta de olhar para as mulheres com todas as relações sociais que as envolvem e de contribuir como uma análise crítica do contexto que se encontram para transformá-lo. Se relembrarmos a história de Cícera e sua filha, contadas no início deste trabalho, veremos o quanto a objeção de consciência pode deixar de ser um direito para se transformar num entrave à efetivação da interrupção da gestação. Os aspectos religiosos por trás desse tema sinalizam os desafios para o campo da Saúde: “médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou psicólogos recusam-se, cada um de acordo com seu regime de saber e poder, a acolher uma mulher que deseja realizar um aborto” (DINIZ, 2013, p. 1704).

O Ministério da Saúde em seus documentos trata da objeção de consciência do profissional médico, pois de fato é ele quem realizará a técnica do abortamento em si – a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011) refere que deve ser informado à mulher as distintas formas de ser realizado o abortamento, e deve ser oferecido a ela a possibilidade de escolha do método – alternativa esta que deve ser escolhida levando em consideração a idade gestacional, bem como como todas as vantagens e desvantagens de cada método: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem. O abortamento consiste na interrupção da gestação até 20^a ou 22^a semana, e o aborto é produto eliminado nesse processo. No Código de Ética Médica consta que:

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.

[...]

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. (CFM, 2018, p. 15-20).

O Código de Ética Médica (2018) é um dos maiores da área da Saúde, e, curiosamente, mesmo tendo sido recentemente reformulado²¹, não refere diretamente a palavra “aborto” ou “interrupção”, tal como o Código de Ética da Enfermagem. A única menção se encontra no artigo 15 e diz que é vedado ao médico “descumprir legislação específica nos casos de

21 Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018.

transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética” (CFM, 2018, p. 22). De fato, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011, p. 21) aponta que:

É dever do(da) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

Algo instigante se refere ao seguinte nó: mesmo nas situações em que o feto é incompatível com a vida, ainda encontramos resistência para realização do aborto por esses profissionais²². Nessa situação não reside a dúvida que, para muitos, é perturbadora: se a mulher está falando a verdade ou não, como são os casos de gestações oriundas de violência sexual, em que alguns profissionais questionam a veracidade dos fatos. Está tudo ali, nas imagens da ultrassonografia – aliás, essa tecnologia é muito bem utilizada pelos médicos na fase em que precisam comparar a data referida pela mulher do dia em que sofreu a violência e a idade gestacional constatada no laudo ultrassonográfico. Se o cálculo for incompatível, a mulher não pode realizar a interrupção legal. Isso é um ponto que requer ser problematizado nos debates de saúde: o processo de violência é assimilado por cada pessoa no seu tempo; muitas pessoas que são violentadas sexualmente tentam inclusive esquecer o fato para tentarem lidar com tamanha violência que lhes foi acometida. No cotidiano profissional é comum identificar mulheres chegando aos serviços com idade gestacional próxima a 8 (oito) semanas, cerca de dois meses – imagine que esse é o período levado para refletirem sobre suas vidas, identificarem a gestação e tomar a decisão de interrompê-la. De acordo com o protocolo vigente na legislação, a mulher necessita dizer²³: local, dia e hora aproximada do fato. Pedir para que essa mulher lembre a data é uma nova violência. A verdade é que os profissionais de saúde estão imersos nas instituições de saúde

22 Como pode ser verificado no documentário *Uma história Severina* (2010), dirigido por Débora Diniz e Eliane Brum.

23 Portaria MS/GM nº 1508, de 1º de setembro de 2005.

e necessitam seguir protocolos, mesmo que, evidentemente, possam fazer isso de vários modos, numa perspectiva mais ou menos humanizada²⁴. O fato é que cada serviço pode adotar um período máximo para realização da interrupção se baseando nas prerrogativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012)²⁵: o abortamento é a interrupção realizada até 20^a ou 22^a semana²⁶.

Outra profissão que atua nos serviços de aborto legal é a enfermagem (técnicos e enfermeiros), que teve seu código de ética recém-formulado²⁷. No documento se encontra de modo nítido que é vedado:

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo Único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência. (COFEN, 2017).

