



ÉTICA NOS CUIDADOS EM SAÚDE

Objecção de consciência médica em casos de abortamento: uma revisão de literatura brasileira

Medical conscientious objection in abortion cases: scoping review

Letícia Ferruzzi

Sacchetin¹

orcid.org/0000-0002-9661-7499

leticia@sacchetin.com.br

Andressa Pereira de
Souza¹

orcid.org/0000-0003-3730-2056

andressasouzap4@gmail.com

Camélia Santana Murgo¹

orcid.org/0000-0003-3932-7580

camelia@unoeste.br

Recebido em: 4 ago. 2023.

Aprovado em: 31 out. 2023.

Publicado em: 22 dez 2023.

Resumo

Introdução: a objeção de consciência possibilita assegurar direitos médicos, mas é um entrave para a saúde pública no Brasil.

Objetivo: realizar uma revisão de literatura brasileira avaliando a motivação por parte dos profissionais da saúde que apresentam objeção de consciência em casos de abortamento legalizados.

Método: para tanto, realizou-se uma revisão de literatura brasileira PICO, com a pergunta norteadora: ensino tecnicista médico *versus* religiosidade interferem na opção para a objeção de consciência diante do abortamento legalizado? Utilizou-se as bases: Cochrane Library, Lilacs, PubMed, Scielo e Periódicos CAPES, contando com os descritores "(Objeção de Consciência)"; "(Objeção de Consciência) AND (Religião)"; "(Objeção de Consciência) AND (Educação Médica)"; "(Objeção de Consciência) AND (Religião) AND (Educação Médica)" e seus respectivos termos em inglês acrescidos do termo "*abortion*". A busca foi realizada em janeiro de 2023 e limitada ao período entre 2016 e 2023.

Resultado: a busca inicial resultou em 1746 artigos, sendo desses apenas 17 incluídos. Pode-se observar que a religião é uma influência, contudo, a falta da temática nas faculdades de Medicina faz com que os médicos procedam de forma incorreta ou incompleta ao objetarem a consciência.

Conclusões: este estudo servirá para futuros projetos de intervenção com acadêmicos de Medicina, que minimizem o entrave no acesso ao aborto.

Palavras-chave: objeção de consciência, abortamento, religião, base de ensino.

Abstract

Introduction: conscientious objection makes it possible to ensure medical rights, but it is an obstacle to public health in Brazil.

Aims: to carry out a Brazilian literature review assessing the motivation of health professionals who present conscientious objection in cases of legalized abortion.

Methods: to this end, a PICO Brazilian literature review was carried out, with the guiding question: does medical technical teaching *versus* religiosity interfere with the option for conscientious objection in the face of legalized abortion? The following databases were used: Cochrane Library, Lilacs, PubMed, Scielo and Periodicals CAPES, using the descriptors "(Conscientious Objection)"; "(Conscientious Objection) AND (Religion)"; "(Conscientious Objection) AND (Medical Education)"; "(Conscientious Objection) AND (Religion) AND (Medical Education)" in Portuguese and in English plus the term "*abortion*". The search was carried out in January 2023 and limited to the period between 2016 and 2023.

Results: initially, the search resulted in 1746 articles, of which only 17 were included. It can be observed that religion is an influence, however, the lack of the subject in medical schools causes doctors to act incorrectly or incompletely when objecting to conscience.

Conclusions: this study will serve for future intervention projects with medical students, which minimize obstacles to accessing abortion.

Keywords: conscientious objection, abortion, religion, teaching base.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

¹ Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil.

Abreviaturas: OC, objeção de consciência.

Introdução

A objeção de consciência (*Conscientious Objection*) é definida como o direito de uma pessoa de recusar-se a participar de procedimentos ou atividades que considere incompatíveis com suas crenças, sejam elas de cunho filosófico, ético, religioso ou moral (1). Em harmonia a isso, o Código de Ética Médica brasileiro descreve ser direito médico "Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência" (2). Dessa forma, a objeção de consciência médica em casos de abortamento implica o direito médico de recusar-se a realizar o procedimento da interrupção voluntária, legal e segura da gravidez.

O artigo 128 do Código Penal Brasileiro (3) e o acórdão assinado pelo então ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello, descrevem que não se pune a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) praticada por médico em três casos: (a) quando existe um risco de morte para a gestante; (b) anencefalia fetal e (c) gravidez decorrente de estupro e, portanto, a objeção de consciência na IVG no Brasil poderá ser analisada somente nesses casos.

A partir disso, cabe localizar a problematização sobre a objeção de consciência: por um lado seria moralmente errado obrigar o médico a realizar um procedimento contra suas próprias crenças (1) e, por outro, quando limita-se à quantidade de médicos que não objetam à consciência e que realizariam o procedimento da IVG, isso cria um obstáculo para que a grávida consiga interromper sua gestação (4), isto é, existe uma barreira no acesso desse serviço para as mulheres ou para os corpos que menstruam (abarcando também homens transgêneros e transgêneros não binários) (5), o que tende a aumentar os riscos, especialmente, para a população de baixa renda (6), uma vez que as mulheres de classe alta conseguem acesso a partir de serviços particulares de saúde.

