

Marco Augusto Ghisi Machado

**A Objeção de Consciência na
PRÁTICA MÉDICA**

entre o Dever de Cuidar e a
Autonomia do Paciente

2027

CAPÍTULO 4

A OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NO ABORTO LEGAL

4.1 O ABORTO LEGAL NO BRASIL E O LUGAR DA OBJEÇÃO

Este capítulo muda o terreno do conflito, e a inversão se percebe logo na entrada. Na recusa de transfusão, o objetor é o paciente, e o médico é quem deseja agir. No aborto legal, o objetor é o médico, e quem deseja o ato é a paciente, amparada por um permissivo legal. Imagine-se a cena que os serviços de referência conhecem. Uma mulher vítima de estupro, depois de reunir coragem para procurar o hospital, ouve no balcão que ali ninguém faz “esse tipo de procedimento” e que é melhor procurar outro serviço, sem nome, sem encaminhamento, sem data. A consciência que o livro vinha protegendo aparece agora do outro lado do balcão. A pergunta do capítulo é saber quando ela é escudo legítimo do profissional e quando vira barreira ilegítima ao direito da mulher.

O quadro penal brasileiro é antigo e conhecido. O Código Penal de 1940 criminaliza o aborto nos arts. 124 a 127, mas o art. 128 declara que não se pune o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, o chamado aborto necessário, e quando a gravidez resulta de estupro, precedido o ato do consentimento da gestante ou de seu representante legal.¹ São os dois permissivos originais, aos quais a jurisprudência constitucional somaria um terceiro.

1. Código Penal, arts. 124 a 128. O art. 128 declara não punível o aborto praticado por médico “se não há outro meio de salvar a vida da gestante” (I) e “se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (II).

O terceiro permissivo veio em 2012, quando o Supremo Tribunal Federal, na ADPF 54, julgou inconstitucional a interpretação que criminalizava a interrupção da gravidez de feto anencéfalo, por entender que a proteção penal da vida intrauterina não alcança o feto sem viabilidade de vida extrauterina.² Desde então, o aborto é lícito no Brasil em três hipóteses: o risco de vida da gestante, a gravidez resultante de estupro e a anencefalia fetal. É exatamente nesse perímetro lícito que a objeção de consciência do médico opera, porque não há objeção ao que já é proibido.

A doutrina médico-legal brasileira situa esse perímetro no quadro maior da dignidade. Lins-Kusterer, Lins e Vasconcelos analisam o abortamento sob a ótica do princípio da dignidade humana, articulando as considerações éticas, penais e deontológicas da codificação profissional brasileira, e lembram os impactos da criminalização sobre as mulheres em situação socioeconômica vulnerável.³ Entendem por abortamento a interrupção gestacional até a vigésima ou vigésima segunda semana, com conceito de menos de quinhentos gramas. O aborto legal, nessa chave, deixa de ser favor estatal e aparece como a fração do problema em que o legislador e a Constituição já fizeram a ponderação, restando ao sistema de saúde cumpri-la.

No permissivo do estupro, a regra normativa é de uma simplicidade que o cotidiano desmente: a palavra da mulher basta, e nenhuma exigência de boletim de ocorrência ou de autorização judicial condiciona o atendimento. O estudo de Débora Diniz, Alberto Madeiro e Cristiano Rosas, datado de 2014, com 1.690 ginecologistas e obstetras brasileiros encontrou, porém, o avesso da regra, pois 81,6% dos médicos exigiam boletim de ocorrência ou autorização judicial

2. STF, ADPF 54, Rel. Min. Marco Aurélio, julgada em 12 de abril de 2012.

3. LINS-KUSTERER, Liliane; LINS, Matheus; VASCONCELOS, Camila. Aborto: atenção humanizada e aspectos legais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 21, n. 2, p. 40-50, abr./jun. 2019: o abortamento “é definido como a interrupção gestacional até a 20ª/22ª semana e com o conceito pesando menos que 500g”, analisado “sob a ótica do Princípio Fundamental da Dignidade Humana, em sua perspectiva constitucional, tendo em vista, ainda, suas considerações éticas, normativas penais e deontológicas”.

para garantir o cuidado.⁴ As entrevistas em profundidade revelaram o mecanismo: os profissionais testavam a narrativa da mulher fazendo-a repetir a história a vários membros da equipe, e 43,5% declaravam objeção de consciência quando ficavam incertos sobre se ela dizia a verdade.⁵

Esse dado merece o comentário crítico que a taxonomia do Capítulo 1 prepara. A recusa fundada na desconfiança sobre a palavra da paciente não é objeção de consciência. Ela não mira o ato, que o médico praticaria se “acreditasse”, mira a pessoa e a sua credibilidade, e converte a escuta clínica, na fórmula precisa dos autores, de instrumento de cuidado em instrumento de julgamento.⁶ O ambiente moral do aborto ilegal contamina o atendimento do aborto legal, e a objeção vira o nome bonito de uma triagem moral que a norma não autoriza. É o primeiro abuso que o capítulo precisa nomear.