Esse profissional está presente no acolhimento inicial da usuária na porta de entrada, no decorrer do procedimento obstétrico e, posteriormente, em sua recuperação. Novamente, a legislação aponta a possibilidade da objeção de consciência, mas é preciso que haja outro executor para o atendimento. Embora o número de profissionais da enfermagem seja amplo dentro dos hospitais, Camargo et al. (2014, p. 1775) discorrem que há uma cultura em “que os enfermeiros podem ‘lançar mão’ da Objeção de Consciência e usufruí-la, de preferência quando a equipe de plantão está completa”. Dificilmente lidaremos com cenas de enfermeiros/as objetores que não realizem o acolhimento diante de uma equipe reduzida. Imaginemos a usuária aguardar a chegada do próximo plantão de enfermagem para ser acolhida: dentro do gerenciamento de uma equipe, isso ocasionaria muitas dificuldades e tensões. Por outro lado, como discorremos, isso pode ocorrer com muito mais visibilidade no interior das equipes de Medicina – uma questão cultural que evidencia o forte poder hierárquico que tal categoria exerce institucionalmente.

24 Lembremos que há uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que ressalta a importância da escuta e do acolhimento humanizados.

25 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de Violência Sexual Contra a Mulher (2012).

26 Em algumas exceções, pode ser realizado fora desse período, por meio de solicitação judicial.

27 Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 564, de 6 de novembro de 2017. Disponível em: <https://bit.ly/39KD69h>. Acesso em: 30 jul. 2020.

Conforme a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011, p. 27), psicólogos e assistentes sociais responsabilizam-se, dentre outras questões, por:

- Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo.
- Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima.
- Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida.
- Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro.
- Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005, p. 11) refere em seu art. 3º que

o psicólogo, para ingressar, associar-se ou permanecer em uma organização, considerará a missão, a filosofia, as políticas, as normas e as práticas nela vigentes e sua compatibilidade com os princípios e regras deste Código.

Por outro lado, coloca que, se existir incompatibilidade, o profissional pode recusar-se a prestar seus serviços. No entanto, os serviços de aborto legal irão exigir do psicólogo a escuta de situações de violência, bem como a reflexão junto da usuária sobre todos os aspectos que se referem a essa questão. De modo geral, o profissional psicólogo não poderia recusar-se a acolher uma mulher em situação de violência sexual que buscou atendimento ao aborto, pois diz respeito a um acolhimento referente à violência sofrida, o que está de acordo com os princípios fundamentais do código, que indica que o “psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação,

exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005, p. 7). Todavia, podem acionar o dispositivo da objeção de consciência, pois é um direito constitucional. Podemos refletir sobre a contrariedade que é a existência de psicólogos objetores trabalhando em serviços de referência e porque apenas os médicos têm essa ressalva nos documentos do Ministério da Saúde. Podemos considerar, ainda, que isso é um reflexo do modelo biomédico e suas hierarquias na área da Saúde que torna o processo do abortamento uma ação exclusiva da Medicina.

Por fim, e não menos importante, temos o Código de Ética²⁸ dos Assistentes Sociais (CFESS, 2012) que aponta ser o direito de se exercer com ampla autonomia a profissão e que o/a profissional não deve prestar serviços incompatíveis com suas atribuições, funções ou cargos. Entre as profissões apresentadas, o Serviço Social é a única categoria que tem um projeto ético-político que se compromete a ter um olhar crítico de transformação da realidade social. Conforme Vasconcelos (2004), ainda que o código tenha um horizonte progressista, isso não determina que todos os profissionais atuem com base em seus pressupostos. Por isso é possível que encontremos assistentes sociais objetores em equipes de saúde. No entanto, esse profissional, como os outros citados, precisa garantir a continuidade do atendimento. Diniz (2013, p. 1705) indica que “melhor que confrontar médicos [e outros profissionais de saúde] em suas crenças e fragilidades, a saída é organizar o tenso encontro entre dogmas, sentimentos e necessidades de saúde”.

Aqui vai uma reflexão central nesta discussão: não se trata de culpabilizar profissionais de saúde por serem objetores, mas de problematizar que esse direito não seja um risco para efetivação do direito à interrupção da gestação. Diniz (2013) sintetiza de forma muito oportuna, ao argumentar que “mulheres tem direito ao aborto e não querem ser atendidas por médicos em sofrimento”. Parafrazeando a autora, diríamos que as mulheres têm o direito de serem bem atendidas por profissionais que estejam conscientes que o acesso ao aborto legal será um ato que vai salvar suas vidas. É disso que estamos tratando.

28 Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.