Nesse mesmo sentido, Smalling e Schuklenk (7) defendem que "A objeção de consciência leva invariavelmente à redução de acesso a cuidados

e serviços a pacientes" (tradução livre). Os autores respondem a alguns argumentos favoráveis ao direito à objeção de consciência, como a de que a restrição ocasionaria uma injustiça e negaria igualdade de oportunidades aos objetores de consciência, que no caso da IVG se limita aos médicos e médicas. Contudo, todo e qualquer sistema de saúde público tem o objetivo de garantir o acesso de usuários do serviço de saúde aos cuidados necessários. A partir do momento que a objeção de consciência é permitida pode, segundo os autores, acarretar o retardamento desse acesso, atrapalhar o funcionamento do sistema e desviar recursos finitos para acomodar tais objetores.

Um exemplo sólido dessa dificuldade pode ser visto no seguinte caso ocorrido em 2020 (8): uma menina de 10 anos foi estuprada diversas vezes pelo seu tio. Quando passou por um hospital, descobriu que estava grávida de cerca de 22 semanas. Tendo direito ao aborto por ser um caso de estupro, foi levada ao hospital de referência mais próximo que ficava em Vitória (ES), e não conseguiu realizar o procedimento lá, porque eles alegaram que a gravidez já estava muito avançada e que não possuíam a técnica para tal. Diante disso, foi preciso viajar para Recife (PE) para realizar o abortamento, porque nem no hospital referência nem na rede privada foi possível por objeção de consciência.

Esse caso reforça como de fato existe uma dificuldade de diálogo entre o direito da objeção de consciência e o direito ao acesso aos serviços de saúde no contexto brasileiro. Os profissionais de saúde não priorizaram o cuidado com essa criança, nem mesmo a saúde coletiva.

Além da objeção de consciência se apresentar como um problema de saúde pública no Brasil por dificultar ou inviabilizar o direito das gestantes ao acesso a esse serviço, até mesmo quando o procedimento da IVG é realizado, existem inúmeros obstáculos. Isso pois, ao romper com ideais do feminino, com normas reprodutivas e sexuais, a IVG se torna um estigma (9), um tabu que tem como consequência atendimentos precários (10), de "baixa qualidade, maus tratos e discrimina-

ções" (9) e as poucas unidades que existem não são divulgadas (11).

A exemplo disso, na pesquisa de Madeiro e Diniz (12) grande parte dos ginecologistas e obstetras solicitaram boletim de ocorrência, ainda que o único documento necessário para a interrupção legal da gravidez em caso de estupro seja o consentimento da mulher por escrito. Ademais, dos estabelecimentos que prestavam atendimento nos casos de violência sexual, 45% ofereciam profilaxia para HIV e 53% ofereciam anticoncepção de emergência. Da mesma forma que outra pesquisa (13) analisou o funcionamento das estratégias governamentais diante da violência sexual contra crianças e adolescentes incluindo a oferta de profilaxia contra DSTs (hepatite viral e HIV inclusive), interrupção legal da gravidez e anticoncepção de emergência hormonal. Os autores constataram que existe uma dificuldade de acesso ao serviço, bem como falta de capacitação profissional e diálogo intersetorial, piorado pela objeção de consciência da equipe.

Apesar de existirem pesquisas que refletem sobre se a objeção de consciência deveria ou não ser moralmente permissível e quais os obstáculos decorrentes dela (1, 4, 7), o caráter sistemático desta pesquisa tem como objetivo identificar a motivação das médicas e dos médicos para objetar a consciência no Brasil. Isto é, entender por que ocorre a objeção de consciência: se por motivos efetivamente religiosos e morais ou se, por outro lado, por motivos tecnicistas no âmbito da formação profissional que inviabilizem discussões de cunho reflexivo como esta. Isso porque, se existe uma motivação baseada em uma falha educacional, é possível pensar em projetos de intervenção para inserir tal temática no ensino médico de modo a reduzir a dificuldade de acesso das gestantes ao procedimento da IVG.

Com vista nesse objetivo, nos deparamos com um problema (7): como seria possível avaliar a motivação dos profissionais que optam pela objeção? Seria possível averiguar se aquilo pelo qual os objetores de consciência dizem acreditar de fato é o que realmente acreditam? Isso ocorre devido à dificuldade em realizar testes que

avaliem a posição de consciência das médicas e dos médicos, devido à falta de confiança no próprio teste, não sendo possível estabelecer uma ponte entre o que é dito e o que de fato é. Dessa forma, se um profissional objeta apresentando argumentos de cunho religioso, mas na realidade só o faz por pré-conceitos relacionados à questão de gênero, não seria possível identificar tal discrepância.

Todas as questões sobre direito sexual e reprodutivo influenciam e estão diretamente relacionadas à questão da objeção de consciência, tendo em vista que a objeção está atrelada a estigmas e tabus por parte dos objetores (9). É justamente por isso que essa objeção deve ir além de uma disputa por direitos (direito à objeção por parte dos médicos versus direito ao acesso à saúde pela gestante). Compreender o motivo pelo qual os médicos optam pela objeção de consciência é o primeiro passo para uma possível resposta ao problema.

Essa compreensão da motivação que denominamos de primeira, isto é, aquela que é verbalizada, ainda que não seja necessariamente a sentida (motivação secundária), tem o potencial de auxiliar em pesquisas no âmbito educacional para debater a validade da objeção de consciência em si, assim como auxiliar na compreensão do significado de uma formação tecnicista (14) dentro da Medicina. Isto é, a justificativa do presente artigo deve caminhar em busca de um diálogo interdisciplinar, sendo a presente revisão de literatura brasileira um suporte para o campo das Ciências Humanas e da Filosofia no sentido de ampliar a discussão sobre a permeabilidade da objeção de consciência e, ao mesmo tempo, ser base para um estudo reflexivo sobre a educação médica enquanto um ensino tecnicista ou humanitário.