O caso mais doloroso do permissivo é o da criança grávida. Marcos Felipe Silva de Sá, Maria de Fátima Freire de Sá e Lucas Costa de Oliveira demonstram três coisas: que a gravidez em criança, por si só, já configura violação de um direito fundamental; que a interrupção da gestação no estupro de vulnerável é direito garantido expressamente por lei, sem qualquer condicionante; e que, à luz do melhor interesse da criança, a interrupção deve ser compreendida *prima facie*

-
4. DINIZ, Débora; MADEIRO, Alberto; ROSAS, Cristiano. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 22, n. 43, p. 141-148, 2014. Na fase quantitativa do estudo, 81,6% dos médicos exigiam boletim de ocorrência ou autorização judicial para assegurar o atendimento solicitado (p. 141).
 5. DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014, p. 141. As entrevistas telefônicas em profundidade com cinquenta desses médicos mostraram que eles costumavam testar a alegação de estupro fazendo a mulher repetir a sua história a vários profissionais de saúde, e que 43,5% deles declaravam objeção de consciência quando ficavam incertos se ela dizia a verdade.
 6. DINIZ; MADEIRO; ROSAS, 2014, p. 141. O ambiente moral do aborto ilegal altera a própria finalidade de ouvir a paciente, que deixa de ser prestar cuidado e passa a ser julgá-la; os dados sugerem que o acesso das mulheres ao aborto legal vem sendo bloqueado por essas barreiras, apesar da lei.

como o curso de ação que melhor realiza aquele princípio.⁷ O leitor reconhecerá a régua da seção 3.4, agora aplicada em sentido inverso: o melhor interesse que lá impunha a transfusão é o mesmo que aqui ampara a interrupção, porque em ambos os casos ele protege a criança concreta, e não a convicção dos adultos ao redor.

O perímetro lícito, registre-se, está sob dupla pressão no Supremo. De um lado, a ADPF 442 pede a descriminalização da interrupção voluntária até a décima segunda semana, e aguardava julgamento quando este livro foi fechado.⁸ De outro, o episódio recente mais revelador para o nosso tema veio do próprio regulador profissional: a Resolução CFM 2.378/2024 proibiu o médico de realizar a assistolia fetal nos abortos legais de gestação avançada, e o Supremo, na ADPF 1141, suspendeu a eficácia da resolução e dos processos disciplinares nela fundados.⁹ A lição do episódio é direta e dialoga com tudo o que o Capítulo 2 assentou: a norma deontológica não pode restringir, por via ética, o permissivo que a lei e a Constituição asseguram, nem transformar o Conselho em legislador penal às avessas.

A literatura brasileira recente confirma que o tema é, antes de tudo, um problema de acesso. A revisão de Letícia Ferruzzi Sacchetin sintetiza o paradoxo na primeira linha, ao registrar que a objeção de

-
7. SÁ, Marcos Felipe Silva de; SÁ, Maria de Fátima Freire de; OLIVEIRA, Lucas Costa de. Interrupção legal da gravidez em crianças no Brasil: o princípio do melhor interesse nas veredas do direito, da medicina e da ética. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 24-36, 2023. DOI 10.17566/ciads.v12i1.959: “a gravidez em criança, por si só, já configura a violação de um direito fundamental. A interrupção da gestação nos casos de estupro de vulnerável é direito fundamental, garantido expressamente por lei, sem qualquer condicionante”; e a hipótese, testada e confirmada, de que “a interrupção legal da gravidez deve ser compreendida *prima facie* como o curso de ação que melhor se adequa ao princípio do melhor interesse da criança”.
 8. Registro datado de junho de 2026: a ADPF 442, que discute a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez até a décima segunda semana, aguardava julgamento pelo Supremo Tribunal Federal.
 9. Registro datado de junho de 2026: a Resolução CFM 2.378/2024, que vedava ao médico a realização da assistolia fetal em abortos legais de gestação avançada, teve a eficácia suspensa pelo Supremo Tribunal Federal na ADPF 1141, decisão que alcançou também os processos ético-disciplinares fundados na resolução.

consciência possibilita assegurar direitos médicos, mas é um entrave para a saúde pública no Brasil.¹⁰ As duas metades da frase são verdadeiras ao mesmo tempo, e é por isso que o capítulo, em vez de escolher entre elas, perguntará, seção a seção, como o desenho institucional consegue honrar a primeira sem deixar a segunda se realizar.