Estratégias para efetivação do direito à interrupção legal da gestação

Entre 2011 e 2016, 4.262 crianças e adolescentes de 10 a 19 anos ficaram grávidas depois de serem estupradas, mas não acessaram o aborto previsto em lei. Em outras palavras, significa que esse direito está sendo negado a mais de 700 jovens brasileiras todo ano. Os dados foram informados por representantes²⁹ do Ministério da Saúde e demonstram apenas uma face da realidade: sem dúvida, os números são muito maiores. Não há evidências que indiquem a porcentagem de interrupções não realizadas em razão da consciência dos profissionais. Conforme Madeiro e Diniz (2016, p. 565), temos uma lacuna que se refere à avaliação nos serviços de aborto, embora esteja indicada sua realização na norma técnica de 2011 e, assim, não podemos identificar “se ofertam acesso real e facilitado às mulheres”. Podemos refletir sobre outras possíveis razões para esse direito não estar sendo acessado: há o racismo institucional, por exemplo, que leva muitas mulheres negras a não buscar os serviços de saúde com receio da violência que sofrerão nesses espaços; ou as questões geográficas; ou o fato dos violentadores serem da própria família. Entre muitas suposições, há uma evidência sobre o perfil das mulheres que chega aos serviços de aborto legal no Brasil: são jovens, solteiras e escolarizadas, e a cor dessa mulher só não aparece com maior precisão nos dados pois muitas notificações não são totalmente preenchidas (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A atual conjuntura do país evidencia que teremos tempos difíceis para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É possível que o número de profissionais objetores aumente em um momento em que a laicidade, que deveria pautar as políticas públicas, está sendo ainda mais atacada.

Camargo et al. (2014, p. 1775), por meio de pesquisa de revisão integrativa sobre a temática, identificaram que os profissionais de Saúde têm poucos conhecimentos de como a objeção de consciência pode ser acionada. As autoras apresentam um debate atual proveniente da Universidade de Oslo³⁰ que defende cinco critérios a serem cumpridos para que uma pessoa possa ser objetora:

29 Dados apresentados pela dra. Maria de Fátima Marinho, diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde da pasta, em audiência pública na Câmara dos Deputados, em dezembro de 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3gfc07Q>. Acesso em: 2 dez. 2018.

30 A Universidade de Oslo localiza-se na Noruega.

1. Os cuidados dispensados aos pacientes podem prejudicar seriamente a saúde e a integridade moral e profissional do cuidador, que considera o procedimento uma violação grave;
2. O posicionamento de um ser objeto deve estar baseado em uma justificativa moral ou religiosa plausível;
3. O tratamento não é considerado emergencial para o usuário que está sob os cuidados do profissional da saúde que assume o papel de objeto;
4. A postura adotada não acarretará riscos à saúde do paciente;
5. A solicitação para que os outros colegas realizem os procedimentos não acarretará encargos adicionais para os mesmos.

Diniz (2011), a partir dos pressupostos éticos de Savulescu (2006), apresenta a “tese da incompatibilidade”, que indica que “um médico deve ter o direito de professar privadamente sua religião ou suas crenças filosóficas, o que pode, inclusive, significar militância política contrária ao aborto, mas deve se manter neutro quando representa o Estado em um serviço público de saúde” (DINIZ, 2011, p. 983). Essa tese afirma que a recusa de um médico em prestar assistência não é compatível com a função de sua profissão, ou seja, indica que médicos não podem ser objetos.

A segunda forma chama-se “tese da integridade” – a autora pauta-se em Pellegrino (1990) – e que diz que não apenas médicos podem recorrer à objeção de consciência, mas outros profissionais também poderiam recusar-se ao atendimento em razão de convicções de ordem pessoal. Nessa tese também há uma interpretação que diz que até mesmo “procedimentos como informar uma mulher sobre seus direitos, sobre outro médico ou sobre como outro serviço de saúde violariam as convicções individuais do profissional de saúde” (DINIZ, 2011, p. 983). Ou seja, nessa perspectiva, a objeção de consciência é tratada como um direito absoluto. Por outro lado, outra variação dessa tese – também chamada de “tese do compromisso” por outros autores³¹ – indica o estabelecimento de “parâmetros mínimos que regulem o exercício da objeção de consciência de forma a não entendê-lo como direito absoluto do médico” (DINIZ, 2011, p. 983). Esse pensamento alinha-se com o que está descrito atualmente no Código de Ética Médica. Em síntese, a autora argumenta que a tese da integridade é insatisfatória para validar os motivos pelos quais um médico se recusa a atender uma mulher específica em um serviço público de referência para aborto.