E diante de toda essa contextualização, ao analisar a objeção de consciência com a seriedade que se deve ter a partir de um âmbito de saúde coletiva e direitos sexuais e reprodutivos, que retornamos a nossa pergunta-chave: seria essa motivação majoritariamente religiosa? Ou existe uma falha na educação médica que

impossibilita a discussão de temáticas como a objeção de consciência? Para responder tais questionamentos foi realizada uma revisão de literatura para identificar na literatura disponível pesquisas realizadas no contexto brasileiro que abordassem a temática da objeção de consciência junto a profissionais da medicina.

Método

O presente artigo traz uma revisão de literatura baseada no protocolo PRISMA-ScR (15) cujo objetivo foi analisar a motivação profissional em casos de objeção de consciência sobre abortamento (legalizado). Revisões têm por finalidade mapear, clarificar ou apresentar um panorama sobre determinada área do conhecimento, e para isso, foi necessário a formulação da pergunta PICO (acrônimo para População, Intervenção, Comparação e *Outcome*/desfecho), de modo que a população interessada são os médicos e médicas que possam realizar o abortamento em casos legalizados no Brasil, bem como acadêmicos de medicina, para compreendermos qual a importância do ensino médico na tomada de decisão sobre a objeção de consciência. A pergunta norteadora supracitada, portanto, é "ensino tecnicista médico versus religiosidade interferem na opção para a objeção de consciência diante do abortamento legalizado?".

As bases de dados consultadas para a presente pesquisa foram: Cochrane Library, Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), PubMed, Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES via acesso CAFE (Comunidade Acadêmica Federada).

Foram utilizados os descritores "(Objeção de Consciência)"; "(Objeção de Consciência) AND (Religião)"; "(Objeção de Consciência) AND (Educação Médica)"; "(Objeção de Consciência) AND (Religião) AND (Educação Médica)"; "(Conscientious objection) AND (Abortion)"; "(Conscientious Objection) AND (Abortion) AND (Medical Education)"; "(Conscientious objection) AND (Abortion) AND (Religion)"; e "(Conscientious objection) AND

(Abortion) AND (Religion) AND (Medical Education)". Devido ao objetivo da presente pesquisa ser compreender a razão pela objeção de consciência, optamos por pesquisar artigos que incluíssem tanto a educação médica, quanto a religião. Os descritores foram utilizados em português e inglês para garantir o mapeamento das publicações brasileiras em revistas internacionais. Foi utilizado o termo *abortion* concomitante à *conscientious objection* tendo em vista que na literatura estrangeira é mais usual a discussão sobre objeção de consciência. Além disso, utilizamos em todas as bases o filtro de publicação por ano. As buscas e a seleção dos artigos ocorreram em janeiro de 2023.

Os critérios de inclusão foram: (1) pesquisas brasileiras ou referentes à objeção de consciência no Brasil; (2) pesquisas publicadas a partir de 2016 (incluso); (3) estudos que abordaram a temática de objeção de consciência em casos de abortamento. Enquanto os critérios de exclusão foram: (1) artigos incompletos ou não disponibilizados na íntegra; (2) relatos de caso; e (3) publicações em duplicidade.

Resultados e discussão

Para contemplar o objetivo da presente revisão de compreender a motivação dos profissionais que objetam a consciência em casos de IVG e dos acadêmicos de Medicina no contexto brasileiro, é preciso dizer que uma limitação do estudo é que ele se volta inteiramente para casos brasileiros. Diante disso, pesquisas que façam comparação com diferentes países podem ser interessantes para enriquecer a temática.

Inicialmente, 1746 artigos foram relacionados à temática com base nos descritores supracitados, sendo desses 123 da base de dados Scielo, 387 da PubMed, 119 da Lilacs, 3 da Cochrane Library e 1114 do Portal de Periódicos CAPES de modo que após a seleção por meio dos critérios de inclusão e dos critérios de exclusão supracitados, 17 artigos foram incluídos por elegibilidade para o propósito do estudo. Isso pois, dos 1746 artigos no total, 328 apresentaram fuga ao tema proposto – como, por exemplo, a relação de con-

fiança entre médico-paciente por meio de casos de IVG, sendo o foco desse artigo a análise da confiança e não a interrupção da gestação em si (16); além disso, 751 artigos eram anteriores a 2016; 102 artigos não eram artigos completos ou eram relatos de caso; 414 artigos eram sobre casos estrangeiros; e 134 artigos foram excluídos

por duplicidade das bases de dados. Seguindo a metodologia proposta pelo protocolo PRISMA-ScR, os artigos que compõem a presente revisão foram selecionados de acordo com a **Figura 1** e os métodos e resultados obtidos foram apresentadas na **Tabela 1**.