Eis, então, o mapa do que segue. A seção 4.2 examina o alcance e os limites da objeção do médico diante do aborto legal, aplicando o regime que os capítulos anteriores construíram. A seção 4.3 percorre o espelho comparado, da Espanha que criou um registro de objetores à Itália condenada pelo Comitê Europeu de Direitos Sociais, passando pelo México e pelos Estados Unidos, sempre perguntando o que serve e o que não serve ao Brasil. A seção 4.4 volta-se à gestante como paciente que recusa, fechando o circuito com a transfusão. E a seção 4.5 reúne a posição do livro.

Uma advertência final de método, antes de descer ao regime. Este capítulo não discute se o aborto deveria ser mais ou menos permitido no Brasil, porque essa é a discussão da ADPF 442 e do processo político, e não a deste livro. Discute o que acontece dentro do perímetro que já é lícito, onde a mulher tem um direito reconhecido e o médico tem uma consciência protegida, e onde a tarefa do direito é impedir que a proteção de um se converta na negação do outro. É um recorte deliberado, e é o que torna o problema tratável.

4.2 A OBJEÇÃO DO MÉDICO NO ABORTO LEGAL: ALCANCE E LIMITES

O diagnóstico da seção anterior deixou claro que parte das recusas que circulam nos serviços de aborto legal traduz julgamento da paciente, e não objeção de consciência. Resta agora a pergunta inversa, que é a verdadeira pergunta deste capítulo: quando a recusa é autêntica, fundada em convicção séria sobre o próprio ato, o que o

10. SACCHETIN, Letícia Ferruzzi; SOUZA, Andressa Pereira de; MURGO, Camélia Santana. Objeção de consciência médica em casos de abortamento: uma revisão de literatura brasileira. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 33, p. 1-12, 2023. DOI 10.15448/1980-6108.2023.1.45000: “a objeção de consciência possibilita assegurar direitos médicos, mas é um entrave para a saúde pública no Brasil”.

médico pode fazer, o que não pode, e quem responde pelo acesso da mulher enquanto ele se abstém? A resposta exige reunir peças que o direito brasileiro espalhou por código deontológico, normas técnicas e pareceres dos conselhos, e compará-las com a experiência espanhola, que enfrentou as mesmas perguntas com mais jurisprudência e, como veremos, com tropeços instrutivos.

O ponto de partida normativo é conhecido dos capítulos anteriores. O Código de Ética Médica assegura ao médico o direito de recusar a prática de atos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência, e o aborto legal é o exemplo clássico dessa categoria.¹¹ O mesmo Código, porém, escreve os limites dentro do próprio princípio que consagra a autonomia profissional, ao dispor que o médico não é obrigado a prestar serviços contrários à sua consciência, “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”.¹² A estrutura é reveladora: o direito e suas exceções habitam a mesma frase, e quem invoca o primeiro carrega as segundas.

A regulamentação sanitária traduziu essas exceções em três vedações de manejo simples. Não cabe objeção de consciência quando há risco de morte para a mulher. Não cabe quando, nos casos juridicamente permitidos, não houver outro médico que realize o procedimento e a omissão puder trazer danos ou agravos à saúde da paciente. E não cabe no atendimento das complicações de abortamento inseguro, por se tratar de urgência.¹³ A doutrina resume bem o espíri-

11. Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018), Capítulo II (“Direitos dos médicos”), inciso IX: é direito do médico “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

12. Código de Ética Médica, Capítulo I (“Princípios fundamentais”), inciso 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”.