31 Ver Ortiz (2017, p. 60).

Em outras palavras, ainda permanecem fragilidades e tensões entre o direito do médico à sua liberdade de consciência e o direito da mulher ao aborto previsto em lei. Assim, a temática parte do pressuposto que precisamos colocar na roda e debater sobre os critérios para validação de uma crença (DINIZ, 2011). E mais do que nunca concordamos com a autora diante do seguinte fato: não é raro ver médicos que antes não tinham objeção e, de repente, mudam de postura, passando a não atender mais casos de interrupção – e pouco se questiona, dentro de espaços coletivos, acerca dos motivos dessa mudança brusca. Isso se chama “objeção de consciência seletiva”: “quando o médico não se declara objetor, mas, diante de um caso concreto que chega ao serviço, solicita o direito de não realizar o aborto” (ANIS, 2012, p. 49). Podemos indicar o receio de ser identificado como “aborteiro” e realizar interrupções em uma situação que acredita não ser decorrente de violência sexual, entre outras razões. Mas, precisamos levar em consideração que “a aposta na sinceridade moral do objetor não é suficiente para subsumir direitos fundamentais e absolutos das mulheres à integridade moral do médico” (DINIZ, 2011, p. 984). Assim, Diniz (2011) propõe a “tese da justificação”, em que estabelece que é direito do médico acionar o dispositivo da objeção de consciência, mas que é necessário que o Estado avalie as razões – pois é dever deste garantir o direito da mulher diante da recusa do profissional. Ou seja, não é apenas comunicando que se é objetor/a e seguir sua vida como se não tivesse responsabilidades diante da situação. A tese indica que o médico precisa justificar a solicitação de recusa, ficando sob o encargo da unidade de saúde avaliar sua relevância. Dessa forma, a autora conclui que

a tese da justificação permite a devida proteção da integridade moral do médico, mas também controla práticas de obstrução calculadas e injustas do direito da mulher ao aborto legal. Nem todas as crenças individuais são razoáveis para a acomodação pública, em particular quando o bem contestado é a proteção de uma necessidade básica, como a saúde das mulheres. (DINIZ, 2011, p. 985).

A tese proposta pela autora se constitui como uma estratégia para que os impactos relacionados à objeção de consciência não desestabilizem os serviços de aborto. Eduarda Ortiz (2017, p. 65) discorre que, para alguns autores, a tese da justificação tem limites em razão da dificuldade de instauração de uma avaliação dessa objeção dentro de um

serviço de saúde. Por outro lado, sobre essa garantia da condição de objetor/a, a autora descreve que, segundo Card, isso não significa que o profissional precise “convencer os outros da sinceridade de suas crenças, mas sua objeção deve ser capaz de ser explicada e racionalizada dentro de sua própria racionalidade” (ORTIZ, 2017, p. 65). Embora Diniz reflita apenas sobre os aspectos referentes à objeção de consciência seletiva, poderíamos estendê-la aos demais profissionais com objeção de consciência total/absoluta diante do fato de que muitos hospitais ainda não têm equipes lotadas apenas para interrupção: estudos indicam que 95% deles atendem em regime de plantão (MADEIRO; DINIZ, 2016). Assim, poderíamos dar como exemplo os apontamentos de Machado (2016, p. 70), ao discorrer que na maioria das legislações europeias – continente em que a temática da objeção de consciência é debatida com amplitude, quando o profissional de saúde é objetor – e haja outro para realizar o atendimento – ele deve fazer a solicitação por escrito indicando,

em primeiro lugar, as razões pelas quais tal prática médica está em conflito com as suas convicções religiosas ou morais mais íntimas e, segundo, o nome do profissional de saúde que se encarregará do paciente, havendo a certeza da existência de tal profissional e da sua experiência para realizar o procedimento e sua disponibilidade de tempo na ocasião necessária.

Essas alternativas se colocam como estratégias de mediação institucional, já que poderia ser estabelecido um procedimento operacional padrão (POP) no interior dos serviços de aborto legal. Em algumas situações, são assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros que precisam verificar em que plantão haverá algum médico disponível que não tenha objeção de consciência. Além de responsabilizar outros profissionais por questões referentes ao trabalho dos médicos, isso acarreta demora no atendimento, gerando ansiedade e outros danos à saúde mental da usuária que, depois de já ter passado por violência sexual, defronta-se com a violência institucional.