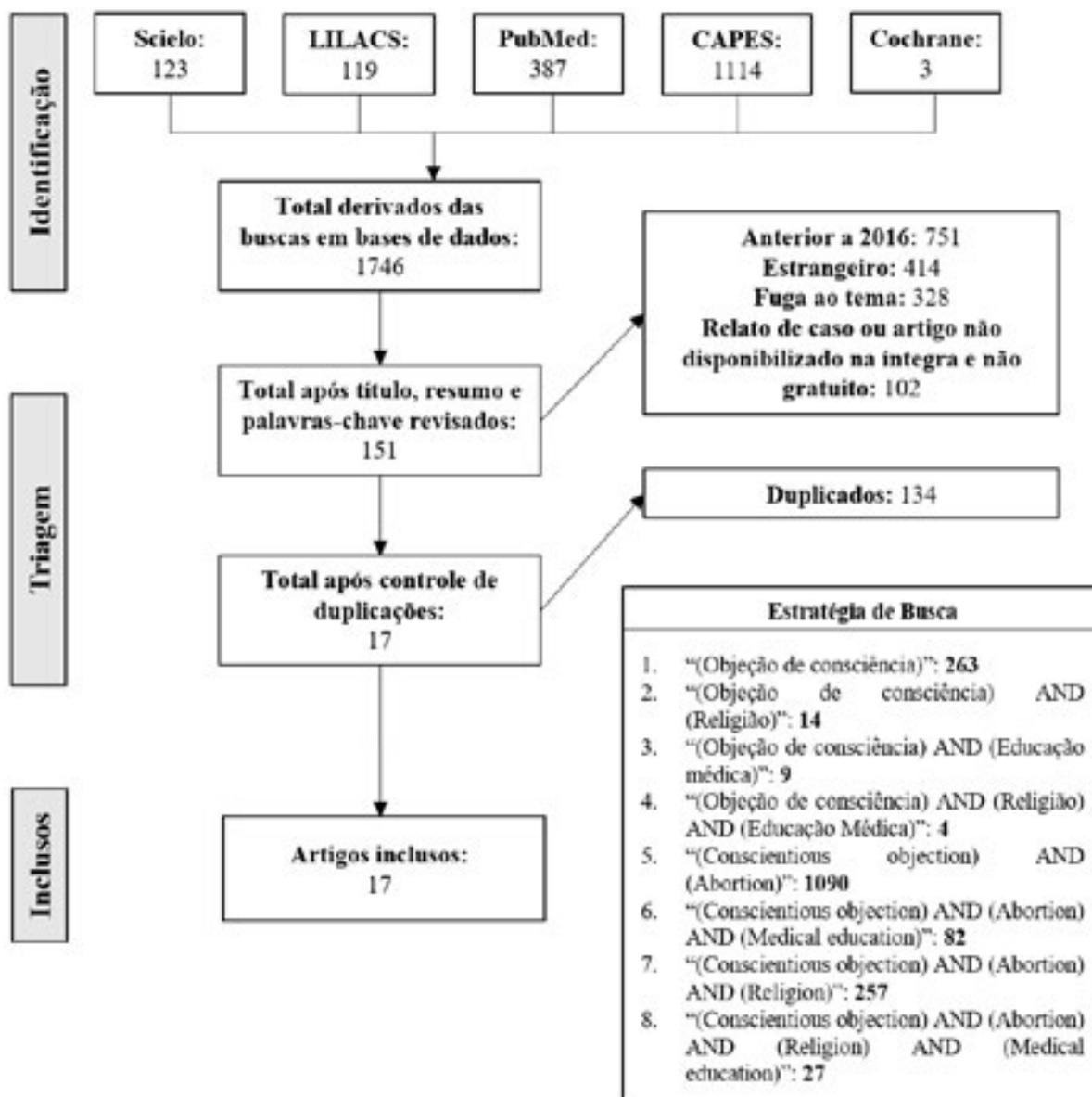


Figura 1. Fluxograma para seleção de artigos, representa as especificações para a seleção dos 17 artigos.

Oito artigos tiveram abrangência nacional (1, 5, 9, 11, 17-20), sendo os demais locais. A região Nordeste (seis artigos) foi a área com maior número de estudos, seguida da região Sudeste (dois artigos). Desses, dois com foco em Minas

Gerais (21, 22), outro no Ceará (23), três na Bahia (6, 24, 25), um no Piauí (4), um no Rio Grande do Norte (10) e, um último, no Rio Grande do Sul (26). A maioria dos estudos foi revisão de literatura (n=6), seguido de pesquisa qualitativa com

entrevista (n=4), estudo transversal (n=2), estudo descritivo (n=2), estudo de intervenção, estudo bibliográfico documental e revisão sistemática, sendo esses últimos um cada (**Tabela 1**).

TABELA 1 – Estudos sobre Objeção de Consciência em casos de IVG no Brasil, 2016-2022: métodos e resultados.