13. SILVA, Silfarney Gomes da et al. Aborto: análise das recentes modificações legais e suas implicações éticas. *Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 18-27, 2022, p. 23-24: “não cabe objeção de consciência: (1) em

to do conjunto ao observar que a objeção é algo extraordinário na prática médica, a ser justificado e adotado com cautela para que seu exercício não restrinja o acesso ao abortamento seguro.¹⁴ A terceira vedação merece sublinhado, porque é nela que o serviço falha com mais frequência. A mulher que chega sangrando depois de um aborto clandestino não pede ao médico que aborte, pede que a socorra, e contra o socorro não existe consciência que se oponha.

Um exemplo dá concretude ao que essas vedações exigem. Imagine-se o hospital de uma comarca pequena, num domingo, com um único ginecologista de plantão, objetor declarado. Chega uma adolescente com gravidez de doze semanas resultante de estupro, encaminhada pelo conselho tutelar. O médico não pode simplesmente dizer que não faz e devolver o caso à segunda-feira, porque a segunda vedação opera exatamente aqui: não há outro profissional, e a demora tem custo clínico e jurídico, pois cada semana empurra a gestação para perto do limite em que o serviço de referência alegará idade gestacional avançada. A conduta devida é acolher, examinar, documentar, acionar imediatamente o diretor técnico e a regulação para transferência em prazo compatível com a idade gestacional e, se a transferência tempestiva se revelar impossível e a omissão puder causar dano, realizar ele próprio o procedimento. A consciência do médico é protegida até o ponto em que protegê-la transfira o dano para a vítima; desse ponto em diante, o Código que lhe dá o direito é o mesmo que o retira.

Sobre essa base o Ministério da Saúde construiu o andar institucional. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento registra que é dever do Estado manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento, e que a omissão pode gerar

caso de necessidade por risco de morte para a mulher; (2) nos casos juridicamente permitidos, na ausência de outro médico que o faça e a omissão do profissional puder trazer danos ou agravos à saúde da mulher; e (3) por se tratar de casos de urgência, no atendimento de complicações derivadas de abortamento ilegal”.

14. SILVA et al., 2022, p. 24: “a objeção de consciência é algo extraordinário na prática médica, devendo ser justificada e adotada com cautela, para que seu exercício não restrinja o acesso da paciente ao abortamento seguro”.

responsabilização pessoal e institucional.¹⁵ Do médico objetor a Norma exige duas condutas: informar a mulher sobre suas condições e direitos e garantir a atenção por outro profissional da instituição ou de outro serviço, vedada a negativa de pronto atendimento.¹⁶ O leitor reconhecerá a arquitetura que defendemos na seção 2.3: a consciência individual é respeitada, mas a ponte até o profissional disposto é obrigação que o sistema constrói, não favor que o objetor presta.

A voz administrativa paulista confirmou esse desenho em parecer que merece exame detido, porque respondeu por escrito às perguntas exatas que esta seção formula. Provocado pela Defensoria Pública de São Paulo, o CREMESP afirmou na ementa que o aborto decorrente de estupro é, “mais que previsão legal”, “um direito da mulher”,¹⁷ reiterou que não há obrigatoriedade de autorização judicial, boletim de ocorrência ou laudo do IML,¹⁸ e adotou a advertência do juiz José Henrique Torres de que não se pode “dar com uma mão e tomar com a outra”, permitindo o abortamento sentimental e, ao

-
15. Brasil, Ministério da Saúde, Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), p. 21, apud MOREIRA, Maria Regina de Ávila; OLIVEIRA, Ingrid de Cássia Souza de. Aborto, objeção de consciência e bioética feminista: estratégias para efetivação do direito à interrupção legal da gestação. *Gênero*, Niterói, v. 21, n. 1, p. 139-166, 2. sem. 2020, p. 151: 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”.
 16. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, cit., p. 21, apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 152-153: “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”.
 17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Parecer Consulta 151.842/2016, relatores Cons. Krikor Boyacian e Dr. Cristiano Fernandes Rosas, aprovado em 11 de novembro de 2016, ementa: “Mais que previsão legal, o aborto nesses casos é um direito da mulher”.
 18. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit., retomando o Parecer Consulta 135.840/2008: “não há previsão legal, portanto não há obrigatoriedade, de autorização judicial, Boletim de Ocorrência Policial ou Laudo de Exame de Corpo de Delito pelo IML, para realização do aborto humanitário”.

mesmo tempo, abandonando a mulher que deseja praticá-lo.¹⁹ Não é detalhe que um dos relatores tenha sido Cristiano Fernandes Rosas, coautor do estudo empírico que examinamos na seção anterior: o parecer é a tradução institucional daquele diagnóstico.