Embora essas sejam problemáticas que precisem de mediações institucionais diante dos impactos da objeção de consciência nos serviços, precisamos reiterar o fato da saúde pública estar sendo cada vez mais sucateada, e que isso vai além da gestão de profissionais objetores em uma única unidade, afinal os serviços necessitam de profissionais

para existirem. Dessa forma, acreditamos que, se houvesse um número adequado, muitos hospitais poderiam estruturar serviços específicos para o aborto apenas com profissionais não objetores. Se houvesse a possibilidade de estruturar com qualidade os serviços, muitos problemas seriam resolvidos. Uma iniciativa interessante nesse sentido é o Hospital Pérola Byington, em São Paulo, uma das maiores referências no atendimento ao aborto no país que, com muita ousadia, realizou um concurso público para psicólogos explicitando o local no qual o profissional exerceria sua função: o serviço de aborto legal (DINIZ, 2013). Há outra possibilidade, em longo prazo, que é a de trabalhar essa temática dentro dos próprios cursos de graduação, como já vem ocorrendo em algumas universidades. Desse modo, nenhuma estratégia positiva está descolada de outras, anulando-as, pelo contrário: é preciso somar forças para a garantia desse direito.

Considerações finais

Verificamos que analisar a objeção de consciência à luz da Bioética Feminista é de grande importância para a efetivação do direito à interrupção da gestação. Por meio dessa perspectiva, tiramos o véu de questões do cotidiano profissional pouco elucidadas: o machismo, as hierarquias referentes às profissões, as desigualdades de classe, o significado do Estado e a responsabilidade na garantia dos direitos, entre outras. Também apontamos como necessidade o aprofundamento dessa temática e de sua relação com os estudos da Bioética Antirracista, pois o racismo institucional é da cor das paredes beges dos hospitais e atravessa a saúde pública brasileira como um todo.

Além das mediações institucionais necessárias para efetivação desse direito, é substancial uma articulação junto dos movimentos sociais para reivindicar a divulgação e a melhoria dos serviços de referência já existentes. Um trabalho importante que já tem ocorrido é que, por meio das reivindicações feministas, a pauta do aborto está sendo levada aos conselhos federais. Os conselhos de Psicologia (CFP) e Serviço Social (CFESS) destacam-se por defenderem publicamente a descriminalização e a legalização do aborto – este posicionamento é essencial e pode contribuir com o avanço do debate dentro de suas categorias profissionais:

O CFP luta pela promoção da saúde da mulher, tanto física quanto mental, e pelo reconhecimento e integração dos diversos momentos e vivências na subjetividade da mulher, entre eles a decisão de ter filhos. Defendemos, sobretudo, o acolhimento e escuta para as mulheres em situação de aborto!³²

Assim, para uma categoria majoritariamente feminina, o debate sobre a vida e os direitos das mulheres não pode ser pautado por fundamentos religiosos ou valores individuais. A atuação profissional coloca **assistentes sociais** diante de situações de abortamento, seja na área da saúde – principal espaço de interligação com a problemática do aborto – seja na assistência e nos serviços especializados de atendimento às vítimas de violência, e espera-se da categoria, portanto, o compromisso ético e político com os princípios democráticos que norteiam a profissão, e que devem ser sobrepostos a valores individuais de cunho moralista³³.

A enfermagem também tem demonstrado preocupação com a temática e recentemente levou a pauta para seu 21º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF), ocorrido em 2018³⁴. Também tem suscitado o debate por meio dos seus conselhos regionais³⁵, que realizam seminários locais com o apoio do Cofen. Já o CFM ainda mantém um posicionamento conservador – inclusive, em julho de 2018, lançou uma nota dizendo que o tema do aborto “deve ser discutido de forma ampla, isenta e autônoma pelo congresso nacional, responsável pela atualização do Código Penal Brasileiro, levando-se em consideração aspectos complexos e relevantes”. A autarquia, portanto, não se manifesta sobre a defesa da legalização e descriminalização³⁶.

É preciso lembrar que as profissões que se posicionam publicamente em defesa desse direito também carregam os olhares hostis daqueles que não são a favor do aborto – inclusive o previsto em lei. Por vezes, esses profissionais são estigmatizados como “abortistas” dentro

32 “CFP defende descriminalização e legalização do aborto no Brasil”, nota divulgada no site do conselho. Disponível em: <https://bit.ly/33al3Z5>. Acesso em: 17 dez. 2018.

33 “Frente pela Descriminalização das Mulheres e pela Legalização do aborto promove debates online sobre o tema”, nota divulgada no site do conselho. Disponível em: <https://bit.ly/30daGl9>. Acesso em: 2 jan. 2019.