Autor	Ano	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto/ Objetivo de Estudo	Resultados
Moreira et al. (20)	2020	Estudo bibliográfico e documental	Analisar o dispositivo da OC e a implicação para o aborto legal.	A OC é um dos obstáculos para o serviço de aborto legal no Brasil. Junto a isso, também tem a necessidade de divulgar informações confiáveis sobre o serviço de saúde e um alinhamento junto com movimentos sociais.
Costa (10)	2018	Pesquisa qualitativa com observação e entrevista semiestruturada	Analisar a organização da prática do profissional de saúde em relação à OC.	O atendimento de mulheres vítimas de violência sexual ainda é precário pela falta de profissionais ou de ter uma investigação dos fatos profunda, tornando-se mais uma violência.
Uberoi et al. (1)	2017	Revisão de literatura	Analisar como os estados regulam a OC na área médica e suas consequências.	Quando os estados colocam restrições ao acesso à saúde reprodutiva, isso infringe os direitos humanos das mulheres, bem como direito à informação, a não discriminação e igualdade no cuidado.
Faúndes et al. (5)	2017	Revisão de literatura	Analisar as consequências morais sobre a recusa dos cuidados para realizar a IVG.	Existe falha no cuidado com a mulher que deseja a IVG. Deveria ter informação adequada para planejamento familiar, método contraceptivo e o acesso a ele, bem como informação coletiva por meio de guidelines organizados por sociedades de Ginecologia e Obstetria.
Faúndes (18)	2017	Revisão de literatura	Analisar a relação entre a objeção de consciência e a dificuldade de acesso ao serviço de aborto.	A OC é uma barreira para o acesso ao aborto, principalmente, devido ao estigma que os profissionais médicos possuem, e contrariam normas éticas.
Uberoi et al. (19)	2016	Revisão de literatura	Analisar as políticas públicas da OC na América Latina.	Sugere-se que os estados sejam capazes de garantir efetivamente a lei sobre o direito ao acesso à OC de forma que ela não se torne um obstáculo.
Muniz et al. (24)	2018	Descritivo, com metodologia qualitativa	Identificar as questões éticas apresentadas pelos acadêmicos de medicina sobre IVG.	O uso de filmes no ensino médico pode ser um fator positivo para o desenvolvimento da conduta profissional, incluindo temas como IVG.
Darzé et al. (6)	2018	Estudo transversal	Avaliar a prevalência e a motivação da OC por parte dos estudantes de medicina.	Uma grande quantidade dos alunos demonstrou desconhecimento sobre o tema, o que mostrou ser necessário a presença da discussão do tema na grade do curso de Medicina, bem como desenvolvimento da habilidade comunicativa.

TABELA 1 – Estudos sobre Objeção de Consciência em casos de IVG no Brasil, 2016-2022: métodos e resultados. (CONT.)

Autor	Ano	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto/ Objetivo de Estudo	Resultados
Lopes et al. (11)	2019	Revisão de literatura	Caracterizar do acesso ao serviço de IVG.	Existem impedimentos para o aborto, existindo OC, falta de capacitação técnica, poucas unidades e inexistência de publicidade do atendimento.
Darze et al. (25)	2018	Estudo de Intervenção	Avaliar a técnica do role-playing sobre a OC na construção do currículo médico.	A técnica do role-playing foi capaz de promover melhor discussão dos casos de OC.
Adesse et al. (9)	2016	Revisão de literatura	Analisar a associação do estigma em casos de IVG.	O estigma do aborto leva a maior número de mortalidade das mulheres. Ter consciência dessa forma de controle é uma forma de buscar garantir assistência adequada da saúde.
Madeiro et al. (4)	2016	Qualitativa por meio de entrevistas	Avaliar as atitudes dos acadêmicos de medicina em relação à OC e IVG.	É necessária capacitação sobre atendimento a casos de aborto para estudantes para que as mulheres tenham acesso integral.
Mikael-Silva et al. (22)	2021	Qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas	Identificar e analisar para os ginecologistas e obstetras características sociais do aborto.	A compreensão das representações sociais (direito versus assassinato) serve para buscar saídas educativas com médicos de modo a OC não ser um obstáculo para a saúde.
Mendes et al. (21)	2020	Estudo transversal quantitativo	Verificar a existência da OC na atenção à saúde em casos de IVG, bem como compreender a estrutura de atendimento.	O sistema de saúde não tem suporte para atender vítimas de violência sexual, e a OC é uma barreira importante.
Branco et al. (23)	2020	Qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas	Compreender a OC pelas formações ideológicas que constituem o abortamento.	OC é reinterpretada como uma forma de sabotagem do serviço de saúde que atende mulheres vítimas de violência sexual.
Fonseca et al. (17)	2020	Revisão sistemática	Atualizar o conhecimento sobre aborto legal.	Foi constatado despreparo profissional de modo a interferir no atendimento à gestante que opta pelo aborto. Além disso, mostrou ser necessário atualização nas grades curriculares da graduação e contínua capacitação dos profissionais de saúde.
Ruschel et al. (26)	2022	Estudo qualitativo retrospectivo	Discutir a trajetória de 2000 a 2018 das mulheres que realizaram aborto por estupro em um hospital público de Porto Alegre.	Constatou-se que existe um silenciamento da violência sexual, e a interrupção da gestação é repleta de estigmas. A dificuldade psicossocial desse problema é agravada pela falta de informação dos serviços de saúde, precariedade no atendimento e pela OC dos profissionais.

IVG, interrupção voluntária da gravidez; OC, objeção de consciência.

Em relação à temática, dois artigos retrataram o tema do atendimento em casos de violência sexual (21, 26); quatro sobre aborto, estigma e problema da objeção de consciência (5, 9-11); quatro sobre direito à objeção de consciência e acesso ao serviço de cuidado sexual e reprodutivo (1, 18-20); seis sobre atitude, motivação e formação médica em relação ao abortamento e à objeção de consciência, incluindo profissionais formados e estudantes de graduação (4, 6, 22-25), e uma revisão sistemática (17).

Alguns médicos optam pela objeção da consciência por medo da discriminação, por ser um procedimento ainda muito malvisto (5, 23) ou, ainda, pelo receio de se tornarem "aborteiros" (20, 22), "coveiros" e "lixeiros". (9) Outros, tem como fatores motivadores a religiosidade (4, 6) – sendo essa considerada uma alta motivação (25), estigmas e preconceitos morais e culturais. (11) Esses estigmas surgem a partir da ruptura de uma identidade visual composta por "projeções ideias do feminino e contraria normais sexuais e reprodutivas". (9)

Em uma pesquisa com acadêmicos, a maioria respondeu em um questionário que a objeção é eticamente correta, contudo, 40% pontuaram que não era obrigação detalhar as opções para a IVG e 28% não encaminhariam para outro profissional (4). Diante disso é importante ressaltar que existe uma diferença entre dever médico legal e crença pessoal, bem como pontuam os autores ao dizer que apesar do fato de encaminhar um paciente para um profissional que não apresente objeção de consciência possa ser interpretado como cumplicidade ao próprio aborto, é fundamental que se separe crença pessoal dos deveres médicos (4), e que siga a lei e o código de ética médica.