Quanto aos limites, o parecer foi além da repetição da Norma Técnica. Lembrou que o direito de recusa não é absoluto e que a objeção jamais autoriza a omissão de socorro,²⁰ e incorporou expressamente os três pressupostos de Wicclair, autor que conhecemos no Capítulo 1: a objeção não pode impedir a implementação de serviços; não pode ser barreira de acesso a um direito legal de saúde nem instrumento de discriminação; e não pode bloquear a atuação dos que estão dispostos a cumprir a lei.²¹ Recomendou, por fim, como boa norma, a notificação antecipada da objeção ao diretor clínico, a quem cabe providenciar profissional não objetor, com referência a instituição previamente contatada pelo próprio objetor.²² O conselho paulista chegou, por caminho próprio, à transferência institucional de cuidado que sustentamos na seção 2.3, e essa convergência entre o regulador profissional e a norma sanitária é, a nosso ver, o dado mais sólido do regime brasileiro.

-
19. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit., transcrevendo lição de José Henrique Torres em caderno editado pelo Ministério da Saúde: “Não se pode ‘dar com uma mão e tomar com a outra’. Não se pode permitir o aborto sentimental, considerando-o lícito, e, ao mesmo tempo, abandonar a mulher que deseja praticá-lo”.
 20. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit.: “Evidentemente, este direito não é absoluto, não podendo ser invocado em situações que coloquem em risco a vida de seu paciente ou de agravo a sua saúde”; e “A objeção de consciência nunca pode ser entendida como uma autorização de nosso Diploma Legal para que se pratique a Omissão de Socorro”.
 21. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit.: A Tese do renomado bioeticista Wicclair estabelece três pressupostos para o exercício da objeção de consciência: 1) A Objeção de consciência não pode impedir a implementação de serviços; 2) Não pode ser barreira ao acesso a um direito legal de saúde nem fazer discriminação; 3) Não pode impedir a que outros que estejam dispostos a cumprir a Lei.
 22. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit.: “Deve-se sempre fazer a referência a uma instituição previamente contatada pelo objetor para ter a certeza de que a paciente venha a ter acolhida sua solicitação. Entendemos como boa norma a notificação antecipada de sua objeção de consciência por parte do médico ao Diretor Clínico da instituição que deverá providenciar profissional não objetor quando houver necessidade”.

O parecer paulista merece, além do registro, um juízo. Seu acerto maior está em deslocar o centro de gravidade da beira do leito para a administração: ao exigir notificação antecipada ao diretor clínico e referência a instituição previamente contatada, o CREMESP transforma a objeção de um evento de balcão, que surpreende a paciente, num dado de escala, que a antecede. Note-se a sutileza: o parecer impõe ao objetor um ônus de diligência prévia, organizacional, e não um ônus de cooperação no caso concreto. O médico não é obrigado a apontar o colega diante da mulher; é obrigado a ter avisado antes, para que a instituição já saiba a quem recorrer. Essa distinção, que retomaremos ao tratar de *Herranz*, é a chave que permite respeitar a consciência sem sacrificar o acesso, e teria poupado ao sistema boa parte dos litígios que a Espanha colecionou.

Há um limite adicional que o parecer enuncia com clareza rara: somente pode alegar objeção de consciência quem tem consciência, ou seja, o indivíduo, e não o hospital, especialmente quando credenciado pelo SUS, obrigado que está a executar todos os programas e a garantir acesso a todos os direitos de saúde.²³ O contraste com os Estados Unidos ilumina a escolha. Lá, desde 1973, a *Church amendment* protege contra discriminação as instituições que recusam abortos por convicção religiosa ou moral, e a Suprema Corte decidiu, em *Poelker v. Doe*, que hospitais municipais não são obrigados a contratar médicos dispostos a praticá-los.²⁴ Essa objeção institucional pode fazer sentido num sistema de saúde apoiado em hospitais privados e confessionais; não se transplanta ao SUS, em que o leito público é, muitas vezes, o único existente no município, de modo que a recusa da instituição equivaleria à supressão pura e simples do direito.

23. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit.: “somente poderá alegar objeção de consciência, aquele que tem consciência, ou seja, o indivíduo, não podendo hospital, instituições alegarem objeção mormente as credenciadas pelo SUS, visto terem a obrigação de executarem todos os programas e dar acesso a todos os direitos de saúde”.

24. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 133, sobre a *Church amendment* de 1973 (42 U.S.C. § 300a-7) e sobre *Poelker v. Doe*, 432 U.S. 519 (1977).