34 “CBCENF traz reflexão sobre Saúde Coletiva e descriminalização do aborto”, nota divulgada no site do conselho. Disponível em: <https://bit.ly/3fgCOYZ>. Acesso em: 2 jan. 2019.

35 “Seminário debate mortalidade materna e descriminalização do aborto”, nota divulgada no site do conselho. Disponível em: <https://bit.ly/3hSoxDv>. Acesso em: 2 jan. 2019.

36 “CFM esclarece sua posição sobre interrupção da gestação”, nota divulgada no site do Conselho. Disponível em: <https://bit.ly/2BMEbRy>. Acesso em: 2 jan. 2018.

das unidades de saúde. Por isso reiteramos o respaldo dos conselhos – porque não há nada de errado em se posicionar na sociedade; estranho seria ficar inerte diante de uma conjuntura em que a violência sexual só aumenta no país.

Como apresentamos, a objeção de consciência é apenas um dos obstáculos para efetivação da interrupção, pois temos também outras questões que precisam ser debatidas dentro e fora dos hospitais, como a postura de profissionais – não apenas médicos, mas também psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares – que se dizem não objetores, mas em razão de seus preconceitos pessoais, acabam dificultando ou tornando o caminho tortuoso para as mulheres que buscam esses serviços. É preciso que os responsáveis, coordenadores e demais profissionais realmente preocupados com a efetivação desse direito levem aos gestores a necessidade de avaliação e divulgação do serviço. Destacamos também o quanto é essencial um alinhamento junto dos movimentos sociais, que podem contribuir com a divulgação e a reivindicação de melhoria não somente nas unidades que executam o serviço, mas em toda a rede de atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Referências

ANIS. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal**: perguntas e respostas. Brasília, DF: Letras Livres, 2012.

BARCELOS, M. S.; ZUCCO, L. P. Aborto legal: direito de acesso restrito? *In*: LISBOA, T. et al. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares sobre gênero, família e saúde**. Tubarão: Copiart, 2017. p. 343-365.

BARSTED, L. A. L. Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 0, n. 0, p. 104-130, jan. 1992.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos**

resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 de abril de 2014. Seção I, p. 53.

BUZANELLO, J. C. Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, DF, ano 38, n. 152, p. 173-182, out./dez. 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3fiL76p>. Acesso em: 1º dez. 2018.

CAMARGO, M. G. et al. Objeção de consciência e aborto legal sob a perspectiva da saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1774-1781, jun. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/39OiJlw>. Acesso em: 5 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica:** Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2XsNoWX>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo: Resolução CFP nº 010/05. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2BIOBBA>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do/a Assistente Social: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: CFESS, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2X7U1O0>. Acesso em: 30 jul. 2020.

DINIZ, D. Bioética e gênero. **Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 207-216, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/3hSBkG1>. Acesso em: 10 dez. 2018.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 981-985, 2011.

DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, set. 2013.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Bioética**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 181-188, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2EqSrQL>. Acesso em: 30 jul. 2020.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética?** São Paulo: Brasiliense, 2012. (Coleção Primeiros Passos).

GUEDES, C. Feminismo: um movimento de vanguarda na Bioética. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 309-311, jan./jun. 2003. Disponível em: <https://bit.ly/30f6tgV>. Acesso em: 8 dez. 2018.

IANNI, O. Globalização e Transculturação. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 14, n. 20, p. 139-170, jan. 1996. Disponível em: <https://bit.ly/310O06Z>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MACHADO, M. A. G. **A objeção de consciência no exercício da medicina: conflitos entre o dever ético-profissional e a autonomia de vontade do paciente.** 2016. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/39HoS9b>. Acesso em: 23 dez. 2018.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. de. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 88-103, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2PcbiBc>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ORTIZ, E. M. **Aborto legal e objeção de consciência: condições para o exercício e compatibilização desses direitos.** 2017. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PELLEGRINO, E. D. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. In: ALLEBECK P.; BENGT, J. (Eds.). **Ethics in medicine: individual demands versus demands of society.** New York: Raven Press; 1990. p. 3-15.

SAVULESCU, J. Conscientious objection in medicine. **BMJ**, London, n. 332, p. 294-297, 2006.

VASCONCELOS, A. M. de et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. *In*: BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 48-76.

Recebido em fevereiro de 2019.

Aprovado em julho de 2020.