Isso ocorre em grande parte porque a educação médica fundamenta seus valores na preservação da vida, e a morte é vista, muitas vezes, como um fracasso profissional. Uma vez que o próprio encaminhamento é visto como forma de colaborar para "tirar uma vida", muitos médicos não o fazem. Quando, na verdade, é justamente esse "médico limpo e higiênico que tem legitimidade legal e profissional para realizar o aborto"

(22), isto é, a IVG deve ser um processo do âmbito da saúde pública com o intuito de redução de riscos.

Diante dos atendimentos da interrupção legal da gravidez, foi constatado que existe uma qualificação frágil dos profissionais para atuar diante da violência sexual, pouco abordada na graduação bem como com pouca capacitação dos profissionais, que corrobora uma assistência inadequada e uma invisibilidade da demanda (11, 21). No Brasil, em 2018 foram notificados 180 estupros por dia, sendo que no mundo uma a cada três mulheres já sofreu violência sexual ou violência por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida (26). Além da possível gravidez indesejada, a violência gera inúmeros problemas como o adoecimento psíquico, que pode incluir raiva, vergonha, mudança do sono, medo e ideia suicida.

Apesar da importância de capacitar os profissionais para o atendimento nos casos da interrupção legal da gravidez, existe uma dificuldade de realizar essa capacitação, uma vez que a rotatividade dos profissionais é muito alta. Além disso, uma pesquisa aponta que a maioria dos 65 serviços de referência encontram-se nas grandes cidades (4) e, desses, existe uma grande ineficiência, pois eles vêm sendo fechados ou precarizados, com baixa adesão dos médicos pela objeção de consciência, resultando em uma baixa cobertura nacionalmente.

Logo, o atendimento precário por falta de profissionais qualificados que atendam vítimas de violência sexual torna-se uma segunda violência para essas mulheres. (10) A objeção de consciência é uma barreira ao acesso ao serviço de saúde que corrobora o silenciamento e impede a efetivação da rede de suporte para vítimas de violência sexual (23). Falta capilarização e integralidade do atendimento, isto é, uma melhor distribuição dos serviços para que se tenha mais alcance, bem como maior capacitação dos profissionais e publicidade dos locais para atendimento em casos de IVG (11). As obrigações do objetor bem como o tema da objeção de consciência devem fazer parte do currículo médico (6, 21), de modo

que os acadêmicos do curso de Medicina devem entender que a atuação médica implica oferecer informação correta e adequada, encaminhar e garantir que o tratamento ocorra.

Essa capacitação deve ser garantida nas faculdades médicas para preparar o atendimento da saúde das mulheres (4). Ela deve incluir, portanto, questões de gênero e habilidade ao cuidado de mulheres que optam pela IVG, uma vez que os profissionais não estão preparados para lidar com violência doméstica e abortamento por estupro, anencefalia e casos de risco de morte da gestante (11). Estereótipos de gênero que incluem a pureza sexual e a sacralidade da maternidade fazem parte dessa discussão para que seja possível compreender o contexto da gestação (9). A prática acaba sendo o principal meio de transmissão do conhecimento nessa temática, e pouca teoria é formalmente passada, o que faz com que a construção do eu-médico seja subjetiva. Isso porque, para além de protocolos e técnicas que precisam ser mais amplamente distribuídos, faltam discussões teóricas sobre acolhimento (e o contexto) das pacientes, sobre a legislação e o treinamento em conceitos de "violência de gênero", "direitos humanos" e "saúde sexual e reprodutiva".

Em uma das entrevistas de uma pesquisa em Minas Gerais, o médico defende que o aborto é um procedimento de saúde pública com objetivo de diminuir mortalidade materna e redução de riscos (22). Isso pois, o aborto ilegal é apontado como uma das maiores causas de mortalidade materna. (18) Tendo em vista que a formação médica consiste em grande medida na preservação da vida – e sendo a religião um fator predominante na objeção de consciência (5) – muito pouco se discute sobre o que é vida e qual o impacto da atuação médica no âmbito da saúde pública. É válido dizer que a luta pela descriminalização do aborto, especialmente em casos de estupro, é uma luta de cunho historicamente feminista, e é justamente essa luta que percebeu e evidenciou o problema enquanto saúde pública, ganhando visibilidade e apoio por isso (20).

Ante o exposto, a desmistificação da inter-

rupção legal e voluntária da gravidez deve ser pontuada, tendo em mente que a objeção de consciência é um problema justamente de saúde pública que afeta principalmente as mulheres mais vulneráveis, das classes minoritárias e que justamente precisam de mais suporte. Isso porque as mulheres de classe alta conseguem ter mais acesso à informação de qualidade bem como a estabelecimentos e medicamentos seguros. (11) Tendo isso em vista, o médico deve ser responsável por auxiliar na autonomia da paciente, de forma a atenuar essa vulnerabilidade, assegurando sempre o direito ao cuidado e à saúde.