O limite da titularidade individual também pede um caso. Suponha-se uma santa casa filantrópica, conveniada ao SUS, única maternidade num raio de cem quilômetros, cuja direção, por orientação confessional, comunica que “a instituição não realiza abortos legais” e deixa de compor equipe para tanto. Formalmente ninguém objetou; materialmente, a instituição objetou por todos. É a essa manobra que a regra do parecer responde: quem recebe recurso público para operar o único serviço da região assume os programas inteiros, e a recusa travestida de “falta de equipe” é objeção institucional disfarçada, com o agravante da má-fé. A solução concreta passa por três providências: a pactuação obrigatória de referência junto à regulação regional enquanto a equipe não existe; a explicitação da função nos editais de contratação, como se verá adiante; e a responsabilização da instituição, já prevista na Norma Técnica, quando a mulher sofrer dano pela omissão. O que não se admite é que a consciência de um conselho diretor, que não engravida nem opera, seja oposta a quem precisa do serviço.

A experiência comparada também ensina sobre as fronteiras externas da objeção, aquilo que Navarro-Valls e Martínez-Torrón chamam de colaboração indireta no aborto.²⁵ A jurisprudência americana protegeu a enfermeira Elaine Tramm, ameaçada de demissão por se recusar a preparar o instrumental cirúrgico e a manusear recipientes com restos fetais, tarefas que a corte reconheceu como cooperação necessária antes e depois do procedimento abortivo.²⁶ A Itália discutiu se o juiz tutelar pode objetar à autorização do aborto da menor, e a Corte Constitucional respondeu que não, porque essa autorização não é decisória, apenas atribui à menor a faculdade de decidir.²⁷

25. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 129, definem a objeção de consciência ao aborto como a recusa de executar práticas abortivas ou de cooperar, direta ou indiretamente, em sua realização; sobre a colaboração indireta, p. 143-146.

26. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 134, sobre *Tramm v. Porter Memorial Hospital* (N.D. Ind., 1989): a corte aceitou que as tarefas recusadas eram ações necessárias antes e depois do procedimento abortivo e considerou que o apoio da objetora ao movimento pró-vida, longe de enfraquecer suas convicções, as reafirma.

27. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 144, sobre a sentença 196/1987 da Corte Constitucional italiana: a autorização do juiz tutelar não é decisória, apenas atribui à menor a faculdade de decidir.

E a Bélgica viveu o episódio do rei Balduíno, que se recusou a sancionar a lei do aborto de 1990 perguntando se seria lógico que fosse o único cidadão belga obrigado a agir contra a própria consciência em matéria essencial, e acabou declarado temporariamente incapaz de reinar por dois dias, para que a lei fosse promulgada sem a sua assinatura.²⁸

Para o Brasil, dessas três histórias importa o critério, não o anedotário, e o critério se testa melhor com quatro personagens hipotéticos do mesmo serviço. O anestesista escalado para a interrupção pode objetar, porque sua atuação é cooperação necessária ao ato, exatamente como a preparação do instrumental que a corte americana protegeu no caso da enfermeira Tramm que acabamos de encontrar. A técnica de enfermagem que se recusa a aferir a pressão da paciente no pós-operatório não objeta, abandona: o procedimento já ocorreu, e o que ela recusa é o cuidado de uma convalescente, conduta que o código da sua categoria não cobre, pois a ressalva de consciência da enfermagem vale para a participação na interrupção, “desde que seja garantida a continuidade da assistência”.²⁹ O farmacêutico hospitalar que reluta em dispensar o misoprostol prescrito está na fronteira: a dispensação é cooperação necessária, sem a qual o ato não ocorre, e por coerência deve receber o mesmo tratamento do anestesista, com o mesmo dever de notificação prévia que permita à instituição manter outro profissional na escala. Já a funcionária que se recusa a agendar a paciente não tem objeção juridicamente relevante: o agendamento é ato administrativo remoto, fungível no minuto seguinte, e admitir consciência aqui seria entregar o acesso ao humor de cada balcão.

28. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 145, nota 50, transcrevendo a carta do rei Balduíno ao Parlamento belga (5 de abril de 1990), na qual o monarca afirma não poder associar-se àquela lei, pois ao assiná-la assumiria uma certa corresponsabilidade, e pergunta se seria lógico que fosse ele o único cidadão belga obrigado a agir contra a própria consciência em uma matéria essencial.