Para essa formação, o uso de documentários e filmes pode ser um fator positivo para os acadêmicos, possibilitando a percepção do contexto biopsicossocial (24), e foi esse um dos elementos da pesquisa de Darzé e Barroso Júnior (25). Foi feita uma intervenção com 120 estudantes de Medicina com um primeiro questionário indagando se eles objetariam a consciência, se encaminhariam para outro médico, se justificariam para a paciente o motivo de não a atender, se explicariam o procedimento, dentre outras questões. Após isso, passaram três filmes curta-metragem e fizeram um debate com um profissional-facilitador, que pontuou a legislação, a autonomia da paciente e o déficit da saúde. Seguindo, fizeram ainda a técnica de role-playing, em que cada grupo de três alunos representava – revezando-se – o médico, a paciente e o observador para estimular a vivência da contextualização dos alunos. Por último, o questionário foi novamente ofertado para os alunos. Após a intervenção, houve um aumento significativo ($p < 0,001$) em relação a justificar o motivo por não realizar o procedimento, a encaminhar a paciente, recomendar contracepção a jovens e outros.

Os autores justificam que o propósito da intervenção não é buscar mudar o posicionamento dos estudantes, mas torná-los mais confortáveis com a condução que tomarem, objetando ou não a consciência. Isso porque eles buscaram melhorar a habilidade da oratória, fornecer conhecimento ético, legal e técnico para que suas opiniões sejam embasadas (25). O que se justi-

fica por existirem médicos que alegam objeção de consciência por não acreditar na história de estupro da paciente ou, ainda, fazem um interrogatório exigindo documentação que não é obrigatória por lei (19).

Precisamente por ser escasso o conhecimento sobre a IVG e a objeção de consciência no Brasil, e pela repressão da demanda do procedimento (17), que intervenções como a supracitada, alterações curriculares e a produção acadêmica sobre o texto permitem o desenvolvimento do tema em busca de uma resolução para a barreira sobre os direitos das mulheres diante da IVG em casos legalizados (1).

Fazendo uso da Ética do Cuidado de Gilligan (27, 28), ela possibilita enxergar e encarar o problema da objeção de consciência sobre o abortamento no Brasil de outra forma. Na Ética do Cuidado, ao invés de preocupar-se com a violação do direito médico de recusar a realizar o procedimento do abortamento legal, a preocupação seria em como é possível a melhor forma de cuidado com essa gestante, dentro dos limites e das crenças médicas. Em outras palavras, passa de uma preocupação formal e abstrata, para uma preocupação contextual e narrativa, cujo foco é a saúde da gestante, ainda que o médico ou a médica opte pela objeção de consciência. Nessa narrativa é incluído questão de gênero, estigmas e os próprios corpos que engravidam. Com isso, para além de um direito, um procedimento, um método ou uma técnica, a objeção de consciência em casos de abortamento deve incluir no seu discurso o cuidar.

Se uma mulher chega a uma unidade de saúde com uma tentativa de aborto, existe uma falha da equipe de saúde em auxiliar a evitar essa gravidez. E se essa mesma paciente não recebe orientação contraceptiva, porventura, engravida novamente sem planejamento, essa equipe falhou duas vezes (5). É importante, nessa mesma lógica, compreender que toda gravidez é contextual e depende de questões financeiras, sociais, emocionais e, dentre elas, o contato e o acesso à equipe e aos serviços de saúde (especialmente de atenção primária como Estratégias de Saúde

da Família e Unidades Básicas de Saúde). É dever dos profissionais de saúde viabilizar o cuidado com essa gestante e fornecer o conhecimento necessário para que ela possa tomar decisões autônomas (sempre sobre casos legalizados).

Grande parte dos artigos demonstraram que a religião é um fator motivador recorrente para se objetar a consciência, contudo – como descrito anteriormente – ainda falta capacitação profissional, atualização do currículo médico e estrutura adequada de modo a facilitar acesso em toda a extensão do território brasileiro. E para além da proibição da objeção de consciência médica, é possível antes detalhar em sala de aula quais são os protocolos que devem ser seguidos, o que fazer em caso de violência sexual e anencefalia, o que fazer em caso de objeção, qual a importância de encaminhar a paciente, como a objeção se apresenta como barreira de acesso ao serviço de saúde, qual o papel da instituição e outros tópicos discutidos anteriormente. Este texto surge, portanto, como um novo espaço para possibilitar que esse debate continue vivo.

Considerações finais

Por meio da análise dos artigos selecionados na presente revisão de literatura, é possível observar que tanto a religião quanto a falta de formação de cunho reflexiva no Brasil possuem influência na temática da objeção de consciência por parte dos médicos e médicas em casos de IVG legalizados. Contudo, é relevante constatar que para além de uma disputa entre o direito médico de manter as suas crenças e o direito das gestantes ao acesso do serviço de saúde sexual e reprodutiva, existe uma falha em como é realizada a própria objeção de consciência. Isso pois, o "objetar a consciência" implica responsabilidade com aquela gestante, como o dever de informar sobre o procedimento e encaminhar para um médico apto, bem como todas as demais características discutidas ao longo do texto.

Sugere-se, como desdobramento deste estudo, pesquisas de intervenção com o intuito de trabalhar a temática da objeção de consciência no ensino médico, de modo a abarcar o contexto

da IVG e da gestante, a importância de informar sobre o procedimento do abortamento, a necessidade de encaminhar para um médico ou médica que possa realizar o procedimento, evitar burocracias desnecessárias como a solicitação de um boletim de ocorrência em caso de estupro e sempre oferecer um atendimento humanizado e integral. Com isso, espera-se que ocorra uma redução da barreira de acesso à saúde sexual das gestantes e que elas tenham direito de interromper sua gestação e uma melhora na qualidade do atendimento.

Notas

Agradecemos à Universidade do Oeste Paulista pelo suporte necessário para a realização da pesquisa.

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

Referências

1. Uberoi D, Galli B. In pursuit of a balance: the regulation of conscience and access to sexual reproductive health care. *Hum Rights Rev.* 2017;18(3):283–304. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12142-017-0462-6>

2. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019. 108 p.

3. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei no 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 1940; (seção 1): 23911 [citado 2021 ago 21]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

4. Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2016 Mar;40(1):86–92. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e02382014>

5. Faúndes A, Miranda L. "Ethics surrounding the provision of abortion care." *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017. 43:50–7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005>

6. Darzé OISP, Barroso Júnior U. Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2018;40(10):599–605. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673367>

7. Smalling R, Schuklenk U. Against the accommodation of subjective healthcare provider beliefs in medicine: counteracting supporters of conscientious objector accommodation arguments. *J Med Ethics.* 2017;43(4):253–6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103883>

8. Amaral DM. Dr. Olímpio Moraes Filho: aborto, ódio e luta [Internet]. *Revista Trip.* 2020 [citado 2023 Feb 1]. Disponível em: <https://revistatrip.uol.com.br/tpm/dr-olimpio-moraes-filho-aborto-odio-e-luta>

9. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(12):3819–32. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>

10. Costa M. Ditos e interditos: violência sexual, aborto e estigma em uma instituição de saúde pública. *Revista Espaço Acadêmico.* 2018;17(200):1-12.

11. Lopes SDN, Oliveira MHB. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. *Saúde em Debate.* 2019;43(spe4):20–33. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S403>

12. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc Saude Coletiva.* 2016;21(2):563–72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>

13. Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. *Interface Commun Heal Educ.* 2016;20(59):865–77. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0405>

14. Carapinheiro G. Médicos e representações na medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas hospitalares. *Sociologia - problemas e práticas*. 1991;9:27-41.
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
16. Sousa-Duarte F, Brown P, Mendes AM. Healthcare professionals' trust in patients: a review of the empirical and theoretical literatures. *Sociol Compass*. 2020;14(10):1-15. <https://doi.org/10.1111/soc4.12828>
17. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal M do C, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl 1):e00189718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>
18. Faúndes A. The responsibility of gynecologists and obstetricians in providing safe abortion services within the limits of the law. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;139(1):1-3. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12261>
19. Uberoi D, Galli B. Refusing reproductive health services on grounds of conscience in Latin America. *Sur*. 2016;13(24):105-15.
20. Moreira MRA, Oliveira ICS. Aborto, objeção de consciência e bioética feminista: estratégias para efetivação do direito à interrupção legal da gestação. *Gênero*. 2020;21:139-66. <https://doi.org/10.22409/rg.v21i1.46921>
21. Mendes RWM, Francisco AMC, Tostes CBDS, Reis J, Von Atzingen AC. Conscientious objection to legal abortion in Minas Gerais state. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2020;42(11):746-51. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721683>
22. Mikael-Silva T, Nascimento ARA. Social representations of abortion for gynecologists and obstetricians in the metropolitan region of Belo Horizonte in the state of Minas Gerais, Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2021;26(8):3345-57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.16722020>
23. Branco JGO, Brilhante AVM, Vieira LJES, Manso AG. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl 1):e00038219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038219>
24. Muniz I, Lins L, Menezes MS. Uso de documentário no curso de medicina e a reflexão sobre temas éticos associados ao aborto. *Rev Bioét*. 2018;26(4):606-16. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264279>
25. Darze OISP, Barroso Júnior U. Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva durante o ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(4):155-64. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180021>
26. Ruschel AE, Machado FV, Giugliani C, Knauth DR. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. *Cad Saude Publica*. 2022;38(10):e00105022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT105022>
27. Kuhnen TA. A ética do cuidado como alternativa à ética de princípios: divergências entre Carol Gilligan e Nel Noddings. *ethic@ - An Int J Moral Philos*. 2012;9(3):155-68. <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2010v9n3p155>
28. Gilligan C. In a different voice: women's conceptions of self and morality. *Harvard Educ Rev*. 1977;47(4):481-517.

Leticia Ferruzzi Sacchetin

Mestra e graduada em Filosofia na área de Ética Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Belo Horizonte, MG, Brasil; graduanda em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), em Presidente Prudente, SP, Brasil.

Andressa Pereira de Souza

Especialista em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), em Porto Alegre, RS, Brasil; graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), em Presidente Prudente, SP, Brasil. Doutoranda em Educação pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) no Programa de Pós-graduação em Educação, em Presidente Prudente, SP, Brasil.

Camélia Santana Murgio

Doutora em Psicologia Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), em Campinas, SP, Brasil; mestre em Psicologia Escolar pela mesma instituição; graduada e licenciada em Psicologia. Docente dos cursos de Psicologia e Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), em Presidente Prudente, SP, Brasil.

Endereço para correspondência

Leticia Ferruzzi Sacchetin; Andressa Pereira de Souza; Camélia Santana Murgio

Universidade do Oeste Paulista

Rua José Bongiovani, 700, Bloco H

Cidade Universitária, 19050-920

Presidente Prudente, SP, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação das autoras antes da publicação.