29. Conselho Federal de Enfermagem, Resolução COFEN 564/2017 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), art. 73, parágrafo único, apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 154: “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”.

O critério, em suma, gradua a proteção pela proximidade causal com o ato: a cooperação necessária está coberta; o cuidado com a pessoa, antes e depois, nunca está; a atividade administrativa remota tampouco.

Os psicólogos e assistentes sociais dos serviços de referência ficam do lado do cuidado, e é por isso que não podem recusar o acolhimento da mulher invocando a consciência, como observam Moreira e Oliveira ao estranhar a presença de objetores em serviços cuja função é exatamente acolher.³⁰ Recusa-se o ato, nunca a pessoa.

Duas figuras intermediárias precisam de resposta própria. A objeção sobrevivida, do médico que não objetava e passa a objetar, foi admitida pela Corte Suprema de Montana no caso *Swanson*, com o argumento de que a consciência humana define os próprios limites e pode mudar, sendo o direito de objeção incondicional, independentemente do comportamento anterior.³¹ A solução vale para o Brasil, com um acréscimo: a mudança deve ser comunicada ao diretor técnico com a mesma antecedência exigida da objeção original, porque o que se protege é a convicção, não a surpresa. Figura distinta é a objeção seletiva, descrita entre nós como a do médico que “não se declara objetor, mas, diante de um caso concreto que chega ao serviço, solicita o direito de não realizar o aborto”.³² Aqui a desconfiança é legítima: o estudo da Febrasgo citado pelo próprio CREMESP registrou

30. MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 155-156: o psicólogo do serviço de referência “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”.

31. NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 134, sobre *Swanson v. St. John's Lutheran Hospital* (Montana, 1979): dada a propensão da consciência humana a definir os próprios limites, é lógico que a concepção de uma pessoa sobre a conveniência ou a moralidade de uma ação possa mudar, de modo que o direito de objeção de consciência protegido pela lei é incondicional, independentemente do que tenha ocorrido antes.

32. ANIS, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal: perguntas e respostas, Brasília: Letras Livres, 2012, p. 49, apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 159: a objeção seletiva ocorre “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”.

que 43% dos tocoginecologistas se declaravam objetores (43,5% no estudo original) em situações como a dúvida sobre a palavra da mulher, exigindo provas que nem a lei penal exige.³³ A seletividade que varia conforme a paciente, e não conforme o ato, já foi desmascarada na seção 4.1 como triagem moral travestida de consciência.

A distinção entre as duas figuras se vê melhor em paralelo. O doutor A realizou interrupções legais durante anos e, depois do nascimento de um filho prematuro, comunica ao diretor técnico que não consegue mais participar de nenhuma, qualquer que seja a paciente. O doutor B, embora nunca se tenha declarado objetor, pede dispensa no caso da adolescente que chegou sem boletim de ocorrência, tendo realizado, no mês anterior, o procedimento de uma mulher casada cuja história lhe pareceu verossímil. A biografia de A mudou e sua recusa é universal quanto ao ato; ele é o objetor sobrevivendo de *Swanson*, e o serviço deve acolhê-lo, reorganizando a escala dali em diante. A recusa de B varia conforme a paciente e mantém o ato, e por isso configura, em vez de objeção, o juízo sobre a vítima que a seção 4.1 flagrou nos números de Diniz. O diretor técnico não precisa sondar a alma de ninguém para distinguir os dois: basta-lhe olhar o padrão das recusas, que é fato administrativo, documentável e, quando discriminatório, punível.

O debate teórico brasileiro organizou essas intuições em três teses, expostas por Débora Diniz em texto de 2011. Pela tese da incompatibilidade, o médico pode ter razões privadas contra o aborto, mas “deve se manter neutro quando representa o Estado em um serviço público de saúde”, o que na prática elimina a objeção.³⁴ Pela tese da integridade, construída a partir de Pellegrino, a objeção protege a integridade moral do profissional e chega, nas versões extremas,

33. Parecer CREMESP 151.842/2016, cit.: “Em Estudo recente com tocoginecologistas associados da Febrasgo demonstrou que 43% declararam-se objetores, mas em situações diferentes, como por exemplo quando diante de um aborto legal por estupro desconfiavam da palavra da mulher solicitando provas do estupro sofrido ou documentos que nem mesmo a Lei Penal e suas Normativas Federais exigem, tais como, o Boletim de Ocorrência”.

34. DINIZ, 2011, p. 983 apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 157-158: o médico pode ter razões privadas, “mas deve se manter neutro quando representa o Estado em um serviço público de saúde”.

a dispensá-lo até de informar a mulher sobre seus direitos ou sobre outro serviço.³⁵ Entre os dois polos, Diniz propõe a tese da justificação: o médico tem direito de objetar, mas deve justificar a recusa perante a instituição, porque “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”.³⁶ O leitor notará o parentesco com o desenho de Wicclair e de Sulmasy que percorremos nos Capítulos 1 e 2: nenhum deles autoriza o veto à acomodação da consciência, mas todos a condicionam a limites externos verificáveis.

As três teses merecem crítica antes do aproveitamento. A tese da incompatibilidade prova demais: se o agente público devesse neutralidade de consciência no exercício da função, não haveria objeção possível para o juiz, para o militar ou para o professor da escola pública, e o art. 5º, VIII, da Constituição, que desenha a escusa exatamente para o conflito entre convicção e obrigação legal, ficaria reservado a quem não tem obrigações. Quem veste o jaleco do SUS não despe o foro íntimo na porta do hospital; o que ele não pode é cobrar da paciente o preço dessa permanência. A tese da integridade, no extremo oposto, prova de menos: ao blindar até a recusa de informar, converte um direito de abstenção num poder de obstrução, e poder de obstrução sobre direito alheio é coisa que nenhuma liberdade contém. A tese da justificação acerta o alvo e erra o instrumento: tem razão ao exigir que a acomodação seja administrada, e não presumida, mas, ao depositar no Estado o juízo sobre a razoabilidade da crença, cria um tribunal de consciências que nem o objetor sincero nem o Estado laico atravessam ilesos. Daí a calibragem que propomos a seguir.

35. DINIZ, 2011, p. 983 apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 158: na versão extrema da tese da integridade, até “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”.

36. DINIZ, 2011, p. 985 apud MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 159: “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”.

Nossa posição fica a meio caminho entre a tese da justificação e a crítica que ela recebeu. Um serviço público não tem como julgar a sinceridade do foro íntimo, e a comissão que se propusesse a graduar a razoabilidade de uma crença religiosa invadiria terreno que a Constituição reservou à pessoa, dificuldade que já aparecera na discussão de Reichlin na seção 2.3. O que a instituição pode exigir, e deve, é tudo aquilo que é externo à crença: declaração prévia, por escrito, dirigida ao diretor técnico; estabilidade, no sentido de que a objeção vale para o ato e diante de qualquer paciente, e não para a paciente que o médico desaprova; e submissão às três vedações. A sinceridade escapa à prova, ao passo que a coerência se observa, e o objeitor que recusa o aborto da mulher adulta e o pratica na adolescente cuja história lhe pareceu mais convincente exerce juízo sobre a vítima, e não consciência.

Em termos operacionais, o roteiro do diretor técnico tem cinco passos: receber e arquivar a declaração escrita do objeitor; redesenhar a escala de modo que todo plantão conte com ao menos um profissional não objeitor, ou, onde isso for impossível, pactuar previamente a referência com a regulação; verificar, a cada recusa concreta, se ela corresponde à objeção declarada ou se inaugura seletividade; garantir que a paciente receba, no mesmo atendimento, a informação sobre seus direitos e o encaminhamento; e documentar tudo, porque no aborto legal a omissão também se prova por escrito.

O espelho espanhol confirma e refina esse regime. O Tribunal Constitucional, na mesma sentença 53/1985 que validou a despenalização, afirmou que a objeção de consciência ao aborto existe e pode ser exercida independentemente de regulação, porque integra o conteúdo do direito fundamental de liberdade ideológica e religiosa do art. 16.1 da Constituição espanhola, diretamente aplicável.³⁷ Navarro-Valls e Martínez-Torrón extraem daí um duplo lastro constitucional e chegam a falar em objeção de legalidade, porque o médico

37. STC 53/1985, de 11 de abril de 1985, FJ 14, apud NAVARRO-VALLS; MARTÍNEZ-TORRÓN, 2012, p. 147: o Tribunal assentou que a objeção de consciência existe e pode ser exercida independentemente de haver ou não regulação específica, pois integra o conteúdo do direito fundamental à liberdade ideológica e religiosa reconhecido no art. 16.1 da Constituição, diretamente aplicável, sobretudo em matéria de direitos fundamentais.